



Motivation af borgeren til fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd i forbindelse med diabetesrehabilitering

Kandidatspeciale – 4. Semester

Gruppe 10323

Karina Brix Nissen

Catherina Væversted Lauritzen

Antal anslag

236.873 inkl. mellemrum

Vejleder

Tine Mechlenborg Kristiansen

Afleveringsdato

01.06.2016

Kandidat i Folkesundhedsvidenskab – School of Medicine & Health

Resume

Baggrund: Prævalensen af diabetes type 2 (DM2) er stigende samt estimeres at stige hvilket forekommer problematisk samfundsøkonomisk men også for det enkelte menneske med DM2's livskvalitet. I henhold til den kommunale forebyggelse af DM2, indbefatter denne diabetes type 2 rehabiliteringstilbud (DM2-rehabiliteringstilbud) hvor der tilstræbes ændring af sundhedsadfærd hos borgeren, hvorved relevansen af borgerens oplevelse tydeliggøres. Tilbud rettet mod DM2 bistår med varierende grader af opnået ændret sundhedsadfærd, hvortil det forekommer problematisk såfremt borgeren ikke er motiveret til fastholde og eventuelt forbedre den opnåede ændrede sundhedsadfærd af tilbuddet.

Formål: At undersøge hvorledes borgeren med DM2 oplever egen opnået ændret sundhedsadfærd i forbindelse med deltagelsen i et DM2-rehabiliteringstilbud samt opfølgningerne heraf. Samt hvorledes der kan konstrueres et forandringstiltag til opfølgningerne, således borgeren motiveres til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

Metode: Der blev taget afsæt i et kvalitativt teorifortolkende casestudie baseret på empiri indsamlet gennem en deltagende observation af en 12-måneders opfølgning, samt tre semistrukturerede individuelle interviews af deltagende borgere på DM2-rehabiliteringstilbuddet. Af teoretisk perspektiv blev der taget afsæt i en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang. Analysen består af en meningsanalyse med teoretisk meningsfortolkning af empirien ved anvendelse af teorierne Self-determination theory (SDT) og Sense of Coherence (SOC), som på dansk betegnes oplevelse af sammenhæng (OAS) i bestræbelsen på at opnå forståelse af empirien.

Resultater: Fire kategorier formede sig med relevans for borgerens oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne samt, hvad der motiverer til fastholdelse og eventuelt forbedring heraf. Den første indebar "Oplevet ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne". Den anden indebar "Fællesskabet deltagerne imellem". Den tredje "Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer" og den fjerde indebar "Opstilling og visualisering af mål for sundhed".

Konklusion: Borgerne oplevede varierende grader af OAS og opnået ændret sundhedsadfærd, i forbindelse med DM2-rehabiliteringstilbuddet. Dog oplevede ingen af borgerne at opfølgningerne bidrog til OAS og ændring af sundhedsadfærd. Et forandringstiltag til opfølgningerne kan bistå med borgerens OAS og motivation til fastholdelse og eventuelt forbedring sundhedsadfærd, gennem følgende dele: "Konstruktion af en Facebookgruppe", "Etablering af træningsmakker" samt "Opstilling og visualisering af mål for sundhed".

Abstract

Background: The prevalence of type 2 diabetes (DM2) is increasing, and is estimated to continue to increase, which is problematic, both socio-economic, but also for the life quality of the individuals living with DM2. The municipal prevention of DM2 includes a type 2 diabetes rehabilitation program (DM2 rehabilitation program), that aims at changing the health behavior of the citizen with DM2, which highlights the importance of the citizen experience. DM2 programs shows varying degrees of achieved health behavior change. It is therefore problematic if the citizen is not motivated, and does not maintain, and possibly improve, the achieved health behaviors, which he has acquired through the rehabilitation program.

Objective: To examine how the citizen with DM2 experience their own achieved health behaviors during the participation of a DM2 rehabilitation program and follow-ups. And how change management initiatives can be designed for the follow-ups, so the citizen is motivated to maintain, and possibly improve, health behaviors.

Method: The method is based on a qualitative theory-interpretative case study, based on empirical data gathered through a participating observation of a 12 month follow-up, as well as three semi-structured individual interviews with citizens of the program. The theoretical perspective was based on a phenomenological-hermeneutic approach. The analysis seeking meaning consists of a theoretical interpretation of the empirical data, by using the Self-determination Theory (SDT) and Sense of Coherence (SOC) in an effort to gain understanding of the empirical data.

Results: Four categories appeared with relevance to the citizen experience of the achieved health behavior change from the program and follow-ups, along with what motivates to maintain and potentially improve the health behavior. The first category contained “Experience of achieved health behavior change from the DM2 rehabilitation program and follow-ups”. The second category contained “The community among the participants”. The third category contained “Clarification of the risk of late diabetic complications”. The fourth category contained “Establishment and visualization of health related goals”.

Conclusion: Citizens experienced varying degrees of SOC and achieved health behavior change during the DM2 rehabilitation program. However, none of the citizens experienced that the follow-ups contributed to SOC and health behavior change. Change management initiatives can assist with citizen’s experience of SOC and motivation for maintaining, and possibly improving, health behavior during the follow-ups, through the following points: “The establishment of a Facebook group”, “The establishment of a workout buddy” and “Establishment and visualization of health related goals”.

Forord

Indledningsvis vil specialegruppen gerne takke de medvirkende, som har muliggjort udarbejdelsen af nærværende speciale i perioden februar-juni 2016.

I henhold hertil, vil specialegruppen gerne takke specialets praksiskontakt, herunder de sundhedsprofessionelle og lederen på sundhedscentret i X-købing kommune. I denne forbindelse rettes der en særlig tak til lederen af sundhedscentret, for at have muliggjort adgangen til DM2-rehabilitiørngstilbuddet samt opfølgningerne. Endvidere rettes der en særlig tak til den sundhedsprofessionelle sygeplejerske, som har bistået til muliggørelse af observation af den 12-måneders opfølgning samt interviews med deltagende borgere på DM2-rehabiliteringstilbuddet. Endvidere rettes en tak til de borgere der indvilligede i observation samt interviews, hvis deltagelse har været uundværlig for udarbejdelsen af specialet.

Sidst, men ikke mindst vil specialegruppen gerne takke vores vejleder Tine Mechlenborg Kristiansen, for sit store engagement, grundige vejledning og evne til at udfordre fagligt.

Catherina V. Lauritzen og Karina B. Nissen

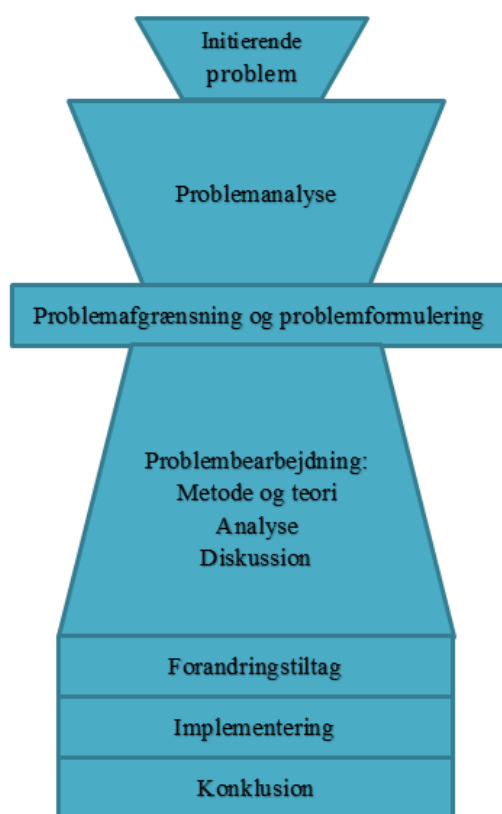
Læsevejledning

Nærværende speciale er struktureret med udgangspunkt i Aalborg-modellen, med fokus på det problemorienterede projektarbejde.

Indledningsvis præsenteres specialets initierende problem i afsnit 1 ”Initierende problem”. Denne problemstilling danner udgangspunkt for det følgende afsnit 2 ”Problemanalyse”, indebærende en problematisering og analyse af problemstillingen. Problemanalysen ender ud i en afgrænsning i afsnit 3 ”Afgrænsning” og en konkret problemformulering præsenteres i afsnit 4 ”Problemformulering”. I afsnit 5 ”Metode” redegøres der for specialets metode, herunder det kvalitative teorifortolkende casestudie, den videnskabsteoretiske positionering, litteraturstudie, indsamling af empiri, analysestrategi samt etiske overvejelser. Efterfølgende, i afsnit 6 ”Teori”, præsenteres den anvendte teori, som indgår i fortolkning og analyse af den indsamlede empiri i afsnit 7 ”Meningsanalyse”.

I afsnit 8 ”Diskussion” diskuteres indledningsvis meningsanalysens resultater op imod de udvalgte studier fra litteraturstudiets systematiske søgning, samt relevante studier fra problemanalysen.

Dernæst diskuteres specialets metode. På baggrund af resultaterne fra meningsanalysen og diskussionen heraf, gives der i afsnit 9 ”Forandringstiltag” et bud på forandringstiltag samt implementering heraf i afsnit 10 ”Implementering”. Slutteligt konkluderes der på nærværende speciales problemformulering i afsnit 11 ”Konklusion”.



Figur 1 Visualisering af specialets struktur

Igennem specialet, særligt problemanalysen, skelnes der mellem “mennesket med DM2” og “borgeren med DM2” i henhold til den kontekst individet indgår i. Derfor anvendes “mennesket med DM2” i henhold til en generel kontekst og “borgeren med DM2” i henhold til en kommunal kontekst.

Endvidere vil der særligt i problemanalysen indgå studier der indbefatter DM generelt, herunder DM1 og DM2, men trods dette er nærværende speciales fokus på DM2.

Indholdsfortegnelse

1 Initierende problem	1
2 Problemanalyse	3
2.1 Diabetes mellitus	3
2.1.1 Type 1 diabetes	3
2.1.2 Type 2 Diabetes	4
2.2 Prævalens og omkostninger internationalt	5
2.3 Prævalens og omkostninger nationalt.....	7
2.4 Livskvalitet	9
2.5 Regional og kommunal behandling af type 2 diabetes.....	11
2.6 Type 2 diabetesrehabilitering på sundhedscentre	12
2.6.1 Gruppeforløb eller individuelle forløb.....	13
2.7 Livsstil og sundhedsadfærd	14
2.8 Motivation og ændring af sundhedsadfærd	15
2.9 Opnåelse af ændret sundhedsadfærd, gennem tilbud rettet mod mennesker med type 2 diabetes	17
3 Afgrænsning	21
4 Problemformulering	23
4.1 Begrebsafklaring.....	23
4.2 Sundhedssyn	24
5 Metode	26
5.1 Casestudie	26
5.1.1 Teorifortolkende casestudie	27
5.1.2 Casebeskrivelse.....	28
5.1.3 Argumentation for valg af case	32
5.2 Videnskabsteoretisk positionering.....	33
5.2.1 Epistemologi.....	33
5.2.2 Ontologi	33
5.3 litteraturstudie	38
5.3.1 Ustruktureret søgning.....	38
5.3.2 Systematisk søgning	38
5.4 Indsamling af empiri	45
5.4.1 Observation	45
5.4.2 Interview.....	48
5.5 Analysestrategi	53

5.5.1 Meningsanalyse	53
5.6 Ethiske overvejelser	55
5.6.1 Formelle etiske overvejelser	55
5.6.2 Ethiske overvejelser i forbindelse med observationen	56
5.6.3 Ethiske overvejelser i forbindelse med interviews	56
6 Teori	59
6.1 Self-determination theory (SDT)	60
6.1.1 Intrinsic motivation	60
6.1.2 Extrinsic motivation	61
6.2 Oplevelse af sammenhæng (OAS)	65
7 Meningsanalyse	68
7.1 Farvekoder og kategorier	68
7.2 Meningsfortolkning af empiri	70
7.2.1 Hvorledes oplever borgeren med type 2 diabetes egen opnået ændret sundhedsadfærd i forbindelse med deltagelsen i et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud samt opfølgningerne heraf?	70
7.2.2 Hvorledes kan forandringstiltag konstrueres til opfølgningerne af et diabetes type 2- rehabiliteringstilbud, således borgeren motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre den opnåede ændrede sundhedsadfærd?	73
7.2.3 Opsummering af meningsfortolkning	86
8 Diskussion	88
8.1 Diskussion af resultater fra analysen	88
8.1.1 Opnået ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne	88
8.1.2 Fællesskabet deltagerne imellem	89
8.1.3 Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer	93
8.1.4 Opstilling og visualisering af mål for sundhed	94
8.2 Diskussion af metode	97
8.2.1 Gyldighed, pålidelighed og analytisk generaliserbarhed	97
8.2.2 Fænomenologisk-hermeneutisk teoretisk perspektiv	99
8.2.3 Diskussion af observation	99
8.2.4 Diskussion af semistrukturerede, individuelle interviews	100
8.2.5 Diskussion af litteraturstudie	102
8.2.6 Diskussion af teori	103
9 Forandringstiltag til forbedring af opfølgningerne	106
9.1 Konstruktion af en Facebookgruppe	106
9.2 Etablering af træningsmakker	109

9.3 Opstilling og visualisering af mål for sundhed.....	110
10 Implementering af forandringstiltag	116
11 Konklusion.....	122
12 Referenceliste.....	124
13 Bilagsoversigt.....	135

1 Initierende problem

1 Initierende problem

Diabetes mellitus(DM) kan inddeles i to overordnede typer, herunder type 1 diabetes (DM1) og type 2 diabetes (DM2) (1,2). I henhold hertil, forekommer særligt DM2 problematisk, blandet andet fordi DM2 udgør 80-90% af alle mennesker med DM i Danmark (3–5). Prognosen indebærer en overdødelighed, sammenlignet med baggrundsbefolkningen, (1,4,6), dernæst har mennesker med DM2 risiko for nedsat livskvalitet (7,8). I henhold til prævalensen af DM2, forekommer denne problematisk, både internationalt og nationalt, da prævalensen har været stigende, og endvidere estimeres at stige yderligere i fremtiden, hvilket ligeledes er forbundet med stigning i økonomiske omkostninger (4,9–13). I bestræbelsen på at forebygge DM2 og sendiabetiske komplikationer nationalt, forekommer der både regionale og kommunale tilbud rettet mod mennesker med DM2. I henhold til de kommunale tilbud, kan mennesket med DM2 deltage i et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud (DM2-rehabiliteringstilbud) på kommunens sundhedscenter, som indbefatter både individuelle- og gruppeforløb (6,14–16). Rehabiliteringstilbuddet medtænker hele menneskets livssituation og oplevelse heraf, i form af selvstændighed og meningsfuldhed (17), hvorfor menneskets oplevelse forekommer særlig relevant. DM2-rehabiliteringstilbuddet tilstræber en opnåelse af ændret livsstil, herunder ændret sundhedsadfærd (18,19), hvor relevansen af motivation tydeliggøres gennem flere internationale studier (20,21). I forlængelse heraf har flere internationale og nationale studier målt forskellige områder af opnået ændret sundhedsadfærd, af både regionale og kommunale tilbud rettet mod borgere med DM2. Studierne viser, at der er varierende grader af opnået ændret sundhedsadfærd (22–25), hvorfor det vurderes, at den opnåede ændrede sundhedsadfærd er afhængig af det konkrete tilbud, de mennesker der indgår deri samt konteksten. Endvidere viser studierne, at den opnåede ændrede sundhedsadfærd enten kun forekommer kortvarig eller kun er målt over kort tid. I denne forbindelse forekommer det problematisk hvis mennesket med DM2 ikke formår at fastholde og eventuelt forbedre den opnåede ændrede sundhedsadfærd gennem tilbuddet (22,23,25,26), både samfundsøkonomisk (4,9–13), men også i henhold til den enkeltes livskvalitet (7,8).

2 Problemanalyse

2 Problemanalyse

Følgende problemanalyse vil indledningsvis analysere og problematisere DM, herunder DM1 og DM2, prævalensen samt de økonomiske omkostninger, både internationalt og nationalt. Gennem sygdomsbeskrivelse, prognose, prævalens og omkostninger, tydeliggøres relevansen af fokus på DM2, med en efterfølgende analyse og diskussion af den oplevede livskvalitet hos mennesket med DM2. Dernæst vil der være en beskrivelse og analyse af de regionale og kommunale tilbud der tilbydes mennesket med DM2, med fokus på kommunernes DM2-rehabiliteringstilbud, herunder individuelle og gruppebaserede forløb. DM2-rehabiliteringstilbuddene indebærer en ændring af menneskets livsstil og sundhedsadfærd, hvorfor disse begreber dernæst analyseres og problematiseres. I forbindelse med ændring af sundhedsadfærd, fremhæves relevansen af motivation gennem flere internationale studier. På baggrund af bestræbelsen om at ændre sundhedsadfærd, vil der i det følgende afsnit forekomme en analyse og problematisering af udvalgte studier, som undersøger den opnåede ændrede sundhedsadfærd af tilbud rettet mod DM2, samt fastholdelsen heraf. Slutteligt vil problemanalysen munde ud i en afgrænsning og specialets problemformulering.

2.1 Diabetes mellitus

DM, også kaldet sukkersyge, er en stofskiftesygdom. DM er karakteriseret ved forstyrrelser i insulinudskillelse fra beta-cellerne i de langerhanske øer i bugspytkirtlen, hvorved der dannes utilstrækkelig eller ingen insulin, og eller nedsat insulinfølsomhed med følgende forstyrrelser i energiomsætningen, med forhøjet blodsukker (1,27). DM kan inddeles i to overordnede typer, herunder DM1 og DM2 (1,2). For både DM1 og DM2 gælder, at såfremt behandlingen er utilstrækkelig, hvor blodsukkerværdier, blodtryk, kolesterol og fedtstoffer i blodet er forhøjet gennem længere tid, kan det medføre sendiabetiske komplikationer. Af væsentlige sendiabetiske komplikationer kan nævnes diabetisk øjensygdom (retinopati), nyresygdom (nefropati), forstyrrelser i nervesystemet (neuropati) samt fodsår (1), hvorfor DM vurderes som en alvorlig sygdom.

2.1.1 Type 1 diabetes

DM1 benævnes også som insulinkrævende diabetes. DM1 opstår fordi mængden af insulinproducerende betaceller i bugspytkirtlens langerhanske øer gradvist går helt eller delvist til

grunde (1,28). Sygdommen har en grad af arvelig tendens, hvor omkring 10% af mennesker med DM1 også har nære slægtninge der ligeledes har DM1 (1,2,29). Behandlingen af DM1 består af livslang indsprøjtning af insulin. Behandlingen sigter mod at normalisere forstyrrelser i energiomsætningen, gennem insulin og blodsukkerkontrol, således udviklingen af sendiabetiske komplikationer hæmmes, og risiko for syreforgiftning reduceres. Prognosen for mennesker med DM1 er gennem årene forbedret i henhold til metabolisk kontrol, samt tidlig opsporing og fokuseret behandling af sendiabetiske komplikationer. Disse tiltag har ført til en forbedret prognose, således et stort antal af mennesker med DM1 opnår normal livslængde (1).

2.1.2 Type 2 Diabetes

Modsat DM1 benævnes DM2 ikke-insulinkrævende. DM2 opstår grundet nedsat insulinfølsomhed, som ikke kompenseres af øget insulinudskillelse, hvorfor der opstår et misforhold mellem behovet for insulin og mængden af insulin der produceres i bugspytkirtlen (1,2). Det kan være vanskeligt at skelne mellem DM1 og DM2. Det er dog karakteristisk, at hvis debuttidspunktet er før 40 år og legemsvægten er under middel, er der størst sandsynlighed for DM1. Modsat hertil, peger overvægt og højere alder på DM2, og forekomsten stiger med alderen (1). Ligesom DM1, er sygdommen arvelig. Risikoen for at udvikle DM2 er 40%, hvis én af forældrene har DM2. Såfremt begge forældre har DM2 er der 80% risiko for selv at udvikle DM2 (4).

Behandlingen for DM2 er mere omfattende end DM1. Behandlingen består af livsstilsændringer, herunder kostændringer, øget fysisk aktivitet med eventuel behov for vægtreduktion samt rygestop. Såfremt livsstilsinterventioner ikke er tilstrækkelige til at oprette tilfredsstillende blodsukkerkontrol, suppleres der med tabletbehandling i form af antidiabetika og/eller insulin. Idet de fleste mennesker med DM2 er overvægtige, kan det være påkrævet med blodtrykssænkende og kolesterolnedsættende medicin. Endvidere sigter behandlingen, ligesom ved DM1 mod, at reducere sendiabetiske komplikationer (1). Prognosen for DM2 er anderledes end for DM1, da der forekommer en overdødelighed hos patienter med DM2 sammenlignet med baggrundsbefolkningen, som primært er betinget karsygdomme i hjerte og hjerne (1,4,6).

I henhold til ovenstående beskrivelser af DM, fremgår DM2 problematisk, grundet overdødelighed samt at sygdommen er kompleks og omfattende at behandle, hvorfor DM2 forekommer relevant at

undersøge i nærværende speciale. I den følgende problemanalyse vil der fremgå studier som både indbefatter DM1 og DM2, men nærværende speciales fokus er på DM2.

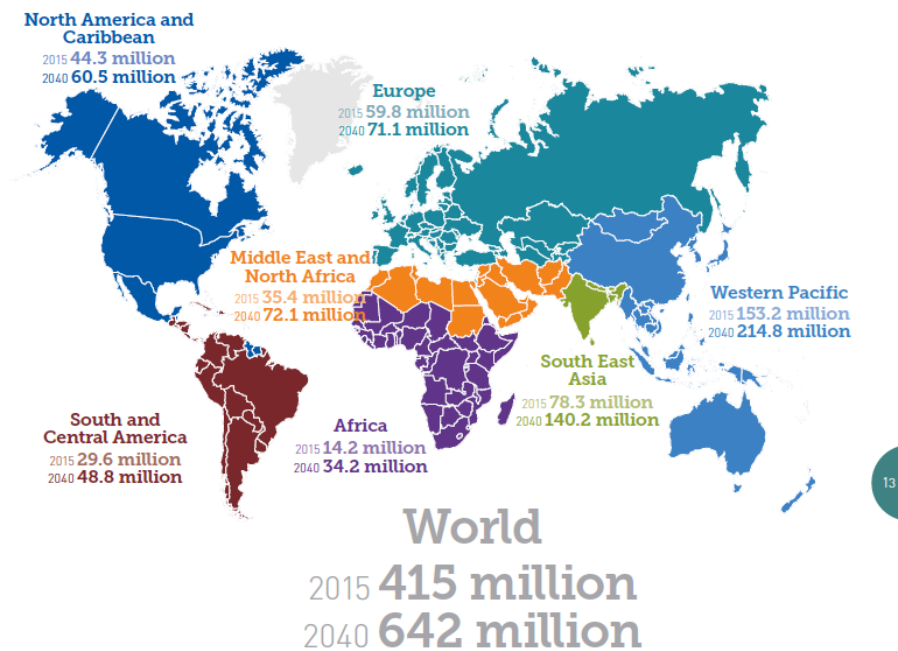
Med afsæt i DM2, er det interessant at kortlægge DM2's udbredelse, både internationalt og nationalt samt omkostningerne heraf. I henhold hertil, vil den præsenterede prævalens og omkostninger ligeledes indbefatte både DM1 og DM2, men med fokus på DM2.

2.2 Prævalens og omkostninger internationalt

Det Internationale Diabetes forbund (IDF) er en global paraplyorganisation, der dækker over mere end 230 nationale diabetesforeninger i 170 lande og landområder (9). Til trods for øget bevidsthed omkring DM, udvikling af ny behandling af DM1 og DM2 samt bedre forebyggelse af DM2, viser hver af de syv udgaver af IDF der er lavet siden år 2000 et stigende antal tilfælde af DM. IDF 2015 er ingen undtagelse, og det estimeres at prævalensen er 415 millioner voksne i alderen 20-79 med DM på verdensplan, herunder 193 millioner som er udiagnosticeret. Endvidere vurderes det, at der er 318 millioner voksne som har øget risiko for at udvikle DM2, idet de har nedsat glukosetolerance. Ved udgangen af 2015 vurderes det at DM har forårsaget 5,0 millioner dødsfald, og har kostet mellem 673 til 1,197 milliarder USD i sundhedsudgifter. Såfremt denne udvikling ikke standses, vurderes det, at prævalensen i 2040 vil bestå af 642 millioner mennesker der lever med DM (9), hvorfor det forekommer relevant at forebygge DM. Forekomsten af DM1 og DM2 er stigende, til trods for at det er muligt at forebygge eller forhindre DM2. Globale tendenser som urbanisering, usund kost og reduceret fysisk aktivitet er alle medvirkende livsstilsfaktorer der øger risikoen for udvikling af DM2 (9).

Grundet prøveudtagningsmetoder eller populationer, kan der forekomme uoverensstemmelser mellem de estimer, der fremgår i IDF 2015 samt andre internationale skøn. IDF 2015 anvender aldersstratificerede data, som er en konsekvent metode til at estimere prævalensen af voksne i alderen 20-79 år, på tværs af 220 lande samt områder. Af denne årsag kan andre nationale estimer afvige i DM-tilfælde, som er angivet i IDF 2015 (9). Det illustrerede kort viser den estimerede prævalens af mennesker med DM på verdensplan, pr. region i 2015 og 2040 (20-79 år). Kortet tydeliggør, at der er variationer i estimerne blandt landene, men fælles for alle landene er, at prævalens og incidens af DM er stigende fra 2015 – 2040, hvorfor de økonomiske omkostninger formentlig også vil stige i fremtiden.

Estimated number of people with diabetes worldwide and per region in 2015 and 2040
(20-79 years)



Figur 2 Estimeret antal personer med diabetes på verdensplan i 2015 og 2040 (9)

På baggrund af ovenstående, er DM, herunder DM2, ikke blot en problematik der er afgrænset til enkelte lande, men en international problematik der fordrer fokus på forebyggelse. I denne forbindelse fremgår det, at på trods af, det er muligt at forhindre og forebygge DM2, har prævalensen været stigende, samt estimeres at fortsætte. I det følgende belyses prævalens og omkostninger ved DM i en national kontekst, med særligt fokus på DM2.

2.3 Prævalens og omkostninger nationalt

Den nationale prævalens af DM har været stigende, og estimeres til fortsat at stige i fremtiden, hvilket illustreres gennem udvalgte årstal i nedenstående tabel¹.

Tabel 1 Estimer over national prævalens af DM

Årstal	DM-prævalens
2011	306.638 (3,10,30)
2012	320.545 (31)
2015	380.000 (11,13,32,33)
2025	650.000 (11,13,32,33)
2040	1.183.630 (knap 1,2 millioner) (11,13,32,33)

I forbindelse med prævalensen af DM i 2012 (31), ville denne sandsynligvis have set anderledes ud, såfremt der ikke var opstillet et nyt kriterium for diagnosticering. I 2012 ændrede Sundhedsstyrelsen det diagnostiske kriterium for DM2, hvorved anbefalingerne medførte anvendelse af HbA1c til diagnosticering. HbA1c kaldes for langtidsblodsukker og er en blodprøve der måler gennemsnittet af de seneste tre måneders blodsukker. Den gamle metode indebar måling af blodsukker i faste. På baggrund af det opstillede kriterium, formodes det aktuelle tal for prævalensen derfor at være mindre, end hvis kriteriet ikke var blevet ændret (34,35).

Foruden de illustrerede prævalens af DM, har diabetesforeningen endvidere estimeret, at der i 2011 var omkring 200.000 danskere med DM i aldersgruppen 20-79 år, som ikke var diagnosticeret, hvilket er problematisk, da prævalensen af DM formentlig er langt højere end antaget (10). Endvidere kan udiagnosticeret DM2 potentielt medføre, at der ikke tages forbehold for behandling i forhold til sendiabetiske komplikationer (1).

¹ De anvendte kilder i dette afsnit er benyttet fordi det ikke længere er muligt at indhente oplysninger om prævalens, incidens og mortalitet, i henhold til DM i Danmark hos Det Nationale Diabetesregister. 1. november 2015, overgik ansvaret for sundhedsdata til den nye Sundhedsdatastyrelse som først oplyser nye tal for prævalensen af DM i første halvår af 2016, i form af et nyt register kaldet "Registeret vedrørende Udvalgte Kroniske Sygdomme" (RUKS). Indtil da er de senest opdaterede tal fra Det Nationale Diabetesregister fra 2012 (82).

Ud fra ovenstående indikeres en stigning i prævalensen af DM i Danmark, men skelnes der mellem DM1 og DM2, forekommer der flest danskere med DM2 (3). Hertil kan nævnes, at 80-90% af alle DM-tilfælde udgøres af DM2 (3,5,10). I modsætning hertil, udgør DM1 10-15% af alle DM-tilfælde (5,10).

Ovenstående tal indikerer, at prævalensen af DM er steget, både internationalt og nationalt. Den øgede prævalens kan forklares med, at der dels er sket en stigning i antal nye tilfælde af DM, og dels at der er sket en reduktion i overdødeligheden hos mennesker med DM. Hertil kan nævnes, at mennesker generelt lever længere med DM, og har en reduceret risiko for følgesygdomme end tidligere (13,36).

I henhold til de estimerede årlige nationale omkostninger af DM, er disse illustreret gennem udvalgte årstal i nedenstående tabel:

Tabel 2 Estimerede årlige nationale omkostninger af DM

Årstal	Årlige omkostninger
2011	Ca. 32 milliarder kroner (13,32,33)
2025	Ca. 60 milliarder (12,13)
2040	Ca. 100 milliarder (12,13)

Tages der udgangspunkt i 2011, kostede DM det danske samfund omkring 32 milliarder kroner årligt. Heraf udgjorde produktionstab grundet tabt arbejdskraft over 13 milliarder, hvilket er samfundets største udgift til DM. Endvidere kommer plejesektoren, som kostede 6,4 milliarder, behandling ved praktiserende læger og hospitaler, som kostede 5,5 milliarder samt medicinudgifter på omkring 1 milliard. I henhold til det enkelte menneske med DM, er der store variationer i udgifterne. Dog står 25% af de mennesker med DM, der har svære følgesygdomme, for omkring 60% af udgifterne (13,32,33).

Såfremt ovenstående fremtidige estimater for prævalens og økonomiske omkostninger bliver en realitet, vil DM udgøre en endnu større omkostning for samfundet på sigt, end sygdommen gør i dag. Hertil forekommer særligt DM2 problematisk, da DM2 udgør størstedelen af DM-tilfældene,

har en generelt dårligere prognose i forhold til overdødelighed, samt er omfattende og kompleks at behandle.

Ovenstående afsnit har således problematiseret DM2 i henhold til målbare tal og estimer. I det følgende vil der derfor være en analyse og problematisering af oplevet livskvalitet hos mennesket med DM2. De udvalgte studier undersøger begge former for DM, men vil blive analyseret og problematiseret i henhold til DM2.

2.4 Livskvalitet

Et review fra 1999 foretaget i USA tydeliggør, at mennesket med DM generelt oplever en dårligere livskvalitet end mennesket uden DM, særligt hvad angår fysisk funktionsevne, evnen til at indgå i hverdagens roller samt den generelle helbredsopfattelse. Dette resulterer i, at mennesket med DM oplever en lavere trivsel, flere sygdomsrelaterede fraværsdage fra arbejde, mindre tilfredshed med fritid samt færre sociale relationer, end mennesker uden DM. Hertil kommer de psykosociale faktorer, såsom opfattelse af egen sundhed, social støtte, evne til at cope² med egen sygdom og personlighedstræk der viser sig, at have betydning for mennesket med DM's evne til egenomsorg³, og dermed kontrollen over blodsukkeret. En dårlig egenomsorg kan medføre sendiabetiske komplikationer, hvilket findes problematisk i forhold til livskvaliteten, da denne reduceres i takt med forekomsten af sendiabetiske komplikationer. Ydermere viser et af studierne i reviewet, at det at leve med to eller flere sendiabetiske komplikationer, medfører øget risiko for udviklingen af angst og/eller depression hos mennesket med DM. Flere af studierne i reviewet beretter også om sammenhængen mellem reguleret blodsukker og livskvalitet, hvor mennesker med et velreguleret blodsukker oplever en bedre livskvalitet, end dem med et dårligt reguleret blodsukker (7). Reviewet giver ikke noget entydigt svar på sammenhængen mellem et reguleret blodsukker og bedre livskvalitet, men det formodes, at denne sammenhæng kan skyldes at et reguleret blodsukker reducerer risikoen for fysiske gener, samt sendiabetiske komplikationer.

² Studiet definerer ikke coping, men en måde at betragte coping på, er ud fra Lazarus og Folkman: "*Coping consists of cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person. These cognitive and behavioral efforts are constantly changing as a function of continuous appraisals and reappraisals of the person-environment relationship, which is also always changing.*"(83)

³ Studiet definerer ikke egenomsorg, men artiklen referere til en definition hvor egenomsorg ansues som symptom-relateret omsorg for akut sygdom, kronisk sygdom og forebyggende pleje (84).

I et svensk interviewstudie fra 2006 tydeliggøres, at måden hvorpå mennesket med DM2 coper⁴ med sin sygdom, har betydning for, hvorledes vedkommende oplever at have livskvalitet. De der undgår at forholde sig til sygdommen har en lavere livskvalitet, lever mere usundt og føler sig mere angst og deprimerede end dem, der aktivt forholder sig til sygdommen. Dette kan skyldes, at mennesket der undgår at forholde sig til sygdommen, også omstrukturerer sine mål for sit helbred, for at undgå nederlag, hvilket kan medføre en lavere tilfredshed med tilværelsen. Studiet viste også, at jo højere uddannelse mennesket med DM2 har, jo bedre er evnen til at cope med sygdommen, og jo bedre opleves livskvaliteten(37).

I et dansk interviewstudie fra 2013 ekspliciteres det, at mennesker med DM ofte ikke oplever at føle sig syge i hverdagen, da DM ofte betragtes som en “skyggesygdom”, så længe der ikke er opstået sendiabetiske komplikationer. Opfattelsen af ikke at være rigtig syg kan dog føre til, at tegn på sendiabetiske komplikationer ikke tages alvorligt, hvorfor de ikke behandles i tide. Dertil kommer, at flere mennesker med DM tilstræber at leve så normal en tilværelse som muligt, da en tilværelse der ikke er præget af sygdom opfattes som livskvalitet. DM er en sygdom med særlig fokus på egenomsorg, hvilket bevirker, at mennesket med DM selv har et stort ansvar for at regulere egen sygdom. Den identitet det medfører at have DM, indebærer at hvis sygdommen ikke er velreguleret, har mennesket med DM fejlet, og dermed også syndet overfor sig selv. Dette kan resultere i følelsen af skyld, vrede og frustration mod sig selv, da mennesket med DM ikke kun er syg, men også har fejlet som menneske. Derfor kan det forekomme tabubelagt blandt mennesker med DM, ikke at være i stand til at regulere egen sygdom. Dette kan være medvirkende til, at flere mennesker med DM udvikler psykiske sygdomme (8).

Endvidere tydeliggør studiet, at når de sendiabetiske komplikationer af DM bevirker, at mennesket med DM ikke kan opfylde sine normale funktioner i hjemmet, på arbejdspladsen eller i fritiden, resulterer det i forringet livskvalitet, både for dem selv og for pårørende. Ofte stilles mennesket med DM overfor valget mellem at leve op til de krav, der stilles i henhold til en god egenomsorg af DM, og det liv, vedkommende levede før diagnosen DM. Det resulterer i, at mennesket med DM skal vælge mellem sociale og behandlingsmæssige hensyn, hvilket kan lede til følelsen af ambivalens. Dette valg kan medføre, at mennesket med DM vælger at leve sit liv så normalt som muligt, og dermed ikke følger de behandlingsmæssige krav. Forsøget på at leve et normalt liv, kan altså

⁴ Coping defineres i artiklen ud fra Lazarus og Folkmanns tidligere anvendte definition, se fodnote 2.

medføre non-compliance⁵, hvilket forværrer skaderne af de sendiabetiske komplikationer.

Endvidere fremhæves det, at hvis behandlingen af de sendiabetiske komplikationer medfører, at mennesket med DM er afhængig af andres hjælp i hverdagen til praktiske gøremål og personlig pleje, kan dette opleves ydmygende og resultere i, at mennesket med DM fravælger hjælp og gør tingene selv, hvilket igen kan forværre de sendiabetiske komplikationer (8).

Ud fra resultaterne af ovenstående studier, er det problematisk at der findes en sammenhæng mellem DM2 og oplevelse af forringet livskvalitet. Denne forringede livskvalitet kan være forbundet med sendiabetiske komplikationer samt potentielt risiko for psykiske sygdomme, så som angst og depression. På baggrund heraf, forekommer mennesket med DM2's oplevelse af sygdommen væsentlig at fokusere på i nærværende speciale.

DM2 er i de foregående afsnit analyseret og problematiseret i henhold til prævalens, økonomi samt DM2's betydning for den enkeltes livskvalitet. I det følgende vil der blive beskrevet og analyseret hvorledes DM2 behandles, både gennem regionale og kommunale tilbud.

2.5 Regional og kommunal behandling af type 2 diabetes

I henhold til behandling af mennesket med DM2, er denne fordelt mellem regioner og kommuner. Fordelingen af disse opgaver blev ændret i januar 2007, som et resultat af den nye kommunalreform. Med den nye reform fulgte en omfattende omrokering af opgaverne i den offentlige sektor, herunder sundhedsområdet, hvilket betød, at kommunerne nu overtog flere sundhedsfaglige opgaver fra de tidligere amter, indeholdende blandt andet sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (38).

I forhold til regionernes behandling af DM2, består regionernes opgaver af undersøgelse, behandling, pleje, genoptræning, rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme. Hertil kan nævnes den vederlagsfri hjælp hos den praktiserende læge og speciallæge, som kan indbefatte kontroller samt tilskud til medicin og terapeuter, herunder fodterapeut og fysioterapeut (14,15).

⁵ Non-compliance defineres i studiet, som patienters ressourcervagthed, men kan også forekomme hos ressourcestærke patienter, der besidder et uhensigtsmæssigt forhold til behandling (8).

I forhold til kommunernes behandling af DM2, består kommunens opgaver således af sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, i form af DM2-rehabiliteringstilbud, som oftest foregår på kommunernes sundhedscentre. Endvidere kan der forekomme behandling gennem hjemmepleje og hjemmesygepleje efter lægehenviisning, ud fra loven om hjemmesygepleje (1,6,14,15).

Ud fra det ovenstående består behandlingen af DM2 således af et samarbejde mellem regioner og kommuner. Indledningsvis i behandlingsforløbet hos mennesker med DM2, sker der en diagnosticering hos egen læge eller sygehuslæge. Efterfølgende sendes der, i de fleste tilfælde, en henviisning om behandling til kommunens sundhedscenter, hvor mennesket med DM2 tilbydes deltagelse i et DM2-rehabiliteringstilbud (1,16). Med afsæt heri, vil der i det følgende forekomme en beskrivelse og analyse af de kommunale sundhedscentres DM2-rehabiliteringstilbud.

2.6 Type 2 diabetesrehabilitering på sundhedscentre

Det er ikke fra politisk side defineret, hvorledes kommunerne forventes at varetage DM2-rehabiliteringstilbud, men de fleste kommuner har valgt at organisere deres tilbud i såkaldte sundhedscentre (16). I henhold til varetagelse af DM2-rehabiliteringstilbud, har Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborg Centret udarbejdet rapporten "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" fra 2004, hvis formål er at skabe en fælles forståelse af begrebet, på tværs af faggrupper og sektorer. Denne rapport kan sundhedscentrene tage afsæt i, i forhold til konstruktion af deres DM2-rehabiliteringstilbud. Rehabiliteringsbegrebet defineres således:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats." (17, s. 16)

Betragtes definitionen i relation til DM2, indebærer rehabiliteringen hele menneskets livssituationen og oplevelse heraf, i kraft af selvstændighed og meningsfuldhed. Med udgangspunkt heri, forekommer mennesket med DM2's inddragelse og oplevelse af egen sygdom, samt behandling heraf, relevant for nærværende speciale.

Til at varetage sundhedscentrenes tilbud, findes oftest sygeplejersker, fysioterapeuter og diætister. Tilbuddene er enten patientrettet, borgerrettet, eller begge dele (14). I henhold til borgere med DM2, vil disse kunne tilbydes patientrettede tilbud, som kræver en henvisning fra egen læge. Hensigten med de patientrettede tilbud er at forebygge yderligere udvikling i sygdommen, samt at udskyde sygdommens eventuelle komplikationer (16). De patientrettede tilbud består oftest i undervisning i de konkrete sygdomme samt kost- og motionsvejledning og fysisk træning. Dernæst kan der indgå patientuddannelse, hvor borgerne undervises i livet med kroniske sygdomme af andre borgere, der har modtaget et instruktørkursus. De patientrettede tilbud foregår enten som gruppeforløb med undervisning, eller som individuelle samtaler. I forhold til de borgerrettede tilbud, har de til formål at forebygge sygdom og ulykker, og har typisk fokus på KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion), og kræver ikke en henvisning fra egen læge (14,16).

Sundhedscentrenes DM2-rehabiliteringstilbud indbefatter således omfattende og komplekse opgaver, blandt andet i form af undervisning i sygdommen, kost og motion, hvilket har til formål at forebygge udvikling i sygdommen, samt at udskyde eventuelle sendiabetiske komplikationer (16). Med baggrund heri, forekommer sundhedscentrenes DM2-rehabiliteringstilbud relevant at fokusere på i nærværende speciale. Da de patientrettede DM2-rehabiliteringstilbud kan finde sted som gruppeforløb eller individuelle forløb, vil de to former i det følgende blive analyseret i forhold til, hvorvidt det ene forløb forekommer velvalgt fremfor det andet.

2.6.1 Gruppeforløb eller individuelle forløb

Tilbud bestående af gruppeforløb anses som en metode, der kombinerer socialt samvær med viden, og som har til formål at styrke borgeren med DM2's egenomsorg. Gruppeforløb skal således uddanne borgeren til aktivt at tage del i, og medansvar for, egen behandling og rehabilitering (26). De individuelle forløb består af samtaler med en eller flere sundhedsprofessionelle (16).

I henhold til de to former for forløb, har et dansk randomiseret klinisk kontrolleret forsøg (RCT) fra 2011 sammenlignet et gruppeforløb med individuelle forløb, afholdt for borgere med DM2 (24). Både gruppeforløbet og de individuelle forløb varede seks måneder, hvor teorien og sundhedspædagogikken byggede på "empowerment"⁶.

⁶ I studiet defineres empowerment som den proces, hvor individet udforsker og udvikler iboende kompetencer og ansvarlighed for eget liv. Mennesket er empowered, når det har viden til at træffe rationelle beslutninger, tilstrækkelig kontrol og ressourcer til at gennemføre beslutninger og tilstrækkelig erfaring til at vurdere effekten heraf (85).

Gruppeforløbet bestod af tre dele, som fokuserede på henholdsvis viden om DM, fysisk aktivitet og kost. De individuelle forløb bestod af konsultationer med en DM-sygeplejerske, en diætist samt fodterapeut (24,26). Resultaterne fra undersøgelsen efter seks måneders intervention fandt, at risiko for hjerte-kar sygdom blev signifikant reduceret ved gruppeforløbet. Dog var gruppeforløbet ikke bedre til at forbedre sundhedsrelateret livskvalitet og selv vurderet helbred, end de individuelle. De individuelle forløb resulterede i signifikant fald i henholdsvis for lave og for høje blodsukkerværdier, hvilket reducerede risikoen for sendiabetiske komplikationer, sammenlignet med gruppeforløbet. Endvidere blev niveauet af træthed reduceret ved begge former for forløb. Grundet positive resultater ved begge former for forløb, vurderes både gruppeforløb og individuelle forløb ifølge studiet at være gavnlige for borgeren med DM2 (24).

Ovenstående tydeliggør, at forløbene begge medfører positive resultater, hvad enten der er tale om gruppeforløb eller individuelle forløb. Derfor må sundhedscentrene tage stilling til, om det for den enkelte borger med DM2 er mest hensigtsmæssigt med gruppeforløb, eller individuelle forløb. På baggrund heraf, tydeliggøres relevansen af, at fokusere på den enkelte borger med DM2's oplevelse og behov.

Hvad enten rehabiliteringen finder sted som gruppeforløb eller individuelle forløb, indebærer DM2-rehabiliteringstilbuddet en ændring af livsstil, herunder sundhedsadfærd, hvilket i det følgende vil blive analyseret og problematiseret.

2.7 Livsstil og sundhedsadfærd

Ofte anvendes livsstil og sundhedsadfærd synonymt, trods begrebernes forskellige betydning. Livsstil er mere omfattende end sundhedsadfærd. Livsstil indebærer stabile handlemønstre, også kaldet vaner, som på lang sigt kan influere på helbredet, og som er betinget af omgivelserne, for eksempel kulturelle, økonomiske og sociale forhold. Sundhedsadfærd er et mere snævert begreb end livsstil, da livsstil kan indebære flere former for sundhedsadfærd (18). Sundhedsadfærd er karakteriseret ved adfærd eller handlinger, som har til sigte at fremme eller bevare et godt helbred. Der forekommer forskellige afgrænsninger af begrebet, hvortil WHO definerer sundhedsadfærd således:

“Enhver aktivitet foretaget af individet under hensyn til den aktuelle eller oplevede sundhedsstatus, med det formål at fremme, beskytte eller vedligeholde sundhed, hvad enten en sådan adfærd rent objektivt er effektiv til dette eller ej.” (19, s. 89)

Set ud fra kultursociologen Birte Bech-Jørgensens teori om hverdagslivet, kan sundhedsadfærden betragtes som indlejret i menneskets hverdagsliv. Bech-Jørgensen definerer hverdagslivet som: *“det liv, vi lever, opretholder og fornyer, genskaber og omskaber hverdag”* (37, s. 17). Hverdagslivet er betinget af en vis orden, og såfremt denne orden ikke eksisterer, vil hverdagslivets foranderligheder opleves kaotisk. Denne orden er selvfølgelig, og genskabes og omskabes af upåagtede aktiviteter, forstået som ubemærkede handlinger. Såfremt de upåagtede aktiviteter tildeles betydninger, som kan bistå med mening i hverdagslivet, opstår der en symbolsk orden af selvfølgeligheder, som er en grundlæggende forudsætning for hverdagslivet. Uden symbolsk orden af selvfølgeligheder, vil det foranderlige hverdagsliv forekomme uoverskueligt, kaotisk og uforudsigeligt (39).

I henhold til mennesket med DM2, kan denne symbolske orden af selvfølgeligheder være både sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende, i form af for eksempel at tage trappen frem for elevatoren. Men den symbolske orden af selvfølgeligheder kan også være sundhedsskadelig, eksempelvis i form af rygning. En sundhedsadfærd kan være vanskelig at ændre, da den er indlejret i menneskets livsmønster og den symbolske orden af selvfølgeligheder (19). Set i forhold til borgeren der indgår i et DM2-rehabiliteringstilbud, findes det således interessant, hvorledes en ændring af sundhedsadfærd opnås (18), hvilket fordrer et fokus på borgeren med DM2's oplevelse af ændring i sundhedsadfærd. I bestræbelsen på at ændre sundhedsadfærd, vil relevansen af motivation i det følgende blive tydeliggjort gennem udvalgte internationale studier.

2.8 Motivation og ændring af sundhedsadfærd

Flere studier har fundet en sammenhæng mellem motivation og mennesket med DM2's evne til at opnå ændret sundhedsadfærd. I den forbindelse tydeliggør et australsk kvalitativt studie fra 2013, bestående af fokusgruppe- og telefoninterviews, at motivation er væsentlig i henhold til menneskets håndtering af DM2, og dermed opnåelse af ændret sundhedsadfærd. I studiet fremhæver mennesker med DM2, at motivation har en positiv betydning for at tilegne viden omkring DM2, samt

efterfølgende omsætning til ændring i sundhedsadfærd samt evnen til self-management⁷. Reduceret motivation blev forbundet med manglende evne til at håndtere DM2 effektivt. Det fremhæves endvidere, at self-management uddannelse er ineffektiv, såfremt den enkeltes motivation ikke er til stede (20).

At motivation influerer på mennesket med DM2's ændring af sundhedsadfærd, tydeliggøres endvidere i et kvantitativt tværsnitsstudie, foretaget i USA fra 2010. Gennem spørgeskemaet, Treatment Self-Regulation Questionnaire-diabetes (TSRQ-diabetes), blev der målt på mennesket med DM2's autonome motivation⁸ i henhold til blodsuktermåling, efterlevelse af anbefalinger omkring kost og motion. I forbindelse hermed, fandt studiet en signifikant association mellem mennesket med DM2's autonome motivation og fastholdelse af kost og blodsuktermålinger. Dog fandt studiet ikke en sammenhæng mellem autonom motivation og motion (40).

Slutteligt kan et kvalitativt canadisk studie, bestående af fokusgruppeinterviews, fra 2009 fremhæves. Studiet undersøgte barrierer i henhold til motion hos mennesker med DM2, både under tilbuddet, bestående af et træningsprogram, samt efterfølgende. Hertil fandt studiet, at motivationen er den mest afgørende faktor, i henhold til at dyrke motion, både under tilbuddet og efterfølgende (21).

På baggrund af de tre ovenstående studier, tydeliggøres relevansen af motivation hos mennesket med DM2, i forbindelse med at opnå ændret sundhedsadfærd. I det følgende vil udvalgte studier blive analyseret og problematiseret i henhold til, hvorvidt der opnås en ændret sundhedsadfærd gennem tilbud rettet mod mennesket med DM2. Den ændrede sundhedsadfærd kan blandt andet indebære kostændring, vægttab og øget motion.

Præsentationen af de udvalgte studier er med bevidstheden om, at tilbuddene både indbefatter DM1 og DM2, men studierne vil blive problematiseret og analyseret i henhold til DM2. Endvidere er tilbuddene i studierne forskellige i deres konstruktion, og indbefatter både regionale- og kommunale

⁷ Studiet beskriver self-management, gennem forskellige foranstaltninger, som har til hensigt at fremme patientens empowerment og øge patientinddragelsen samt reducere sundhedssystemets byrde. Management involverer ofte adfærdsmæssige og livsstilsændringer (20).

⁸ Studiet definerer autonome motivation som at mennesket føler det har et valg, selvbestemmelse og overensstemmelse mellem egen adfærd og personlige værdier. I modsætning hertil, defineres kontrolleret motivation som at mennesket handler i henhold til påbud eller trusler fra ydre omgivelser, for eksempel fra familiemedlemmer eller sundhedsprofessionelle, eller på baggrund af at undvige skam eller skyld (40).

tilbud, og måler derudover på forskellige områder af ændret sundhedsadfærd, hvorfor studierne ikke er helt sammenlignelige. Trods dette, blev det vurderet, at præsentationen af studierne og deres resultater formår at give et billede af mennesket med DM2's ændring af sundhedsadfærd gennem tilbuddene.

2.9 Opnåelse af ændret sundhedsadfærd, gennem tilbud rettet mod mennesker med type 2 diabetes

Flere studier har undersøgt forskellige områder af sundhedsadfærd, og fundet varierende grader af ændret sundhedsadfærd i forbindelse med tilbud rettet mod mennesket med DM2.

Hertil kan nævnes et tre års follow-up RCT studie fra 2012, som undersøgte opnåelsen af ændret sundhedsadfærd af tilbud rettet mod mennesker med DM2. Studiet sammenlignede to grupper, som var nyligt diagnosticeret med DM2, hvor interventionsgruppen modtog en seks timers uddannelse og "self-management structured programme". Programmet blev tilbudt i den primære sundhedstjeneste i England og Skotland. Programmet var baseret på empowerment⁹ og indebar blandt andet livsstilsfaktorer, herunder kost, motion og kardiovaskulære risikofaktorer. Resultaterne viste, at der var forbedringer, men ikke nogen forskel mellem de to grupper i henhold til biomedicinske udfald, livsstil og brug af medicin. Dog var der en signifikant fordel hos interventionsgruppen, idet de havde større forståelse for deres sygdom, dens alvor samt mestring af denne. Studiet konkluderer, at et enkelt program for nyligt diagnosticerede mennesker med DM2 ikke medfører nogen forskel inden for livsstil eller biomedicinske resultater, dog blev der opnået en forbedring hos interventionsgruppen i henhold til sygdomsopfattelse og mestring. Studiet pointerer, at der fordres længerevarende undersøgelser til at belyse hvorvidt tilbuddet opnår ændret sundhedsadfærd (22).

Et ni måneders follow-up studie fra 2013 havde til formål at undersøge hvorvidt der kunne opnås ændret sundhedsadfærd af et seks ugers gruppeforløb til mennesker med DM2 i New Zealand. Forløbet indebar en "group-based diabetes self-management education" (DSME) fordelt på seks undervisningslektioner, specielt udformet til en målgruppe med DM2. Indholdet i undervisningen indebar blandt andet; hvad er DM2, kost, motion og rygning. Kliniske data blev indhentet efter 3, 6 og 9 måneder fra deltagernes kliniske journaler. Resultaterne viste blandt andet en forbedring i

⁹ Studiet tager afsæt i definitionen af empowerment fra to andre studier, som beskriver empowerment ved, at mennesket med DM2 selv har en enestående rolle og ansvar i det daglige liv med og behandlingen af DM2 (86,87).

håndtering af DM2, fysisk aktivitetsniveau samt reducere af rygning. I henhold til den glykæmiske kontrol og det systoliske blodtryk, blev disse forbedret mellem baseline og 6 måneder, men var ikke anderledes fra baseline efter 9 måneder. Diastolisk blodtryk og triglycerider og mikroalbumin i urinen og kreatinin var reduceret signifikant efter 3, 6 og 9 måneder. Studiet konkluderer, at et gruppeforløb med DSME program forbedrede nogle aspekter af DM2 behandling efter 6 måneder. Reduceringen af forbedringerne efter de 6 måneder tyder dog på manglende fastholdelse af ændret sundhedsadfærd, og at et genopfriskningskursus vil være effektivt (23).

De internationale studier undersøger forskellige tilbud, måler på forskellige områder af ændret sundhedsadfærd og finder ligeledes varierende grader af ændret sundhedsadfærd. Dog tydeliggøres det gennem studierne, at opnåelse af ændret sundhedsadfærd på længere sigt enten er ukendt, eller at denne ændrede sundhedsadfærd reduceres efter tilbuddets afslutning. Sidstnævnte forekommer særligt problematisk, da det er ønskværdigt at fastholde og eventuelt forbedre den potentielt opnåede ændrede sundhedsadfærd. Både set i forhold til samfundsmæssige omkostninger, men også i henhold til den enkeltes livskvalitet, jævnfør afsnit 2.4 "Livskvalitet".

I forhold til en national kontekst, findes antallet af videnskabelige studier, der undersøger opnåelsen af ændret sundhedsadfærd i forbindelse med tilbud rettet mod mennesker med DM2, umiddelbart sparsomt. Foruden det tidligere beskrevne danske RCT studie fra 2011, omtalt i afsnit 2.6.1 "Gruppeforløb eller individuelle forløb", som finder opnåelse af ændret sundhedsadfærd hos både gruppeforløb og individuelle forløb (24), udgav sundhedsstyrelsen en medicinsk teknologivurdering (MTV) i 2009. MTV'en undersøgte patientuddannelse, både i et sygehus- og kommunalt regi, og indbefattede flere kroniske sygdomme, herunder DM. Samlet set konkluderer MTV'en, at der ikke forekommer en entydig dokumentation af opnået ændret sundhedsadfærd af patientuddannelse, hvorfor der ikke kan gives en klar anbefaling for undervisningens form og indhold. MTV'en vurderer endvidere, at evidensen generelt er svag til moderat på de undersøgte patientuddannelser, og der hvor der forekommer en opnået ændret sundhedsadfærd, er den typisk kortvarig eller kun målt kort tid efter interventionens ophør. Men på trods af, at patientuddannelse umiddelbart synes at have en begrænset dokumenteret opnået ændret sundhedsadfærd, forekommer der trods alt en grad af opnået ændret sundhedsadfærd, med betydning for mennesket med DM2 som ikke bør underkendes (25).

Det nationale RCT og MTV'en konkluderer, ligesom de internationale studier, at der er varierende grader af opnået ændret sundhedsadfærd af tilbuddene rettet mod mennesker med DM2. Af denne årsag vurderes det, at den opnåede ændrede sundhedsadfærd er afhængig af tilbuddets konstruktion, de mennesker der indgår samt konteksten. Endvidere konkluderes det både i internationale og nationale studier, at den opnåede ændrede sundhedsadfærd blot er kortvarig, eller kun målt kort tid efter interventionens ophør. I henhold hertil, forekommer det problematisk, såfremt mennesket med DM2 ikke formår at fastholde og eventuelt forbedre den potentielt opnåede ændrede sundhedsadfærd, efter tilbuddets afslutning.

I den foregående problemanalyse er DM2 således blevet beskrevet, analyseret og problematiseret i forbindelse med prævalens, omkostninger, livskvalitet, behandling og ændring af sundhedsadfærd, hvor motivationen udgør en betydning, gennem tilbud rettet mod DM2 samt opnåelsen af ændret sundhedsadfærd herigennem.

3 Afgrænsning

3 Afgrænsning

På baggrund af ovenstående problemanalyse, tager nærværende speciale afsæt i DM2, hvilket blandt andet begrundes med overdødelighed, prævalens, den estimerede stigning i prævalens, økonomiske omkostninger samt reduceret livskvalitet. Med relevansen af DM2, fokuserer nærværende speciale på kommunernes DM2-rehabiliteringstilbud, som tilstræber en ændring af sundhedsadfærd. I forbindelse med ændring af sundhedsadfærd, forekommer borgere med DM2's egen oplevelse og motivation relevant. Med afsæt i internationale og nationale studier der undersøger den opnåede ændrede sundhedsadfærd ved tilbud rettet mod mennesker med DM2, forekommer denne i varierende grader. I de tilfælde hvor der opnås ændret sundhedsadfærd, er denne blot kortvarig, eller kun målt kort tid efter interventionens ophør. At ændringen af sundhedsadfærd kun er kortvarig, fremgår særlig problematisk, da sigtet med DM2-rehabiliteringstilbuddene er at opnå, fastholde og eventuelt forbedre borgerens sundhedsadfærd.

4 Problemformulering

4 Problemformulering

Nærværende speciale ønsker at besvare nedenstående problemformulering, med udgangspunkt i borgerens oplevelse:

“Hvorledes oplever borgeren med type 2 diabetes egen opnået ændret sundhedsadfærd i forbindelse med deltagelsen i et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud samt opfølgningerne heraf?”

“Hvorledes kan forandringstiltag konstrueres til opfølgningerne af et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud, således borgeren motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre den opnåede ændrede sundhedsadfærd?”

Første del af problemformuleringen har til formål at danne et vidensgrundlag, om hvorvidt borgeren oplever at DM2-rehabiliteringstilbuddet og de indbefattede opfølgninger har bistået til ændring af sundhedsadfærd. Dette anses som en forudsætning for at undersøge og besvare anden del af problemformuleringen, i henhold til hvorledes borgeren motiveres til fastholdelse og eventuelt forbedring af opnåede ændrede sundhedsadfærd, gennem et forandringstiltag til opfølgningerne.

4.1 Begrebsafklaring

I det følgende vil udvalgte begreber fra problemformuleringen blive afklaret, da dette har indflydelse på anskuelsen af problemformuleringen samt besvarelsen heraf.

Borgerens oplevelse: Borgerens oplevelse anvendes i forbindelse med, at det er borgeren selv der definerer hvorledes vedkommende oplever egen opnået ændret sundhedsadfærd, gennem DM2-rehabiliteringstilbuddet og opfølgningerne. Endvidere indebærer det borgerens egen beskrivelse af, hvorledes vedkommende motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre opnået ændret sundhedsadfærd gennem opfølgningerne.

Ændret sundhedsadfærd: Anskuelsen af borgerens oplevede ændrede sundhedsadfærd, samt den ændrede sundhedsadfærd, som forandringstiltaget søger at fastholde og eventuelt forbedre, er dels betinget af en åbenhed overfor borgerens egen oplevelse. Dels er den betinget af en bevidsthed om,

at gruppens medlemmer besidder en forforståelse omkring en bestemt sundhedsadfærd, som borgeren med DM2 bør undvige eller efterleve, både i kraft af gruppens faglige baggrund, samt den forforståelse der er udviklet gennem arbejdet med specialet.

Motivation: Begrebet motivation er ikke fastlagt på baggrund af problemanalysen, men der præsenteres senere i specialet teori omkring motivation som uddybes i afsnit 6 “Teori”.

4.2 Sundhedssyn

I det følgende vil nærværende speciales sundhedssyn blive beskrevet, da dette har indflydelse på anskuelsen af problemformuleringen og besvarelsen heraf.

Nærværende speciales sundhedssyn tager afsæt i Steen Wackerhausens skelnen mellem *sundhedsrelativisme* og *sundhedsfundamentalisme* og hans *åbne sundhedsbegreb* som et alternativ hertil (41). I henhold til sundhedsrelativisme, er sundhedsbegrebet ikke et fast begreb, og kan variere afhængig af kultur, historie og geografi. Forskellige instanser eller perspektiver, sågar inden for samme kultursamfund, har således ofte forskellige sundhedsdefinitioner, både implicit og eksplicit (41). Hvad angår sundhedsfundamentalismen, hersker der to hovedspor: Det ene udgøres af objektive kendsgerninger med afsæt i naturvidenskaben. Det andet bygger på absolutte og universelle menneskelige værdier. Som et alternativ til ovenstående sundhedssyn, fremhæver Wackerhausen det åbne sundhedsbegreb, som er forbundet med autonomi og respekt for menneskets værdier og livsbetingelser. Det sunde menneske er karakteriseret ved handlefærdighed til at indfri mål under givne livsbetingelser. Sundhed betragtes således som et middel til at opnå mål. I modsætning hertil, betragtes sygdom som forringet handlekapacitet, i henhold til egne mål (41).

Wackerhausens skelnen forekommer relevant, da nærværende speciales sundhedssyn på borgeren med DM2, er placeret i et kontinuum mellem relativismen og fundamentalismen. Placeringen i kontinuummet kommer til udtryk gennem problemanalysen ved, at det forekommer relevant at fokusere på borgeren med DM2's oplevelse. Samtidig hermed, er der en bevidsthed og forforståelse omkring en bestemt sundhedsadfærd, som borgeren med DM2 bør undvige eller efterleve. På baggrund heraf, er det vanskeligt at indtage et rendyrket åbent sundhedssyn, da nærværende speciales sundhedssyn er præget af både sundhedsrelativisme og sundhedsfundamentalisme.

5 Methode

5 Metode

I den følgende metode bliver valget af det kvalitative teorifortolkende casestudie præsenteret og begrundet, med efterfølgende redegørelse af specialets videnskabsteoretiske positionering. Dernæst præsenteres specialets litteraturstudie, indsamling af empiri, analysestrategi og slutteligt etiske overvejelser.

5.1 Casestudie

I nærværende speciale blev det valgt at belyse problemformuleringen gennem et kvalitativt casestudiedesign, herunder et typisk single-casestudie, som indbefatter borgere på et gruppeforløb på et DM2-rehabiliteringstilbud, hvilket uddybes i afsnit 5.1.2 ”Casebeskrivelse”.

Et casestudie er en forskningstilgang eller forskningsstrategi, som kan bestå af både kvalitative og kvantitative metoder og multiple datakilder, og dermed triangulering (42). Hertil kan eksempelvis nævnes en kombination af observation og interviews, hvilket er de anvendte datakilder i nærværende speciale, som uddybes i senere afsnit. En gevinst ved at anvende flere datakilder er muligheden for at inddrage flere refleksioner, og komme i dybden i henhold til det fænomen som undersøges (42–44). I henhold til Antoft og Salomonsen, undersøger et casestudie cases som er analytiske og sociale konstruktioner, med et ønske om at indfange det unikke, forstå og forklare den specifikke case. Ud fra denne forståelse er et casestudie indhyldet i en social verden, hvor de eller den enkelte case ikke kan anskues isoleret fra omverdenen (42). Robert K. Yin definerer et casestudie således:

“...et casestudium er en empirisk analyse, der undersøger et samtidigt eller historisk fænomen i en social kontekst, hvor fænomenet udfolder sig. Det gælder specielt, når grænsen mellem fænomenet og konteksten ikke fremstår klart og tydeligt” (42, s. 32)

Trods casestudiet er kontekstspecifikt og unikt, kan det også sige noget om en mere generel tendens gennem analytisk generalisering (42). Den analytiske generalisering kan finde sted gennem en sammenligning af casen og andre cases, herunder hvorvidt dimensioner og sammenhænge fra casen ligeledes gør sig gældende i andre cases (42).

Relevansen af casestudiet med en kombination af kvalitative datakilder, tydeliggøres gennem problemanalysen og problemformuleringen. I problemanalysen ekspliciterer studier varierende grader af opnået ændret sundhedsadfærd af tilbud rettet mod mennesket med DM2, samt at den opnåede ændrede sundhedsadfærd ofte er kortvarig eller kun målt over kort tid. Variationen i opnået ændret sundhedsadfærd er formentlig associeret med tilbuddets specifikke konstruktion, den kontekst tilbuddet udføres i samt de deltagende borgere. Derfor forekom det relevant at udføre et casestudie, med udgangspunkt i en konkret case. Endvidere fordrer problemformuleringen anvendelse af kvalitative datakilder, herunder observation og interviews. Dette kommer til udtryk gennem bestræbelsen på at undersøge borgerens oplevede opnåede ændrede sundhedsadfærd, samt hvorledes borgeren motiveres til fastholdelse og eventuelt forbedring af heraf. Casestudiets muliggørelse af analytisk generaliserbarhed forekom ligeledes relevant, i henhold til at tydeliggøre en mere generel tendens i relation til nærværende speciales resultater.

At nærværende speciales casestudie er typisk, kommer til udtryk ved, at flere kommuners sundhedscentre ligeledes har gruppeforløb i forbindelse med DM2-rehabiliteringstilbud, dog i varierende udformning. At nærværende speciales casestudie er et single-casestudie, kommer til udtryk ved den konkrete case, som udgøres af deltagende borgere på et gruppeforløb på et DM2-rehabiliteringstilbud (45).

5.1.1 Teorifortolkende casestudie

I henhold til casestudiet som forskningsstrategi, fremhæver Antoft og Salomonsen fire hovedtyper, herunder; ateoretiske-, teorifortolkende-, teorigenererende- og teoritestende casestudier. I nærværende speciale forekom det teorifortolkende casestudie valgt, med bevidstheden om, at det er sjældent casestudier fremgår som rene former, hvorfor der kan indgå elementer fra flere af casestudietyperne (42). Det teorifortolkende casestudie finder sted, som en fortolkningsproces mellem den empiriske case og det teoretiske univers, hvor det primære formål er at generere ny empirisk viden (42).

På baggrund heraf, tog nærværende speciale afsæt i en abduktiv metodisk tilgang, i form af en vekselvirkning mellem empiri, indsamlet gennem observation samt interviews hos borgere på et DM2-rehabiliteringstilbuddet, og teori. Den abduktive metodiske tilgang er således bestående af en

vekselvirkning mellem induktion og deduktion (46). Den abduktive tilgang indbefatter et eksplorativt tilsnit til empirien, som fordrer en flydende proces med åbenhed for fortolkning (47), samtidig med en inddragelse af teori, som har til formål at danne den linse, hvorigennem fænomenerne analyseres og forstås (48). I forlængelse heraf, fremhæver Antoft og Salomonsen at teorien kan indgå i den indledende fase af casestudiet (42), hvilket ligeledes gjorde sig gældende i nærværende speciale, i henhold til udarbejdelsen af interviewguiden. På baggrund heraf, gjorde den abduktive tilgang sig gældende gennem hele processen, lige fra indsamling af empiri til fortolkning og analyse heraf.

Under indsamlingen af empiri bidrog teorien til at fremhæve områder, som var væsentlige at studere, i forbindelse med belysning af nærværende speciales problemformulering. Endvidere bidrog teorien til den analytiske fase, ved at tydeliggøre tendenser i empirien, som ligeledes bistod til belysning af problemformuleringen (42). Derudover havde teorien til formål at bidrage til diskussionen i forhold til, om tendenser i empirien viste sig generelle eller unikke, samt forklaring af casen og sammenhænge heri (42).

Hvad angår gruppemedlemmernes rolle, indebar det teorifortolkende casestudie en distancering til det empiriske genstandsfelt. Distancen var et resultat af, at gruppemedlemmerne ikke fungerede som formidlere, men derimod som aktive fortolkere af den empiriske virkelighed (42).

Fortolkningen indebar, at gruppemedlemmerne ikke blot søgte en førstepersonsforståelse, men aktivt søgte at fortolke empirien gennem teori (49).

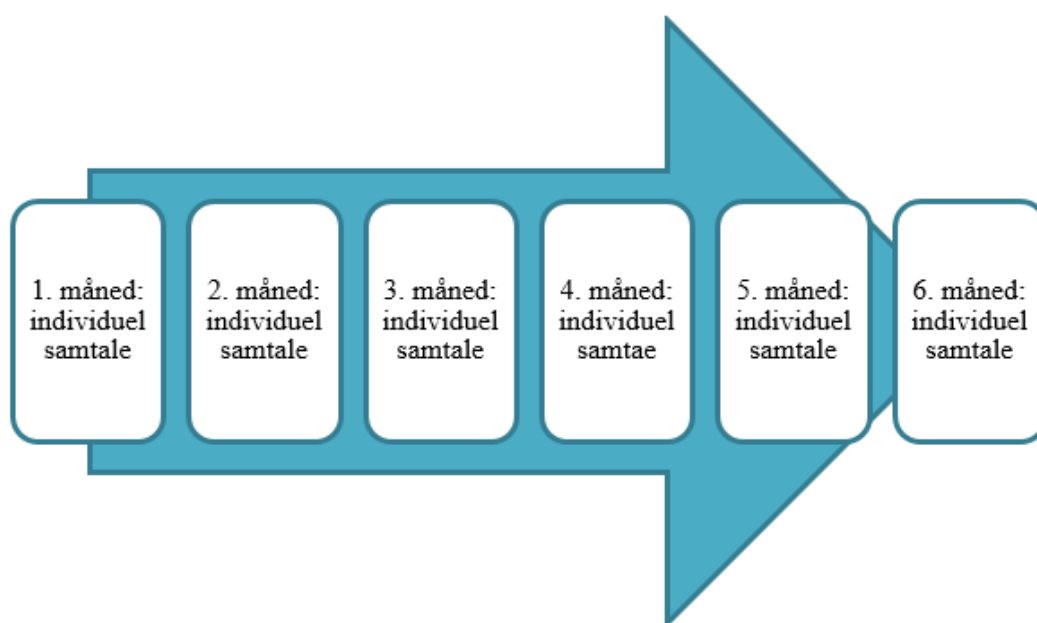
5.1.2 Casebeskrivelse

Valget af en case udgør en hypotese om at være repræsentant for en mere generel sammenhæng eller et specielt, ekstremt eller unikt fænomen (42). I henhold til nærværende speciale, udgjorde valget af case en hypotese om en mere generel sammenhæng, hvilket vil blive beskrevet i følgende casebeskrivelse.

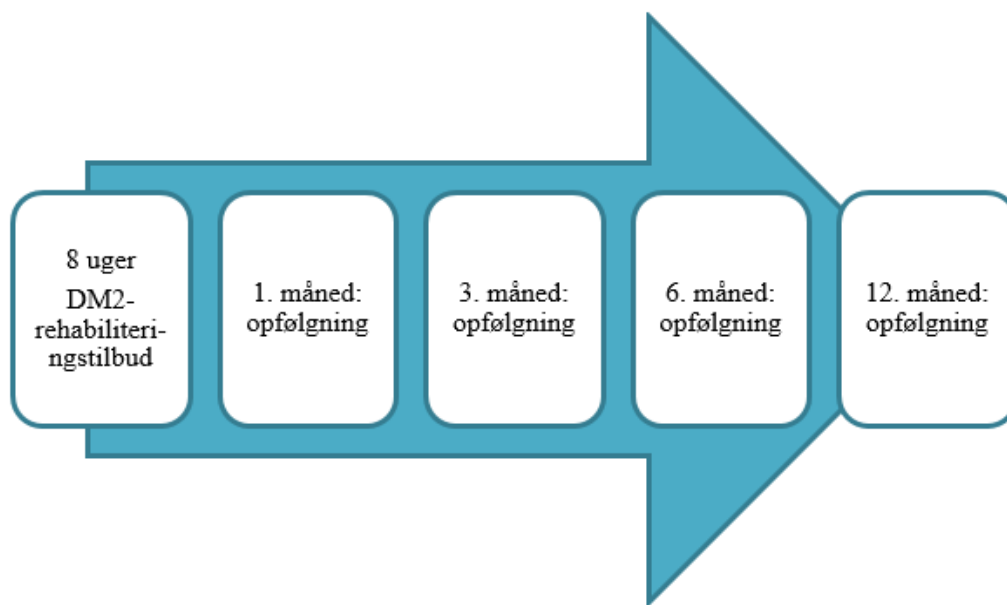
Casen for nærværende speciale omhandler et DM2-rehabiliteringstilbud i en større nordjysk kommune. Deltagelsen i denne type tilbud kræver normalt, at borgeren henvises fra egen læge. Som supplement hertil, havde denne kommune valgt, at borgeren også selv havde mulighed for at

tilmelde sig tilbuddet. Efter borgeren havde tilmeldt sig, kontaktede en sygeplejerske fra rehabiliteringstilbuddet borgerens egen læge, i henhold til en officiel henvisning. Indledningsvis havde borgeren en afklarende samtale med en sygeplejerske fra DM2-rehabiliteringstilbuddet på omkring én time. Gennem samtalen blev der, med udgangspunkt i borgeren med DM2, gennemgået hverdagen i henhold til KRAM-faktorerne, ressourcer, egenomsorg og indtag af medicin. Endvidere blev borgerens mål for forbedring af sundhedsadfærd drøftet, samt hvad vedkommende ønskede at opnå gennem tilbuddet. Ud fra samtalen vurderede sygeplejersken i fællesskab med borgeren, om borgeren var mest egnet til et individuelt forløb eller et gruppebaseret forløb. Hvorvidt borgeren blev tilbudt individuelle samtaler eller gruppeforløb, afhang blandt andet af borgerens evne til at indgå i større sociale sammenhænge, samt hvilket tilbud der bedst kunne indfri borgerens mål. For både individuelle- og gruppeforløb indbefattede rehabiliteringen en sundhedspædagogisk tilgang, med udgangspunkt i den motiverende samtale. Sundhedscentrets formål med DM2-rehabiliteringstilbuddet er vedlagt som bilag 1.

I nedenstående figur 4 og 5 illustreres henholdsvis individuelle- og gruppeforløb. Disse vil efterfølgende blive uddybet.



Figur 3 Oversigt over individuelle forløb



Figur 4 Oversigt over gruppeforløb

5.1.2.1 Individuelle forløb

De individuelle forløb indebar omkring seks individuelle samtaler, cirka én gang om måneden, med en sygeplejerske tilknyttet tilbuddet, og i nogle tilfælde parallelle forløb med en diætist. De individuelle forløbs varighed var forskellige, og kunne strække sig fra omkring én til seks samtaler, dvs. ca. seks måneder, alt efter behov. Under forløbet blev borgeren tilbudt at deltage i selvtræning og selvtræningsdans, som var træningshold og tilbud, der blev afholdt og tilrettelagt af frivillige. Under samtalerne blev der registreret vægt og taljemål, samt drøftet medbragte blodsuktermålinger og eventuelt lipidtal fra kontrol hos egen læge. Til hver samtale blev der udarbejdet individuelle indsatsplaner, opstillet mål og handleplan, som blev evalueret ved hver samtale. Disse mål kunne for eksempel omhandle vægttab eller sundere kostvaner. Derudover indebar samtalerne en drøftelse af støttende netværk, som kunne hjælpe borgeren med DM2 videre med sine mål. Her kunne der for eksempel være tale om en hjemmesygeplejerske eller nære relationer. De individuelle forløb indebar ikke opfølgninger, og samtalerne ophørte efter cirka seks måneder.

5.1.2.2 Gruppeforløb

Gruppeforløbene indebar et otte ugers forløb, indeholdende undervisning og motion. Forløbet er siden nærværende speciales indsamling af empiri fandt sted, blevet forlænget til 10 uger, ifølge

kliniske retningslinjer fra 2015 (50). Deltagerne af tilbuddet mødtes to gange om ugen. Den ene gang indebar halvanden times træning, og den anden gang indebar tre timer med undervisning samt halvanden times træning. Undervisningen blev afholdt af sygeplejersker, fysioterapeut og diætist. Antallet af deltagende borgere var ca. mellem seks til ti på hvert hold. Til den første undervisningsgang udførte borgerne en cykelkonditest hos fysioterapeuten, samt udfyldte et SF-12 spørgeskema om selv vurderet helbredstilstand (51). Ligesom ved de individuelle samtaler, fik borgerne på gruppeforløbet ligeledes målt taljemål og blev vejlet, samt bedt om at medbringe blodsukkermålinger og lipidtal fra kontrol hos egen læge, samt eventuelt egenkontrol af blodsukre til drøftelse. Undervisningen gennem de otte uger indeholdt blandt andet; formidling af viden omkring DM2, behandling, medicin, sendiabetiske komplikationer, kost, motion, måling af værdier og tolkning heraf, diabetesstress, livet med DM2, rygestop (hvis aktuelt for holdet), motivation, herunder indre og ydre, fastsættelse af mål for sundhed, italesættelse af vanskeligheder og barrierer, at rejse med DM2 og hvordan borgeren med DM2 får mest ud af lægebesøg. Endvidere blev STENO diabetes centers sundhedspædagogiske værktøjskasse anvendt. Det anvendte værktøj fra kassen indbefattede kort med forskellige udsagn, som borgerne med DM2 kan være enige eller uenige i. Hertil kan for eksempel nævnes udsagnene: "De synes alle sammen, det er så nemt for mig at motionere mere. Det synes jeg ikke..." og "Man får ikke den opbakning, som man egentlig har brug for...". Under tilbuddet skulle borgerne således vælge nogle udsagn som sygeplejersken tog billeder af, som kunne frembringes senere i forløbet, når der skulle sættes mål. I denne forbindelse har kortene til formål at skabe refleksion over egen sygdom og hverdag (52). Undervisningen på gruppeforløbene varierede, afhængigt af om det enkelte hold bestod af overvejende nydiagnosticerede borgere, eller borgere der havde levet med DM2 i flere år.

Til den sidste undervisningsgang udfyldte borgerne endnu engang SF-12 spørgeskemaet, fik målt taljemål og blev vejlet, samt drøftet egenkontrol af blodsukre og medbragte blodsukkertal og lipidtal fra egen læge. Efter tilbuddets afslutning, var der opfølgning én, tre, seks og 12 måneder efter. Siden februar 2016 er opfølgningen én måned efter blevet fjernet, på baggrund af evaluering med borgerne, hvor de fandt opfølgningen for tidligt placeret. Proceduren under de fire opfølgninger var omtrent den samme. Opfølgningen varede omkring tre timer, og blev afholdt af en sygeplejerske, hvor der i nogle tilfælde var en fysioterapeut og/eller træningspædagog til stede. Opfølgningen startede indledningsvis med en fælles opstart, med drøftelse af forløbet, mens borgerne spiste et formiddagsmåltid sammen med de sundhedsprofessionelle. Måltidet skulle illustrere hvordan et

diabetesvenligt mellemmåltid kunne se ud for borgeren med DM2. Efterfølgende blev hver enkelt borger taget med ind til en 10 minutters individuel samtale med sygeplejersken der stod for afholdelsen af opfølgningen, hvor der blev målt, vejjet og snakket om egenkontrol blodsukker, blodsukkerprofiler og lipidtal, som borgerne havde medbragt fra egen læge. Til den individuelle samtale blev der endvidere drøftet de mål, som borgerne havde sat sig, hvorvidt de var nået, og derefter den fremadrettede handleplan. Efter der var foretaget individuelle samtaler med alle borgerne, fortsatte snakken i plenum.

5.1.3 Argumentation for valg af case

I henhold til nærværende speciale, forekom både individuelle- og gruppeforløbene relevante, i forbindelse med borgernes oplevelse af den opnåede ændrede sundhedsadfærd, samt hvad der motiverer borgeren til at fastholde og eventuelt forbedre sundhedsadfærd. Dog blev nærværende speciales fokus på gruppeforløbet, herunder et konkret hold, bestående af fem deltagere, som netop skulle til at afslutte den 12-måneders opfølgning. Der blev valgt at fokusere på gruppeforløbet, da dette indebar opfølgninger. Opfølgningerne muliggør at støtte borgerens motivation, i henhold til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd, efter det otte ugers tilbud er afsluttet. Det er derfor med udgangspunkt i de deltagende borgere på gruppeforløbet, at nærværende speciale søgte at konstruere et forandringstiltag til opfølgningerne, der potentielt kan motivere borgeren til fastholdelse og eventuelt forbedring af den opnåede ændrede sundhedsadfærd.

Fremmødet til opfølgningerne er ikke nødvendigvis et udtryk for, hvorvidt borgeren har fastholdt og eventuelt forbedret sundhedsadfærden, da borgerne godt kan have opnået fastholdelse og eventuelt forbedring heraf, og samtidig være udeblevet for opfølgningerne. I denne forbindelse, ringede den sygeplejerske der afholdt opfølgningerne, efter opfølgningernes afholdelse til de borgere på holdet der var udeblevet, for at følge op på, hvordan det var gået dem siden sidst. Hvad enten opfølgningerne finder sted fysisk eller telefonisk, giver de den mulighed, at bistå med støtte til motivation hos borgeren, til fastholdelse og eventuelt forbedring af ændret sundhedsadfærd.

5.2 Videnskabsteoretisk positionering

Følgende afsnit har til formål at klarlægge specialets grundlæggende perspektiv, herunder epistemologi og ontologi. Den valgte epistemologi og ontologi tager afsæt i problemformuleringen, og ligger til grund for efterfølgende metodevalg samt resultaterne heraf (53). I det følgende vil der blive redegjort for specialets epistemologi og ontologi, med afsæt i Michael Crotty.

5.2.1 Epistemologi

Epistemologi betegnes erkendelsesteori, og er den måde hvorpå verden erkendes (54). I henhold til Crotty, er epistemologien optaget af det filosofiske grundlag, der kan beslutte hvilken form for viden der er mulig, og hvordan vi kan sikre at denne viden er tilstrækkelig og legitim (54). Crotty definerer epistemologi som; *"...a way of understanding and explaining how we know what we know"* (54, s. 3). Endvidere fremhæver Crotty, at der findes adskillige epistemologier, men skelner mellem tre grundlæggende, herunder konstruktionisme, subjektivisme og objektivisme (54).

I henhold til nærværende speciale, tages der afsæt i konstruktionismen. I konstruktionismen hersker der ikke én sand objektiv sandhed der venter på at blive opdaget. Sandhed, eller mening, konstrueres derimod gennem involvering med realiteterne i verden, hvorfor mening ikke kan skabes uafhængig af et sind. Det er gennem et samspil mellem subjekt og objekt, at meningen genereres. På baggrund af denne antagelse om meningskonstruktion, vil forskellige mennesker generere forskellig mening, selv i relation til det samme fænomen (54).

I henhold til problemformuleringen, forekom konstruktionismen relevant, da det blev tilstræbt at undersøge borgerens oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd, samt hvorledes borgeren motiveres til fastholdelse og eventuelt forbedring af opnået ændret sundhedsadfærd. Dermed indbefatter problemformuleringen en involvering af borgeren, med fokus på den mening som konstrueres hos borgeren.

5.2.2 Ontologi

Ontologi beskæftiger sig med de grundlæggende måder, hvorpå noget kan være til (kilde: crotty). I henhold til Crotty beskriver han ontologi som; *"... the study of being. It is concerned with "what is", with the nature of existence, with the structure of reality as such"* (54, s. 10). Crotty foretrækker dog at anvende begrebet teoretisk perspektiv fremfor ontologi. Ontologi bør derimod forbeholdes de

situationer, hvor det er nødvendigt at tale om 'at være' (54). Med udgangspunkt i Crotty, kan fænomenologi og hermeneutik nævnes som ontologier, eller rettere teoretiske perspektiver, der hører under konstruktionismen.

I nærværende speciale blev der anlagt et fænomenologisk-hermeneutisk teoretisk perspektiv, da problemformuleringen fordrer borgerens subjektive oplevelse, for at opnå forståelse af meningshorisonter, i forbindelse med opnået ændret sundhedsadfærd, samt motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring heraf (55,56).

Hermeneutikken beskæftiger sig med at opnå viden gennem forståelse. Men for at opnå indgående forståelse af genstanden, er det relevant at inddrage hermeneutikkens søsterdisciplin, fænomenologien (57). Den fænomenologisk-hermeneutiske tilgang kunne i denne forbindelse bidrage med forståelse af det bevidsthedsindhold, som opleves hos borgeren med DM2, i henhold til opnået ændret sundhedsadfærd, samt motivation til fastholdelse og eventuelt forbedring heraf. Således kunne viden om bevidsthedsfænomener gennem fænomenologien bidrage til forståelse og viden gennem hermeneutikken (57). I specialet gjorde det fænomenologisk-hermeneutiske perspektiv sig gældende, både under indsamling af empiri, samt fortolkning og analyse heraf. I det følgende præsenteres fænomenologien og hermeneutikken i henhold til, hvordan de blev anvendt i specialet.

5.2.2.1 Fænomenologi

Det anlagte fænomenologiske perspektiv tog udgangspunkt i fænomenologiens grundlægger, Edmund Husserls, udlægning. Fænomenologi er læren om det, der kommer til syne eller træder frem for bevidstheden (56). I henhold hertil, fremhæver Husserl at videnskaben skal opsøge sagen selv, samt undersøge bevidsthedsfænomener direkte som de præsenterer sig for vores erfaring (57). I fænomenologien forekommer der nogle centrale begreber, herunder; intentionalitet, livsverden og epoché (56,57). I det følgende præsenteres og argumenteres for anvendelsen af disse begreber.

Intentionalitet betyder rettet. Ifølge Husserl er bevidstheden intentionel, og dermed altid rettet mod noget. Individet kan af denne årsag ikke være bevidst om intet, men vil altid være bevidst om noget. Det er derfor ikke muligt at se, uden at se noget eller at tænke, uden at tænke på noget. Bevidstheden består af en konstant relation mellem den der oplever og det der opleves. På baggrund

af denne antagelse, tager Husserl afstand fra den dualistiske opdeling af det tænkende subjekt og en objektiv virkelighed. I modsætning hertil mener han, at det er relevant at undersøge hvordan bevidstheden viser sig, i relation til en given genstand eller fænomen (56–58). I forbindelse med specialet, indebar intentionalitet at borgeren som subjektet ikke kunne adskilles fra vedkommendes oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd, samt motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring heraf, som værende objektet. Omvendt kan intentionaliteten hos borgeren ligeledes bestå af manglende ændret sundhedsadfærd og motivation for fastholdelse og eventuelle forbedring heraf.

Livsverden består af menneskets konkrete virkelighed, som erfares og som i det daglige tages for givet. Det er den verden som mennesket er fortrolig med, når det skal træffe beslutninger, kommunikere og handle (56). Det er med afsæt i menneskets livsverden, at fænomener beskrives, hvorved det er muligt at gå bag om eksempelvis fordomme, sociale og kulturelle påvirkninger, som tages for givet, og kan influere på hvordan verden anskues (56,58). I specialet blev borgernes livsverden ligeledes bragt i fokus, i henhold til frembringelsen af deres oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd og motivation for fastholdelse og eventuel forbedring heraf.

Epoché betyder at holde tilbage, og er en forudsætning for at indfange den menneskelige erfaring, som den viser sig i den konkrete livsverden. Denne tilgang til bevidsthedsfænomener indebærer en tilsidesættelse af forudfattede meninger og holdninger. Det er derfor væsentligt, at der sættes parentes om begrebslige kategorier og teoretiske fordomme, i henhold til den genstand der undersøges. Formålet hermed er, at skabe en neutral beskrivelse af oplevelsesfænomenernes egenart (56,58). Gruppens medlemmer var bevidste om, at den abduktive tilgang vanskeliggjorde at sætte parentes omkring egen forforståelse, da indsamling af empiri, samt fortolkning og analyse heraf, indebar en vekselvirkning mellem teori og empiri. Endvidere blev begrebet sundhedsadfærd anskuet ud fra en forforståelse om, at borgeren med DM2 bør undvige eller efterleve en bestemt sundhedsadfærd. Trods den teoretiske inddragelse og forforståelsen af begrebet sundhedsadfærd, forsøgte gruppe-medlemmerne at sætte parentes omkring forforståelse, gennem en åbenhed over for borgerens oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd, samt motivation for fastholdelse og eventuel forbedring heraf.

5.2.2.2 Hermeneutik

Det anlagte hermeneutiske perspektiv tog afsæt i Hans-Georg Gadammers filosofiske hermeneutik. Hermeneutik betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse (57).

I den filosofiske hermeneutik forekommer der nogle centrale begreber, herunder; forforståelse, horisont, horisontsammensmeltning og hermeneutisk cirkel (55). I det følgende præsenteres og argumenteres for anvendelsen af disse begreber.

Forforståelse udgøres af fordomme, herunder menneskets forventninger og formeninger (57).

Gadamer fremhæver, at forforståelse altid er tilstede og er en forudsætning for at opnå forståelse (55). I nærværende speciale havde gruppemedlemmerne ligeledes en eksisterende forforståelse i forbindelse med borgeren med DM2, begrebet sundhedsadfærd og den teori som indgik i den abduktive tilgang. Denne forforståelse var blandt andet formet af socialisering, uddannelse, eksisterende kendskab til området, teoretiske begreber og forestillinger samt arbejdet med problemanalysen. Derfor var det væsentligt, at forforståelsen blev gjort bevidst, således det blev tydeliggjort hvorledes den kunne influere på indsamling af empiri samt fortolkning og analyse heraf. I nærværende speciale havde gruppemedlemmerne derfor italesat og diskuteret egen forforståelse, både indbyrdes og i forbindelse med vejledning.

Horisonten udgøres af menneskets samlede forforståelser, med alle dets fordomme. Horisont er der, hvorfra alt bliver fortolket ud fra, men er samtidig et væsentligt grundlag for menneskets måde at være til på (57). En snæver horisont betyder, at der blot ses det, som står lige for. Omvendt indebærer en bred horisont åbne muligheder for at se udover det, der står lige for. Endvidere skal horisonten ikke anskues statisk, da den undergår konstant forandring når forforståelsen sættes på spil (55,59). I henhold til specialet, er det tænkeligt at gruppemedlemmernes horisont har været meget forskellig fra borgerens. Af denne årsag var det hensigtsmæssigt at gruppemedlemmerne etablerede en åbenhed i henhold til borgerens horisont, i bestræbelsen på at belyse problemformuleringen.

Ifølge Gadamer er det muligt at udvide horisonten gennem ny forståelse. Ny forståelse etableres i mødet med andre horisonter, ved at bringe forforståelsen i spil og sætte sig i den andens sted, hvorved der opstår *horisontsammensmeltning* (55,59). Når mennesket sætter sig i den andens sted, handler det om, at generere noget helt tredje, som eksisterer på den anden side af os selv og den

anden. Der sker således en produktion, og ikke en reproduktion (55). Horisontsammensmeltning indebærer en sagsforståelse, hvor formålet er, at blive enige om, hvad sagen drejer sig om og hvad det er for en sag der omtales. Det er ikke en overtagelse af den andens forståelseshorisont, men en provokation af egen forståelse af verden, og derved en udvidelse af egen horisont, samt revurdering af fordomme (59,60). I specialet blev det tilstræbt at etablere en forståelse af den fælles sag, herunder borgerens oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd og motivation for fastholdelse og eventuel forbedring heraf. Specialets gruppemedlemmer skulle ikke have samme holdning som borgeren, men blot gribe det som borgeren kommunikerede ud.

Den hermeneutiske cirkel gør det muligt at skabe ny forståelse, på baggrund af forståelseshorisonten. Den hermeneutiske cirkel tydeliggør forståelsens cirkularitet, hvor det blot er muligt at forstå, med afsæt i den eksisterende forståelse. Grundideen er, at der eksisterer et cirkulært forhold mellem helhedsforståelse og delforståelse, hvor det kun er muligt at forstå delene i kraft af helheden, og omvendt kan helheden kun forstås i kraft af delene (55,57). I det der tilstræbes ny forståelse, vil den eksisterende forforståelse blive enten be- eller afkræftet. Denne be- eller afkræftelse vil således danne en ny delforståelse, som kan virke tilbage på helhedsforståelsen, som afspejles i horisonten (57,59). Den hermeneutiske cirkel benævnes også som en spiral, der er karakteriseret ved hverken at have en iagttaget begyndelse eller slutning, men som i princippet er en uendelig og uafsluttet proces (60). I specialet indgik den hermeneutiske cirkel ligeledes i processen, hvor gruppemedlemmerne erhvervede forståelse af borgerens oplevede opnåede ændrede sundhedsadfærd, samt motivation for fastholdelse og eventuel forbedring heraf. Men cirklen, som en uendelig proces, kan forekomme problematisk i en meningsfortolkning. I forbindelse hermed, opstiller Steiner Kvale et princip, som indebærer at en meningsfortolkning afsluttes, når der er opnået en god gestalt, og der er en intern enhed i teksten, uden logiske modsigelser (49). I forhold til nærværende speciale, blev det anerkendt, at det principielt altid er muligt at udlede nye fortolkninger, men at det er væsentligt at den endelige meningsfortolkning indebærer intern enighed, uden logiske modsigelser.

5.3 litteraturstudie

I det følgende bliver nærværende speciales litteraturstudie præsenteret, herunder den ustrukturerede søgning, den systematiske søgning med udvælgelse af studier og kritisk vurdering heraf.

5.3.1 Ustruktureret søgning

For at danne et overblik over projektets problemfelt, blev der i forbindelse med problemanalysen foretaget en indledende ustruktureret søgning. Gennem denne søgning blev der identificeret grå litteratur, der er karakteriseret som ikke evidensbaseret litteratur, herunder rapporter udgivet af offentlige instanser. Den grå litteratur blev lokaliseret gennem søgemaskinerne Google, Google Scholar, Aalborg Universitetsbibliotek, bibliotek.dk, Sundhed.dk, Sundhedsstyrelsen.dk samt Diabetes.dk. Den ustrukturerede søgning blev også udført gennem fritekstsøgninger i følgende videnskabelige databaser: Embase, PubMed, PsychINFO, Cinahl og Sociological Abstracts og Cochrane. Derudover blev der udført kædesøgning via referencerne fra rapporter, studier, bøger og anden relevant litteratur. Den ustrukturerede søgning bidrog til afgrænsning af projektets problemfelt, samt til at finde relevante søgetermer, der blev anvendt i den systematiske søgning.

5.3.2 Systematisk søgning

Efterfølgende blev der foretaget en systematisk søgning, som havde til formål at identificere videnskabelige studier, med relevans for besvarelsen af problemformuleringen. Søgningen blev udført i seks videnskabelige databaser, med henblik på at lave en så udtømmende søgning som muligt, således at alle studier med relevans for besvarelse af problemformulering blev søgt lokaliseret. De lokaliserede studier havde til formål at indgå i specialets diskussion af analysens resultater.

5.3.2.1 Valg af databaser

Den systematiske søgning blev foretaget i følgende databaser: Embase, PubMed, PsychINFO, Cochrane, Cinahl samt Sociological Abstracts. Embase, PubMed og Cochrane er sundhedsvidenskabelige databaser, med fokus på medicinske problemstillinger. PsychINFO, Cinahl og Sociological Abstracts supplerer de lægevidenskabelige databaser, ved et bredere

samfundsvidenskabeligt, psykologisk og sociologisk perspektiv. En uddybende beskrivelse for valg af databaser er at finde i bilag 2.

5.3.2.2 Bloksøgning

Den systematiske søgning tog udgangspunkt i bloksøgning, hvor søgningen blev inddelt i facetter, dannet ud fra specialets problemformulering. Nedenstående punkter viser de tre facetter, som blev anvendt i den systematiske søgning.

- **1. Facet: Motivation:** Denne facet blev valgt, da motivation forekom centralt i henhold til fastholdelse og eventuelt forbedring af ændret sundhedsadfærd.
- **2. Facet: Sundhedsadfærd:** Denne facet blev valgt, da DM2-rehabiliteringstilbuddets hensigt er at opnå ændret sundhedsadfærd, fastholdelse og eventuelt forbedring heraf.
- **3. Facet: Diabetes mellitus:** Denne facet blev valgt, da tilbuddet henvender sig til borgere med DM2.

5.3.2.3 Søgetermer samt kombination heraf

I facetterne blev der anvendt søgetermer og kontrollerede emneord, for at sikre en standardisering af databaserne imellem. De kontrollerede emneord blev også afsøgt som fritext i hver facet, for at sikre inddragelsen af nye studier, der endnu ikke er kategoriseret under kontrollerede emneord. Endvidere blev fritekstsøgning anvendt, når det ikke var muligt at finde ordet som et kontrolleret emneord. De boolske operatører "OR" og "AND" blev anvendt for henholdsvis at udvide og indskrænke søgningen. "OR" blev anvendt for at kombinere relaterede ord inden for den samme facet, hvilket udvidede søgningen. "AND" blev anvendt for at kombinere de forskellige facetter, hvilket indskrænkede søgningen til relevante studier (61).

Nedenstående redskaber blev anvendt i udførelsen af den systematiske søgning:

- Trunkering (*) inkluderer alle bøjninger og endelser af ordet. Trunkering sættes ved ordstammen.
- Frasesøgning ("...") indikerer, at sætningen skrives præcist som angivet i gåseøjnene.
- Fritekstsøgning er fri søgning i al søgbar tekst.

- [MeSH], [Emtree], [Thesaurus] er databasernes egne kontrollerede emneord, og angiver at søgeordet er afsøgt som kontrolleret emneord.
- Begrænsninger (limits): Der blev anvendt limits på databaserne Pubmed og Embase i henhold til at afgrænse til studier med mennesker, da studier omhandlende dyr eller dyreforsøg ikke havde relevans for besvarelsen af specialets problemformulering.

I skemaet nedenfor fremgår et eksempel på de anvendte facetter, søgetermer og kontrollerede emneord fra en af de udvalgte databaser.

AND			
	Motivation	Sundhedsadfærd	Diabetes mellitus
OR	PubMed	PubMed	PubMed
	Motivation [MeSH] Motivat* [fritekst]	Health behavior [MeSH] "Health behavior"[fritekst] "Health behaviors"[fritekst]	Diabetes mellitus [MeSH] "Diabetes mellitus" [fritekst]

Figur 5 Eksempel på anvendte facetter, søgetermer og kontrollerede emneord.

5.3.2.4 Inklusions- og eksklusionskriterier

Følgende inklusions- og eksklusionskriterier blev anvendt til at selekttere relevante studier fra ikke relevante studier, i henhold til, hvorvidt studierne blev fundet egnede til at bidrage til besvarelsen af specialets problemformulering.

Inklusionskriterier:

- Studier af vestlig oprindelse (Europa, USA, Canada og Australien), da disse blev vurderet at kunne generaliseres til en dansk kontekst.
- Studier på dansk, engelsk, norsk eller svensk, da disse sprog er indenfor gruppemedlemmernes sproglige kompetencer.
- Studier omhandlende DM2 i henhold til problemformuleringen.
- Studier omhandlende mennesker.

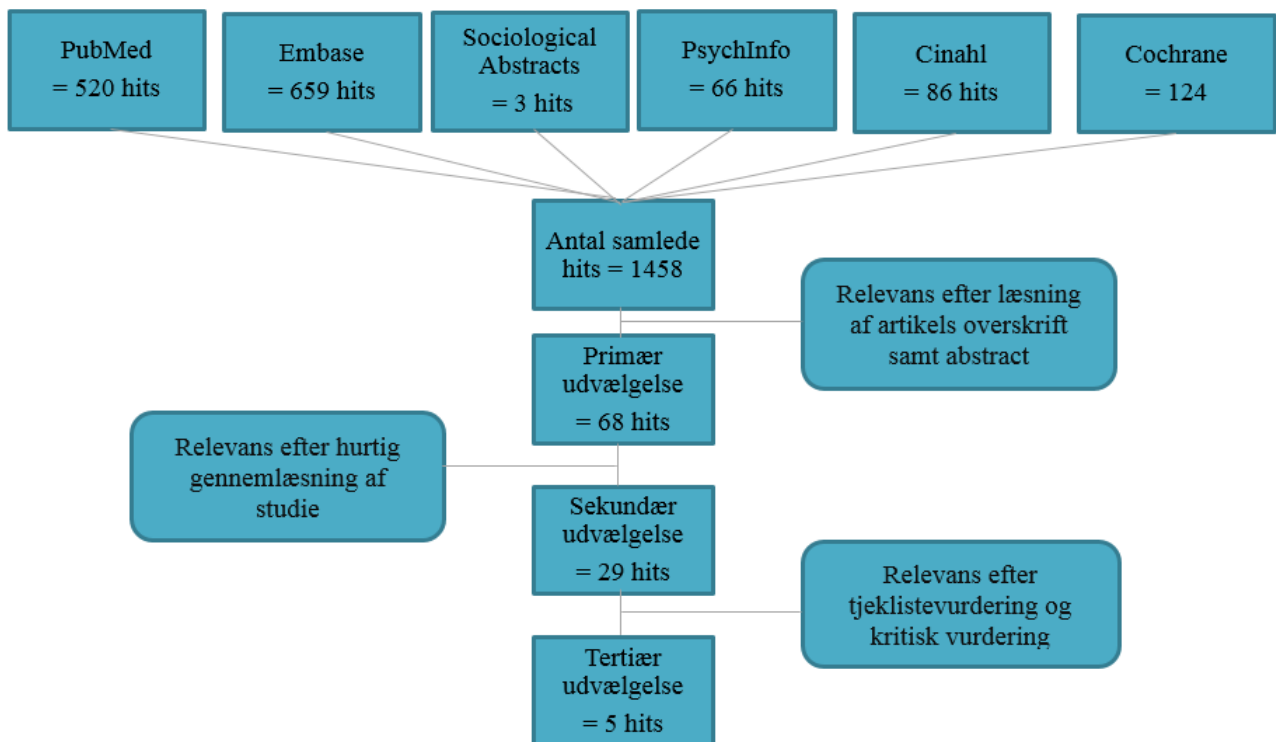
Eksklusionskriterier:

- Studier kun omhandlende børn og unge, da denne aldersgruppe ikke indgår i DM2-rehabiliteringstilbuddet.
- Studier kun omhandlende minoritetsgrupper, som for eksempel hispanics, udlændinge eller gravide.
- Studier kun omhandlende andre typer DM, som DM1 eller graviditetsdiabetes, da disse typer ikke indgår i DM2-rehabiliteringstilbuddet.

5.3.2.5 Primær, sekundær og tertiær udvælgelse af litteratur

De anvendte studier i specialet blev udvalgt efter en primær, sekundær og tertiær udvælgelse. Den primære udvælgelse indebar læsning af studiernes titel, og hvis studiet blev fundet relevant, blev studiets abstract efterfølgende gennemlæst. Blev det vurderet, på baggrund af titel og abstract, at studiet muligvis kunne bidrage til besvarelse af problemformuleringen, samt levede op til inklusions- og eksklusionskriterierne, gik studiet videre til den sekundære udvælgelse. Den sekundære udvælgelse indebar en hurtig gennemlæsning af hele studiet, for igen at vurdere studiets relevans i forhold til problemformuleringen. Blev studiet fortsat fundet relevant, overgik det til den tertiære udvælgelse. I den tertiære udvælgelse blev de resterende studier nærlæst af begge gruppens medlemmer, og kritisk vurderet ved hjælp af tjeklisterne: STROBE, CONSORT, og CASP Qualitative Checklist. De udfyldte tjeklister fremgår af bilag 3. STROBE blev anvendt til et tværsnitsstudie, og CONSORT blev anvendt til vurdering af randomiserede kontrollerede studier (RCT). Til vurdering af kvalitative studier, blev der anvendt CASP Qualitative Checklist. Tjeklisterne tydeliggjorde ikke nødvendigvis hvor velvalgte studierne var til at belyse problemformuleringen, og blev derfor anskuet som et udgangspunkt for den kritiske kvalitetsvurdering, som gruppens medlemmer foretog af de udvalgte studier. Derfor blev studierne efter tjeklisterne yderligere kritisk vurderet af gruppemedlemmerne, i henhold til hvorvidt de kunne besvare problemformuleringen, men også i forhold til studiernes design samt udførelsen heraf (62). Også i denne fase blev studier ekskluderet. Præsentation og kritisk vurdering af de udvalgte studier fremgår af bilag 4.

Det nedenstående flow-diagram tydeliggør udvælgelsesprocessen af studier fra den systematiske søgning, herunder den primære, sekundære og tertiære udvælgelse.



Figur 6 Flow-diagram over den primære, sekundære og tertiære udvælgelse af studier

5.3.2.6 Matrice over udvalgte studier

Nedenfor er udarbejdet en matrice over de fem studier fra den systematiske søgning, der gik igennem den tertiære udvælgelse. Matricen har til formål at skabe et overblik over studierne, deres bidrag til besvarelsen af problemformuleringen samt en kritisk vurdering af studierne. Opbygningen af matricen er inspireret af Judith Garrard (63). En yderligere beskrivelse, samt kritisk vurdering, fremgår af bilag 4.

Emner Artikler	1: Forfatter, titel og tidsskrift	2: År for publicering og land	3: Formål	4: Studiedesign	5: Bidrag til besvarelse af problemformuleringen	6: Kritisk vurdering
Artikel 1	Sprague et al., Understanding Patient Experiences With Goal Setting for Diabetes Self- management After Diabetes Education, in Fam Community Health	2006, USA	At undersøge oplevelsen af målsætning efter diabetes uddannelse hos patienter med DM2, mellem seks måneder og 1,5 år efter diagnosticering.	Tværsnitsundersøgelse. Forud for udvikling af spørgeskemaet blev der foretaget et fokusgruppeinterview med otte informanter.	Studiet viser at der var en positiv holdning til målsætning under diabetesuddannelse og at de fleste patienter fandt målene brugbare. Endvidere frengår det at patienterne måtte tage små skridt i forbindelse med ændring af sundhedsadfærd, justering af mål og strategier. I forbindelse med spécialet forekommer studiets resultater omkring målsætning og justering heraf relevant.	Begrænsninger i generaliseringen til spécialet da patientuddannelse i studiet, ikke nødvendigvis er magen til det DM2-rehabiliteringstilbuddet i spécialet. Kritik af studiets interne validitet grundet lav deltagerprocent.
Artikel 2	DeCoster et al., An Empowerment Approach for Elders Living With Diabetes: A Pilot Study of a Community-Based Self-Help Group— The Diabetes Club. In Educational Gerontology	2007, USA	At undersøge om en samfundsaseret selvhjælpsgruppe, i form af en diabetes klub, kunne forbedre diabetes self- efficacy, empower ældre med DM2, og dermed øge deres egenomsorg og glykæmisk kontrol.	Pilotstudie, udformet som et quasi prepost test design over seks måneder.	Studiet viser, at deltagerne af diabetesklubben opnåede en god interaktion med hinanden, de besvarede hinandens spørgsmål, opnåede forbedret vilje til problemløsning samt deling af self- management strategier. I forbindelse med spécialet, forekommer studiets resultater vedrørende oplevet motivation i forbindelse med fællesskabet i klubben relevante.	Begrænsninger i forhold til, hvorvidt deltagerne i studiet kan generaliseres til nærværende speciale, da det ikke er givet, at besøgende på ældrecentre er sammenlignelige med deltagerne på et DM2-rehabiliteringstilbud.
Artikel 3	Casey et al., Understanding physical activity facilitators and barriers during and following a supervised exercise programme in Type 2 diabetes: a qualitative study, in DIABETICMedicine	2009, Canada	At undersøge, hvilke barrierer og muligheder der eksisterer blandt deltagerne af et motionsforløb, dels i forhold til motivationen for at deltage i forløbet, og dels motivationen for at fortsætte med at udføre fysisk aktivitet efter forløbets afslutning.	Tre fokusgruppeinterviews med i alt 16 deltagere	Studiet viser, at motivation er den mest afgørende faktor for, om deltagerne dyrker motion, både før og efter tilbuddets afslutning. Endvidere gav deltagerne udtryk for, at der var behov for en bedre overgang mellem tilbuddets afslutning, og livet efter tilbuddet. Studiet konkluderer, at deltagere med DM2 har behov for en langsigtet professionel støtte og opmuntring i forhold til at dyrke motion. I henhold til spécialet forekommer studiets resultater omkring støtte og overgang relevante.	Begrænsninger i studiets generaliserbarhed til speciale, da studiet blot omhandler motion, hvor nærværende speciales fokus på ændring af sundhedsadfærd også rummer kost

Figur 7 Matrice over udvalgte studier

Artikel 4	Orsama et al. Active Assistance Technology Reduces Glycosylated Hemoglobin and Weight in Individuals With Type 2 Diabetes: Results of a Theory-Based Randomized Trial, In Diabetes Technology & Therapeutics	2013, Finland	At udvikle og evaluere et mobiltelefonbaseret diabetesprogram, indebærende rapportering og automatisk feedback. Dette med formålet at bistå med forbedring af self-management og sundhedsstatus hos mennesker med DM2.	RCT studie bestående af en follow up periode på 10 måneder.	Studiet viser en signifikant forbedring af HbA1c samt vægttab, hvorfor studiet konkluderer, at mobiltelefonprogrammet potentielt kan forbedre sundhedstilstanden hos mennesker med DM2. I henhold til nærværende speciale forekom studiet relevant til at belyse, hvorledes en mobiltelefon intervention eller lignende virtuel medie kan motivere borgerne til fastholdelse og eventuel forbedring af ændret sundhedsadfærd.	Begrænsninger i forhold til generaliserbarheden til specialet, da studiet ikke undersøger mobiltelefonprogrammet i forbindelse med et DM2-rehabiliteringstilbud.
Artikel 5	Mladenovic et al., Social support, self-efficacy and motivation: a qualitative study of the journey through HEALD (Healthy Eating and Active Living for Diabetes), in PRACTICAL DIABETES	2014, Canada	At undersøge, hvordan social støtte påvirker mennesker med DM2, der deltager i et diabetesrehabiliteringstilbud (HEALD) i forhold til self-efficacy og motivation for at være fysisk aktiv før, under og efter tilbuddet.	Semistrukturerede individuelle interviews med 13 deltagere	Studiet viser at deltagere følte den sociale støtte, samvær og erfaringsudveksling fra motionsspecialisterne og de andre deltagere på holdet gav dem self-efficacy og motivation for fysisk aktivitet. Dog ophørte disse resultater efter programmet sluttede hvorfor deltagere ikke formåede at fastholde den fysiske aktivitet. I forbindelse med specialet, forekommer studiets resultater relevant i forbindelse med motivation og fastholdelse.	Begrænsninger i studiets generaliserbarhed til nærværende speciale, da det fokuserer på et specifikt gangprogram, dog fremhæver studie,, at det kan generaliseres til andre interventioner, rettet mod diabetesrehabilitering.

Figur 8 Matrice over udvalgte studier.

5.4 Indsamling af empiri

I nærværende speciale blev der foretaget en åben deltagende observation, samt udført semistrukturerede individuelle interviews. Observationen havde til formål at danne grundlag for udarbejdelsen af interviewguiden, samt bidrage til analysen, i samspil med interviewene.

I henhold til det teorifortolkende casestudie og den abduktive tilgang, indebar indsamling af empiri, samt fortolkning og analyse heraf, en vekselvirkning mellem teori og empiri. Ligeledes gjorde det fænomenologisk-hermeneutiske teoretiske perspektiv sig gældende under indsamling samt fortolkning og analyse.

5.4.1 Observation

Forud for de individuelle interviews, blev der foretaget en åben deltagende observation af en 12-måneders opfølgning, hos borgere der havde deltaget i et DM2-rehabiliteringstilbud. Den åbne observation bestod i deltagernes bevidsthed omkring gruppemedlemmernes observeren (44). Observationen havde til formål at danne et vidensgrundlag for udarbejdelse af interviewguiden, samt bidrage til analysen, og dermed belysning af problemformuleringen. Derfor var fokus under observationen rettet mod borgerens oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd, samt hvad der motiverer til fastholdelse og eventuelt forbedring af ændret sundhedsadfærd.

Igennem observationen var det muligt at undersøge det indbyrdes forhold mellem de deltagende borgere, samt forholdet mellem borgeren og dennes fysiske, materielle eller institutionelle omgivelser (55,56). Observationen muliggjorde at specialets gruppemedlemmer kunne aflæse direkte, og ved eget selvsyn, hvorledes borgeren interagerede i det sociale miljø under opfølgningen (44,55,56). Gruppemedlemmerne kunne således skabe egne indtryk, som var uafhængige af andre forståelser og begreber fra henholdsvis mundtlige eller skriftlige kilder (44). Observationen gav således mulighed for at klarlægge rutinemæssige aktiviteter og tabubelagt adfærd, som kan være vanskelige at afdække gennem interviewene (44).

Observationen kunne endvidere understøtte interviewguiden og interviewene. Observationen understøttede interviewguiden, ved at danne et vidensgrundlag for udarbejdelsen af spørgsmålene. I henhold til interviewene, kunne feltnoter fra observationen bidrage med empiri, som enten ikke blev nævnt i interviewene, fordi det blev taget for givet, eller fordi emnerne var vanskelige at italesætte, og ikke alene kunne opnås gennem udspørgen (44,55). Derfor muliggjorde rollen som observatør, at

komme bag om borgerens selektive perception og iagttage områder, som informanterne potentielt ikke selv kunne italesætte under interviewene (44).

5.4.1.1 Deltagende observation

Der blev foretaget en åben deltagende observation, i form af skiftevis deltagelse og observation, og dermed en vekselvirkning mellem involvering og distance med borgeren (44,55). Denne tilgang indebar at gruppemedlemmerne i nogle situationer tog del i opfølgningen, og i andre situationer indtog en mere passiv position på sidelinjen som observatør. Den deltagende tilgang forekom velvalgt, da der til den 12-måneders opfølgning blot var to deltagende borgere, en sygeplejerske og de to gruppemedlemmer til stede. Grundet antallet, forekom det ikke naturligt at indtage en udelukkende neutral position. Ydermere gav den deltagende observation mulighed for at deltage og følge borgeren på tæt hold, med mulighed for at erfare og forstå, hvordan verden opleves ud fra borgerens perspektiv (55).

5.4.1.2 Adgang til felten

Kort efter etableret kontakt til sundhedscentret, blev der udarbejdet og udfyldt en samarbejdsaftale med sundhedscentrets "leder af Sundhed og Træning - Center for Sundhed og Pleje" i henhold til potentielle etiske problematikker, samt indhentet formel tilladelse til indsamling af empiri gennem sundhedscentret. Samarbejdsaftalen fremgår af bilag 5. Den formelle tilladelse gav dog ikke endeligt adgang til felten og de deltagende borgers liv og virke (55). Derfor blev der senere hen, gennem lederen, etableret kontakt til den sygeplejerske (nøgleperson) der stod for opfølgningerne af DM2-rehabiliteringstilbuddet. Gennem denne sygeplejerske blev der givet adgang til observation af en 12-måneders opfølgning hos et hold, bestående af fem deltagende borgere, der havde afsluttet et otte ugers DM2-rehabiliteringsforløb. Inden opfølgningen foretog sygeplejersken opringninger til alle de deltagende borgere, hvor hun oplyste om gruppemedlemmernes tilstedeværelse. Derudover tilsendte sygeplejersken et informationsbrev, som specialets gruppemedlemmer havde udfærdiget til alle de borgere, der var tilbudt opfølgningen. Informationsbrevet er vedlagt som bilag 6. Der var to borgere tilstede under selve opfølgningen, da de resterende tre var forhindret i at møde op. De fremmødte borgere, samt sygeplejersken, gav alle mundtligt og skriftligt samtykke til gruppemedlemmernes observation af opfølgningen.

5.4.1.3 Feltnoter

Feltnoterne havde til formål at sikre, at den indsamlede empiri fra observationen blev fastholdt og opbevaret som empirisk materiale, der efterfølgende kunne indgå i analysen (55).

Begge gruppemedlemmer udfærdigede feltnoter under observationen. Feltnoterne havde ikke blot til formål, at registrere og arkivere beskrivelser af opfølgningen, men fungerede også som et refleksionsredskab, og bistod til udarbejdelse af interviewguide samt analysen. Ved gennemskrivning og gennemlæsning af feltnoterne, erindrede gruppemedlemmerne hændelser, der ikke blev skrevet ned i første omgang, samt emner der var anvendelige i udarbejdelsen af interviewguiden og til analysen (55). Ydermere var det ikke en forudsætning, at det som gruppemedlemmerne så, var åbenlyst i selve situationen. Derfor blev feltnoterne anvendelige til at opnå en analytisk forståelse, som rakte ud over den umiddelbare forståelse i selve situationen (55). Feltnoterne blev foretaget som smånotater og stikord på en blok, da elektronisk notering blev vurderet forstyrrende eller distancerende til de deltagende borgere til opfølgningen. Noterne blev kategoriseret med afsæt i tre typer noter: deskriptive notater (observationsnotater), metodologiske notater og analytiske notater som benævnes D, M og A (55,64). De deskriptive notater indebar, at gruppemedlemmerne så detaljeret som muligt forsøgte at beskrive hvad der foregik under opfølgningen, samt hvordan borgerne reagerede og kommenterede under opfølgningen. Det er således notater om hvem, hvad, hvornår og hvordan (55). Gennem de deskriptive noter blev det forsøgt at nedfælde det der skete med borgernes egne ord, uden at fortolke, generalisere eller bruge værdiladede ord. De metodologiske notater indebar refleksioner samt tilrettelser af teknikker til indsamlingen af empirien. Hertil kan nævnes metoder som forekom virksomme i en bestemt situation eller hvilke der ikke virkede (55). Notering af metodologiske justeringer forekom relevante, da de fortæller om den konkrete kontekst for observationen, samt hvilke interaktioner der var mulig (55). De analytiske notater indebar analytiske ideer og justeringer undervejs i observationen. Hertil kan nævnes ideer til begreber eller fortolkninger af de empiriske materiale der blev indsamlet. Det analytiske arbejde blev derfor allerede opstartet under indsamlingen af empiri.

Feltnoterne blev opbevaret på gruppemedlemmernes computere, og alle navne og genkendelige steder blev anonymiseret, jævnfør persondataloven. Feltnoterne blev destrueret efter specialets afslutning. Se uddybelse i senere afsnit 5.6 “Ethiske overvejelser”.

5.4.2 Interview

Foruden den deltagende observation, blev der foretaget semistrukturerede individuelle interviews til at belyse problemformuleringen. I det følgende præsenteres og argumenteres for relevansen af interview til indsamling af empiri, samt valg af interviewform og struktureringsgrad.

I nærværende speciale blev der foretaget interviews, da dette muliggjorde at indsamle viden om borgerens livssituation, meninger, holdninger samt oplevelser (56). Dette forekom essentielt i henhold til at belyse borgerens oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd gennem DM2-rehabiliteringstilbuddet, samt hvorledes borgeren kan motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre sundhedsadfærden. Interviews er endvidere egnet til at få svar på problemstillinger, hvor udsagn fra andre mennesker er den eneste kilde, den mest gyldige eller praktiske måde, at indhente oplysninger på (44). I henhold til problemformuleringen, fordrer den borgerens oplevelse, set ud fra et førstepersonsperspektiv, hvilken kun kan frembringes ved at rette henvendelse til borgeren selv.

I forhold til interviewformen, blev individuelle interviews valgt, da det muliggjorde at opnå indsigt i borgerens personlige oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd, samt hvorledes borgeren motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre sundhedsadfærden. Italesættelsen heraf kunne potentielt indeholde sensitive og private emner, som ikke var ønskværdige at italesætte i plenum, hvorfor de individuelle interviews forekom velegnede (44).

I forhold til struktur, blev semistrukturerede interviews valgt (56). Det semistrukturerede interview forekom velegnet, da det minder om en hverdagssamtale, men har, i kraft af det professionelle interview, et særligt formål og en bestemt tilgang og teknik. Det semistrukturerede interview er hverken en åben hverdagssamtale eller et lukket spørgeskema. Interviewet udføres med udgangspunkt i en konstrueret interviewguide, hvor der fokuseres på konkrete emner (49).

Nærværende speciales interviewguide beskrives i afsnit 5.4.2.2 ”Interviewguide”. Det var således muligt for informanterne at komme med svar som afveg fra den i forvejen konstruerede interviewguide, såfremt indholdet blev ledt hen imod noget, der kunne belyse problemformuleringen. Dermed var det muligt for informanterne at berette en historie ud fra egen livsverden, mens det samtidig var muligt for interviewerens at fastholde den røde tråd i samtalen (49).

5.4.2.1 Rekruttering af informanter

Efter observationen af 12-måneders opfølgningen blev de to deltagende borgere adspurgt om gruppemedlemmerne måtte kontakte dem med henblik på et senere individuelt interview. Hertil gav borgerne mundtligt tilladelse samt kontaktoplysninger. I henhold til de resterende udeblevne borgere, foretog den sundhedsprofessionelle efter opfølgningen en telefonisk opfølgning. Her blev borgerne adspurgt om, hvorvidt de var interesserede i at deltage i et individuelt interview, i forbindelse med nærværende speciale, og om gruppemedlemmerne måtte rette telefonisk henvendelse. Her blev der givet yderligere tre mundtlige tilladelser til at tage kontakt, i forbindelse med individuelle interviews. Da gruppemedlemmerne senere rettede henvendelse til de fem borgere, var der tre som indvilligede i interviews. De to borgere som ikke deltog i interviewene, var henholdsvis forhindret og ramt af sygdom.

Blandt de rekrutterede informanter, var der både borgere, der var udeblevet og havde deltaget i opfølgningerne. Nedenfor er illustreret de borgere, der deltog i interviews, samt deres fremmøde og udeblivelse under de fire opfølgninger.

	1. måned opfølgning	3. måned opfølgning	6. måned opfølgning	12. måned opfølgning
Alfred 63 år Gift og i arbejde	Mødt, Individuel samtale/opfølgning	Meldt afbud, aflyst gruppeopfølgning, kort telefonisk opfølgning.	Udeblev	Udeblev
Bent 71 år Gift og pensionist	Mødt, individuel samtale/opfølgning	Meldt afbud	Mødte	Mødte
Claus 70 år Ugift og pensionist	Mødt, individuel samtale/opfølgning	Ja, beklagede at gruppeopfølgning blev aflyst. Tilbudt og tog imod individuel Samtale.	Udeblev	Mødte

Figur 9 Tabel over borgere der deltog i interviews samt deres fremmøde og udeblivelse under de fire opfølgninger

I forbindelse med rekrutteringen, var det en forudsætning at alle informanterne havde deltaget og afsluttet det samme DM2-rehabiliteringstilbud, hvortil gruppemedlemmerne havde foretaget en observation af 12-måneders opfølgningen. Ydermere skulle der være indhentet mundtligt og skriftligt samtykke hos alle informanterne.

5.4.2.2 Interviewguide

Til de semistrukturerede individuelle interviews blev der udformet en interviewguide, som havde til formål at belyse bestemte emner, samt give forslag til spørgsmål (49,55). I nærværende speciale blev interviewguiden konstrueret med afsæt i det teorifortolkende casestudie, herunder den abduktive tilgang, indebærende en vekselvirkning mellem teori og empiri. Derfor dannede teori, samt viden fra den forudgående observation, baggrund for konstruktionen af interviewguiden. Samtidig hermed, blev der tilstræbt en åben og induktiv tilgang til borgerens oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd, samt motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring heraf, med åbenhed for relevante nye emner.

Interviewguiden er struktureret med udgangspunkt i Laila Launsø og Olaf Riepers tre faser af forskningsinterviewet (44). Den første fase er benævnt “den indledende fase” og handler om at etablere kontakt og tillid til informanten. Her beskrev interviewer kort sig selv og undersøgelsen, i forbindelse med nærværende speciale, samt begrundede borgerens udvælgelse. Endvidere blev der i denne fase indhentet mundtligt og skriftligt samtykke samt informeret om informantens anonymitet og lydoptagelse af interviewet. Den næste fase er benævnt “hovedfasen”, og indeholder de spørgsmål, der ønskes besvaret i forbindelse med undersøgelsen (44). I specialet havde denne fase til formål at belyse problemformuleringen fyldestgørende. Den sidste fase er benævnt “den afsluttende fase” som i specialet bestod af god afrunding af interviewet, hvor informanten fik mulighed for selv at komme med supplerende uddybninger (44).

Interviewguiden består endvidere af en række spørgsmål, som særligt kom i spil under “hovedfasen”. I henhold til disse spørgsmål, er der i specialets interviewguide skelnet mellem forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål (49). Forskningsspørgsmålene havde til hensigt at bistå til besvarelsen af problemformuleringen. Forskningsspørgsmålene er dog ikke velegnede i en interviewsituation, da de ofte forekommer abstrakte for informanten. I modsætning hertil, er interviewspørgsmålene mere mundrette og livsverdensnære samt søger konkrete beskrivelser (49,56). I nærværende speciale blev forskningsspørgsmålene derfor søgt besvaret gennem en operationalisering, i form af flere interviewspørgsmål (49,55). Udarbejdelsen af interviewspørgsmålene tog afsæt i “hvad”-, “hvordan”- og “hvorfor”- spørgsmål. I henhold til interviewsituationen, blev det tilstræbt at konstruere hovedspørgsmålene som “hvad” og “hvordan”.

Formålet hermed var, at frembringe spontane beskrivelser fra borgeren, frem for spekulative forklaringer. “Hvorfor” kan ligeledes forekomme relevant, men blev forsøgt stillet slutteligt, da mange “hvorfor”- spørgsmål kan medføre et overreflekteret og intellektualiseret interview (49).

Foruden overvejelserne omkring “hvad”-, “hvordan”- og “hvorfor”- spørgsmål, blev der endvidere taget afsæt i forskellige typer af interviewspørgsmål (49). Hertil kan eksempelvis nævnes indledende-, opfølgende- og sonderende spørgsmål. De indledende spørgsmål havde til formål at åbne for spontane beskrivelser hos informanten. De opfølgende spørgsmål bestod af gentagelse af betydningsfulde elementer i besvarelsen, som kunne medføre yderligere uddybning. De sonderende spørgsmål gav interviewer muligheden for, at forfølge informantens svar og indhold, men uden at benævne hvilke dimensioner der skulle fremhæves (49). Interviewguiden er vedlagt som bilag 7.

5.4.2.3 Pilotinterview

For at teste interviewguidens anvendelighed i praksis, blev denne testet via et pilotinterview. Udførelsen af pilotinterviewet havde således til formål at afklare spørgsmålenes relevans, deres forståelighed og entydighed, uhensigtsmæssige formuleringer og misforståelser, samt behov for supplerende spørgsmål (49). Pilotinterviewet blev udført på én borger, diagnosticeret med DM2, rekrutteret fra et endokrinologisk ambulatorium. Borgeren blev vurderet egnet til pilotinterviewet, da vedkommende havde karakteristika der ligeledes var at finde hos informanterne i casen. Hertil kan nævnes, at borgeren ligeledes havde gennemgået et DM2-rehabiliteringstilbud, dog i en anden kommune end informanterne. Pilotinterviewet blev udført i et lokale på det endokrinologiske ambulatorie, efter en af borgerens vanlige kontroller. Under og efter pilotinterviewet noterede begge gruppemedlemmer forslag til revideringer af interviewguiden. Endvidere fik borgeren mulighed for at udtrykke egen oplevelse af interviewet under og efter pilotinterviewet, samt uddybe uforståelige eller indviklede spørgsmålsformuleringer.

På baggrund af pilotinterviewet blev der foretaget revideringer af interviewguiden, der indebar omformuleringer, fjernelse af overflødige spørgsmål samt tilføjelse af relevante spørgsmål. Foruden revideringerne, skabte pilotinterviewet bevidsthed omkring interviewets længde på omkring 40 minutter, samt interviewpersonens kropsholdning, ageren og formuleringer af spørgsmål under interviewsituationen. Herunder relevansen af et åbent kropssprog og undgåelse af fordømmende

eller værdiladet fremståen. Endvidere blev gruppemedlemmerne bevidste om at fokusere på pauser, således informanten fik mulighed for at svare og reflektere over oplevelser som lå tilbage i tiden.

5.4.2.4 Interviewsituation samt overvejelser herom

De tre interviews blev udført skiftevis af de to gruppemedlemmer, da det blev vurderet at den ene interviewer potentielt kunne frembringe elementer, som den anden ikke formåede, og omvendt. Begge gruppemedlemmer var tilstede under alle interviewene, grundet læringsmæssigt udbytte. Endvidere kunne det ene gruppemedlem agere interviewer, mens den anden kunne stille supplerende spørgsmål, og påminde om manglende spørgsmål. Interviewguiden blev lagt synligt frem på bordet mellem interviewer og informant, for at tydeliggøre åbenheden under interviewet. Gruppemedlemmerne vurderede, at informanterne selv skulle bestemme, hvor de ville interviewes, dels for at højne villigheden til at deltage, dels for at fremme de i trygge rammer. På baggrund heraf, fandt et af interviewene sted i et af sundhedscentrets samtalelokaler, mens de to resterende interviews fandt sted hjemme hos informanterne selv. Interviewene varede mellem 25 og 40 minutter.

5.4.2.5 Transskribering

Idet et interview transskriberes, omdannes det fra mundtlig til skriftlig form (49).

Transskriberingen udgør en dokumentation af interviewet, samt bidrager til analyse og belysning af problemformuleringen (56). Til nærværende speciales transskriptioner, blev der udarbejdet transskriptionskonventioner, med afsæt i Launsø og Riepers "Forskning om og med mennesker" samt Kvale og Brinkmanns "interview - introduktion til et håndværk" (44,49).

Transskriptionskonventionerne er vedlagt som bilag 8, for at højne pålideligheden af specialet.

Transskriptionerne blev foretaget umiddelbart efter interviewene fandt sted, da de på daværende tidspunkt fortsat var friske i erindringen. Til udførelsen blev programmet "Express Scribe" anvendt (65). Programmet muliggjorde justering af hastigheden af de optagede interviews, således nedskrivningen blev nemmere. I henhold til informanterne, blev disse anonymiseret i transskriptionerne, hvorfor de her benævnes med pseudonymerne: Alfred, Bent og Claus. De to interviewere benævnes begge "interviewer". Da transskriptionerne var udført, foretog begge gruppemedlemmer en kontrol, ved at gennemlytte og læse de interviews og transskriptioner den anden havde foretaget, for derved at korrigere for eventuelle lyttefejl eller slåfejl. Kontrollen blev

udført for at øge præcisionen af transskriptionerne, således informantens udsagn fremstod korrekte, i henhold til anvendelsen i analysen.

5.5 Analysestrategi

I det følgende beskrives og argumenteres der for valg af meningsanalyse til analyse af den indsamlede empiri. Interviewtransskriptionerne indgik i alle meningsanalysens trin, med kodning, kategorisering, kondensering og meningsfortolkning (49), mens feltnoterne fra observationen blot indgik i meningsfortolkningen.

5.5.1 Meningsanalyse

I nærværende speciale forekom meningsanalysen velvalgt, da den har til formål, at fortolke mening med informantens udsagn (49), herunder borgerens egen oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd, samt hvad der motiverer til fastholdelse og eventuelt forbedring heraf. I nærværende speciale består meningsanalysen af kodning, kategorisering, kondensering og meningsfortolkning med inddragelse af teori (49). Trods den abduktive tilgang i udformningen af interviewguiden, blev der under meningsanalysens kodning og kategorisering tilstræbt en åben og induktiv tilgang, mens der blev inddraget forforståelse og teori under meningsfortolkningen. Specialets kodning, kategorisering og kondensering af Interviewtransskriptionerne er vedlagt som bilag 9. I det følgende beskrives de fire trin i processen, samt hvorledes de blev anvendt i specialet.

5.5.1.1 Kodning

Kodning indebærer en dekontekstualisering (49). Under kodningen knyttes der et eller flere nøglebegreber eller farvekoder til et tekstafsnit, med henblik på at kunne identificere en udtalelse (49). I nærværende speciale blev der foretaget en induktiv datastyret farvekodning. Den datastyrede farvekodning indebærer at der først blev udviklet farvekoder under gennemlæsning af transskriptionerne, hvor der var en induktiv og åben tilgang, i henhold til at lade informanternes udsagn danne farvekoderne (49). Det kan dog ikke udelukkes, at gruppemedlemmernes forforståelse og teori influerede på farvekodningen, da forforståelsen og teori indgik i udformningen af interviewguiden, og dermed afspejlede sig i informanternes besvarelser. Af denne grund kan nogle af farvekodningerne forveksles med begrebsstyrede, som er koder der er udviklet af forskeren på forhånd (49).

5.5.1.2 Kategorisering

Kategorisering indebærer en dekontekstualisering med tilhørende tekstreduktion (49). Kodningerne former sig efterhånden som kategoriseringer, hvor lange interviewudsagn bliver reduceret til enkelte kategorier (49). I nærværende speciale blev det tilstræbt at udvikle kategorierne induktivt og ad hoc, hvor kategorierne udsprang af informanternes udtalelser (49). Ligesom under farvekodningen, gælder det også for kategoriseringen, at gruppemedlemmernes forforståelse og teori kan have influeret på kategoriseringen, hvorfor kategorierne kan forveksles med på forhånd opstillede kategorier.

5.5.1.3 Kondensering

Kondenseringen indebærer ligeledes en tekstreduktion. Under kondenseringen udarbejdes der kortere formuleringer af de meninger som informanterne udtrykker. Således bliver lange udsagn sammenfattet til kortere udsagn, hvori hovedbetydningen omformuleres til få ord (49). I nærværende speciale blev relevante farvekodede og kategoriserede citater kondenseret, således det essentielle i lange udsagn fremgik med det formål, at bistå til belysning af problemformuleringen.

5.5.1.4 Meningsfortolkning

Meningsfortolkningen indebærer en rekontekstualisering, i form af en tekstudvidelse (49). Fortolkningen af meningsindholdet omfatter en dybere og mere kritisk fortolkning af transskriptionerne. Fortolkningen rækker ud over det, der siges direkte, og frembringer meningsstrukturer og betydningsrelationer, der ikke eksisterer umiddelbart i teksten (49). I nærværende speciale blev der, i henhold til det teorifortolkende casestudie og den abduktive tilgang, anvendt teori under meningsfortolkningen af empirien.

5.5.1.5 Fænomenologisk-hermeneutisk perspektiv

Det fænomenologisk-hermeneutiske teoretiske perspektiv og den abduktive tilgang kom til udtryk gennem meningsanalysen. Særligt kom fænomenologien til udtryk gennem en åben og induktiv gennemlæsning af transskriptionerne, med en tilstræbt datastyret kodning og ad hoc kategorisering. Således var det informanternes subjektive oplevelse, der dannede grundlag for kodning og kategorisering, og ikke gruppemedlemmernes forforståelse eller teori. Bestræbelsen på at kode og kategorisere induktivt, var med bevidstheden om, at den genererede empiri havde fundet sted på baggrund af en abduktiv tilgang, hvor interviewguiden var influeret af teori og forforståelse. Trods

dette forsøgte gruppemedlemmerne at forholde sig åbent og induktivt i den indledende meningsanalyse. I henhold til hermeneutikken, kom denne særligt til udtryk under den teoretiske meningsfortolkning, hvor gruppemedlemmernes teoretiske og faglige forforståelse blev sat i spil (55,59).

5.6 Etiske overvejelser

Følgende afsnit omkring etiske overvejelser omhandler indledningsvis formelle etiske overvejelser, og dernæst de etiske overvejelser gruppens medlemmer havde, i forbindelse med observation og interviews.

5.6.1 Formelle etiske overvejelser

Et grundlæggende etisk problemfelt ved de anvendte kvalitative metoder i nærværende speciale er, at de består af borgere med DM2's personlige liv og erfaringer, samt placerer private udtalelser i en offentlig arena (56). Men trods potentielle problematikker, indebærer de anvendte kvalitative metoder potentialet til at belyse problemformuleringen (56).

I nærværende speciale blev der medtænkt formelle etiske hensyn, både i henhold til observationen og interviewene. Hertil kan nævnes den nationale videnskabsetiske komite (66), men også datatilsynet, som er en statslig myndighed, der fører tilsyn med, at reglerne i persondataloven overholdes (67,68). Der blev ikke rettet henvendelse til de to instanser, da nærværende speciale hører under et almindeligt human- og samfundsvidenskabeligt forskningsprojekt (56) og ikke indebærer følsomme og fortrolige personoplysninger (56,67).

Slutteligt blev Helsinki-deklarationen ligeledes medtænkt nærværende speciales etiske hensyn. Deklarationen er etableret af Verdenslægeforeningen, og består af en række etiske principper for medicinsk forskning, hvor mennesker indgår som forsøgsperson. Hertil kan for eksempel nævnes, at borgerne skal være velinformeret, og at der skal indhentes mundtligt og skriftligt samtykke. Det var således gruppemedlemmernes opgave at beskytte de deltagende borgeres privatliv og værdighed. Endvidere blev der foretaget en vurdering af potentielle risici og ubehag for borgerne, i forbindelse med indsamling af empiri, samt at de potentielle risici ikke måtte veje tungere end de mulige fordele (69).

I forbindelse med de formelle etiske hensyn, blev der kort tid efter kontakten til sundhedscentret blev etableret, udarbejdet og udfyldt en samarbejdsaftale. Samarbejdsaftalen havde til hensigt at klarlægge rammerne for samarbejdet mellem sundhedscentret som praksiskontakt og gruppens medlemmer, samt sikre formelt samtykke. Samarbejdsaftalen er vedlagt som bilag 5.

5.6.2 Etiske overvejelser i forbindelse med observationen

Den deltagende observation indebar etablering af sociale relationer til de deltagende borgere af tilbuddet, men involverede også sundhedsprofessionelle, hvilket potentielt kunne skabe konfrontationer, hvilket kunne medføre etiske problematikker. De etiske problematikker kunne opstå både i forhold til den enkelte borger og den sundhedsprofessionelle, men også i henhold til hele gruppen af borgere i 12-måneders opfølgningen (55).

I nærværende speciale blev der søgt at tage hensyn til disse etiske problematikker. Dette gennem informationsbrev og ved indhentning af mundtligt og skriftligt samtykke, i form af samtykkerklæring hos alle der indgik i observationen, herunder borgere og involverede sundhedsprofessionelle. Informationsbrev og samtykkerklæring til observationen er vedlagt som bilag 6 og bilag 10. Informationsbrevet skulle sikre borgernes kendskab til specialet, herunder observationen, skabe tryghed omkring de specialestuderendes tilstedeværelse og oplyse omkring samtykkerklæringen, som blev udleveret på dagen for observationen. Gennem samtykkerklæringen blev der informeret omkring specialets emne og formål, observationen og udførelsen af denne. Endvidere blev borgerne informeret om, at deres indgåen i observationen var frivillig, at de var sikret anonymitet, samt at feltnoterne fra observationen blev opbevaret sikkert og ville blive destrueret efter specialets afslutning. Såfremt borgerne og den sundhedsprofessionelle havde spørgsmål til specialet og observationen, var kontaktoplysninger til et af gruppemedlemmerne at finde på samtykkerklæringen.

5.6.3 Etiske overvejelser i forbindelse med interviews

De individuelle interviews indebar informanternes private beskrivelser, opfattelser, konstruerede meninger og udtrykte forståelser af dem selv, deres erfaringer og omgivelser (44). Der kunne derfor potentielt opstå etiske problemer, da interviewene indebar komplekse og private forhold, som blev udforsket, idet beskrivelser blev lagt offentligt frem (49). I henhold til nærværende speciale, blev disse etiske problematikker medtænkt under hele interviewundersøgelsen, hvilket kom til udtryk

ved indhentning af mundtlig og skriftlig samtykke gennem samtykkeerklæring, samt under ageren i selve interviewsituationen. I henhold til samtykkeerklæringen, blev informanterne informeret omkring specialets emne og formål, sted og varighed af interviewet samt lydoptagelse heraf. Endvidere blev informanterne informeret om frivillig deltagelse, anonymitet samt at transskriptioner og lydfiler blev opbevaret forsvarligt og destrueret efter specialets afslutning. Informanterne havde mulighed for at trække sig på hvilket som helst tidspunkt under interviewet, og såfremt der opstod spørgsmål til specialet, havde informanterne ligeledes modtaget kontaktoplysninger til et af gruppemedlemmerne, gennem samtykkeerklæringen. Samtykkeerklæringen til interviewene er vedlagt som bilag 11.

Hvad angik selve interviewsituationen, havde gruppemedlemmerne foretaget etiske overvejelser for at sikre, at informanterne frit og trygt kunne udtrykke sig personligt, samt at potentielle tabubelagte og følsomme emner blev italesat. Hertil kan nævnes, at gruppemedlemmerne tilstræbte en tryk atmosfære med tillid og åbenhed, lydhørhed for informanten hvor interviewer selv trådte tilbage. Endvidere blev det tilstræbt at fremstå accepterende, udvise respekt, imødekommenhed, intuition og bevidsthed om egne fordomme i relation til informanten (44).

6 Teori

6 Teori

Grundet det teorifortolkende casestudie og den abduktive tilgang, blev der inddraget teori i meningsfortolkningen. Teorien udgøres af en syntese, bestående af dels Self-determination theory (SDT), en teori som er udviklet af to amerikanske forskere Edward Deci og Richard Ryan, begge professorer ved University of Rochester i staten New York (70). Dels begreberne fra Sense of Coherence, som på dansk betegnes som oplevelse af sammenhæng (OAS), udviklet af professor i medicinsk sociologi, Aaron Antonovsky (71,72).

Teorierne blev anvendt ud fra Claus Høyers linseopfattelse, hvor de udgjorde en linse, hvorigennem empirien blev anskuet (55). SDT og OAS blev således lagt ned over empirien, og var medbestemmende til hvilke dele af empirien der var relevante at beskæftiges med. I henhold til disse dele, blev det tilstræbt at anvende SDT og OAS til at *forstå* borgerens oplevelse, gennem fortolkning og analyse heraf.

Teorierne blev anvendt til et indbyrdes supplement i besvarelsen af problemformuleringen, på trods af, at de udspringer af to forskellige forskningsgrene, og oprindeligt har forskellige sigter. Oprindeligt er SDT en psykologisk teori, udviklet med henblik på belysning af menneskets motivation (70), hvor OAS er en sociologisk teori, udviklet til at belyse menneskets mestring af sygdom (72). Trods de forskellige forskningsgrene og sigter, blev det i nærværende speciale antaget, at borgerens oplevelse af begreberne fra OAS kan være medvirkende til at mestre egen sygdom. Denne oplevede mestring blev antaget, at kunne føre til oplevelsen af motivation, i henhold til SDT og dermed ændring, fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. Antagelsen var dog med en kritisk forholden, i henhold til at tilsidesætte egen forforståelse, i opnåelsen af en ny fælles forståelse i samspil med empirien.

I det følgende beskrives og argumenteres der for relevansen af de to teorier, der tilsammen udgør syntesen. I henhold til SDT, blev det valgt at bibeholde de oprindelige engelske begreber, da der ikke foreligger officielle danske oversættelser af teoriens begreber. I henhold til OAS, blev det valgt at anvende de danske begreber, da Antonovskys begreber er oversat til dansk (72).

6.1 Self-determination theory (SDT)

SDT er en sammensat teori, der rummer flere subteorier, herunder: Basic Need Theory (BNT), Cognitive Evolution Theory (CET) og Organismic Integration Theory (OIT). SDT undersøger hvad der ligger bag menneskets motivation for handlen, og en grundlæggende antagelse i teorien er, at mennesket ønsker at være autonom og selvbestemmende, og søger derfor at undgå ydre styring eller kontrol. Forekommer der ydre styring eller kontrol, vil menneskets motivation reduceres (70). Denne antagelse afspejles ligeledes i nærværende speciales teoretiske meningsfortolkning af borgerens oplevelse, dog med forbehold for en samtidig åbenhed overfor empirien, for at undgå teoretisk overstyring.

En væsentlig sondring i SDT er mellem intrinsic og extrinsic motivation, eller indre og ydre motivation, og som vil blive beskrevet i det følgende (70).

6.1.1 Intrinsic motivation

Når mennesket oplever intrinsic motivation, udføres handlinger for menneskets egen skyld, af lyst, nysgerrighed og interesse. Intrinsic motivation opleves som nydelsesfuld og bærer lønnen i sig selv. Ud over at intrinsic motivation skal være betinget af lyst og interesse, er det en forudsætning, at der er tre grundlæggende psykologiske behov tilstede, som kommer til udtryk i subteorien Basic Need Theory (BNT) (70).

Basic Need Theory (BNT)

De tre grundlæggende psykologiske behov i BNT er:

- Behov for autonomi
- Behov for kompetence
- Behov for tilhørsforhold og relationer

Gennem SDT tydeliggøres relationen mellem intrinsic og extrinsic motivation, i henhold til menneskets autonomi, kompetence samt tilhørsforhold og relationer. Intrinsic motivation vil fremmes i de situationer hvor mennesket har autonomi, oplever at være kompetent i kombination med oplevelse af gode relationer og tilhørsforhold (70). Intrinsic motivation, herunder opfyldelse af de tre grundlæggende psykologiske behov, forekommer således væsentlig i henhold til

meningsfortolkningen af borgeren med DM2's evne til at fastholde og eventuelt forbedre sundhedsadfærd.

Cognitive Evolution Theory (CET)

CET er en anden subteori til intrinsic motivation, som redegør for, hvorledes autonomi og oplevelse af egne kompetencer influerer på intrinsic motivation. Teorien hævder, at personlige begivenheder, som bidrager til følelse af kompetence, kan forbedre intrinsic motivation, fordi det grundlæggende psykologiske behov for kompetence tilfredsstilles. CET hævder endvidere, at følelse af kompetence ikke vil øge intrinsic motivation, medmindre den er i kombination med følelsen af autonomi, eller med andre ord "internal perceived locus of causality" (IPLOC). Derfor skal mennesket ikke blot opleve kompetence, det skal også opleve, at vedkommendes handlinger er autonome, hvis intrinsic motivation skal forekomme eller fastholdes (70). I forbindelse med borgeren med DM2, indbefatter dette at vedkommende både skal opleve kompetence og autonomi, for at opnå intrinsic motivation til fastholdelse eller eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

6.1.2 Extrinsic motivation

Handlinger der er betinget extrinsic motivation udføres på baggrund af, at mennesket søger opnåelse af belønning eller undgåelse af straf. Motivationen ligger uden for handlingen selv, for eksempel gennem en økonomisk belønning ved at udføre en bestemt handling. Extrinsic motivation har varierende betydning for autonomien, og dermed kan extrinsic motivation afspejle enten ydre kontrol eller sand selvregulering. Extrinsic motivation står derfor i kontrast til intrinsic motivation, som er karakteriseret ved at udføre en handling på baggrund af nydelsen i handlingen, snarere end den værdi, der ligger i resultaterne af handlingen (70).

Selvom intrinsic motivation er en væsentlig form for motivation, er de fleste af menneskets handlinger ikke udløst af intrinsic motivation. Den tidlige barndom er præget af frihed og intrinsic motivation. I tiden herefter vil motivationen i stigende grad være influeret af sociale krav og roller, der fordrer at mennesket også påtager sig ansvar for ikke interessante opgaver (70). I henhold til borgeren med DM2, kan dette være sund kost eller regelmæssig motion, som måske ikke forekommer interessant for vedkommende. Men i modsætning til nogle perspektiver, som ser extrinsic motivation som non-autonomi, så betragter SDT extrinsic motivation som varierende i graden af autonomi (70). I forhold til borgeren med DM2, er der for eksempel tale om extrinsic

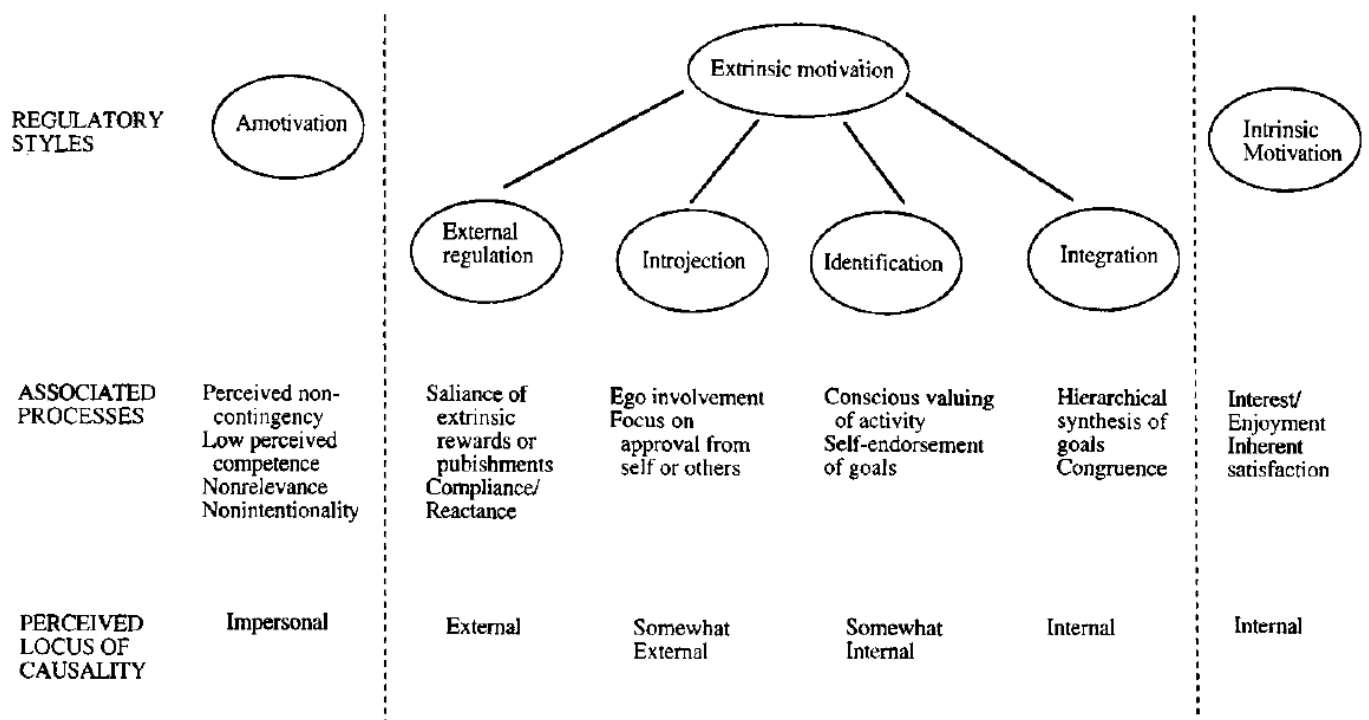
motivation, hvis vedkommende spiser sundt i henhold til frygten for de sundhedsprofessionelles moraliserende kommentarer. Ligeledes er der tale om extrinsic motivation, hvis borgeren med DM2 spiser sundt fordi vedkommende finder det værdifuldt, tænker på egen fremtid og gerne vil undgå sendiabetiske komplikationer. Borgeren med DM2 har således et ønske om at opretholde sundheden og den værdi der ligger heri, men spiser ikke sundt på baggrund af, at det forekommer interessant. Begge eksempler har et sigte, hvor den førstnævnte indebærer en ekstern kontrol, mens den sidstnævnte medfører en oplevelse af valg. På baggrund heraf, er der varierende grader af autonomi indlejret i borgernes motivation for handling (70).

Mange af de handlinger, som mennesket udfører i det daglige, er ikke konstrueret således at mennesket oplever en indre lyst eller interesse for handlingen. Det er således interessant, hvorledes motivation gennem lyst og interesse skabes hos mennesket, uden forekomst af extrinsic motivation, gennem for eksempel pres, straf eller belønning. Dette søger SDT at beskrive og forklare, gennem Organismic Integration Theory (OIT) (70).

Organismic Integration Theory (OIT)

OIT er en tredje subteori til SDT, som beskriver integrationen og extrinsic motivation, i henhold til et kontinuum med mere eller mindre autonomi. Internalisering er en proces, hvor mennesket tager en værdi eller regulation til sig og integrerer den. Internalisering kan betragtes som et kontinuum, der beskriver hvordan den enkeltes motivation for handling kan variere fra amotivation (ingen motivation) eller uvilje, til passiv compliance, til aktiv personlig engagement. Med stigende internalisering, og dermed følelse af personlig engagement, forekommer der en højere grad af vedholdenhed, mere positiv selvopfattelse og større engagement. Integration er den proces, hvor mennesket forvandler reguleringen til vedkommendes egen, så den bliver til en del af menneskets selvopfattelse (70). Set i forhold til borgeren med DM2, er det ønskværdigt for DM2-rehabiliteringstilbuddet, at borgeren tager de regulationer til sig, som indgår i en bestemt sundhedsadfærd, således regulationerne bliver en del af borgerens selvopfattelse.

OIT udtrykker forskellige former for extrinsic motivation, og de kontekstuelle faktorer som enten fremmer eller hæmmer internalisering og integration af regulationer. Nedenfor er OIT's taksonomi illustreret, bestående af forskellige former for motivation og engagement fra venstre mod højre, i henhold til omfanget af motivation udløst af indre lyst og interesse (70).



Figur 10 A taxonomy of human intrinsic and extrinsic motivation (70, s. 61)

Yderst til venstre er *amotivation*, som er en tilstand, der er karakteriseret ved manglende intention om at handle. Når der er tale om amotivation, mangler der intentionalitet i menneskets handling, samt følelsen af personlig kausalitet (70). I henhold til borgeren med DM2, kan amotivation for eksempel opleves, når en handling ikke værdsættes, at borgeren ikke føler sig kompetent til at handle, eller mangler troen på at handlingen vil medføre det ønskede resultat.

Til højre for amotivation er der forskellige former for extrinsic motivation, hvis organisering afspejler den varierende grad af autonomi og selvbestemmelse. Først præsenteres den form for extrinsic motivation, der har den laveste grad af autonomi, som benævnes *external regulation* (70). Set i forhold til borgeren med DM2, kan sådan en form for handling udføres for at tilfredsstille en ydre befaling, i forhold til den sundhedsprofessionelle, og en ydre belønning i form af anerkendelse eller ros. Mennesket oplever typisk en ydre reguleret handling som kontrollerende eller fremmed, og dermed som en "external perceived locus of causality" (EPLOC) (70).

En anden type extrinsic motivation er *introjected regulation*. Introjection beskriver en motivation som er kontrolleret, da mennesket udfører handlingen under pres for at undgå skyld og angst, eller

for at opnå selvforbedring og stolthed. En klassisk form for introjection er involvering af mennesket selv, hvor mennesket udfører en handling, med henblik på at forbedre eller opretholde eget selvværd og følelsen af værdi. I henhold til borgeren med DM2, vil en sådan introjected regulation udføres af egen fri vilje, men ikke opleves som en fuldkommen del af selvet, og dermed indebære oplevelsen af EPLOC (70).

En mere autonom form for extrinsic motivation, finder sted gennem *identifikation* af regulationer. Her identificerer mennesket personligt en betydningsfuld handling, og anser således reguleringen som sin egen (70). For eksempel kan det være værdifuldt for borgeren med DM2 at spise sundt, fordi det er værdifuldt for vedkommende at opretholde sundheden til at kunne gøre de ting der gør vedkommende glad.

Slutteligt er den mest autonome form for extrinsic motivation *integration* af regulationer. Integrationen opstår, når regulationer bliver en del af mennesket selv. Dette sker gennem refleksioner over egen adfærd, og ved at opnå kongruens mellem ny regulering og egne eksisterende værdier og behov (70). I forbindelse med borgeren med DM2, vil det betyde at jo mere borgeren internaliserer årsagerne til en handling og gør dem til vedkommendes egne, i jo højere grad gøres handlinger, der er betinget extrinsic motivation, til selvbestemmende. Integrerede former for motivation deler mange kvaliteter med intrinsic motivation, blandt andet ved at være autonom. På trods af, at motivationen bag handlingen er viljebestemt og værdifuld for mennesket selv, er motivationen stadig ydre, da den er betinget en integreret regulation, og udføres grundet de forventede resultaters værdi (70).

Yderst til højre i illustrationen findes *intrinsic motivation*. Denne placering understreger, at intrinsic motivation er en prototype af selvbestemmelsens handlinger. Men som antydnet ovenfor, betyder det ikke at de internaliserede ydre reguleringer automatisk transformeres til intrinsic motivation (70). Hvad angår borgeren med DM2, behøver vedkommende ikke at gå gennem processen med hvert stadie af internalisering i henhold til regulationer, for en bestemt sundhedsadfærd. Borgeren kan begynde at tilpasse sig en ny regulation for handling på hvilket som helst tidspunkt langs dette kontinuum, afhængig af tidligere erfaringer og situationsbestemte faktorer. Nogle handlinger kan påbegynde som introjections, mens andre som identifications. Borgeren kan udføre en handling på baggrund af en ydre regulering, for eksempel en belønning, og hvis ikke belønningen opfattes som

alt for kontrollerende, kan borgeren opleve handlingen som indre interessant, hvilket resulterer i et orienteringsskift. Endvidere kan borgeren, som har identificeret værdien af en handling, miste følelsen af værdi på baggrund af oplevet kontrol, og dermed bevæge sig baglæns til en ekstern reguleret tilstand (70).

6.2 Oplevelse af sammenhæng (OAS)

Antonovskys teoretiske perspektiv tager afsæt i salutogenesen (saluto = sundhed; genese = oprindelse). Salutogenesen omhandler spørgsmålet om, hvad der holder mennesket modstandsdygtigt, sundt og raskt. Salutogenese står i modsætning til patogenese, som fokuserer på hvad der forårsager sygdom (71–73).

Antonovsky udviklede salutogenesen på baggrund af et studie af israelske kvinders tilpasning til overgangsalderen. Gennem studiet fandt han, at kvinderne der havde overlevet koncentrationslejre under anden verdenskrig, trods dette fortsat kunne føle sundhed. Resultaterne af studiet vakte en undren hos Antonovsky i henhold til, hvad der gør mennesket i stand til at forblive sundt (74).

Antonovskys tilslutning til den salutogenetiske orientering førte ham til udviklingen af begrebet Sense of Coherence, der på dansk betegnes oplevelse af sammenhæng (OAS), som det endelige svar på det salutogenetiske spørgsmål. OAS omhandler de forhold der er medvirkende til, at mennesket forbliver sundt, trods store helbredsbelastninger eller modgang i livet. I denne forbindelse betyder det, at i jo højere grad mennesket oplever sammenhæng, desto bedre er vedkommendes mulighed for at mestre modgang i livet (71,72,74). OAS forekommer relevant hos borgerne med DM2, i henhold til at mestre sygdom og dermed opnå fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. Antonovsky definerer OAS således:

”Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, der er værd at engagere sig i.” (72, s. 37)

OAS består af tre centrale begreber, herunder; begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (72,74), som alle vil afspejle sig i nærværende speciales teoretiske meningsfortolkning af borgernes oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd, samt hvad der motiverer til fastholdelse og eventuelt forbedring heraf. I det følgende vil de tre begreber blive defineret i henhold til anvendelsen i nærværende speciale.

Begribelighed indebærer, hvorvidt de stimuli der kommer fra menneskets indre og ydre miljø, opleves som sammenhængende struktureret, tydelige og kognitivt forståelige informationer, frem for kaotisk tilfældig og uforklarlig (72). I henhold til borgeren med DM2, kan et eksempel være, at det er en forudsætning at borgeren forstår de budskaber der ligger i en bestemt sundhedsadfærd. Mennesket der oplever begribelighed går ud fra, at de stimuli vedkommende møder i fremtiden som kan forudsiges, ikke kommer som noget uventet og kan passe ind i en sammenhæng samt forklares (72).

Håndterbarhed indebærer i hvilken grad mennesket oplever at have tilstrækkeligt med ressourcer til rådighed, som er nødvendige for at klare de krav der stilles gennem stimuli i det indre og ydre miljø (72). I henhold til borgeren med DM2, kan et eksempel hertil være, at vedkommende har de fornødne ressourcer i forbindelse med de krav der stilles til en bestemt sundhedsadfærd. Oplever mennesket høj grad af håndterbarhed, vil vedkommende ikke føle sig som et offer for omstændighederne, eller uretfærdigt behandlet. De givne omstændigheder vil finde sted, og i sådanne tilfælde er mennesket i stand til at håndtere disse (72).

Meningsfuldhed kan betragtes som et motivationselement, og dækker over i hvilken grad mennesket oplever følelsesmæssigt engagement og involvering i et område, samt betydningen for den enkelte (72). Set i forhold til borgeren med DM2, kan et eksempel hertil være, at borgeren føler det personligt relevant og meningsfuldt, at agere efter en bestemt sundhedsadfærd. Meningsfuldhed opnås derfor når udfordringer gennem krav fra det indre og ydre miljø opleves som følelsesmæssigt værd at investere energi og engagement i. Det skal give mening følelsesmæssigt og ikke blot kognitivt (72).

7 Meningsanalyse

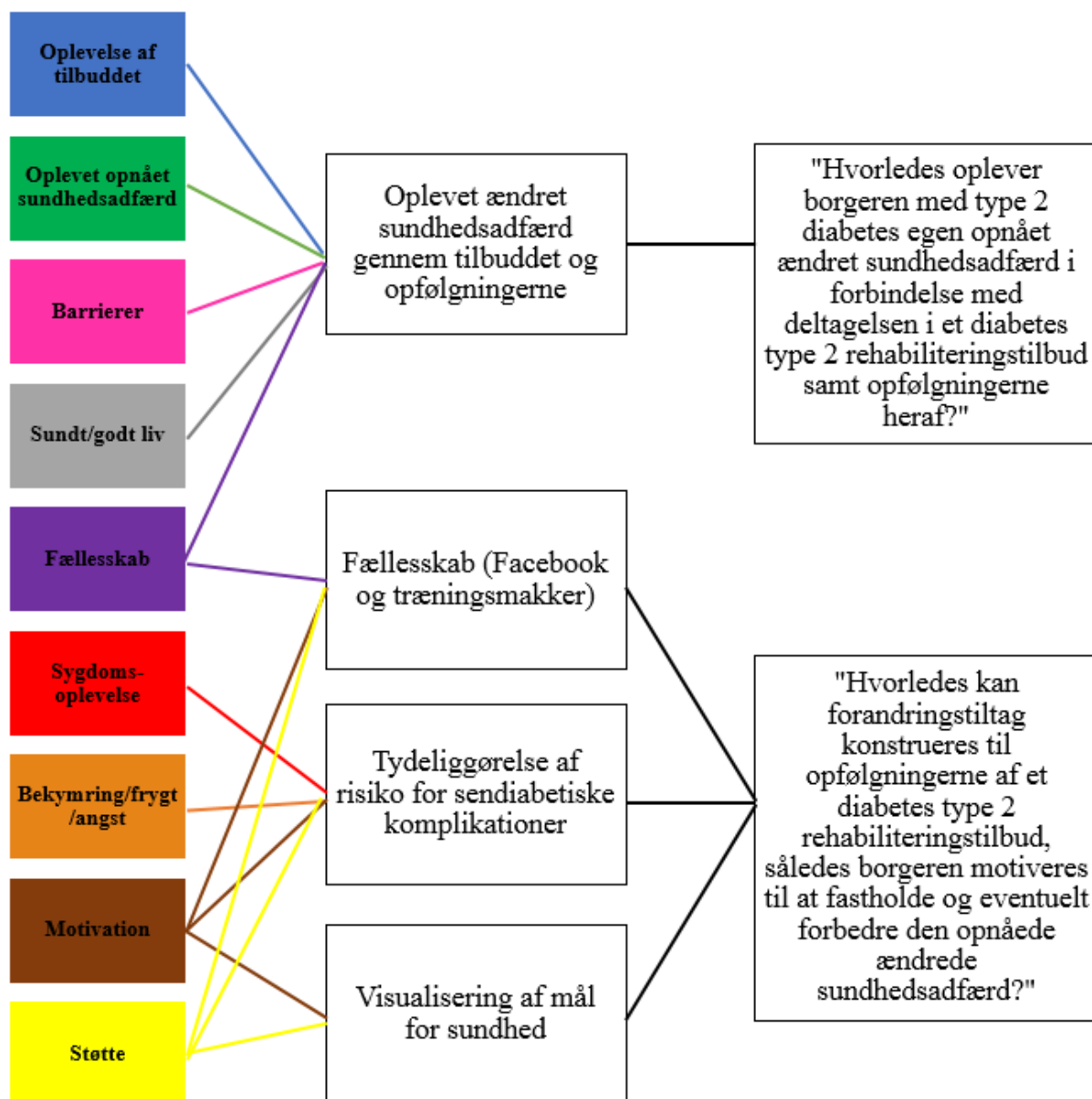
7 Meningsanalyse

I den følgende meningsanalyse præsenteres de udledte farvekoder og kategorier, som sammen med kondenseringerne dannede baggrund for meningsfortolkningen af interviewene. Farvekoder, kategorisering og kondensering af de tre interviews er at finde som bilag 9.

I meningsfortolkningen fortolkes og analyseres der på den samlede empiri, herunder interviews og feltnoter, ved anvendelse af teorierne SDT og OAS, i henhold til at opnå forståelse af empirien. De præsenterede citater og feltnoter er eksempler på analytiske pointer fra empirien, og bidrager til transparens og troværdighed til meningsfortolkningen. Endvidere indgik det fænomenologisk-hermeneutisk teoretiske perspektiv i den teoretiske meningsfortolkning.

7.1 Farvekoder og kategorier

Under den indledende meningsanalyse blev der tilstræbt en åben og induktiv tilgang, gennem datastyret kodning og ad-hoc kategorisering af de transskriberede interviews. Farvekodningen blev udført ved at passager af transskriptionerne blev farvet ud fra indbyrdes sammenhæng i meningsindholdet. De udledte farvekoder dannede baggrund for udarbejdelsen af de efterfølgende kategorier. Farvekoderne og kategorierne er illustreret i nedenstående kodetræ. Her fremgår det, hvordan farvekoderne samles til kategorier, som indgår i besvarelsen af problemformuleringens to dele.



Figur 11 Kodetræ med udledte farvekoder, der samles til kategorier, som indgår i besvarelsen af problemformuleringens to dele

Gennem den første kategori blev det tilstræbt at meningsfortolke empirien, i henhold til første del af problemformuleringen. Gennem de sidste tre kategorier blev det tilstræbt at meningsfortolke empirien i henhold til anden del af problemformuleringen. Kategorierne kommer til udtryk gennem underoverskrifterne i den følgende meningsfortolkning.

7.2 Meningsfortolkning af empiri

Efter kategoriseringen fandt en kondensering af transskriptionerne sted, hvor hovedbetydningerne af informanternes formuleringer blev kategoriseret (49).

Udvalgte eksemplariske citater fra kondenseringerne, samt feltnoter, vil indgå i den teoretiske meningsfortolkning af den samlede empiri. Gennem teorierne SDT og OAS er det tilstræbt at fortolke og analysere empirien, for at opnå forståelse af borgerens oplevelse.

Meningsfortolkningen er inddelt i to afsnit, hvor der forekommer fortolkning og analyse af empiri, i henhold til besvarelse af de to dele af problemformuleringen med underafsnit, som udgøres af de fire udledte kategorier. Under fortolkning og analyse af empiri til besvarelsen af første del af problemformuleringen, blev der særligt anvendt OAS. Under fortolkning og analyse af empiri til besvarelsen af anden del, blev der anvendt OAS og SDT i en syntese.

Informanterne i de fremstillede eksemplariske citater og feltnoter er benævnt med pseudonymerne: Alfred, Bent og Claus.

7.2.1 Hvorledes oplever borgeren med type 2 diabetes egen opnået ændret sundhedsadfærd i forbindelse med deltagelsen i et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud samt opfølgningerne heraf?

Denne del af meningsfortolkningen søger at fortolke og analysere empirien, i henhold til besvarelsen af første del af problemformuleringen:

“Hvorledes oplever borgeren med type 2 diabetes egen opnået ændret sundhedsadfærd i forbindelse med deltagelsen i et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud samt opfølgningerne heraf?”

I henhold til første del af problemformuleringen, indeholder det følgende underafsnit en analyse og fortolkning af empirien, med afsæt i den første kategori, som blev udledt af interviewene, og indebærer således: “Oplevet ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne”.

7.2.1.1 Oplevet ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne

Ifølge Antonovsky omhandler OAS de forhold der gør, at mennesket forbliver sundt, trods store helbredsbelastninger eller modgang i livet. I denne forbindelse betyder det, at jo højere grad af oplevet sammenhæng, desto bedre er menneskets mulighed for at mestre modgang i livet (71,72,74). Anskues dette i relation til borgerens oplevelse af det otte ugers DM2-rehabiliteringstilbud, forekommer det væsentligt, at borgeren oplever OAS for at mestre DM2, og dermed kunne ændre sundhedsadfærd. Ifølge informanternes udsagn, udtrykte de forskellige grader af OAS, hvilket afspejlede sig i varierende grader af oplevet ændret sundhedsadfærd, i forbindelse med det otte ugers DM2-rehabiliteringstilbud. Nogle informanter oplevede blot at have opnået viden, og dermed kognitiv begribelighed, igennem tilbuddet, men at denne ikke havde ført til adfærdsændring. På baggrund af den øgede viden og begribelighed omkring DM2, medfører det således ikke nødvendigvis ændring af sundhedsadfærd, hvorfor det forekommer væsentligt at borgeren ligeledes oplever meningsfuldhed og håndterbarhed, for at opleve ændret sundhedsadfærd. Informanternes manglende meningsfuldhed kom til udtryk ved fravær af oplevet personligt og følelsesmæssigt engagement, i forbindelse med ændring af sundhedsadfærd. Informanterne havde begribelighed gennem den viden de fik på tilbuddet, men mente ikke at alt ved den eksisterende sundhedsadfærd skulle forkastes, da livet i så fald ville blive for trist. Grundet den manglende meningsfuldhed, formåede informanterne således ikke at opleve håndterbarhed og de fornødne ressourcer til at ændre sundhedsadfærd, ud fra den viden de har erhvervet gennem tilbuddet.

Den ovenstående fortolkning af informanternes oplevede opnåede viden og begribelighed gennem tilbuddet, men manglende adfærdsændring, eksemplificeres i følgende citat med Claus:

Claus: *“Altså jo mere man bliver præget med ting og sager ikke, som man bør gøre, så kan man jo ikke undgå at tænke over nogle ting. Men altså på den anden side vil jeg sgu heller ikke forsage alting. Fordi så bliver livet trist. [...] Det er da viden om de problemer man har, det er jo meget rart at have, ikke. Det er vel det, jeg har fået ud af det. Hvis ikke jeg havde deltaget, så havde jeg jo ikke vidst en pind om det.”*

I citatet eksemplificeres det således, at blot fordi tilbuddet har formået at bistå med øget viden og begribelighed, medfører det ikke nødvendigvis ændring af sundhedsadfærd.

I modsætning til ovenstående, oplevede andre informanter, at tilbuddet havde bistået til ændring af sundhedsadfærd, da de, gennem og efter tilbuddet, havde formået at ændre sundhedsadfærd i henhold til kost, motion og rygevaner. På baggrund heraf tolkes det, at disse informanter har haft en oplevelse af OAS og mestring af DM2. Begribeligheden kom til udtryk gennem informanternes oplevelse af kognitiv forståelighed, i forbindelse med øget viden og bevidsthed omkring motionens og kostens væsentlige rolle. Håndterbarheden kom til udtryk ved, at informanterne har haft de fornødne ressourcer til at anvende den kognitive viden til at ændre sundhedsadfærd i praksis. Ligeledes tolkes det, at informanterne har oplevet meningsfuldhed i form af et personligt, følelsesmæssigt engagement, samt involvering for at ændre sundhedsadfærd.

Ovenstående fortolkning af informanternes oplevelse af OAS eksemplificeres i nedenstående citat med Bent:

Bent: ” [...] dengang før tilbuddet, der tænkte jeg overhovedet ikke på det. Jeg vidste jo godt hvordan man skulle, men efter at jeg havde været til tilbuddet, så er jeg blevet klar over, at motionen og hvad du spiser, hvor meget sukker[...] jeg prøver at spise lidt sundere [...] altså nu spiser vi også salat, det gjorde jeg ikke før [...] Nu bruger jeg kun sødetabletter. Tidligere brugte jeg 5-10 teskefuld sukker i én kop [...] Jeg har jo aldrig rigtig motioneret [...] nu går jeg til motion to gange om ugen [...] Jeg tænker også på rygning, nu holdt jeg jo op med cigaretter og ryger så kun pibe. ”

I citatet med Bent eksemplificeres det således, at DM2-rehabiliteringstilbuddet har formået at bidrage med oplevelsen af OAS og ændring af sundhedsadfærd.

I henhold til opfølgningerne, havde alle informanterne deltaget i disse én eller flere gange, hvilket tolkes som, at informanterne har følt meningsfuldhed i varierende grader i forbindelse med fremmødet. Meningsfuldheden kom til udtryk ved, at informanterne fandt det væsentligt at fuldføre hele tilbuddet og de tilhørende opfølgninger, hvorfor de har oplevet opfølgningerne som personligt relevante og følelsesmæssigt værd at engageres og involveres i. Meningsfuldheden ved at deltage i opfølgningerne eksemplificeres i følgende citat med Claus: “[...] Altså hvis man melder sig til at deltage i kurset, så bør man jo også fuldføre det. ”

Men trods informanternes varierende grader af oplevet meningsfuldhed i forbindelse med at møde op og deltage i opfølgningerne, var der ingen af informanterne der oplevede, at opfølgningerne bistod med OAS og ændring af deres sundhedsadfærd, hvilket eksemplificeres i følgende citat med Bent: *“Nej, for jeg synes de der opfølgninger der de [...] det har ikke nogen indvirkning på mig.”*

På baggrund af ovenstående analyse og fortolkning af empirien fremgår det, at informanterne er individuelle og oplevede, at de otte ugers DM2-rehabiliteringstilbud bistod med varierende grader af OAS, hvilket afspejlede sig i deres oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd. At informanterne oplevede, at tilbuddet bistod med begribelighed, førte ikke til OAS og ændring af sundhedsadfærd, mens tilstedeværelse af både begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed førte til oplevelse af ændring af sundhedsadfærd. I forbindelse med opfølgningerne blev det tolket, at informanterne fandt varierende grader af meningsfuldhed i forbindelse med fremmødet, men at ingen af informanterne oplevede at opfølgningerne bistod med begribelighed, meningsfuldhed eller håndterbarhed, i forbindelse med deres ændring af sundhedsadfærd.

I henhold til analyse og fortolkning af empirien til besvarelse af første del af problemformuleringen, er der således skabt en forståelse for relevansen af borgernes OAS, i forbindelse med ændring af sundhedsadfærd, gennem de otte ugers DM2-rehabiliteringstilbud og opfølgningerne.

7.2.2 Hvorledes kan forandringstiltag konstrueres til opfølgningerne af et diabetes type 2-rehabiliteringstilbud, således borgeren motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre den opnåede ændrede sundhedsadfærd?

Denne del af meningsfortolkningen søger at fortolke og analysere empirien, i henhold til besvarelsen af anden del af problemformuleringen:

“Hvorledes kan forandringstiltag konstrueres til opfølgningerne af et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud, således borgeren motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre den opnåede ændrede sundhedsadfærd?”

I henhold til anden del af problemformuleringen, indebærer de følgende underafsnit en analyse og fortolkning af empirien, med afsæt i de tre kategorier, som blev udledt af interviewene, og indebærer således: “Fællesskabet deltagerne imellem,” “Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer” og “Opstilling og visualisering af mål for sundhed”.

Gennem afsnittene er der analyseret og fortolket forskellige former for motivation, men da det er informanternes oplevelse der ekspliciteres, er det uvist om de reelt vil opleve motivation for fastholde og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd, såfremt deres forslag til frembringelse af motivation realiseres.

7.2.2.1 Fællesskabet deltagerne imellem

Ifølge Ryan og Deci kan motivationen komme til udtryk både som intrinsic og extrinsic motivation (70), og hvad enten der opleves intrinsic eller en extrinsic motivation, vil det kunne medføre fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. I henhold hertil, fremhævede informanterne, at såfremt der kan etableres et socialt fællesskab efter tilbuddets afslutning og gennem opfølgningerne, vil det potentielt kunne bidrage til motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. Motivationen blev formuleret som det indbyrdes sociale fællesskab deltagerne imellem, med mulighed for støtte, deling af oplevelser, erfaringer og drøftelse af problemer, med forståelse herfor. I henhold hertil, tolkes det at motivationen kan etableres på baggrund af den meningsfuldhed, håndterbarhed og begribelighed som fællesskabet kan bistå med. Det at informanterne kan dele oplevelser og erfaringer, kan både medføre at de oplever at det er meningsfuldt, personligt relevant og følelsesmæssigt værd at engageres i fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. Fællesskabets mulighed for støtte og deling af oplevelser og erfaringer, kan endvidere medføre gensidig styrkelse af ressourcer, til at håndtere fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd. Slutteligt vil fællesskabet kunne bistå med vidensdeling og øget begribelighed omkring DM2, med relevans for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd. På baggrund heraf, har etablering af et fællesskab under opfølgningerne potentialet til at styrke informanternes OAS. Tolkes fællesskabets bidrag til OAS i henhold til SDT, vil høj grad af OAS, og dermed mestring af DM2, kunne bistå til borgerens oplevelse af motivation for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd. Informanternes oplevelse af fællesskabets bidrag til OAS og motivationen eksemplificeres med følgende citater:

Alfred: “[...] meget meget positivt, hvis man havde et fællesskab efter tiden [...] socialt samvær og motivation for hinanden”

Claus: “[...] det ville da altid kunne påvirke det på en eller anden måde, hvis man deler sine oplevelser eller sit dagligliv angående ens sygdom [...] Så kan man sidde og danne sig en motivation om et eller andet [...] Det er jo nemmere at snakke med nogen, der selv har problemer inden for dørene, frem for nogen der ikke forstår en pind.”

Under interviewene blev der fremhævet forskellige tiltag til at fremme det sociale fællesskab under opfølgningerne, og dermed motivationen, herunder et virtuelt fællesskab i form af en Facebookgruppe, samt det fysiske fællesskab i form af en eller flere træningsmakkere.

Facebookgruppe

Under interviewene med informanterne blev etablering af et fællesskab i en Facebookgruppe omtalt som en mulighed, for at frembringe intrinsic - og former for extrinsic motivation hos informanterne, i henhold til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. Facebookgruppen blev italesat, idet informanterne fandt det vanskeligt at fastholde det fysiske fællesskab efter det otte ugers DM2-rehabiliteringstilbud. Informanterne omtalte den potentielle frembringelse af motivation gennem Facebookgruppen, i form af dennes bidrag til oplevelsen af at skulle præstere over for de andre i gruppen, samtidig med oplevelsen af at skulle bevise noget overfor sig selv. Dette tolkes dels som extrinsic motivation, i form af borgerens ønske om at præstere overfor de andre i gruppen, dels en mere autonom form for extrinsic motivation, hvor borgeren fastholder og forbedrer sundhedsadfærd for egen skyld, for at bevise noget overfor sig selv, snarere end for andre.

Den motivation der frembringes gennem et ønske om at præstere overfor de andre i Facebookgruppen, tolkes som en introjected regulation. Motivationen forekommer introjectet, idet informanten føler at skulle bevise over for andre, at vedkommende kan leve op til de sociale krav til sundhedsadfærden, grundet den potentielle reaktion fra de andre i gruppen, der kan opstå ved at afvige. Motivationen for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd er således betinget af de potentielle tanker og reaktioner, som de andre borgere kan have, hvorfor der tilstræbes opretholdelse af selvværd og følelsen af værdi, ved at leve op til en bestemt sundhedsadfærd. Reguleringen af sundhedsadfærd er indre, men opleves ikke som en del af selvet, men derimod som fremmed og ydre reguleret, som EPLOC.

Motivationen der frembringes ved at informanten oplever at skulle bevise noget overfor sig selv, tolkes som identifikation regulations, der er en mere autonom form for extrinsic motivation. Her fastholder og forbedrer informanten sundhedsadfærd, fordi handlingen forekommer betydningsfuld, ved at informanten finder det værdifuldt at kunne bevise noget overfor sig selv. På baggrund heraf, vil handlingen for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd opleves som informantens egen. Ovenstående fortolkning af informanternes oplevelse af fællesskabets bidrag til frembringelse af former for extrinsic motivation, eksemplificeres i følgende citat:

Alfred: *“[...] Fordi så har man måske lidt man skal bevise over for andre, selvom den eneste man skal bevise noget overfor, det er sig selv. Men det tror jeg sådan set snarere på, at det var måske en god motivation.”*

På trods af, at informanterne gav udtryk for at det kan motivere, såfremt vedkommende oplever at skulle præstere over for andre, var der enighed om, at det opleves mest motiverende, såfremt motivationen er betinget informantens egen vilje, og motivationen opleves “inde i hovedet”, snarere end en ydre pålagt handling. Det tolkes derfor, at såfremt extrinsic motivation er præget af autonomi, eller opleves som intrinsic motivation, er det den bedste form for motivation til fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd. I denne forbindelse vil informanterne ikke opleve at external regulations i Facebookgruppen er hensigtsmæssige til fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd. Derfor vil det ikke øge informantens motivation, hvis andre deltagende borgere af tilbuddet, eller sundhedsprofessionelle, søger at skabe motivation igennem Facebookgruppen, ved at udgøre en ydre befaling eller belønning. Informanten vil opleve ydre regulation som kontrollerende og fremmed, og dermed som EPLOC.

Informanternes formulering af motivationen “inde i hovedet” er et udtryk for relevansen af selvbestemmelse og autonomi, i motivationen for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd. Denne motivation, “inde i hovedet”, kan dels tolkes som extrinsic motivation, i form af internalisering og integration af sundhedsadfærd, og dels som intrinsic motivation. Tolkes motivationen “inde i hovedet” som en integrated regulation, vil det indebære, at informanten oplever at regulationerne for sundhedsadfærd gøres til informantens egne, igennem en internalisering og integration heraf. Her har informanten reflekteret over, og opnået kongruens mellem, nye reguleringer for adfærd og egne eksisterende værdier og behov, hvorved der finder en

integration af regulationerne sted. Desto mere de ydre regulationer omkring sundhedsadfærd bliver til informantens egne, desto mere vil informanten opleve extrinsic motiverede handlinger som selvbestemmende og autonome. Tolkes udtalelsen af motivationen “inde i hovedet” som intrinsic motivation, betyder det, at fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd er betinget en lyst og interesse, samt tilstedeværelse af de tre grundlæggende psykologiske behov: autonomi, kompetence samt tilhørsforhold og relationer. Intrinsic motivation vil fremmes, desto mere informanten oplever at være autonom, kompetent og have gode relationer og tilhørsforhold, i henhold til fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd. Relationer og tilhørsforhold vil særligt Facebookgruppen kunne bistå med, gennem de relationer og fællesskab som er opbygget under tilbuddet, og fastholdt gennem etableringen af Facebookgruppen.

Fortolkes informanternes beskrivelse af motivationen “inde i hovedet” i henhold til OAS, vil den, hvad enten den opleves som en integration af regulations eller intrinsic motivation, indebære at informanten oplever at have begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. For at opleve motivation for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd, skal informanten således have en kognitiv forståelse af, hvilken sundhedsadfærd vedkommende ønsker og er motiveret for “inde i hovedet”. Informanten skal ligeledes have de fornødne ressourcer der fordres, i forbindelse med at fastholde og forbedre sundhedsadfærd. Slutteligt skal informanten føle, at fastholdelsen og forbedringen af sundhedsadfærd er personlig relevant og følelsesmæssig værd at engageres i. Det tolkes i denne forbindelse, ud fra informanternes udtalelser, at Facebookgruppen vil kunne bistå med støtte til alle tre begreber, gennem fællesskabets mulighed for at deling af viden, erfaringer, oplevelser, støtte til øgede ressourcer og skabelse af mening. Grundet Facebookgruppens mulige støtte til OAS, tolkes det at kunne medføre at borgeren ligeledes oplever kompetence og autonomi, og dermed IPLOC, hvilket influerer på graden af oplevet intrinsic motivation.

Ovenstående fortolkning af Facebookgruppens bidrag til oplevelse af motivation “inde i hovedet” eksemplificeres i følgende citat med Alfred: *“Altså jeg vil vove at påstå, hvis ikke det er nok inde i hovedet, at du skal være motiveret, så tror jeg ikke der er nogen ting der hjælper.”*

På baggrund af ovenstående analyse og fortolkning af empirien, fremgår det at etablering af en Facebookgruppe potentielt kan bidrage med oplevelse af både intrinsic - og flere former for extrinsic motivation. I henhold hertil, fremhævede informanterne dels en extrinsic motivation,

præget af selvbestemmelse og autonomi, dels intrinsic motivation som de mest hensigtsmæssige former for motivation. Fællesskabet skal ikke udgøre en external regulation med ydre befaling eller belønning, men derimod støtte op om borgerens selvbestemmelse og autonomi. I denne forbindelse kan Facebookgruppen bidrage til begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, i forhold til borgerens motivation for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd.

Under analyse og fortolkning af empirien til besvarelse af anden del af problemformuleringen, er der således skabt en forståelse for Facebookgruppens potentielle indvirkning på borgerens motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

Træningsmakker

Under interviewene med informanterne blev fællesskabet, i form af en eller flere træningsmakkere, nævnt som en mulighed for at motivere til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. Fællesskabet omkring træningen blev af informanterne formuleret som en indbyrdes afhængighed og forpligtelse mellem informant og træningsmakker. Informanternes oplevelse af denne forpligtelse tolkes som extrinsic motivation, i form af introjected regulations. Motivationen er kontrollerende, da træningen er betinget en forpligtelse, samtidig med informantens bestræbelse på at forbedre eller opretholde eget selvværd og følelsen af værdi. Informanterne træner af egen fri vilje, hvorfor reguleringen er indre, men træningen vil ikke opleves som en fuldkommen del af selvet, og dermed indebære oplevelsen af EPLOC. Ovenstående fortolkning af informanternes oplevelse af træningsfællesskabet som extrinsic motivation, eksemplificeres i følgende citat med Bent: *“Jamen det er fordi vi har en aftale. Han (træningsmakkeren) kan ikke køre bil længere [...]”*. Citatet understøtter informanternes oplevelse af, at fællesskabet omkring træning er baseret på extrinsic motivation, grundet afhængighed og forpligtelse. Bent udgør en hjælper, der føler forpligtelse, men samtidig hjælper han sig selv, i form af extrinsic motivation som forpligtelsen skaber.

Under interviewene blev fællesskabet omkring træning i selve træningssituationen ligeledes beskrevet som extrinsic motivation. Den indbyrdes dialog under træningen blev formuleret som et venskabeligt pres, i henhold til at leve op til sociale krav omkring træningspræstation. Denne form for dialog tolkes som extrinsic motivation gennem introjected regulations, hvilket ekspliciteres i dialogen, hvor træningsmakkeren og informantens kommentarer til hinanden, har til

hensigt at frembringe indbyrdes motivation. I kommentarerne ligger der en implicit forventning om, at leve op til sociale krav omkring træningspræstation, og hvis ikke disse opfyldes, vil det potentielt medføre oplevelse af “venskabelig-straf” i form af drilleri. Når informanten udfører træningen på baggrund af kommentarerne, er det med henblik på at forbedre eller opretholde eget selvværd og følelsen af værdi. Derfor vil træningen, på trods af at den udføres af egen vilje, ikke opleves som en fuldkommen del af selvet, og dermed indebære oplevelsen af EPLOC.

Fortolkes informanternes oplevelse af dialogen under træning i henhold til OAS, bidrager træningsmakkeren med begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, hvilket kommer til udtryk i informanternes oplevelse af motivation for at træne. I forhold til begribeligheden, er det kognitivt forståeligt for informanten, at vedkommendes tilstedeværelse er en forudsætning for, at deres fælles træning kan realiseres. Endvidere gav alle informanterne i afsnit 7.2.1.1 ”Oplevet ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne” udtryk for, at have opnået øget viden omkring DM2 under tilbuddet, herunder relevansen af at træne. Hvad angår håndterbarheden, kan de indbyrdes motiverende kommentarer bistå med en styrkelse af ressourcer til at fortsætte træningen. Meningsfuldheden består i, at informanterne oplever det følelsesmæssigt værdifuldt at investere energi og engagement i træningen med makkeren. Det tolkes derfor, at informanternes oplevelse af OAS, gennem fællesskabet omkring træning, ligeledes influerer på motivation herfor.

Ovenstående fortolkning af informanternes oplevelse af træningsmakker og dialogens bidrag til extrinsic motivation samt OAS eksemplificeres i følgende citat:

Bent: “[...] han sidder ovre på cyklen mens jeg går på båndet og råber ret dig op (---). Jeg er vant til at falde lidt ned og skal rette mig op. Og jeg siger (---) cykel, cykel. Han er typen, at hvis han kan slippe udenom, så gør han det.”

På baggrund af ovenstående analyse og fortolkning af empirien fremgår det, at fællesskabet omkring træning, i form af en eller flere træningsmakkere, kan frembringe extrinsic motivation med fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd, herunder træning. I forbindelse hermed, er motivationen betinget af borgerens OAS, hvor tilstedeværelsen af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed vil bistå til oplevelsen af motivation. I henhold til analyse og fortolkning af empirien til besvarelse af anden del af problemformuleringen, er der således skabt en forståelse for

fællesskabet gennem en eller flere træningsmakkeres potentielle indvirkning på borgerens motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

7.2.2.2 Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer

Gennem interviewene gav informanterne udtryk for en distancering til sygdommens alvor, da de udtalte at de sendiabetiske komplikationer først skal opleves på egen krop, før de tages alvorligt. Indtil da er sendiabetiske komplikationer blot noget der rammer naboen. På baggrund heraf tolkes det, at informanterne ikke oplever OAS. Dette udtrykkes gennem informanternes distancering, og dermed manglende bevidsthed og begribelighed, omkring alvoren af sendiabetiske komplikationer. Manglen på meningsfuldhed kommer til udtryk ved at informanterne ikke finder det følelsesmæssigt og personligt relevant at fastholde og forbedre sundhedsadfærd på baggrund af risikoen. Forekommer risikoen ikke relevant, vil informanten endvidere ikke opleve håndterbarhed og etablere de ressourcer der er nødvendige for at fastholde og forbedre sundhedsadfærd.

Under interviewene italesatte informanterne, hvorvidt det vil øge deres motivation, såfremt den sundhedsprofessionelle, under DM2-rehabiliseringsstilbuddet og opfølgningerne, i højere grad tydeliggjorde risikoen for sendiabetiske komplikationer. I denne forbindelse var der divergerende holdninger blandt informanterne, da tydeliggørelsen dels blev betragtet som relevant for skabelse af motivation, dels som en negativ bevidsthedsgørelse.

De informanter, som oplevede tydeliggørelsen af risikoen som relevant, udtrykte vigtigheden af, at borgerne gøres bevidste om at DM2 er en alvorlig sygdom, som er forbundet med bivirkninger, der i værste fald kan lede til blindhed og andre sendiabetiske komplikationer. I denne forbindelse tolkes informanternes oplevelse af alvoren som værende begribelig, håndterbar og meningsfuld.

Begribeligheden tydeliggøres gennem den øgede oplysning og viden, som informanterne oplever i forbindelse med tilbuddets tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer. På baggrund af denne begribelighed, og bevidstheden omkring risikoen for sendiabetiske komplikationer, oplever borgeren håndterbarhed og etablering af de fornødne ressourcer til at fastholde og forbedre sundhedsadfærd. Meningsfuldheden kommer til udtryk gennem informanternes oplevelse af, at det er følelsesmæssigt og personligt relevant at engageres i at fastholde samt forbedre sundhedsadfærd, for at undgå sendiabetiske komplikationer. På baggrund heraf tolkes det, at de informanter som fandt tydeliggørelsen af alvoren af sendiabetiske komplikationer relevant, har mulighed for at

opleve OAS. Sammenholdt med SDT, tolkes OAS at medføre motivation for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd gennem opfølgningerne. Informanterne oplever, i denne forbindelse, tydeliggørelsen af risiko for sendiabetiske komplikationer som extrinsic motivation gennem identifikation af regulations. Identifikationen finder sted ved at regulationerne for sundhedsadfærd gøres til informantens egne, på baggrund af, at det forekommer personligt betydningsfuldt at fastholde og forbedre sundhedsadfærd, grundet risikoen for sendiabetiske komplikationer. Det er således værdifuldt for informanten at fastholde og forbedre adfærd, da det er værdifuldt for vedkommende at undgå risiko for sendiabetiske komplikationer, således vedkommende kan udføre de aktiviteter der skaber glæde.

Informanternes oplevede relevans af, at tydeliggøre risikoen for sendiabetiske komplikationer eksemplificeres i nedenstående citat:

Bent: “Jeg føler måske, at når du får at vide at du har diabetes, at så skal man uddybe de bivirkninger der er i forbindelse med det. [...] forklare, at det kan være alvorligt det her [...]. Så skulle der måske være mere dramatik i det [...] De skulle fremhæve, at hvis det fortsætter det her, så kan du risikere at du bliver blind [...] Ja altså uden at folk risikerer at bryde sammen”.

Omvendt ovenstående, var der ligeledes informanter som betragtede tydeliggørelsen af risikoen for sendiabetiske komplikationer som en negativ bevidstgørelse. Informanterne gav her udtryk for, at en gentagende påmindelse om risikoen vil opleves negativt og forringe livskvaliteten, hvorfor den ikke bør spekuleres over. På baggrund heraf, tolkes det at tydeliggørelse af risikoen for disse informanter ikke vil bidrage til OAS. Informanterne udtrykte at de ikke ønskede at tænke over risikoen, hvorfor begribeligheden og bevidstheden omkring risikoen ikke vil forekomme. På baggrund heraf, vil informanterne ikke opleve at risikoen medfører håndterbarhed med etablering af fornødne ressourcer til fastholdelse eller forbedring af sundhedsadfærd. Endvidere er tydeliggørelsen af risikoen for informanterne ikke personligt og følelsesmæssigt meningsfuldt at engageres i, da tydeliggørelsen blot opleves at medføre nedsat livskvalitet.

Sammenholdes den manglende OAS med SDT, oplever informanterne tydeliggørelsen af risiko for sendiabetiske komplikationer som amotivation, da tydeliggørelsen ikke leder til intentioner om at

ændre adfærd. Informanternes oplevelse af tydeliggørelsen af risikoen for sendiabetiske komplikationer som værende en uhensigtsmæssig bevidstgørelse, eksemplificeres i følgende citat:

Claus: [...] det ville jo blive et frygteligt liv, hvis man skulle gå og tænke på, at man bliver invalideret på en eller anden måde om ganske kort tid [...] det er jo ikke noget man skal gå og tænke på, så bliver man psykisk syg.”

I ovenstående eksemplificering med Claus tydeliggøres det, at fokus på risikoen for sendiabetiske komplikationer forekommer uhensigtsmæssigt for nogle informanter. Under observationen kom det ligeledes til udtryk, at tydeliggørelse af risikoen for sendiabetiske komplikationer, for nogle informanter, ikke havde nogen indvirkning på deres sundhedsadfærd:

Sundhedsprofessionel til Claus: Du har også haft et mål, der hedder bedre behandling af dit blodsukker.

Claus: Lægen truer med at jeg skal på insulin.

(Jeg tænker, at Claus ikke ser det, at komme på insulin som en advarsel, men en trussel fra lægens side. Han ser det ikke som noget, der indikerer, at han skal ændre livsstil, snarere som noget uundgåeligt for fremtiden. Trods truslen har Claus ikke ændret adfærd)

(Feltnote)

I feltnoten med Claus eksemplificeres det således, at tydeliggørelsen gennem advarslen om insulin, ikke har en effekt på ændring, fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. Claus' læge har påpeget, at Claus skal tage insulin, såfremt han ikke formår at ændre adfærd. Dette har Claus tolket som en trussel som han ikke har handlet på, hvorfor tydeliggørelse af alvoren ikke har nogen effekt på Claus.

På baggrund af ovenstående analyse og fortolkning af empiri, fremgår det at en tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer dels kan opleves som relevant for motivationen, dels som negativ og reducere livskvaliteten. De informanter der fandt tydeliggørelsen af risikoen som værende relevant, vil opleve at tydeliggørelsen medfører OAS og extrinsic motivation i form af identification af regulationer. De informanter der oplevede tydeliggørelsen af risikoen som

uhensigtsmæssig, vil ikke opleve at tydeliggørelsen bidrager til OAS, og tydeliggørelsen forekommer derfor som amotivation.

I henhold til analyse og fortolkning af empirien til besvarelse af anden del af problemformuleringen, er der således skabt en forståelse af, hvorledes tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer opleves individuelt, og kan bidrage til oplevelse af motivation for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd, men samtidig også kan opleves som amotivation.

7.2.2.3 Opstilling og visualisering af mål for sundhed

Alle deltagerne havde under det otte ugers DM2-rehabiliteringstilbud udarbejdet nogle individuelle mål for sundhed, i samarbejde med den sundhedsprofessionelle, som blev nedskrevet på den sundhedsprofessionelles tablet. Disse mål blev taget frem af den sundhedsprofessionelle under opfølgningerne. Under observationen af 12-måneders opfølgningen blev det tydeliggjort, at deltagerne ikke kunne erindre deres egne mål for sundhed. Det tolkes, at når borgeren hverken kan erindre eller visualisere de opstillede mål for sundhed, er det vanskeligt for borgeren at opleve meningsfuldhed, håndterbarhed og begribelighed. Såfremt borgeren ikke oplever OAS i forbindelse med målene, er det vanskeligt at mestre og motiveres til at indfri målene, og dermed fastholde og forbedre sundhedsadfærden. At informanterne ikke kunne erindre disse konkrete mål for sundhed, eksemplificeres i følgende feltnote med Claus:

Den sundhedsprofessionelle vil gerne tale med Claus om de mål der blev sat fra tidligere opfølgning. Den sundhedsprofessionelle spørger, om han kan huske disse, hvilket han ikke kan. Den sundhedsprofessionelle fremhæver, at sidst Claus var til opfølgning, var til tre måneders opfølgningen, og at Claus her satte mål vedrørende overvejelser omkring træning på (--- træningssted).

Claus fortæller at han ikke er kommet i gang, og overvejer fortsat denne træning.

Den sundhedsprofessionelle fremhæver et andet mål, som Claus havde omkring cykling.

Claus fortæller, at dette ikke er blevet realiseret, da vedkommende har solgt cyklen.

(Feltnote)

På baggrund af informanternes manglende erindring af målene for sundhed, fremkom det gennem interviewene relevant for informanterne, at de har mulighed for at have målene visualiseret

derhjemme mellem opfølgningerne, således at målene kan bidrage med at fastholde motivationen. I denne forbindelse gav informanterne udtryk for, at tydeliggørelsen af mål i papirform eller virtuelt, potentielt vil kunne motivere til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd under opfølgningerne. Tolkes informanternes ønske om visualisering af mål i henhold til OAS, forekommer det væsentligt at målene leder til OAS, og dermed opleves begribelige, håndterbare og meningsfulde, for at borgeren kan mestre DM2 samt motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre sundhedsadfærd. I afsnit 7.2.1.1 ”Oplevet ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne” tydeliggøres det, at tilbuddet har givet informanterne viden og dermed begribelighed omkring DM2. I henhold hertil, er det væsentligt at denne viden nedskrives som et mål for sundhed, som opleves kognitivt forståeligt af informanten. Endvidere bør målene forekomme realistiske og håndterbare, således informanten har de fornødne ressourcer til at fastholde eller forbedre sundhedsadfærd. Slutteligt bør målene opleves meningsfulde, således informanten oplever følelsesmæssigt engagement og involvering. Oplever informanten OAS gennem opstillingen og visualiseringen af mål, er der større mulighed for at mestre DM2, hvilket tolkes som bedre evne til at opleve motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

Informantens OAS forekommer således relevant i forbindelse med opstillingen og visualiseringen af mål, samt indfrielsen heraf. Sammenholdes relevansen af OAS med SDT, er det væsentligt at undgå, at informanten oplever extrinsic motivation, i form af external regulations. External regulations opstår i de situationer, hvor informanten oplever lav grad af autonomi og selvbestemmelse, hvorfor OAS ligeledes vil være begrænset. External regulations kan finde sted, såfremt informanten ikke selv er medbestemmende i opstillingen af mål. Hvis den sundhedsprofessionelle for eksempel opstiller målene på egen hånd, og informanten blot søger at indfri disse, på baggrund af ydre befaling eller anerkendelse, opleves handlingen som ydre reguleret, kontrollerende og EPLOC.

Modsat hertil, forekommer det nødvendigt at visualiseringen af mål formår at frembringe extrinsic motivation med høj grad af autonomi og selvbestemmelse, eller intrinsic motivation, da ydre kontrol og lav grad af autonomi reducerer informantens motivation. Idet opstillingen af mål finder sted i samarbejde med en sundhedsprofessionel, vil målene være influeret af varierende grader af ydre påvirkning. På baggrund heraf, er det relevant at efterstræbe en motivation for indfrielsen af

mål, som er baseret på integrated regulations, med høj grad af autonomi. En sådan motivation kan finde sted, hvis informanten oplever ejerskab og selv har mulighed for, i samspil og samråd med en sundhedsprofessionel, at opstille realistiske mål, samt hvorledes disse kan indfries. Selve integrationen af målene, herunder regulationerne for sundhed, sker gennem refleksioner over egen adfærd, og ved at opnå kongruens mellem ny regulering og egne eksisterende værdier og behov, hvilket bliver muligt gennem informantens involvering i opstillingen af mål. I henhold til OAS tolkes det, at såfremt informanten inddrages i opstillingen af mål, er der større mulighed for at informanten oplever OAS og mestring i forbindelse med motivation for indfrielse heraf.

Ovenstående fortolkning af informanternes oplevelse af visualiseringens mulighed for frembringelse af motivation eksemplificeres i citat:

Bent: "Fordi når du så sidder og hører på det, så tænker du om det, men når du så går ud så har du måske glemt det igen () i forbindelse med diabetes type 2, så kan du tage den her (udskrift af opstillede mål) en gang om ugen og se på det, så du har nogle konkrete mål".

Dog var der divergerende holdninger blandt informanterne, i henhold til visualiseringsformen af mål, da det forekom velegnet i papirform for nogen, mens andre foretrak alternativer, hertil hvilket eksemplificeres i følgende citat: Alfred: *"De papirer jeg får med hjem, dem lægger jeg ind i et arkiv hjemme på mit kontor. Jeg kigger ikke på dem for at være helt ærlig."*

På baggrund af ovenstående analyse og fortolkning af empirien fremgår det, at informanterne ikke erindrer de opstillede mål fra tilbuddet, hvorfor en visualisering heraf tolkes at kunne bidrage med motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. I forbindelse med at opstille og visualisere mål, er det væsentligt at de er individuelle, og at borgeren har OAS for at mestre og opleve motivation. Hvad angår formen for motivation, er det relevant at borgeren oplever autonomi i forbindelse med målene, da ydre kontrol og lav grad af autonomi reducerer motivationen. På baggrund heraf, bør visualiseringen af mål efterstræbe frembringelse af extrinsic motivation med høj grad af autonomi, eller intrinsic motivation, hvilket forekommer muligt gennem inddragelse af informanten, med følelse af ejerskab over målene.

I henhold til analyse og fortolkning af empirien til besvarelse af anden del af problemformuleringen, er der således skabt en forståelse af, hvorvidt en opstilling og visualisering af mål har betydning for borgerens motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

7.2.3 Opsummering af meningsfortolkning

I det ovenstående er der blevet fortolket og analyseret på empirien til besvarelse af første og anden del af problemformuleringen. I den første del af meningsfortolkningen blev der fortolket og analyseret på informanternes “Oplevet ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne”. Her blev det tydeliggjort, at alle informanterne havde opnået øget viden, og dermed begribelighed og kognitiv forståelse af DM2 gennem det otte ugers DM2-rehabiliteringstibud. Dog var det kun nogle informanter der oplevede at have opnået ændret sundhedsadfærd i henhold til kost, motion og rygevaner, på baggrund af oplevelsen af begribelighed, meningsfuldhed og håndterbarhed. Hvad angår opfølgningerne, var der ingen af informanterne der berettede om, at disse medførte en oplevelse af begribelighed, meningsfuldhed og håndterbarhed i henhold til deres ændring af sundhedsadfærd.

I anden del af meningsfortolkningen blev der fortolket og analyseret på “Fællesskabet deltagerne imellem”, “Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer” samt “Opstilling og visualisering af mål for sundhed”, i henhold til at belyse hvorledes borgeren med DM2 motiveres til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd gennem opfølgningerne. Det kom til udtryk, at informanterne er individuelle og oplever forskellige grader af OAS samt forskellige former for motivation, hvorfor der er potentiale for, at fortolkningen og analysen, gennem de tre underafsnit, kan bistå med etablering af motivation til fastholde og eventuelt forbedre sundhedsadfærden under opfølgningerne.

8 Diskussion

8 Diskussion

Den følgende diskussion indeholder indledningsvis en diskussion af meningsanalysens resultater, dernæst en diskussion af specialets metode.

8.1 Diskussion af resultater fra analysen

I det følgende vil resultaterne fra meningsanalysen blive diskuteret op imod de udvalgte, kritisk vurderede studier fra den systematiske litteratursøgning, samt relevante studier fra problemanalysen. Diskussionen er delt op efter meningsanalysens fire udledte kategorier, der udgør meningsfortolkningens underafsnit, og indeholder således indledningsvis diskussion af borgerens "Oplevet ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne". Dernæst en diskussion af "Fællesskabet deltagerne imellem", "Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer" samt "Opstilling og visualisering af mål for sundhed" i henhold til motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. Diskussionen har til formål, i samspil med resultaterne af meningsanalysen, at bistå til konstruktionen af et forandringstiltag til opfølgningerne, der kan motivere til fastholdelse og forbedring af borgerens sundhedsadfærd. Præsentationen af forandringstiltag vil fremgå i et særskilt afsnit efter diskussionen af metoden.

8.1.1 Opnået ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne

I meningsfortolkningen blev det fortolket og analyseret, at nogle informanter oplevede at de otte ugers DM2-rehabiliteringstilbud bistod med OAS og motivation, og dermed ændring af sundhedsadfærd. Ligeledes forekommer der studier, hvor borgere med DM2 oplevede opnået ændret sundhedsadfærd gennem lignende tilbud (23,24).

Modsat hertil, oplevede andre informanter blot at tilbuddet bidrog til øget viden, og dermed begribelighed omkring DM2. I denne forbindelse var den øgede begribelighed ikke tilstrækkelig til at informanterne følte OAS, og dermed motivation for ændring af sundhedsadfærd. Lignende fund fremgår i studiet af Casey et al., som omhandler et motionsprogram for borgere med DM2. I studiet tydeliggøres det, at blot fordi borgeren havde erhvervet bevidsthed og øget viden gennem programmet, medførte det ikke nødvendigvis fastholdelse af træningen. Endvidere tydeliggør studiet, at trods øget viden, udtrykte borgerne benægtelse af denne viden, hvilket indebar manglende ændring af sundhedsadfærd (21). Benægtelsen indebar, at borgeren ikke var i stand til at

handle på den øgede viden og ændre sundhedsadfærd. Det samme var tilfældet med informanterne i nærværende speciale, hvor informanternes benægtelse kom til udtryk gennem manglende oplevelse af meningsfuldhed og personlig relevans i henhold til at ændre sundhedsadfærd. Alle informanterne gav udtryk for, at tilbuddet havde bistået med øget begribelighed og viden, men benægtes denne viden som et resultat af manglende meningsfuldhed, er det ikke muligt at etablere håndterbarhed og OAS.

I henhold til opfølgningerne af DM2-rehabiliteringstilbuddet, blev det i meningsfortolkningen fortolket og analyseret, at ingen af informanterne oplevede at opfølgningerne bistod med OAS i forbindelse med ændring af sundhedsadfærd. Sammenholdt med studiet af Casey et al., fandt borgerne heri, at der var behov for en bedre overgang mellem tilbuddet, herunder et motionsprogram, og dets afslutning. Denne støtte blev udtrykt som en særlig støtte, med undgåelse af en brat afslutning mellem tilbuddet og realiteterne derefter, som ofte indebærer mindre støtte og supervision (21).

Gruppeforløbet i nærværende speciale indebar opfølgninger, men disse skal forekomme støttende for at have en indvirkning på ændring, fastholdelse og eventuelt forbedring af borgerens sundhedsadfærd. Da informanterne ikke oplevede at opfølgningerne havde en indvirkning på deres sundhedsadfærd, kan det derfor diskuteres, hvorledes opfølgningerne kan bistå til OAS og oplevelse af motivation. Dette søger de følgende afsnit at diskutere, i henhold til at konstruere et forandrings tiltag til opfølgningerne, således borgeren motiveres til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

8.1.2 Fællesskabet deltagerne imellem

I meningsfortolkningen blev det fortolket og analyseret, at fællesskabet informanterne imellem på DM2-rehabiliteringstilbuddet havde indflydelse på den motivation som informanterne oplevede, og dermed også på deres fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. Fællesskabets indflydelse på sundhedsadfærden fremgår ligeledes i studiet af DeCoster et al., hvor borgerne oplevede, at fællesskabet i en diabetesklub bidrog til øget egenomsorg og kontrol over DM2 (75). Endvidere udtrykte de deltagende borgere af HEALD-gangprogrammet i studiet af Mladenovic et al., at tilstedeværelsen af de andre deltagere på holdet øgede deres motivation for at deltage, og at der bør være mere fokus på erfaringsudveksling med andre borgere med DM2. Dog viser studiet, at

borgerne i programmet faldt tilbage i deres gamle stillesiddende adfærd efter programmets afslutning, fordi den motivation, som den sociale støtte under programmet bidrog med, ligeledes ophørte (76). På baggrund heraf, forekommer det fællesskab borgerne oplever under DM2-rehabiliteringstilbuddet relevant for motivationen til at fastholde og eventuelt forbedre sundhedsadfærden, hvorfor dette fællesskab bør indgå i forandringstiltaget. I det følgende diskuteres resultaterne fra meningsfortolkningen i henhold til hvorvidt fællesskabet kan bidrage til motivation. Dels i form af oprettelse af en virtuel Facebookgruppe, dels gennem etablering af et fysisk fællesskab, i form af en eller flere træningsmakkere.

Facebookgruppe

I meningsfortolkningen blev det fortolket og analyseret, at informanterne fandt det vanskeligt at opretholde fællesskabet efter tilbuddets afslutning, hvorfor muligheden for etablering af en Facebookgruppe blev italesat. I denne forbindelse blev det gjort klart, at en Facebookgruppe potentielt kan bidrage med OAS og oplevelse af både intrinsic - og flere former for extrinsic motivation, til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærden. Ligeledes gør det sig gældende i studiet af Mladenovic et al., der konkluderer, at borgerens motivation styrkes af, at have andre borgere med DM2 at tale med, fordi borgeren føler sig støttet og forstået (76).

Ved at oprette en Facebookgruppe, har borgeren mulighed for at tale med de andre på DM2-rehabiliteringstilbuddet efter tilbuddets afslutning, mellem opfølgningerne samt efter opfølgningernes afslutning, hvorfor fællesskabet samt motivationen potentielt kan bibeholdes. Der kan dog forekomme visse begrænsninger ved at oprette en Facebookgruppe borgerne imellem, da borgerne har forskellige IT-kundskaber, hvorfor ikke alle har Facebook. De borgere, der ikke besidder de fornødne IT-kompetencer, vil potentielt føle sig ekskluderet af det virtuelle fællesskab, og ikke opleve fællesskabets bidrag til motivation. Derudover er det ikke alle borgere der har økonomiske ressourcer til at investere i computer, smartphone eller tablet til at muliggøre et fællesskab på Facebook.

I meningsfortolkningen blev det fortolket og analyseret, at external regulations ikke vil bidrage til motivation for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd. Derfor vil det ikke øge borgerens motivation, hvis sundhedsprofessionelle søger at skabe motivation gennem deltagelse i Facebookgruppen, ved at udgøre en ydre befaling eller belønning. I henhold hertil, kan det

diskuteres hvorvidt den sundhedsprofessionelles deltagelse og involvering i Facebookgruppen influerer på borgernes motivation. Borgerne i HEALD-gangprogrammet i studiet af Mladenovic et al., gav udtryk for, at det ville gavne deres motivation, hvis de havde mulighed for at få råd og støtte fra træningsspecialisterne i længere tid efter programmets afslutning (76). Omvendt fandt studiet af DeCoster et al., at de deltagende borgere i diabetesklubben med tiden blev bedre til at besvare hinandens spørgsmål, og dermed også henvendte sig mindre til de sundhedsprofessionelle. Borgerne blev derudover bedre til selv at løse diabetesrelaterede problemer indbyrdes og dele strategier og ressourcer med hinanden, hvorfor de sundhedsprofessionelle i mindre grad var nødvendige (75).

Det kan derfor diskuteres, hvorvidt det vil være gavnligt for borgerne i Facebookgruppen, hvis den sundhedsprofessionelle er en del af dette fællesskab. På den ene side vil den sundhedsprofessionelle kunne bidrage med råd og støtte til borgerne, som det efterspørges i studiet af Mladenovic et al., og dermed øge motivationen for fastholdelse eller forbedring af sundhedsadfærden hos borgerne. På den anden side kan borgerne føle, at de bliver kontrolleret af den sundhedsprofessionelle. Opleves den sundhedsprofessionelles tilstedeværelse i Facebookgruppen som kontrollerende, vil borgeren ikke opleve selvbestemmelse og autonomi, men derimod external regulations, hvilket ikke vil bistå til fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd. Hvad enten det forekommer relevant at inddrage sundhedsprofessionelle i Facebookfællesskabet eller ej, vil der være ressourcemæssige begrænsninger, idet den sundhedsprofessionelle formentlig ikke vil være i stand til at indgå i de, med tiden, mange etablerede Facebookgrupper fra alle afholdte DM2-rehabiliteringstilbud.

Nogle af borgerne i studiet af Mladenovic et al. oplevede dog, at den sociale støtte de opnåede fra de øvrige deltagere i HEALD-gangprogrammet blev mindre hen imod slutningen af programmet (76). Derfor kan det ikke afvises, at borgerne i en Facebookgruppe, på lige fod med borgerne i studiet, vil miste interessen for gruppen på sigt, hvorfor aktiviteten i gruppen stopper, og gruppen ikke længere bidrager til motivation hos den enkelte borger.

Trods diskussionen om hvorvidt borgerne har de fornødne IT-kundskaber, om det er hensigtsmæssigt at den sundhedsprofessionelle involveres, eller om interessen for Facebookgruppen vil falde, vurderes det, at Facebookgruppen har potentiale til at skabe motivation til fastholdelse og

eventuelt forbedring af sundhedsadfærd, hvorfor en Facebookgruppe bør medtænkes i et forandringsstiltag.

Træningsmakker

I meningsfortolkningen blev det fortolket og analyseret, at en eller flere fysiske træningsmakkere kan medføre motivation hos informanterne i henhold til træning, hvilket ligeledes gør sig gældende i flere studier. I studiet af Casey et al. beskrev borgerne, hvordan det, at nogen observerede dem under træningen gav dem den fornødne motivation til at gennemføre træningsprogrammet (21). I Studiet af Mladenovic et al. fremhæves det, at da borgerne ikke længere havde et fysisk fællesskab omkring træning, faldt de tilbage i gamle rutiner, og fik ikke trænet. Dette begrundes med, at borgerne ikke følte det samme engagement og motivation ved at træne alene (76).

Af meningsfortolkningen fremgik det, at såfremt informanterne havde en anden person der var afhængig af, at vedkommende deltog i træning, bistod dette til motivationen for at træne.

Informanterne oplevede motivationen som extrinsic motivation, i form af en introjected regulation, grundet forpligtelsen overfor træningsmakkeren, samtidig med bestræbelsen på at forbedre eller opretholde eget selvværd samt følelsen af værdi. Dette resultat stemmer overens med studiet af Mladenovic, der ligeledes konkluderer, at følelsen af forpligtelse er forbundet med deltagelse og motivation for borgerne der deltog i HEALD-gangprogrammet (76).

Under meningsfortolkningen omtalte informanterne fællesskabet omkring træning, som et forhold mellem to lægpersoner. Det kan i denne forbindelse diskuteres, om en sundhedsprofessionel ligeledes vil kunne bidrage til motivation til at træne. I studierne af Casey et al. samt Mladenovic et al. fremgår det, at støtte fra de sundhedsprofessionelle kan øge borgerens motivation for at træne. På baggrund heraf, vil det kunne motivere, hvis den sundhedsprofessionelle bidrager med faglig viden i forhold til træningen, som borgeren vil kunne drage nytte af i forbindelse med optimal træning for mennesker med DM2 (21,76). Indgår den sundhedsprofessionelle i træningen, vil det indebære et ulige forhold, hvorfor den sundhedsprofessionelle ikke vil udgøre en makker, men snarere en træner.

Det fremgår således af meningsfortolkningen og studierne, at på den ene side kan en lægmand udgøre en træningsmakker og bidrage med motivation, på den anden side kan en

sundhedsprofessionel udgøre en motivation ved at inddrage faglig viden og støtte. Det kan dog diskuteres hvorvidt det er muligt for en sundhedsprofessionel at udgøre en fast træningsmakker. Hensigten med DM2-rehabiliteringstilbuddet samt opfølgningerne er, at det skal slutte efter 12-måneders opfølgningen, hvorfor der ikke er sat flere ressourcer af til det enkelte hold. Skal træningsmakkeren udgøres af en sundhedsprofessionel, vil det kræve, at der sættes flere ressourcer af til hvert hold.

I henhold til et forandringstiltag inden for sundhedscentrets rammer, vil det derfor være mest realistisk, at træningsmakkeren udgøres af en lægmand, som både kan bestå af andre deltagere på tilbuddet, men også af andre relationer til den enkelte borger. Etableres der ligeledes en velfungerende Facebookgruppe, vil denne kunne bistå med at opretholde kontakten mellem træningsmakkerne, såfremt træningsmakkerskabet udgøres af deltagende borgere på tilbuddet. Dette vil øge muligheden for at lave aftaler og følelsen af forpligtelse mellem borgerne, hvorfor chancen ligeledes øges for, at træningen fortsætter.

8.1.3 Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer

Gennem meningsfortolkningen blev det fortolket og analyseret, at tydeliggørelsen af risiko for sendiabetiske komplikationer opleves forskelligt hos informanterne. Dels opleves tydeliggørelsen relevant i form af OAS og skabelse af extrinsic motivation gennem identifikation af regulationer. Dels opleves tydeliggørelsen negativt ved at bevidstgørelsen reducerer livskvaliteten, og ikke formår at skabe OAS, hvorfor tydeliggørelsen forekommer som amotivation. I henhold til de divergerende holdninger, kan det diskuteres hvorvidt tydeliggørelse af risikoen for sendiabetiske komplikationer er en hensigtsmæssig måde at etablere motivation for fastholdelse og forbedring af sundhedsadfærd. Sammenholdes resultaterne med andre studier, forekommer der ligeledes modsatrettede oplevelser af, hvorvidt tydeliggørelsen opleves motiverende eller som amotivation.

At informanterne oplevede tydeliggørelsen motiverende understøttes af studiet af Mladenovic et al., hvor nogle borgere beretter om, at frygten for sendiabetiske komplikationer virker motiverende på ændring af sundhedsadfærd (76). I studiet fremgår det, at borgere der havde nære familiemedlemmer med DM2 og sendiabetiske komplikationer, oplevede DM2 og komplikationerne skræmmende, fordi de kunne se hvad sygdommen kan medføre (76).

At informanterne oplevede tydeliggørelsen amotiverende, understøttes af studiet af Casey et al., hvor borgere, der havde oplevet negative konsekvenser af DM2 i nærtstående familie, ikke blev motiveret til at ændre sundhedsadfærd (21).

Det er dog paradoksalt, at nogle af informanterne oplevede tydeliggørelsen af risikoen for sendiabetiske komplikationer reducerer livskvaliteten, da flere studier viser, at det at leve med sendiabetiske komplikationer kan medføre nedsat livskvalitet, i form af risiko for udvikling af angst og/eller depression, hos mennesket med DM2 (7,8). Det findes derfor modsigende, at tydeliggørelsen af risiko for sendiabetiske komplikationer kan medføre reduceret livskvalitet, når tilstedeværelsen af sendiabetiske komplikationer ligeledes medfører reduceret livskvalitet. Undgå tydeliggørelsen af risikoen for sendiabetiske komplikationer, kan det medføre manglende adfærdsændring, hvilket øger risikoen for udvikling af sendiabetiske komplikationer, som reducerer livskvaliteten.

På baggrund af informanternes og borgerne i studierne divergerende holdninger, fremgår det, at skabelse af motivation gennem tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer opleves individuelt. Mens tydeliggørelsen for nogle vil forekomme relevant, vil den potentielt opleves som reducerende for livskvaliteten hos andre. I henhold hertil, blev det pointeret af informanterne i meningsfortolkningen, som fandt tydeliggørelsen relevant, at tydeliggørelsen ikke skal have til hensigt at skræmme folk. Tydeliggørelse af risiko er derfor en kompleks måde at frembringe motivation, og bør tage forbehold for individualitet, for ikke at fremstå skræmmende under et forandringstiltag. På baggrund heraf, forekommer det ikke velvalgt at konstruere et forandringstiltag der udelukkende er baseret på tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer, men at tydeliggørelsen kan medtænkes i samspil med andre forandringstiltag, for eksempel via en italesættelse i Facebookgruppen.

8.1.4 Opstilling og visualisering af mål for sundhed

I meningsfortolkningen blev det fortolket og analyseret, at informanterne ikke erindrede de opstillede mål for sundhed, hvorfor informanterne fandt, at en visualisering heraf kan bidrage med motivation til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. Relevansen af at opstille og visualisere mål, understøttes af studiet af Sprague et al., som omhandler borgere på en diabetesuddannelse. I studiets resultater fremgår det, at 65% af borgerne satte mål for sundhed

under diabetesuddannelsen. 86% heraf oplevede enten moderat eller høj grad af nytte af målene i henhold til deres sundhedsadfærd (77). På baggrund af informanternes oplevelse, samt studiets resultater, forekommer opstillingen og visualiseringen af mål således nyttige, i henhold til et forandringstiltag der har til formål at skabe motivation til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

Hvad angår opstillingen af de visualiserede mål, blev det under meningsfortolkningen ekspliciteret, at opstillingen bør tage afsæt i den individuelle borger og dennes autonomi for at skabe OAS, mestring og motivation. At OAS er væsentligt, understøttes ligeledes af studiet af Sprague et al. Her fremgår det, at borgeren, der sætter urealistisk høje mål, har vanskeligt ved at indfri disse. Derfor må borgeren reflektere over mulige barrierer og strategier til opnåelse af mål, samt hvorledes målene kan justeres undervejs, således borgeren er i stand til at indfri målene (77). Studiet understøtter derfor, at såfremt borgeren oplever målene som begribelige, håndterbare og meningsfulde, er det muligt at skabe OAS og opleve motivation for indfrielse af målene. I forbindelse med meningsfortolkningen af tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer, forekom dette relevant for nogle af informanterne, hvorfor dette ligeledes kan medtænkes i opstillingen af de individuelle mål for sundhed.

For at frembringe OAS og motivation i forbindelse med opstillingen af mål, kan det diskuteres, i hvilken grad de sundhedsprofessionelle bør influere på udformningen af mål. I meningsfortolkningen fremgår det, at det er væsentligt at borgeren oplever autonomi i relation til målene, da ydre kontrol og lav grad af autonomi reducerer motivationen. På baggrund heraf, bør målene inddrage borgeren, og derigennem skabe en oplevelse af ejerskab, frem for at målene udelukkende er opstillet af den sundhedsprofessionelle, og forekommer kontrollerende. Sammenholdes resultaterne med studiet af Sprague et al., anses den sundhedsprofessionelle her som en betydningsfuld ressource, i forbindelse med borgerens opstilling af mål. I studiet fremgår det, at borgerne var tilbøjelige til at opstille mål der afspejlede de forslag som den sundhedsprofessionelle havde præsenteret. Derfor kan den sundhedsprofessionelles viden bidrage med opstilling af mål, som borgeren ikke har kunnet frembringe ud fra egen viden, hvorfor den sundhedsprofessionelle kan udgøre en faglig ressource (77).

På baggrund af meningsfortolkningen og studiet af Sprague et al., kan den sundhedsprofessionelles indflydelse på den ene side opleves som ydre styrende og kontrollerende, men på den anden side kan den sundhedsprofessionelle bidrage med faglighed i opstilling af mål, som borgeren ikke selv ville havde tænkt over. Derfor forekommer den sundhedsprofessionelles indgåen i borgerens opstilling af mål kompleks, da det bygger på en balancegang mellem bevarelse af borgerens autonomi og ejerskab over målene, samtidig med inddragelse af faglig viden uden at fremstå kontrollerende.

Under meningsfortolkningen fremgår det endvidere, at informanterne havde divergerende holdninger til visualiseringen af mål, da nogle fandt visualisering i papirform velegnet, mens andre foretrak et alternativ hertil. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt papirformen er velegnet for alle borgere, eller om der bør udarbejdes alternative former for visualisering. Sammenholdt med studiet af Orsma et al., kan visualiseringen af mål, og derigennem ændring af sundhedsadfærd, finde sted på en alternativ måde, i form af en applikation til smartphone. I denne applikation skulle borgerne indrapportere værdier for helbredsstatus (for eksempel blodtryk, vægt, aktivitet, blodsukker) i forbindelse med opstillede mål, med efterfølgende automatisk feedback med teoribaseret ændring i sundhedsadfærd (78)¹⁰.

På baggrund heraf, forekommer en virtuel opstilling og visualisering af mål på smartphone, tablet eller computer ligeledes velegnet, da målene således altid er tilgængelige. Er det endvidere muligt at udarbejde en applikation som giver automatisk feedback på indrapportering af helbredsstatus i forbindelse med de opstillede mål, vil det ud fra studiets resultater potentielt kunne bistå til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærden hos borgeren (78). Den virtuelle visualisering forekommer dog ikke velegnet hos alle borgere, da der kan forekomme begrænsninger i form af manglende IT-kundskaber samt manglende økonomiske ressourcer til anskaffelse af en smartphone, tablet eller computer.

¹⁰ Studiets teoretiske feedbacksystem er baseret på Information-Motivation-Behavioral Skills Modellen. Den teoribaserede feedback defineres som automatisk genereret, teoribaseret sundhedsfremmende information og motivation. Feedbacken skal fremme den sundhedsadfærd, som borgeren har indrapporteret og styrke borgerens egenomsorg (78).

På trods af at visualiseringen i papirform forekommer velegnet for nogle af informanterne, er der efterspørgsel på alternative visualiseringsformer, hvor virtuel visualisering på smartphone, tablet eller computer kan være en mulighed. Anvendes teknologien til visualiseringen, er der endvidere mulighed for at konstruere en applikation med automatisk feedbacksystem med potentiel indvirkning på sundhedsadfærden, hvilket ikke er muligt gennem papirformen. Dog er det ikke alle borgere der er lige kompetente til at anvende virtuelle mål og applikationer i forbindelse med smartphone, tablet eller computer, hvorfor visualiseringen af mål bør være en individuel vurdering.

8.2 Diskussion af metode

I det følgende præsenteres indledningsvis de kvalitetskriterier, som nærværende speciales diskussion af metode tager afsæt i, og som efterfølgende anvendes i diskussionen af den anvendte metode.

8.2.1 Gyldighed, pålidelighed og analytisk generaliserbarhed

Kvalitetskriterierne i nærværende speciale vedrører hele processen, da et godt projekt er karakteriseret ved stringens og sammenhæng, lige fra det teoretiske afsæt, til udvælgelse af informanter, indsamling af empiri, analyse og konklusion (55).

Gyldighed

Begrebet gyldighed vedrører sikring om, at forskernes udlægninger er tilstrækkeligt dokumenterede, og stemmer overens med den indsamlede empiris ytringer (56). Endvidere omhandler gyldighed hvorvidt undersøgelsens design og metode er velegnet til at beskrive det der ønskes beskrevet, herunder specialets problemformulering (55). I henhold til nærværende speciale, er et eksempel herpå, at udvælgelsen af informanter skete på baggrund af, hvorvidt de kunne bistå med at belyse problemformuleringen nuanceret.

Pålidelighed

Pålidelighed vedrører hvorvidt fremgangsmåden fremstår transparent, for at sikre læserens tillid til, at anvendte metoder til indsamling og analyse af empiri er konsistent og forsvarlig (56). I henhold til nærværende speciale, er et eksempel herpå, at der blev forsøgt at skabe transparens gennem en tydelig beskrivelse af fremgangsmåde i forhold til transskribering af interviews, analyse heraf samt hvorledes forforståelse og teori kan have influeret gennem den abduktive tilgang. Endvidere

indebærer pålidelighed specialets intersubjektivitet, som vedrører at gøre forskningsprocessen tydelig for læseren, hele vejen fra forskningsspørgsmålene, gennem interviewene og analysen, til resultaterne. Endvidere skal der tages stilling til, om resultaterne er forståelige og meningsfulde, i henhold til den indsamlede empiri, selvom den udførte fortolkning er en af mange mulige (55). I denne forbindelse er refleksivitet et begreb der tydeliggør at forsker er bevidst om egen indvirkning på alle dele af processen. Refleksivitet indebærer således at forsker tydeliggør egen forforståelse, både fagligt og personligt (55). I nærværende speciale gjorde refleksiviteten sig ligeledes gældende under hele processen. Gruppemedlemmerne forsøgte at tydeliggøre egen forforståelse, sundhedssyn samt anskuelse af problemformuleringen, og i denne forbindelse indflydelsen på udarbejdelsen af specialet. Denne tydeliggørelse af forforståelse blev frembragt ved indledningsvis at reflektere i enerum, og dernæst i fællesskab, både gruppemedlemmerne imellem, men også i samarbejde med vejleder. Derudover bidrog observationen og interviewene med refleksioner over forforståelse og den realitet der blev erfaret.

Analytisk generaliserbarhed

Grundet specialets kvalitative metode og det teorifortolkende casestudie, generaliseres der ud fra et metodisk princip, der søger at opnå analytisk generaliserbarhed. I henhold til Antoft og Salomonsen, er analytisk generaliserbarhed en særlig form for generalisering, som foretages ud fra egne resultater, andres resultater samt anvendelse af teori (42). Fokus er således rettet mod hvorvidt dimensioner og sammenhænge i den studerede case gør sig gældende i andre lignende cases (42). I henhold til resultaterne i nærværende speciale vurderes det, at disse kan generaliseres til andre gruppeforløb på DM2-rehabiliteringstilbud, både på samme sundhedscenter, men også på andre kommuners sundhedscentre. Dette på baggrund af, at de danske kommuners sundhedscentres gruppeforløb på DM2-rehabiliteringstilbud oftest består af nogle fælles elementer, herunder undervisning i DM2, kost- og motionsvejledning og fysisk træning (14,16). Generaliseringen er dog med det forbehold, at der forekommer variationer i måden hvorpå tilbuddene er udformet, sammensætningen af borgere der deltager samt den konkrete kontekst tilbuddet udføres i. Der vil både forekomme ligheder, men også forskelle mellem de to situationer (49), hvorfor der ligeledes vil være variationer i graden af analytisk generaliserbarhed mellem tilbuddene.

8.2.2 Fænomenologisk-hermeneutisk teoretisk perspektiv

Nærværende speciales abduktive tilgang, med vekselvirkning mellem induktion og deduktion, var i samspil med et anlagt fænomenologisk-hermeneutisk teoretisk perspektiv, som kom til udtryk både under indsamling samt fortolkning og analyse af empiri. Det kan diskuteres, om det fænomenologisk-hermeneutiske anlagte perspektiv er gyldig i forbindelse med besvarelsen af problemformuleringen. Set i forhold til fænomenologiens epoché, blev dette forsøgt inddraget i konstruktionen af interviewguiden, under interviewsituationen samt under kodning og kategorisering af interviewtransskriptionerne. Det kan dog diskuteres hvorvidt epoché reelt fandt sted under indsamling samt fortolkning og analyse, da det er vanskeligt at fralægge alle fordomme og al teoretisk viden (56). Grundet den abduktive tilgang og det fænomenologisk-hermeneutisk anlagte perspektiv, var det dog ikke hensigten at arbejde rent fænomenologisk og induktivt. Derfor har epoché været influeret af den hermeneutiske tilgang, med tilstedeværelse af forforståelse, da forforståelsen ifølge hermeneutikken altid er tilstede og er en forudsætning for at opnå forståelse (55). Men trods hermeneutikkens influen på epoché, blev bestræbelsen på epoché vurderet væsentlig, i henhold til at etablere en åbenhed, i forbindelse med borgerens oplevelse, således denne kunne træde frem så klart som muligt, i samspil med inddragelse af teori og forforståelse, som særligt blev bragt i spil under meningsfortolkningen (56). På baggrund af samspillet og det indbyrdes supplement mellem fænomenologien og hermeneutikken, forekommer det anlagte perspektiv gyldig til at besvare problemformuleringen.

8.2.3 Diskussion af observation

Nærværende speciales åbne deltagende observation havde til formål at danne vidensgrundlag for, hvordan opfølgningerne forløber i praksis, samt bidrage til udformningen af interviewguiden og analysen i samspil med interviewene.

Den åbne tilgang kan have haft medindflydelse på, at kun to ud af de fem inviterede borgere mødte op til opfølgningen, da nogle muligvis ikke har haft lyst til at deltage i observationen. Dernæst kan den åbne observation have betydet, at de deltagende borgere har holdt oplysninger tilbage, som de ikke har ønsket at dele med specialegruppen. For at imødekomme dette, kunne en skjult tilgang være blevet valgt (44). Denne tilgang blev dog ikke vurderet mulig, da specialegruppens tilstedeværelse i selve opfølgningen var en forudsætning for observationen.

Specialegruppens deltagelse i observationen foregik i et kontinuum mellem at være deltagende og observerende (44). Ulempen ved at foretage en deltagende observation var, at specialegruppen risikerede at påvirke de processer der foregik, hvilket kunne influere på resultaterne. Hvis ikke specialegruppen havde valgt en deltagende position, var der omvendt ikke samme mulighed for at opleve, hvad der lå til grund for de deltagende borgeres ageren. Dette kunne potentielt medføre risikoen for, at specialegruppen misforstod de deltagende borgere, fordi det ikke ville være muligt at trænge ind i de sociale strukturer (56). Dermed forekom en vekselvirkning mellem rollen som deltager og observatør velvalgt, da der var mulighed for at spørge ind til borgerne, og samtidig kun observere, når dette syntes mest givende. Idet de tilstedeværende i observationen var udgjort af specialegruppens to medlemmer, den sundhedsprofessionelle samt de to borgere, ville det opleves overvældende og unaturligt for de to borgere, ikke at have en indbyrdes dialog mellem alle de tilstedeværende. Deltagelsen gav endvidere mulighed for at stille uddybende spørgsmål til de deltagende borgere, som ligeledes havde interesse i at spørge ind til specialegruppen.

Nærværende observation kan kritiseres for kun at foregå til den sidste 12-måneders opfølgning. Skulle observationen af DM2-rehabiliteringstilbuddets opfølgninger være fyldestgørende, skulle specialegruppen have deltaget i alle de fire opfølgninger, hvilket ville have givet et mere præcist billede af, hvordan disse opfølgninger foregår. Dette var dog ikke muligt, grundet specialeskrivningens afgrænsede tidsperiode. Dog kan der argumenteres for, at observationen af 12-måneders opfølgningen er tilstrækkelig, da disse opfølgninger alle foregår på samme vis, hvorfor observationer af flere opfølgninger muligvis ikke ville bidrage til mere viden.

8.2.4 Diskussion af semistrukturerede, individuelle interviews

Nærværende speciale anvendte semistrukturerede, individuelle interviews, men denne interviewform er forbundet med en række svagheder. Hertil kan nævnes, at oplysninger er betinget af, hvad informanten ved, husker og ønsker at udtale sig om. Informanten kan selektivt udvælge hvad vedkommende udtaler sig om, og potentielt undlade tabubelagte og følsomme emner, eller give usande oplysninger omkring disse (44). På baggrund heraf, kræver interviewformen en del af interviewerens, som skal være i stand til at etablere en tryk atmosfære, tillid og åbenhed samt lydhørhed med evne til selv at træde tilbage (44). Men på trods af svagheder ved individuelle interviews, muliggjorde disse indsigt i informanternes oplevelse og erfaringer, hvilket vurderes værdifuldt i henhold til besvarelse af problemformuleringen.

De udførte interviews kan endvidere diskuteres i henhold til opnåelse af mætningspunktet gennem de tre interviews. Ideelt set bør der interviewes indtil mætningspunktet er nået, hvilket først er aktuelt, når yderligere interviews ikke bidrager med flere relevante oplysninger om det der ønskes undersøgt (49,56). Alle tre interviews bistod med ny indsigt til belysning af problemformuleringen, hvorfor yderligere interviews formodes at kunne have bidraget med yderligere og mere nuanceret viden. Det var dog ikke muligt at rekruttere flere informanter, da inklusionskriteriet indebar at informanterne skulle have gået på det samme gruppeforløb. I denne forbindelse var en af deltagerne ramt af sygdom og den anden forhindret, hvorfor det ikke var muligt at interviewe alle fem.

Det kan ligeledes diskuteres, om det ville have øget specialets gyldighed, såfremt analysen bestod af empiri fra opfølgingsforløb fra flere DM2-rehabiliteringshold end kun det ene, og dermed inddragelse af flere observationer samt flere individuelle interviews. Grundet specialets begrænsede tidsperiode, har dette dog ikke været muligt. Ydermere ville empiri fra andre gruppeforløb ikke indfri specialets inklusionskriterie, som kræver at borgeren har deltaget i casens konkrete gruppeforløb på DM2-rehabiliteringstilbuddet.

I henhold til interviewformen, kan det diskuteres, om et fokusgruppeinterview kunne have bidraget til belysning af problemformuleringen, og dermed øge gyldigheden af specialet.

Fokusgruppeinterviews udgør en eksplorativ udforskende tilgang til et nyt område (49), hvilket kunne være relevant for nærværende speciale, i henhold til at undersøge borgernes oplevelse og motivation. Endvidere kunne fokusgruppeinterviewets kollektive ordveksling, med spontane ekspressive og følelsesmæssige synspunkter, endvidere bistå med frembringelse af sande og nuancerede udsagn, i henhold til belysning af problemformuleringen, og samtidig hermed fungere som kontrol for usande udsagn (44,49). Trods fordele ved fokusgruppeinterviewet, blev det individuelle interview valgt, da ikke alle emner er velegnet til at blive italesat i plenum (44). Nærværende speciales hensigt med interviewet var at opnå indsigt i informantens personlige oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd, samt hvorledes borgeren motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre sundhedsadfærden. Denne italesættelse kunne potentielt indebære følsomme og private emner, som ikke var ønskelige at italesætte foran andre deltagere af tilbuddet, hvorfor det individuelle interview forekom mere velegnet. Endvidere blev det tydeliggjort gennem observationen, at én af de deltagende borgere var særligt dominerende. Dette kunne potentielt være

hæmmende for de øvrige deltagere i et fokusgruppeinterview, hvorfor individuelle interviews blev vurderet velvalgt.

8.2.4.1 Rekruttering af informanter

Inklusionskriteriet for at være informant var, at borgeren skulle have deltaget i det konkrete gruppeforløb på DM2-rehabiliteringstilbuddet. På baggrund heraf, opstod der begrænsninger i forhold til sammensætningen af kvinder og mænd. Det konkrete gruppeforløb bestod af fire mænd og en kvinde, hvoraf der var tre mænd der ville lade sig interviewe. Det er uvist om et interview med den kvindelige deltager af tilbuddet ville have bistået med anden belysning af problemformuleringen, end den mændene frembragte, hvilket potentielt ville have øget specialets gyldighed. Der kan være forskellige kønsmæssige perspektiver på oplevelsen af opnået ændret sundhedsadfærd, samt hvad der motiverer til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd, hvorfor inddragelse af en kvindelig informant kunne have givet et andet bidrag til specialets forandringstiltag.

8.2.5 Diskussion af litteraturstudie

I det følgende vil litteraturstudiet blive diskuteret, i henhold til valg af databaser samt udvælgelse og kvalitetsvurdering.

8.2.5.1 Valg af databaser

Nærværende speciales systematiske søgning tog afsæt i seks videnskabelige databaser; Embase, PubMed, PsychINFO, Cochrane, Cinahl samt Sociological Abstracts. Valget af disse databaser kan kritiseres for at være overvejende naturvidenskabeligt orienteret, hvorfor mange lokaliserede studier har haft et biomedicinsk sigte, frem for fokus på borgerens oplevelse. Søgning i yderligere databaser, eksempelvis flere samfundsvidenskabelige databaser, kunne have bidraget med andre studier, der potentielt kunne have været anvendelige i besvarelsen af specialets problemformulering, og dermed specialets gyldighed. Trods valget af databaser, er der alligevel lokaliseret kvalitative studier, der omhandler borgerens oplevelse, hvorfor det vurderes, at de valgte databaser har været velegnede. I bilag 2 er en uddybning af relevansen af de valgte databaser.

De publicerede studier i databaserne kan ydermere være behæftede med publikationsbias, hvilket kommer til udtryk ved, at studier der viser en effekt oftere publiceres, end studier uden effekt. Dermed kan de lokaliserede studier i nærværende litteraturstudie vise en overestimering af effekt (79), hvilket kan betyde, at studiernes bidrag til forandringstiltaget overvurderes.

8.2.5.2 Udvalgelse og kvalitetsvurdering

Litteratursøgningen er udført af begge gruppemedlemmer, og er grundigt dokumenteret i bilag 2, hvilket styrker specialets pålidelighed. Ligeledes har begge gruppemedlemmer deltaget i udvælgelsen og den kritiske vurdering af studier, hvilket har givet mulighed for at diskutere studiernes relevans og gyldighed, i henhold til at besvare nærværende speciales problemformulering. Dette har bevirket, at risikoen for at overse relevante studier er blevet reduceret.

For at sikre, at de inddragede studier fra den systematiske søgning har været relevante samt gyldig for besvarelsen af problemformuleringen, er der anvendt tjeklister, og gruppemedlemmerne har foretaget en kritisk kvalitetsvurdering af studierne. Tjeklisterne havde til formål at sikre, at standardiserede kriterier blev overvejet. Til trods for, at et studie blev vurderet velegnet gennem tjeklisterne, var det ikke ensbetydende med, at studiet blev vurderet egnet til at belyse problemformuleringen. Derfor blev studierne efterfølgende kritisk vurderet ud fra, hvorvidt de kunne bidrage til besvarelse af problemformuleringen. På baggrund af den samlede vurdering med tjeklister og gruppemedlemmernes egen kritiske vurdering, blev det vurderet, at de inddragede studier var gyldige i forhold til besvarelsen af problemformuleringen. For at højne specialets pålidelighed, er de udfyldte tjeklister fra de inddragede studier vedlagt som bilag 3.

8.2.6 Diskussion af teori

I henhold til nærværende speciales teori, består denne af en syntese af SDT og OAS. Teorierne udspringer af henholdsvis en psykologisk og sociologisk forskningsgren, og har dels til hensigt at belyse menneskets motivation (70), dels at belyse menneskets mestring af sygdom (71,72). Det indbyrdes samspil blev antaget at styrke belysningen af problemformuleringen, da begreberne fra OAS skaber forståelse for hvorvidt borgeren oplever motivation.

Syntesen af SDT og OAS udgjorde specialets linse, og måde hvorpå empirien blev anskuet og bearbejdet, og influerede derfor på de endelige resultater (55). Havde nærværende speciale anvendt en anden teori, ville linsen, hvorigennem empirien anskues, have set anderledes ud, hvorfor specialets resultater ligeledes ville have været anderledes. Havde specialet anvendt kultursociologen Birthe Bech-Jørgensens hverdagslivsteori, ville empirien anskues ud fra Bech-Jørgensens triade, bestående af tre sfærer; "Hverdagslivet", "Betingelser" og "Samfundsskabte institutioner" hvorigennem de daglige aktiviteter finder sted og menneskets hverdagsliv frembringes. I relation til specialet, ville triaden kunne bistå med en beskrivelse af hverdagslivets frembringelse, i form af borgeren med DM2's håndtering af givne betingelser, individuelt og i samtidige nærvær (39). Med anvendelse af hverdagslivsteori, ville resultaterne indebære kompleksiteten i borgernes forskelligartede hverdag, med de individuelle betingelser som er afgørende for borgerens ændring, fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

Nærværende speciales anvendelse af teorierne SDT og OAS er således ikke velegnet til at belyse hvorledes borgeren ændrer, fastholder og eventuelt forbedrer sundhedsadfærd, ud fra et hverdagsperspektiv. Dog formår teorierne at bidrage med en forståelse af, hvad der forekommer meningsfuldt, håndterbart og begribeligt i henhold til at mestre, samt forståelse for, hvorvidt eller hvilke former for motivation borgeren oplever, i forbindelse med ændring, fastholdelse eller eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

På baggrund heraf, bidrager forskellige teorier med forskellige linser, hvilket resulterer i forskellige resultater, hvor den enkelte teori ikke nødvendigvis forekommer bedre end den anden. Hvor velegnet den enkelte teori er, afhænger af problemformuleringen, og i denne forbindelse vurderes SDT og OAS velegnede til at besvare nærværende speciales problemformulering.

9 Forandringstiltag

9 Forandringstiltag til forbedring af opfølgningerne

Forandringstiltaget til nærværende speciales praksiskontakt er konstrueret på baggrund af resultaterne fra meningsanalysen samt diskussion heraf, der søger at besvare anden del af problemformuleringen. På baggrund heraf blev forandringstiltaget konstrueret som tre dele, kaldet: “Konstruktion af en Facebookgruppe”, “Etablering af træningsmakker” og “Opstilling og visualisering af mål for sundhed”.

Formålet med forandringstiltaget er, at de tre dele kan indføres under de otte ugers DM2-rehabiliteringstilbud samt gennem opfølgningerne, således borgeren motiveres til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd, både gennem forløbet, men også efterfølgende. Såfremt forandringstiltaget implementeres under selve tilbuddet, vil det være muligt at støtte borgeren til at integrere sundhedsadfærden, inden tilbuddet afsluttes og borgeren overgår til realiteterne.

9.1 Konstruktion af en Facebookgruppe

Den første del af forandringstiltaget indebærer etablering af en lukket Facebookgruppe, hvor det er muligt for de borgere der har deltaget i DM2-rehabiliteringstilbuddet, at korrespondere indbyrdes. Hensigten med den virtuelle Facebookgruppe er etablering af et fællesskab, som kan bistå til borgerens OAS og motivere til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærden, da det er vanskeligt at fastholde det fysiske fællesskab efter tilbuddets afslutning.

Etableringen af en Facebookgruppe er en billig og let tilgængelig måde at skabe et virtuelt fællesskab, som formodes mulig inden for sundhedscentrets ressourcer. Facebookgruppen kan oprettes af den sundhedsprofessionelle under tilbuddet, i samspil med borgerne. Administratoren af Facebookgruppen kan udgøres af en etableret administrerende sundhedscenterprofil, således at borgerne ikke føler et påtvunget ansvar som administrator, som de ikke ønsker. Sundhedscentrets profil skal ikke indgå i gruppen, hvorfor administratorfunktionen kan overgå til en borger i gruppen efter oprettelse, såfremt der er nogen der ønsker det. Den sundhedsprofessionelles funktion bliver således, at oprette Facebookgruppen og støtte de borgere der ønsker det, til at oprette en Facebookprofil. Hensigten er ikke at den sundhedsprofessionelle skal indgå i gruppen eller styre

denne, men støtte borgerens autonomi og ejerskab over gruppen, og efterfølgende trække sig hvis gruppen realiseres. Borgernes deltagelse i Facebookgruppen er frivillig, og såfremt borgerne ikke ønsker at indgå i Facebookgruppen, kan denne ikke eksistere. Ydermere er det den sundhedsprofessionelles funktion at oplyse omkring Facebookgruppens muligheder, herunder deling af erfaring, støtte og besvarelse af tvivlsspørgsmål. Helt konkret kan borgeren have spørgsmål til, hvornår datoen for næste opfølgning finder sted, hvilke gode hjemmesider der eksisterer med opskrifter på diabetesvenlige måltider, opdateringer med cykelture og eventuelt etablering af indbyrdes aftaler for træning. For nogle borgere kan det endvidere forekomme relevant at italesætte risikoen for sendiabetiske komplikationer, hvilket også er muligt gennem den findbyrdes korrespondance.

I henhold til utilsigtede konsekvenser af facebookgruppen, vil borgere uden de fornødne IT-kundskaber ikke have gavn af tiltaget, og potentielt føle sig ekskluderet, hvorfor Facebookgruppen ikke vil bistå til motivation. Endvidere vil borgere uden de fornødne økonomiske ressourcer have begrænsninger ved, at Facebookkorrespondancen kræver besiddelse af computer, smartphone eller tablet. I henhold til hvorvidt sundhedscentrets sundhedsprofessionelle kan deltage i facebookgruppen, forekommer dette ikke realistisk, da der med tiden vil etableres mange Facebookgrupper, som vil kræve afsætning af flere ressourcer hos DM2-rehabiliteringstilbuddet.

Nedenfor er eksemplificeret, hvordan en sådan Facebookgruppe kan konstrueres og anvendes.



YOU can control diabetes with a healthy lifestyle, proper nutrition and support.

Hold 1503, DM2 rehabilitering
Hemmelig gruppe

Medlem Notifikationer

Debat Medlemmer Begivenheder Billeder Filer

Søg i denne gruppe

Skriv et opslag Billede/video Meningsmåling Mere

Skriv noget ...



Karina B Nissen
Lige nu · Aalborg

Hej er der nogen af jer der kender en hjemmeside med nogle gode og nemme madopskrifter til mennesker med DM2?

Synes godt om Kommenter

Skriv en kommentar ...

TILFØJ MEDLEMMER

+ Indtast navn eller e-mailadresse ...

MEDLEMMER


 3 medlemmer (2 nye)

Besked · Inviter via e-mail

BESKRIVELSE

Gruppen er for borgere, der har deltaget i hold 1503 DM2 rehabiliteringstilbuddet i X-købing kommune. Formålet med gruppen er, at bidrage til indbyrdes motivation mellem borgere, for at opnå fastholdelse eller forbedring af sundhedsadfærd.

FRA NOTIFIKATIONER



Catherina Væversted Lauritzen
1 t.

Hvornår skulle vi mødes i morgen til 3-måneders opfølgningen? I kommer alle sammen, ikke? 😊

Synes godt om Kommenter

Dig og Preben Jensen Set af 1



Preben Jensen Det var kl. 11. Jeg kommer i hvert fald. Synes det er sådan noget godt knækbrød vi får....
Synes godt om · Svar · 1 t.



Karina B Nissen Jeg kommer også, jeg har nogle spørgsmål som jeg gerne vil have svar på.
Synes godt om · Svar · Lige nu

Skriv en kommentar ...

OPRET NYE GRUPPER

Grupper gør det nemmere end nogensinde før at dele indhold med venner, familie og holdkammerater.

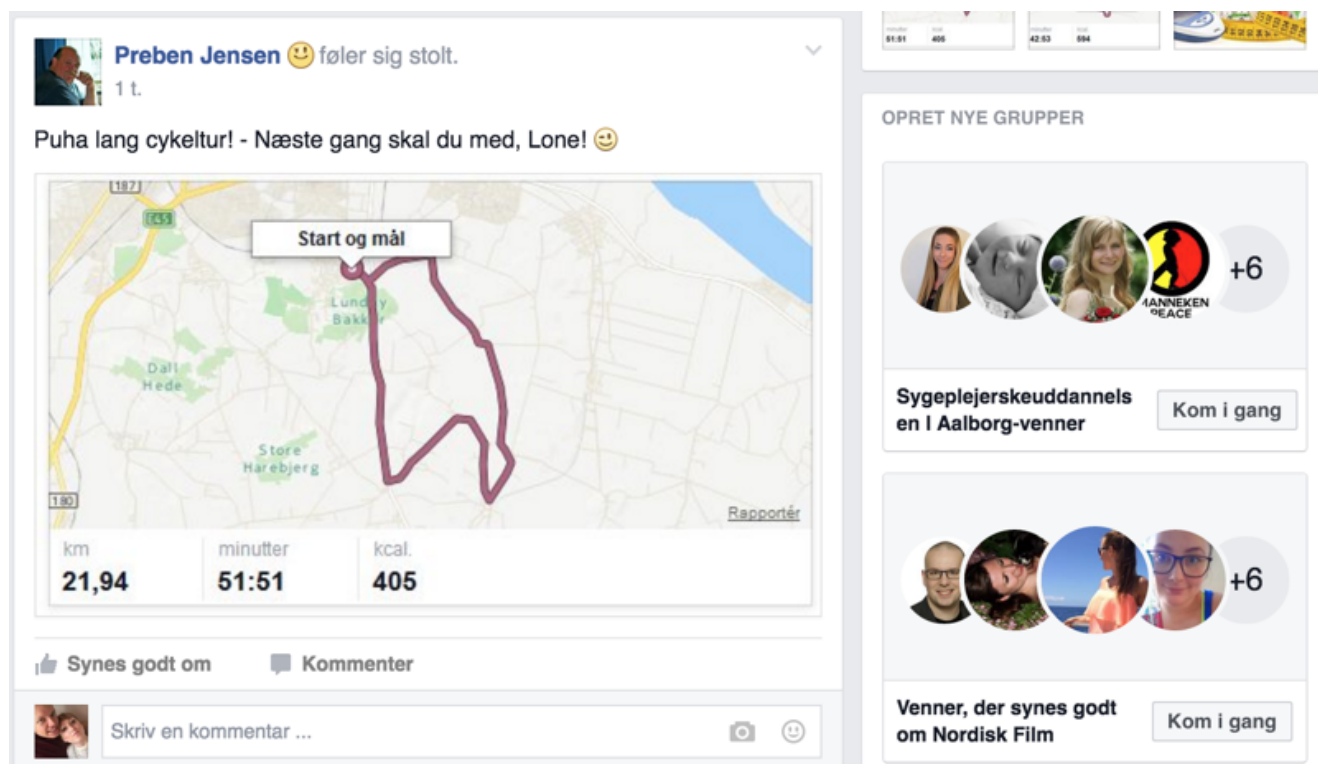
Opret gruppe

NYLIGE GRUPPEBILDER

Se alle







Figur 12 Eksemplificering af Facebookgruppe

9.2 Etablering af træningsmakker

Den anden del af forandringstiltaget indebærer etablering af et træningsfællesskab gennem en eller flere træningsmakkere, som kan bestå af enten andre deltagere fra tilbuddet, men også af andre relationer til den enkelte borger. Hensigten med etableringen af en eller flere træningsmakkere er at bistå til borgerens OAS og motivation til fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærden, herunder træning.

Forandringstiltaget indbefatter at de sundhedsprofessionelle på sundhedscentret skal støtte borgeren til at etablere et træningsmakkerskab ud fra borgerens individuelle behov. For nogle borgere kan det være relevant at etablere et træningsmakkerskab ude i borgerens nærmiljø, da der kan forekomme logistiske udfordringer i forbindelse med at træne regelmæssigt på borgerens tilknyttede sundhedscenter. Derudover vil sundhedscentrets træningsfaciliteter ikke kunne varetage de, med tiden, mange borgere der har deltaget i DM2-rehabiliteringsbuddet. Sundhedscentret har ligeledes et begrænset tilbud af træningsfaciliteter, som ikke nødvendigvis tilgodeser den enkelte borgers individuelle behov for træning, for eksempel hvis borgeren ønsker at dyrke vandaerobic.

Hvad enten træningsmakkerskabet skal etableres i borgerens nærmiljø eller andre steder, kan den sundhedsprofessionelle støtte etableringen af træningsmakkerskabet, hvilket kan finde sted gennem en italesættelse under DM2-rehabiliteringstilbuddet. Denne italesættelse kan indebære hvilke muligheder borgeren har for at indgå i et træningsmakkerskab i lokale foreninger. Hertil kan eksempelvis nævnes en lokal stavgangsklub, dans, zumba, vandaerobic eller træning på det lokale ældrecenter. I denne forbindelse kan den sundhedsprofessionelle være behjælpelig med at undersøge de lokale muligheder, samt hvorledes borgeren tilmeldes. Italesættelsen omkring etablering af træningsmakkerskabet kræver, at den sundhedsprofessionelle sætter sig ind i hvilke tilbud der eksisterer i borgernes nærmiljø, hvilket også kan finde sted i plenum sammen med borgerne i form af internetsøgning.

Det er væsentligt at borgeren bliver tilmeldt og får startet træningen imens vedkommende går på selve DM2-rehabiliteringstilbuddet, for at etablere et træningsmakkerskab med andre borgere omkring træning, inden opfølgningerne afsluttes og borgeren overlades til sig selv. Således har den sundhedsprofessionelle mulighed for at støtte og følge op på etableringen af træningsmakkerskabet.

I forbindelse med etablering af træningsmakker, kan der opstå utilsigtede konsekvenser hvis borgeren føler en forpligtelse til at etablere et træningsmakkerskab, på baggrund af den sundhedsprofessionelles opfordring, men ikke reelt ønsker det selv. Ydermere er det ikke nødvendigvis alle borgere der er socialt anlagt. Derfor vil det for nogle borgere være mere hensigtsmæssigt at træne alene, uden at føle forpligtelse, hvorfor disse borgere ligeledes skal støttes i deres individuelle træning. Derudover kan der forekomme økonomiske begrænsninger for borgeren, i henhold til at skulle betale kontingent til medlemskab eller transporten hertil.

9.3 Opstilling og visualisering af mål for sundhed

Den tredje del af forandringstiltaget indebærer opstilling og visualisering af mål for sundhed, enten i papirform eller virtuelt på smartphone, tablet eller computer, med afsæt i borgerens autonomi og selvbestemmelse. Hensigten med denne opstilling og visualisering er at bistå til borgerens OAS og motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

Opstilling af mål er i forvejen en del af det eksisterende DM2-rehabiliteringstilbud hos nærværende speciales praksiskontakt, hvor disse nedskrives på den sundhedsprofessionelles tablet. Dog er det problematisk, at borgeren ikke altid kan erindre målene, hvilket influerer på motivationen for indfrielse, fastholdelse og eventuelt forbedring af målene for sundhed. Såfremt sundhedscentret implementerer opstilling og visualisering af mål til udlevering hos borgeren i papirform eller virtuelt, vil det være en billig og let tilgængelig måde, der formodes at ligge inden for sundhedscentrets ressourcer. Opstilling og visualisering af mål, som er tilgængelig for borgeren, kan opstilles under DM2-rehabiliteringstilbuddet og følges op på, samt revideres løbende igennem tilbuddet og opfølgningerne.

Visualiseringen af målene kan finde sted ud fra en standardmodel, som både kan udskrives i papirform, men samtidig visualiseres virtuelt. Hvilken visualiseringsform der anvendes hos den enkelte borger er et individuelt skøn, med forbehold for borgerens præferencer og IT-kundskaber. Standardmodellen som præsenteres i det følgende er udarbejdet på baggrund af fortolkning og analyse af empirien, samt diskussionen heraf. Ydermere er standardmodellen inspireret af STENO diabetes centers sundhedspædagogiske værktøjskasse, herunder "Mål og plan" (80).

I standardmodellen udfylder borgeren indledningsvis eget navn, navn på den sundhedsprofessionelle kontaktperson samt dato for de opstillede mål. Datoen for opstillingen af mål er med til at tydeliggøre det pågældende tidspunkt for de mål borgeren laver. Det skal i denne forbindelse være muligt for borgeren at udarbejde nye mål, hvis de eksisterende enten er indfriet, eller hvis der er behov for at revidere målene. Efter udfyldelse af dato, opstiller borgeren et overordnet mål for sundhed, hvortil der opstilles en række underordnede mål, der har til hensigt at opfylde det overordnede mål. De underordnede mål tager afsæt i KRAM-faktorerne, men det er ikke givet, at det er aktuelt for alle borgere, at opstille mål inden for hver af KRAM-faktorerne. Der tages afsæt i KRAM-faktorerne, da DM2 i mange tilfælde udløses af usund livsstil, hvorfor det er muligt at forebygge DM2, såfremt borgeren spiser sundt, dyrker motion og undgår rygning og overvægt (35).

Hensigten med de underordnede mål er, at borgeren skal opleve autonomi og ejerskab, hvorfor de skal tage afsæt i borgerens hverdag, være realistiske, konkrete og indbefatte OAS, således borgeren motiveres til indfrielse af målene. For nogle borgere er det relevant for motivationen, at tydeliggøre

risiko for sendiabetiske komplikationer, hvilket kan medtænkes i opstillingen af mål, såfremt dette ikke opleves skræmmende eller nedsættende for livskvaliteten. Et eksempel hertil kan være hvis en borger motiveres ved at opstille et mål der omhandler, at holde et stabilt blodsukker for at passe på øjnene og undgå diabetisk øjensygdom. Under de underordnede mål har borgeren mulighed for at skrive noter i henhold til uddybninger eller hjælp til indfrielse af målene, for eksempel hvis borgeren finder en støttende hjemmesideadresse eller stikord til at motivere.

Såfremt det er muligt, og sundhedscentrets ressourcer tillader det, kan der endvidere udarbejdes en applikation til smartphone, tablet eller computer, som muliggør at visualisere mål og indrapportere helbredsstatus. Udarbejdes der en applikation, kan det med fordel medtænkes at designe et automatisk feedbacksystem, der giver respons på borgernes indrapporterede helbredsstatus i forbindelse med de opstillede mål.

I henhold til utilsigtede konsekvenser af visualiseringen af mål, kan disse forekomme, såfremt borgeren ikke oplever autonomi og ejerskab. Hvis målene i for høj grad tager afsæt i den sundhedsprofessionelles ønsker frem for borgerens, kan disse opleves som kontrollerende og styrende. Endvidere vil udarbejdelse af en applikation med automatisk feedbacksystem kræve at sundhedscentret afsætter økonomi til dette, hvorfor denne del af forandringstiltaget ikke nødvendigvis kan realiseres.

Nedenfor er eksemplificeret en standardmodel i forhold til opstilling af mål for sundhed. Standardmodellen er endvidere vedlagt som bilag 12.

Diabetes type 2-rehabiliteringstilbud X-købing

Mål for sundhed

Navn på borger: *Claus*

Sundhedsprofessionel kontaktperson: *Bente Nielsen* tlf.: *XX XX XX XX*

Dato for udarbejdelse eller revidering af mål for sundhed: *05/03-2016 (den tre-måneders opfølgning)*

Overordnet mål for sundhed:

Mit mål for sundhed er at tabe mig (komme under 90 kg), at sænke mit blodtryk (<140/90) og stabilisere mit blodsukker (mellem 4-8).

Delmål til opfyldelse af overordnet mål:

1. Mål for kost

Mål: *at spise mindre sukker og fedt*

Opnåelse af mål:

- *Bruge sødetabletter fremfor sukker*
- *Købe sukkerfri produkter (ISIS)*
- *Spis kun et stykke kage når det tilbydes*
- *Spis efter Y-tallerkenen*

Noter:

X-købing sundhedscenter, sundhedscentervej 6, 92700 X-kommune
Telefonnummer X Fax X

www.x-sundhedscenter.dk

2. Mål for rygning

Mål: -

Opnåelse af mål:

- -

Noter:

3. Mål for alkohol

Mål: *at have et moderat alkoholindtag (max 14 genstande om ugen)*

Opnåelse af mål:

- *Nøjes med et glas rødvin eller øl til aftensmaden*
- *Til festlige lejligheder kan jeg supplere med alkoholfri*

Noter:

4. Mål for motion

Mål: *at gå minimum 8.000 skridt om dagen*

Opnåelse af mål:

- *Gå med skridttæller*
- *Gå tur med Tulle (hund) minimum to gange dagligt*
- *Tage trappen på arbejde fremfor elevatoren*
- *Cykle til købmanden såfremt det ikke regner*

Noter:

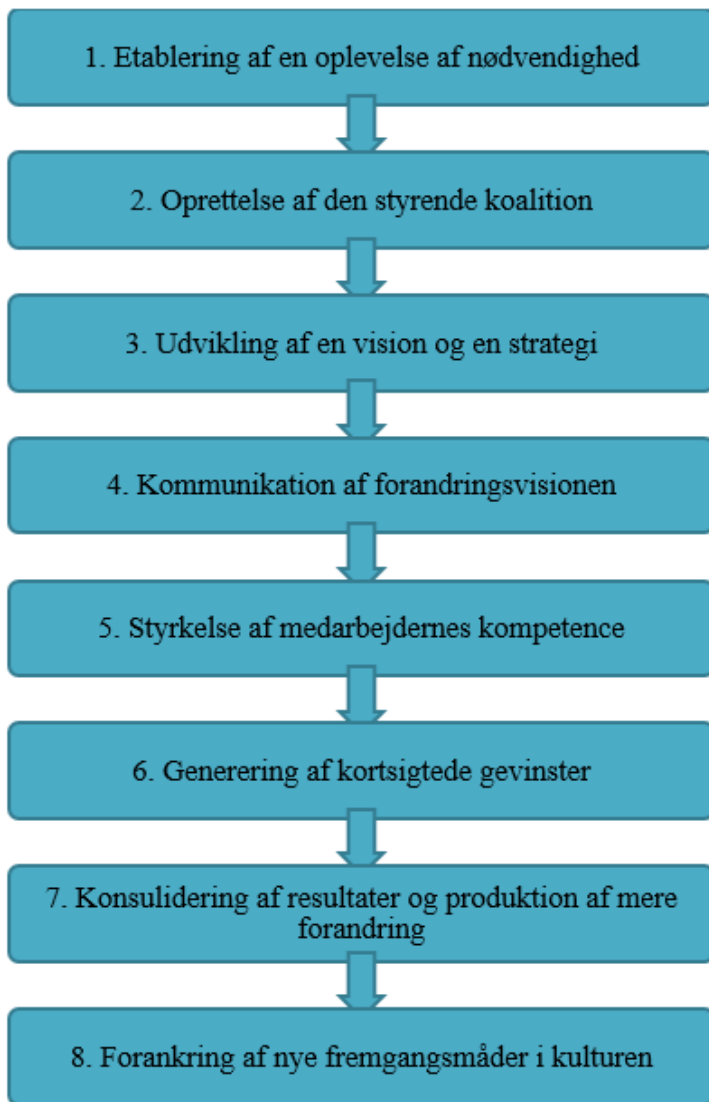
Figur 13 Eksemplificering af standardmodel til opstilling af mål for sundhed

10 Implementering

10 Implementering af forandringstiltag

For at understøtte implementeringen af ovenstående forandringstiltag, tager nærværende speciale udgangspunkt i professor i ledelse, John P. Kotters forandringsteori gennem ottetrinsmodellen. Modellen er udformet til større forandringer i organisationer (81), hvor forandringstiltaget i nærværende speciale blot indbefatter mindre forandringer, og ikke store omstruktureringer af DM2-rehabiliteringstilbuddet. Trods dette forekommer modellen velvalgt som en støtte til implementeringen, da det antages at trinnene ligeledes indgår i implementering af forandringstiltaget. Endvidere er modellen udformet med henblik på at styrke konkurrenceevnen i organisationer, samt skabe en stærk position på markedet fremadrettet (81). Dette ser nærværende speciale bort fra, da øget konkurrenceevne ikke er hensigten med forandringstiltaget, der er udarbejdet til kommunal regi. Trods dette, findes modellen anvendelig, da den ifølge Kotter kan skabe en vellykket forandring i alle former for organisationer (81).

Ottetrinsmodellen indebærer otte trin, der er udarbejdet på baggrund af de otte mest almindelige fejl der bliver begået, i forsøget på implementering af forandringer i organisationer. De fire første trin i processen søger at skabe ændring fra den nuværende, muligvis fastfrosne, position. De efterfølgende fem til syv trin introducerer en række nye metoder til ændring, mens det ottende trin integrerer forandringerne i organisationen, og søger at fastholde disse. Oftest følges rækkefølgen i modellen, men det er muligt at arbejde på flere trin samtidig. Springes der trin over, opstår der risiko for, at implementeringen af forandringstiltaget mislykkedes (81). I det følgende præsenteres de otte trin i forbindelse med implementering af forandringstiltaget i henhold til nærværende speciales praksiskontakt.



Figur 14 Ottetrinsmodellen (82, s. 26)

Etablering af en oplevelse af nødvendighed: Omhandler at medarbejderne i organisationen skal opleve at det nye tiltag er tvingende nødvendigt, for at opnå et godt samarbejde omkring forandringen. Medarbejdere der ikke finder tiltaget nødvendigt, vil forsøge at tilbageholde deres medvirken i forandringsprocessen, således at denne ikke implementeres (81). I henhold til nærværende speciales praksiskontakt, havde de sundhedsprofessionelle medarbejdere på DM2-rehabiliteringstilbuddet en eksisterende oplevelse af nødvendighed for nye tiltag i forbindelse med opfølgningerne på tilbuddet. De sundhedsprofessionelle oplevede, at borgerne opnåede varierende grader af ændret sundhedsadfærd i forbindelse med de otte ugers DM2-rehabiliteringstilbud, men at denne adfærdsændring enten ikke blev fastholdt eller forbedret under opfølgningerne.

Oprettelse af den styrende koalition: Omhandler, at store forandringer aldrig gennemføres af enkeltpersoner alene. Derfor er oprettelsen af en styrende koalition, der udviser høj troværdighed og lederkompetencer, og som besidder fælles visioner og mål, nødvendig når forandringstiltag skal implementeres (81). I henhold til nærværende speciale indbefatter forandringstiltaget ikke store forandringer i det eksisterende DM2-rehabiliteringstilbud, men trods dette er det nødvendigt med oprettelse af en styrende koalition til at lede implementeringen. Den styrende koalition kan i denne forbindelse bestå af sundhedscentrets leder samt den sundhedsprofessionelle, der står for den primære afholdelse af DM2-rehabiliteringstilbuddet. Lederen har et overblik over sundhedscentrets samlede tilbud og ressourcer, mens den sundhedsprofessionelle har et indgående kendskab til den praktiske udførsel af tilbuddet.

Udvikling af en vision og en strategi: En vision skal præcisere den generelle kurs for forandringstiltaget, og bidrage til at forenkle målet. Ydermere skal den motivere medarbejderne til at tage initiativer. Slutteligt skal visionen bidrage til at koordinere mange medarbejders handlinger effektivt og hurtigt (81). I henhold til nærværende speciales praksiskontakt, omhandler visionen at fastholde og eventuelt forbedre borgerens sundhedsadfærd gennem opfølgningerne. Gennem præsentation af forandringstiltagets tre dele, kan der etableres en kurs og strategi for hvorledes visionen kan opfyldes. Vision og strategi for DM2-rehabiliteringstilbuddet kan formidles af den styrende koalition.

Kommunikation af forandringsvisionen: Omhandler, at det er nødvendigt, at alle medarbejdere i organisationen forstår forandringstiltaget og visionen, for at kunne skabe engagement, ellers går forandringsprocessen i stå. Kommunikation af visionen fungerer bedst, når den er så direkte og enkel som mulig, da dette når flest medarbejdere. Kompliceret og tung kommunikation, indeholdende mange fagudtryk, skaber i stedet forvirring, barrierer, mistænksomhed og fremmedgørelse blandt medarbejderne (81). I henhold til nærværende speciales praksiskontakt, har den sundhedsprofessionelle som står for den primære afholdelse af tilbuddet, en særlig rolle i kommunikationen til de resterende medarbejdere, således denne opleves forståelig og praksisnær.

Styrkelse af medarbejdernes kompetence: Omhandler at hjælpe medarbejderne med at blive mere handlekraftige og kompetente, i forhold til at implementere forandringstiltaget (81). I henhold til nærværende speciales praksiskontakt, vil implementering af forandringstiltaget indebære

styrkelse af de sundhedsprofessionelle medarbejderes kompetencer, i forbindelse med hvorledes en Facebookgruppe oprettes og fungerer, hvilke træningsmuligheder der er i borgernes nærmiljø samt kompetencer til at støtte borgeren i opstilling af autonome mål for sundhed med følelse af ejerskab.

Generering af kortsigtede gevinster: Det vil tage tid, før et forandringstiltag viser resultater, hvorfor det er vigtigt at indføre kortsigtede gevinster, der viser fremgangen undervejs (81). I henhold til nærværende speciales praksiskontakt, kan de kortsigtede gevinster af forandringstiltaget synliggøres gennem de fire opfølgninger, hvor det er muligt at spørge ind til borgerens oplevelse af forandringstiltagets indflydelse på fastholdelsen og eventuelt forbedringen af sundhedsadfærden. Denne udspørgen kan finde sted uformelt i plenum, eller i form af et kort spørgeskema, såfremt sundhedscentret ønsker dokumentation og sammenligningsgrundlag over tid.

Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring: Implementering af forandringstiltag er en proces, der kræver tid og ressourcer, og indebærer ofte, at næsten alt i en organisation skal ændres, før forandringstiltaget er implementeret (81). I henhold til nærværende speciales praksiskontakt, indbefatter forandringstiltaget ikke at alt i det eksisterende DM2-rehabiliteringstilbud skal ændres. Dog involverer implementeringen af forandringstiltaget alle de sundhedsprofessionelle medarbejderne på tilbuddet, hvorfor tiltaget kræver tid og ressourcer, samt ændringer i det eksisterende tilbud, før forandringstiltaget er implementeret. Det kan forekomme uoverskueligt for sundhedscentret at implementere alle tre dele af forandringstiltaget på én gang, hvorfor det kan være en fordel at implementere dem gradvist. Hvilken del af forandringstiltaget der bør implementeres først, er afhængig af hvilken del borgerne af tilbuddet efterspørger, eller hvilken del de sundhedsprofessionelle finder mest relevant at starte med.

Forankring af nye fremgangsmåder i kulturen: Når noget er blevet implementeret i en organisation, tager det tid, før det bliver en fast integreret del af kulturen. Kulturen er de adfærdsnormer og værdier, der eksisterer i en gruppe af mennesker eller medarbejdere. De fælles værdier er ofte meget svære at ændre, fordi de er forankret i kulturen. Hvis forandringstiltaget ikke fastholdes, selv efter en lang periode, er der stor risiko for, at medarbejderne falder tilbage i de gamle normer, der eksisterede i kulturen før forandringstiltaget blev implementeret (81). I henhold til nærværende speciales praksiskontakt, har gruppemedlemmerne ikke et kendskab til kulturen, men ligesom enhver anden organisation er det forventeligt, at det er vanskeligt at ændre de fælles

værdier. Derfor forekommer det væsentligt, at den styrende koalition påminder de sundhedsprofessionelle medarbejderne om fastholde forandringstiltaget.

11 Konklusion

11 Konklusion

Den følgende konklusion af problemformuleringens to dele, er baseret på resultaterne fra meningsanalysens meningsfortolkning af empirien, gennem analyse og fortolkning med SDT og OAS samt diskussionen heraf.

I henhold til første del af problemformuleringen, oplevede informanterne at de otte ugers DM2-rehabiliteringstilbud bistod med varierende grader af OAS, hvilket kom til udtryk i deres oplevelse af opnået ændret sundhedsadfærd. At tilbuddet blev oplevet begribelig, medførte ikke OAS og ændring af sundhedsadfærd, mens tilstedeværelse af både begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed førte til oplevelse af ændring af sundhedsadfærd. Set i forhold til opfølgningerne, var der ingen af informanterne der oplevede at opfølgningerne bistod med OAS i forbindelse med deres ændring af sundhedsadfærd. På baggrund heraf, forekom det væsentligt at undersøge hvorledes et forandringstiltag kunne konstrueres, således opfølgningerne formår at støtte borgeren til motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd.

I henhold til anden del af problemformuleringen, kom informanternes individualitet til udtryk gennem deres varierende grader af OAS samt intrinsic - og flere former for extrinsic motivation, men også amotivation i forbindelse med “Fællesskabet deltagerne imellem”, “Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer” og “Opstilling og visualisering af mål for sundhed”. På baggrund heraf, blev der konstrueret et forandringstiltag til opfølgningerne, bestående af tre dele, herunder “Konstruktion af en facebookgruppe”, “Etablering af træningsmakker” og “Opstilling og visualisering af mål for sundhed”. Forandringstiltagets tre dele har alle potentiale til at bistå med borgerens OAS og motivation for fastholdelse og eventuelt forbedring af sundhedsadfærd. I henhold til den analytiske generaliserbarhed, vurderes forandringstiltaget at kunne generaliseres til andre danske kommuners sundhedscentres gruppeforløb på DM2-rehabiliteringstilbud. Dog med forbehold for, at der kan være variationer i måden hvorpå tilbuddene er udformet, sammensætningen af deltagende borgere samt den konkrete kontekst for tilbuddet.

12 Referenceliste

12 Referenceliste

Der er anvendt Vancouver som referencesystem

1. Christiansen JS, Christiansen P. Mamma- og endokrine sygdomme. In: Schulze S, Schroeder T V., editors. Basisbog i sygdomslære. 2nd ed. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 299–329.
2. Brashers VL, Jones RE, Huether SE. Genes and Genetic Diseases. In: McCance KL, Huether SE, Brashers VL, Rote NS, editors. Pathophysiology - the biologic basis for diseases in adult and children. 7th ed. Canada: ELSEVIER; 2014. p. 717–58.
3. Hayes VS, Cristoffanini SL, Kræmer SRJ, Johnsen SB, Vinding AL. Sundhedsprofil 2013 - Trivsel, sundhed og sygdom i Nordjylland. Region Nordjylland; 2014.
4. Diabetes i tal - Diabetes [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://www.diabetes.dk/politik/diabetes-i-tal.aspx>
5. Kjøller M, F JKK. Kapitel 11. Diabetes [Internet]. København; 2007. Available from: [http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/B%C3%B8ger og rapporter/2008/2897 Folkesundhedsrapporten 2007.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/B%C3%B8ger%20og%20rapporter/2008/2897Folkesundhedsrapporten%202007.aspx)
6. Diabetes - type 2 /Lægehåndbogen /Sundhed.dk [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/diabetes-mellitus/diabetes-type-2/>
7. Rublin RR, Peyrot M. Quality of Life and Diabetes. Diabetes Metab Res Rev. 1999;15(May):205–18.
8. Andersen SL, Steffen V. Sygdom, normalitet og egenomsorg: Diabetiske fodsår og valgfrihedens logik. Tidsskr Forsk i Sygd og Samf. 2013;10(19):121–40.
9. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas [Internet]. 2015. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/>

10. Diabetes i Danmark - Diabetes [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://www.diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>
11. Nyt studie: Diabetes efterlader milliardregning - Diabetes [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://www.diabetes.dk/aktuelt/nyheder/nyhedsarkiv/2015/nyt-studie-diabetes-efterlader-milliardregning.aspx>
12. Sortsø C, Emneus M, Green A, Bjødstrup Jensen P, Eriksson T. Societal Costs of Diabetes Mellitus 2025 and 2040—Forecasts Based on Real World Cost Evidence and Observed Epidemiological Trends in Denmark. 2015;66(October):1150–66. Available from: <http://www.scirop.org/journal/me>
13. Diabetesforeningens projekt: Diabetes Impact Study 2013 - Diabetes [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://www.diabetes.dk/fagfolk/diabetesforeningens-projekter-undersogelser/projekt-diabetes-impact-study-2013.aspx>
14. Bille M, Nielsen A. Struktur og opgaver i sundhedsvæsenets institutioner. In: Danielsen M, editor. Sundhedsvæsenet på tværs - opgaver, organisation og regulering. Munksgaard Danmark; 2011. p. 57–91.
15. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Kommunalreformen - kort fortalt [Internet]. København K; 2005. Available from: <http://oim.dk/media/93091/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf>
16. Due TD. Sundhedscentre i Danmark - organisering og samarbejdsrelationer. Statens Institut for Folkesundhed, Rådet for Socialt Udsatte. 2008. 1-63 p.
17. Rehabiliteringsforum Danmark, MarselisborgCentret. Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet [Internet]. 2004. Available from: https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/5/1855/1385432168/hvidbog_rehabilitering.pdf
18. Due P, Holstein B. Sundhedsadfærd. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, editors. Forebyggende sundhedsarbejde. 5th ed. København: Munksgaard Danmark; 2010. p. 209–

- 20.
19. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. Sundhedsadfærd. In: Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T, editors. Sygdomsforebyggelse. 1th ed. København: Munkgaard; 2014. p. 89–104.
20. Jones L, Crabb S, Turnbull D, Oxlad M. Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes management in a rural context: a qualitative study with diabetic patients and health professionals. *J Health Psychol* [Internet]. 2014;19(3):441–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23493867>
21. Casey D, De Civita M, Dasgupta K. Understanding physical activity facilitators and barriers during and following a supervised exercise programme in Type 2 diabetes: A qualitative study. *Diabet Med*. 2010;27(1):79–84.
22. Khunti K, Gray LJ, Skinner T, Carey ME, Realf K, Dallosso H, et al. Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care. *Bmj*. 2012;344(apr26 2):e2333–e2333.
23. Krebs JD, Parry-Strong A, Gamble E, McBain L, Bingham LJ, Dutton ES, et al. A structured, group-based diabetes self-management education (DSME) programme for people, families and whanau with type 2 diabetes (T2DM) in New Zealand: An observational study. *Prim Care Diabetes*. 2013;7(2):151–8.
24. Vadstrup ES, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M. Health-related quality of life and self-related health in patients with type 2 diabetes: effects of group-based rehabilitation versus individual counselling. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;9(1):110. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3251531&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
25. Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering. København; 2009.

26. Navne LE, Vinge S, Thorsen MK. Patientrettet forebyggelse [Internet]. København; 2012. Available from: <http://www.kora.dk/media/1032547/patientrettet-forebyggelse.pdf>
27. Nielsen O, Springborg A. Ind under huden - Anatomi og fysiologi. 2nd ed. Munksgaard Danmark; 2005.
28. Type 1-diabetes [Internet]. [cited 2016 May 23]. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/hormoner-og-stofskifte/illustrationer/presentationer/type-1-diabetes/>
29. Hvordan er Diabetes nedarvet? [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://www.medgigs.com/VLw895bO10/>
30. Flere end hver tyvende dansker har diabetes 2013 - Diabetes [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://diabetes.dk/aktuelt/nyheder/nyhedsarkiv/2013/flere-end-hver-tyvende-dansker-har-diabetes.aspx>
31. Diabetesrisiko i din kommune - Diabetes [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://www.diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetesrisiko-i-din-kommune.aspx>
32. Diabetesforeningen. Diabetes faktaark : Region Hovedstaden [Internet]. 2015. Available from: www.diabetes.dk/media/11140265/Region-Hovedstaden.pdf
33. Sortsø C, Green A, Jensen PB, Emneus M. Societal costs of diabetes mellitus in Denmark. Diabet Med. 2015;1–9.
34. Diabetes [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/diabetes>
35. Forebyggelse [Internet]. [cited 2016 May 17]. Available from: <http://www.diabetes.dk/diabetes-2/fakta-om-diabetes-2/om-diabetes-2/forebyggelse.aspx>
36. Green A, Sortsø C, Jensen PB, Emneus M. Incidence, morbidity, mortality, and prevalence of diabetes in Denmark, 2000-2011: Results from the Diabetes Impact Study 2013. Clin

Epidemiol. 2015;7:421–30.

37. Snellman I, Wikblad K. Health in patients with Type 2 diabetes: an interview study based on the Welfare Theory of Health. *Scand J Caring Sci.* 2006;20(4):462–71.
38. Socialministeriet KDRI. Status for kommunalreformens gennemførelse - 2009 [Internet]. København; 2009. Available from:
<http://www.regioner.dk/om+regionerne/~media/0D38CE50E518402099F2AC4505F1315B.ashx>
39. Bech-Jørgensen B. Hverdagsliv og selvfølgelighed. In: Når hver dag bliver hverdag. København: Akademisk Forlag; 1993. p. 141–83.
40. Shigaki C, Kruse RL, Mehr D, Sheldon KM, Bin Ge, Moore C, et al. Motivation and diabetes self-management. *Chronic Illn.* 2010;6(3):202–14.
41. Wackerhausen S. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. In: Jensen UJ, Andersen PF, editors. *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis.* 1st ed. Aarhus C: Forlaget Philosophia; 1995. p. 43–73.
42. Antoft R, Salomonsen HH. Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningsstrategi. In: Antoft R, Jacobsen MH, Jørgensen A, Kristiansen S, editors. *Håndværk & horisonter - tradition og nytænkning i kvalitativ metode.* 1st ed. Syddansk Universitetsforlag; 2007. p. 29–57.
43. Creswell JW. *Qualitative Inquiry & Research Design - Choosing Among Five Approaches.* London: Sage Publications; 2007.
44. Launsø L, Rieper O, Olsen L. *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning.* 6th ed. Launsø L, Rieper O, Olsen L, editors. *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning.* København: Nyt Nordisk Forlag; 2014. 250 p.

45. Ramian K. Hvordan vælges casestudiedesign og cases? In: Havemann T, editor. Casestudiet i praksis. 2nd. ed. Hans Reitzel; 2007. p. 81–9.
46. Birkler J. Begrundelsesformer. In: Birkler J, editor. Videnskabsteori. København: Munkgaard; 2005. p. 66–79.
47. Thagaard T. Systematik og indlevelse: En indføring i kvalitativ metode. Akademisk Forlag; 2004.
48. Olsen BP. Organisering. In: Fuglsang L, Olsen BP, editors. Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2004. p. 443–69.
49. Kvale S, Brinkmann S. InterView - Introduktion til et håndværk. 2. edition. København: Hens Reitzles Forlag; 2009.
50. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes [Internet]. 2015. 99 p. Available from: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~media/CD075EE6B0144C6E806097921B63B98A.ashx>
51. SF-12 spørgeskema om helbredstilstand [Internet]. Available from: [http://www.cure4you.dk/960/SF-12 dansk 2003.pdf](http://www.cure4you.dk/960/SF-12%20dansk%202003.pdf)
52. Steno Diabetes Center – nyskabende sundheds-webportal | Netcompany [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: http://www.netcompany.com/brancher/service_og_retail/steno-diabetes-sundheds-webportal.aspx
53. Carter SM, Little M. and Methods in Qualitative Research. Qual Health Res. 2007;17(10):1316–28.
54. Crotty M. Introduction: The research process. In: The foundations of Social Research Meaning and perspective in the research process. Sage Publications; 1998. p. 1–17.

55. Vallgård S, Koch L. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4th ed. Vallgård S, Koch L, editors. København: Munksgaard Danmark; 2011.
56. Brinkmann S, Tanggard L. Kvalitative metoder : en grundbog. 2nd ed. Brinkmann S, Tanggard L, editors. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. 633 sider p.
57. Birkler J. Forståelse. In: Birkler J, editor. Videnskabsteori - en grundbog. København: Munksgaard; 2005. p. 95–111.
58. Husserl E. Psychological and transcendental phenomenology and the confrontation with Heidegger (1927-1931). Sheehan T, Palmer RE, editors. Kluwer Academic Publishers; 1997.
59. Gadamer H-G. Grundtræk af en hermeneutisk erfaringsteori. In: Sandhed og metode - Grundtræk af en filosofisk hermeneutik. 2nd ed. Denmark: Hans Reitzels Forlag; 2007. p. 253–363.
60. Højberg H. Hermeneutik - Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne. In: Fuglsang L, Bitsch Olsen P, editors. Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. Roskilde Universitetsforlag; 2009. p. 309–47.
61. Buus N, Kristiansen HM, Tingleff EB, Rossen CB. Litteratursøgning i praksis. Sygeplejersken. 2008;10:2–8.
62. Frandsen TF, Dyrvig A, Christensen JB, Fasterholdt I, Oelholm AM. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. Ugeskr Læger. 2014;176(7):647–51.
63. Garrard J. Health Sciences Literature Review Made Easy - The Matrix Method. 2nd ed. Jones and Bartlett publishers; 2007.
64. Bernard RH. Field notes and database management. In: Research Methods in Anthropology - Qualitative and Quantitative approaches. 5th ed. Plymouth: AltaMira Press; 2011. p. 291–306.
65. Express Scribe - Download [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://express->

scribe.en.softonic.com/

66. Den Nationale Videnskabsetiske Komité - dnvk.dk [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://www.cvk.sum.dk/>
67. Datatilsynet: Anmeldelse af behandlinger af personoplysninger [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <https://www.datatilsynet.dk/offentlig/anmeldelse/anmeldelsespligt/>
68. Persondataloven - Lov om behandling af personoplysninger - retsinformation.dk [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=828>
69. Helsinki-deklarationen [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: [http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning og regler/ETIK/WMA_DEKLARATIONER/HELSINKI_DEKLARATIONEN](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning+og+regler/ETIK/WMA_DEKLARATIONER/HELSINKI_DEKLARATIONEN)
70. Ryan R, Deci E. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemp Educ Psychol* [Internet]. 2000;25(1):54–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10620381>
71. Antonovsky A. Health, Stress and Coping - New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers; 1979. 1-255 p.
72. Antonovsky A. Hlebredets mysterium. København K: Hans Reitzels Forlag; 2003. 232 p.
73. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*. 1996;11(1):11–8.
74. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2005;59(6):460–6. Available from: <http://jech.bmj.com/content/59/6/460.short>
75. DeCoster V a., George L. An Empowerment Approach for Elders Living With Diabetes: A Pilot Study of a Community-Based Self-Help Group—The Diabetes Club. *Educ Gerontol*.

2006;31(9):699–713.

76. Mladenovic AB, Wozniak L, Plotnikoff RC, Johnson JA, Johnson ST. Social support, self-efficacy and motivation: A qualitative study of the journey through HEALD (Healthy Eating and Active Living for Diabetes). *Pract Diabetes*. 2014;31(9):370–4.
77. Sprague MA, Schultz JA, Branen LJ. Understanding Patient Experiences With Goal Setting for Diabetes Self-management After Diabetes Education. *Fam Community Health*. 2006;29(4):245–55.
78. Orsama A-L, Lähteenmäki J, Harno K, Kulju M, Wintergerst E, Schachner H, et al. Active assistance technology reduces glycosylated hemoglobin and weight in individuals with type 2 diabetes: results of a theory-based randomized trial. *Diabetes Technol Ther* [Internet]. 2013;15(8):662–9. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/dia.2013.0056>
79. Juul S. *Epidemiologi og evidens*. 2nd ed. København: Munksgaard Danmark; 2012.
80. Den sundhedspædagogiske værktøjskasse [Internet]. [cited 2016 May 23]. Available from: https://www.steno.dk/da/sundhedsprofessionelle/vaerktojer_oversigt/Dialogvaerktojer-til-gruppebaseret-patientuddannelse/Den_sundhedspaedagogiske_vaerktoejskasse
81. Kotter JP. *I spidsen for forandringer*. København K: Peter Asschenfeldts nye Forlag a/s; 1997. 1-231 p.
82. Det Nationale Diabetesregister - Diabetes [Internet]. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://www.diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/det-nationale-diabetesregister.aspx>
83. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Soc Sci Med*. 1988;26(3):309–17.
84. Green KE. Common illness and self care. *J Community Heal*. 1990;15:329–38.
85. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, et al.

Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *Diabetes Educ.* 1991;17(1):37–41.

86. Anderson RM. Patient Empowerment and the Traditional Medical Model: A case of irreconcilable differences? *Diabetes Care.* 1995;18(3):412–5.
87. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care.* 1995;18(7):943–9.

13 Bilagsoversigt

Indholdsfortegnelse

Bilag 1: Sundhedscenterets formål med diabetes type 2 rehabiliteringstilbuddet	1
Bilag 2: Søgebilag til beskrivelse og dokumentation af informationssøgning og udvælgelse	2
Bilag 3: Tjeklistevurdering af udvalgte studier	16
Bilag 4: Præsentation og kritisk vurdering af de udvalgte studier	44
Bilag 5: Samarbejdsaftale med praksiskontakt	49
Bilag 6: Informationsbrev	51
Bilag 7: Interviewguide	52
Bilag 8: Transskriptionskonventioner	56
Bilag 9: Meningsanalysens kodning, kategorisering og kondensering af interviewtransskriptionerne	57
Bilag 10: Samtykkeerklæring til observationen	89
Bilag 11: Samtykkeerklæring til interview	91
Bilag 12: Standardmodel til opstilling af mål for sundhed	93
Bilag 13: Procesanalyse	95
Bilagsreferenceliste	101

Bilag 1: Sundhedscenterets formål med diabetes type 2 rehabiliteringstilbuddet

De nedenstående mål er oplyst af nærværende speciales praksiskontakt.

Kommunens formål med DM2-rehabiliteringstilbuddet:

- At give den enkelte deltager mulighed for at opnå den højest mulige funktionsevne og livskvalitet i sin dagligdag.
- At forebygge yderligere progression af sygdommen.
- At styrke patientens egenomsorg.
- At mindske forbruget af sundhedsydelser.
- At øge patienternes kompetence, således at mødet med behandlere i sundhedsvæsenet kvalificeres.

I sundhedscenterets pjece står formålene formuleret således:

- At du bliver bedre til at håndtere hverdagen med diabetes
- At du opnår optimal fysisk formåen og livskvalitet i din dagligdag.
- At du lærer at forebygge opblussen og forværring af sygdommen.
- At du bliver tryk ved din diabetes og oplever mindst mulig begrænsning som følge af sygdommen.

Bilag 2: Søgebilag til beskrivelse og dokumentation af informationssøgning og udvælgelse

“Hvorledes oplever borgeren med type 2 diabetes egen opnået ændret sundhedsadfærd i forbindelse med deltagelsen i et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud samt opfølgningerne heraf?”

“Hvorledes kan forandringstiltag konstrueres til opfølgningerne af et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud, således borgeren motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre den opnåede ændrede sundhedsadfærd?”

Bloksøgning

Den systematiske søgning tog udgangspunkt bloksøgning, hvor søgningen blev inddelt i facetter, dannet ud fra specialets problemformulering. Nedenstående punkter viser de tre facetter, som blev anvendt i den systematiske søgning.

- 1. Facet: Motivation:** Denne facet blev valgt, da motivation forekom centralt i henhold til fastholdelse og eventuelt forbedring af ændret sundhedsadfærd.
- 2. Facet: Sundhedsadfærd:** Denne facet blev valgt da DM2-rehabiliteringstilbuddets hensigt er at opnå ændret sundhedsadfærd fastholdes og eventuelt forbedring heraf.
- 3. Facet: Diabetes mellitus:** Denne facet blev valgt, da tilbuddet henvender sig til borgere med DM2.

Endvidere blev der anvendt forskellige redskaber til søgningerne:

- Trunkering (*) inkluderer alle bøjninger og endelser af ordet. Trunkering sættes ved ordstammen.
- Frasesøgning (“...”) indikerer, at sætningen skrives præcist som angivet i gåseøjnene.
- Fritekstsøgning er fri søgning i al søgbar tekst.
- [MeSH], [Emtree], [Thesaurus] er databasernes egne kontrollerede emneord og angiver at søgeordet er afsøgt som kontrolleret emneord.

- Begrænsninger (limits): Der blev anvendt limits på databaserne PubMed og Embase i henhold til at afgrænse til studier med mennesker, da studier omhandlende dyr eller dyreforsøg ikke havde relevans for besvarelsen af specialets problemformulering.

I skemaet nedenfor fremgår de anvendte facetter, søgetermer, kontrollerede emneord, samt de udvalgte databaser

AND			
	Motivation	Sundhedsadfærd	Diabetes mellitus
OR	PubMed	PubMed	PubMed
	Motivation [MeSH] Motivat* [fritekst]	Health behavior [MeSH] “Health behavior”[fritekst] “Health behaviors”[fritekst]	Diabetes mellitus [MeSH] “Diabetes mellitus” [fritekst]
	Cinahl	Cinahl	Cinahl
	Motivation[MeSH] Motivat* [fritekst]	Health behavior [MeSH] “Health behavior”[fritekst] “Health behaviors”[fritekst]	Diabetes mellitus [MeSH] “Diabetes mellitus” [fritekst]
	PsycInfo	PsycInfo	PsycInfo
	Motivation[Thesaurus] Motivat* [fritekst]	Health behavior [Thesaurus] “Health behavior” [fritekst] “Health behaviors” [fritekst]	Diabetes[Thesaurus] “Diabetes mellitus” [fritekst]
	Sociological abstract	Sociological abstract	Sociological abstract
	Motivation[Thesaurus]	Health behavior [Thesaurus] “Health behavior” [fritekst]	Diabetes [Thesaurus]

	Motivat* [fritekst]	“Health behaviors”[fritekst]	“Diabetes mellitus”[fritekst]
	Cochrane	Cochrane	Cochrane
	Motivation[MeSH]	Health behavior[MeSH]	Diabetes mellitus[MeSH]
	Motivat* [fritekst]	“Health behavior”[fritekst]	“Diabetes mellitus”[fritekst]
		“Health behaviors”[fritekst]	
	Embase	Embase	Embase
	Motivation [Emtree]	Health behavior [Emtree]	Diabetes mellitus [Emtree]
	Motivat* [fritekst]	“Health behavior” [fritekst]	“Diabetes mellitus” [fritekst]
		“Health behaviors” [fritekst]	

Anvendte søgetermer

De anvendte søgetermer og kontrollerede emneord var baseret på de tre facetter; “motivation”, “sundhedsadfærd” og “diabetes mellitus”.

Beskrivelse af valgte og fravalgte søgetermer

- Under facetten *motivation* er der søgt på: “motivation” og “motivat*”.
- Under facetten *sundhedsadfærd* er der søgt på: “health behavior”. “Health behavior” forekom relevant, da det er den tilstand som borgerne med diabetes type 2 skal søge at opnå, fastholde og eventuelt forbedre.
- Under facetten *diabetes mellitus* blev der søgt på: “diabetes” og “diabetes mellitus”. Det er ikke alle databaserne der har diabetes mellitus som kontrolleret emneord, hvorfor der i nogle tilfælde blev søgt på blot diabetes.

I den indledende fase af den strukturerede søgning blev søgetermer som “Self -efficacy”, “self care”, “self management” og “empowerment” anvendt, da disse termer blev fundet relevante i forhold til besvarelsen af specialets problemformulering. Søgningen på disse termer viste sig dog, at være for brede og gav derfor for mange irrelevante studier, hvorfor det blev valgt, kun at søge på

“motivation” og “health behavior”. Dog viste søgningen, at “self-efficacy” og “Empowerment” var termer, der alligevel indgik i nogle af de fremsøgte studier. Endvidere blev der kun søgt på “diabetes mellitus”. Det kan diskuteres, hvorvidt en søgning på andre kroniske sygdomme ligeledes kunne bidrage med studier, omhandlende forandringstiltag, som med fordel kunne anvendes til borgere med DM2. Dog viste søgninger på ordene “chronic disease” og “chronic illness” at være for brede, idet de indeholdte studier, som ikke kunne overføres til borgere med DM2.

Fravalget af de nævnte søgetermer har potentielt udelukket nogle relevante studier, men trods dette forekom de udvalgte studier fyldestgørende i henhold til at diskutere nærværende speciales resultater fra meningsanalysen. Søgetermerne blev kombineret med de boolske operatorer ”OR” og ”AND”. ”OR” blev anvendt for at kombinere relaterede ord inden for den samme facet, hvilket udvidede søgningen. ”AND” blev anvendt for at kombinere de forskellige facetter, hvilket indskrænkede søgningen til relevante studier (1).

Valgte informationskilder

Databaser	Begrundelse for valg af databaser
PubMed	PubMed indeholder over 22 millioner referencer. Databasen indeholder studier fra akademiske journaler inden for medicin, sygepleje, farmakologi, tandpleje, veterinærmedicin og sundhedspleje, hvilket bistår med en bred referenceramme. PubMed er en gratis tilgængelig søgedatabase og overholder samtidig standarder og har egen kvalitetskontrol. Databasen blev fundet relevant til nærværende speciale, da den giver et bredt perspektiv i henhold til borgere med DM2.
Embase	Embase er den største database inden for medicin og andre relaterede områder. Det er en biomedicinsk og farmakologisk database som også rummer samfundsmedicinske områder. Databasen blev fundet relevant til nærværende speciale, da den udgør et godt supplement til PubMed idet den indeholder flere henvisninger til europæiske og tredje verdenslitteratur end PubMed.

PsycInfo	PsycInfo omfatter litteratur der omhandler psykologi, sociologi, adfærds- og sundhedsforskning. Databasen blev fundet relevant til nærværende speciale, til at belyse psykologiske og sociologiske perspektiver i henhold til borgere med DM2.
Sociological Abstract	Databasen indeholder litteratur med fokus på social- og adfærdsforskning. Databasen blev derfor fundet relevant til nærværende speciale, til at belyse psykologiske og sociologiske perspektiver i henhold til borgere med DM2.
Cinahl	Cinahl er en førende søgedatabase inden for sygepleje og lignende sundhedslitteratur. Cinahl udgiver de mest aktive artikelforfattere inden for feltet, og giver også adgang til en del bogformsudgivet litteratur. Cinahl blev fundet relevant, da den rummer et bredt udvalg af kvalitative studier i henhold til at tydeliggøre borgerens oplevelse.
Cochrane	Cochrane er en sundhedsvidenskabelig database med et stort indhold af systematiske reviews og metaanalyser. Studiernes sammenfatninger og fortolkede resultater, forekom anvendelig til belysning af borgere med DM2 ud fra et sundhedsvidenskabeligt perspektiv.
Ovenstående Sundhedsfaglige databaser er suppleret med rapporter og internetsider. Internetsider: b.la. Diabetes.dk, sundhedsstyrelsen.dk, sundhedsdatastyrelsen.dk. Rapporter: b.la. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Kommunalreformen og IDF	Internetsiderne blev anvendt i de indledende ustrukturerede søgninger, til at skabe overblik, udarbejde det initierende problem samt problemanalysen og dernæst afgrænse til problemformuleringen.

diabetesatlas.	
----------------	--

Resultat af søgning

Informationskilde Søgefacet/ -ord samt kombinationer	PubMed	Embase	Sociological Abstract	PsycINFO	Cinahl	Cochrane
1 (motivation)	207.375	147.134	26.926	179.726	28.893	11.445
2 (sundhedsadfærd)	142.072	307.487	3.945	30.862	27.470	18.920
3 (diabetes mellitus)	390.643	741.021	647	15.124	71.656	31.562
1 AND 2 AND 3	520 (27) <12>[2]	659 (17) <5>[0]	3 (1) <0>[0]	66 (7) <3>[1]	86 (8) <4> [0]	124 (8) <5>[2]

For at tydeliggøre antal hits og relevante hits i hver database, blev der udarbejdet ovenstående tabel: For eksempel X (X) <X> [X]. Tallet før parentes, angiver antal samlede hits som resultat af søgningen. Tallet i parentes, angiver de antal hits, der er udvalgt i første udvælgelse. Tallet i skarp parentes angiver det antal hits i anden udvælgelse, der er vurderet til at have relevans for besvarelse af problemformuleringen. Tallet i firkantet parentes udgør den tredje udvælgelse med de mest relevante studier som er blevet vurderet ud fra tjeklister og kritisk vurdering. Se bilag 3 og 4.

Dokumentation af søgning

For at dokumentere søgeprocessen i de seks udvalgte databaser, blev der taget screenshots af resultaterne som er afbilledet nedenfor:

PubMed:

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#37	Add	Search (((("Motivation"[Mesh]) OR motivat*)) AND (("Diabetes Mellitus") OR "Diabetes Mellitus"[Mesh])) AND (((("Health Behaviors") OR "Health Behavior") OR "Health Behavior"[Mesh]) Filters: Humans	520	07:13:50
#36	Add	Search (((("Motivation"[Mesh]) OR motivat*)) AND (("Diabetes Mellitus") OR "Diabetes Mellitus"[Mesh])) AND (((("Health Behaviors") OR "Health Behavior") OR "Health Behavior"[Mesh])	524	07:13:43
#35	Add	Search ((("Health Behaviors") OR "Health Behavior") OR "Health Behavior"[Mesh]	142072	06:49:50
#34	Add	Search ("Diabetes Mellitus") OR "Diabetes Mellitus"[Mesh]	390643	06:49:36
#33	Add	Search ("Motivation"[Mesh]) OR motivat*	207375	06:49:23
#32	Add	Search "Motivation"[Mesh]	139076	06:48:58
#31	Add	Search motivat*	123781	06:48:36
#15	Add	Search "Diabetes Mellitus"	337392	06:30:10
#14	Add	Search "Diabetes Mellitus"[Mesh]	340574	06:29:54
#7	Add	Search "Health Behaviors"	6742	06:24:23
#6	Add	Search "Health Behavior"	43371	06:24:18
#5	Add	Search "Health Behavior"[Mesh]	133797	06:24:11

Embase

☐ **History** Save | Delete | Print view | Export | Email using ☒ And ☐ Or

☐ #11	#1 AND #5 AND #9 AND [humans]/lim	659
☐ #10	#1 AND #5 AND #9	687
☐ #9	#6 OR #7 OR #8	307,487
☐ #8	'health behaviors'	8,268
☐ #7	'health behavior'	56,788
☐ #6	'health behavior'/exp	299,989
☐ #5	#3 OR #4	147,134
☐ #4	motivat*	147,134
☐ #3	'motivation'/exp	79,325
☐ #2	'diabetes mellitus'/exp	717,707
☐ #1	'diabetes mellitus'/exp OR 'diabetes mellitus'	741,021

659 results for search #11 | [Show all abstracts](#) 1 — 25 >

☐ **Results** View | Print | Export | Email | Order | Add to Clipboard

Sociological Abstract:

☐	Set ▼	Search	Databases	Results	Actions
☐	S11	☐ S8 AND S9 AND S10	Sociological Abstracts	3*	Actions ▼
☐	S10	☐ S6 or S7	Sociological Abstracts	647*	Actions ▼
☐	S9	☐ S3 or S4 or S5	Sociological Abstracts	3,945*	Actions ▼
☐	S8	☐ S1 or S2	Sociological Abstracts	26,926*	Actions ▼
☐	S7	☐ "diabetes mellitus"	Sociological Abstracts	149*	Actions ▼
☐	S6	☐ SU.EXACT("Diabetes")	Sociological Abstracts	614*	Actions ▼
☐	S5	☐ "health behaviors"	Sociological Abstracts	851*	Actions ▼
☐	S4	☐ "health behavior"	Sociological Abstracts	3,646*	Actions ▼
☐	S3	☐ SU.EXACT("Health Behavior")	Sociological Abstracts	3,110*	Actions ▼
☐	S2	☐ motivat*	Sociological Abstracts	26,926*	Actions ▼
☐	S1	☐ SU.EXACT("Motivation")	Sociological Abstracts	6,922*	Actions ▼

PsycInfo

#	Query	Databases	Results	Actions
1. ☐	((Any Field:("diabetes mellitus")) OR ((Index Terms:("Diabetes")))) AND ((Any Field:("health behaviors")) OR (Any Field:("health behavior")) OR ((Index Terms:("Health Behavior")))) AND ((Any Field:(motivat*)) OR ((Index Terms:("Motivation"))))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	66	 Run  Save  Delete  Set Alert  Get RSS Feed  Get Permalink
2. ☐	(Any Field:("diabetes mellitus")) OR ((Index Terms:("Diabetes")))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	15,124	 Run  Save  Delete  Set Alert  Get RSS Feed  Get Permalink
3. ☐	(Any Field:("health behaviors")) OR (Any Field:("health behavior")) OR ((Index Terms:("Health Behavior")))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	30,862	 Run  Save  Delete  Set Alert  Get RSS Feed  Get Permalink
4. ☐	(Any Field:(motivat*)) OR ((Index Terms:("Motivation")))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	179,726	 Run  Save  Delete  Set Alert  Get RSS Feed  Get Permalink

5. ☐	Any Field: "diabetes mellitus"	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	7,086	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink
6. ☐	Index Terms: {Diabetes}	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	8,657	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink
7. ☐	Any Field: "health behaviors"	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	6,355	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink
8. ☐	Any Field: "health behavior"	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	28,624	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink

9. ☐	Index Terms: {Health Behavior}	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	20,800	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink
10. ☐	Any Field: motivat*	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	179,726	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink
11. ☐	Index Terms: {Motivation}	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	43,638	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink

Cinahl

[Print Search History](#) | [Retrieve Searches](#) | [Retrieve Alerts](#) | [Save Searches / Alerts](#)

☐ Select / deselect all	Search with AND	Search with OR	Delete Searches	Refresh Search Results
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions	
☐ S11	S8 AND S9 AND S10	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (86)	View Details Edit
☐ S10	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (28,893)	View Details Edit
☐ S9	S3 OR S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (27,470)	View Details Edit
☐ S8	S6 OR S7	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (71,656)	View Details Edit
☐ S7	"Diabetes Mellitus"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (71,656)	View Details Edit
☐ S6	(MH "Diabetes Mellitus")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (31,397)	View Details Edit
☐ S5	"Health Behaviors"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,026)	View Details Edit
☐ S4	"Health Behavior"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (26,299)	View Details Edit
☐ S3	(MH "Health Behavior")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (25,287)	View Details Edit
☐ S2	motivat*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (28,893)	View Details Edit
☐ S1	(MH "Motivation")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (16,257)	View Details Edit

Cochrane

Search	Search Manager	Medical Terms (MeSH)	Browse
To search an exact word(s) use quotation marks, e.g. "hospital" finds hospital; hospital (no quotation marks) finds hospital and hospitals; pay finds paid, pays, paying, payed)			
Add to top View fewer lines			
−	+	#1	MeSH descriptor: [Motivation] explode all trees (M) 6073
−	+	#2	motivat*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) (S) 9095
−	+	#3	MeSH descriptor: [Health Behavior] explode all trees (M) 17631
−	+	#4	"health behavior":ti,ab,kw (Word variations have been searched) (S) 4466
−	+	#5	"health behaviors":ti,ab,kw (Word variations have been searched) (S) 4466
−	+	#6	MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus] explode all trees (M) 18930
−	+	#7	"diabetes mellitus":ti,ab,kw (Word variations have been searched) (S) 29148
−	Edit	+	#8 #1 or #2 (M) 11445
−	Edit	+	#9 #3 or #4 or #5 (M) 18920
−	Edit	+	#10 #6 or #7 (M) 31563
−	+	#11	#8 and #9 and #10 (M) 124

Kriterier for udvælgelse af relevant information

I forbindelse med den systematiske litteratursøgning blev der anvendt inklusions- og eksklusionskriterier, med henblik på en afgrænsning af emnet og dermed sikre, at det fremsøgte materiale havde relevans for nærværende speciales problemstilling.

Inklusionskriterier:

- Studier af vestlig oprindelse (Europa, USA, Canada og Australien) da disse blev vurderet at kunne generaliseres til en dansk kontekst.
- Studier på dansk, engelsk, norsk eller svensk, da disse sprog er indenfor gruppemedlemmernes sproglige kompetencer.
- Studier omhandlende DM2 i henhold til problemformuleringen.
- Studier omhandlende mennesker.

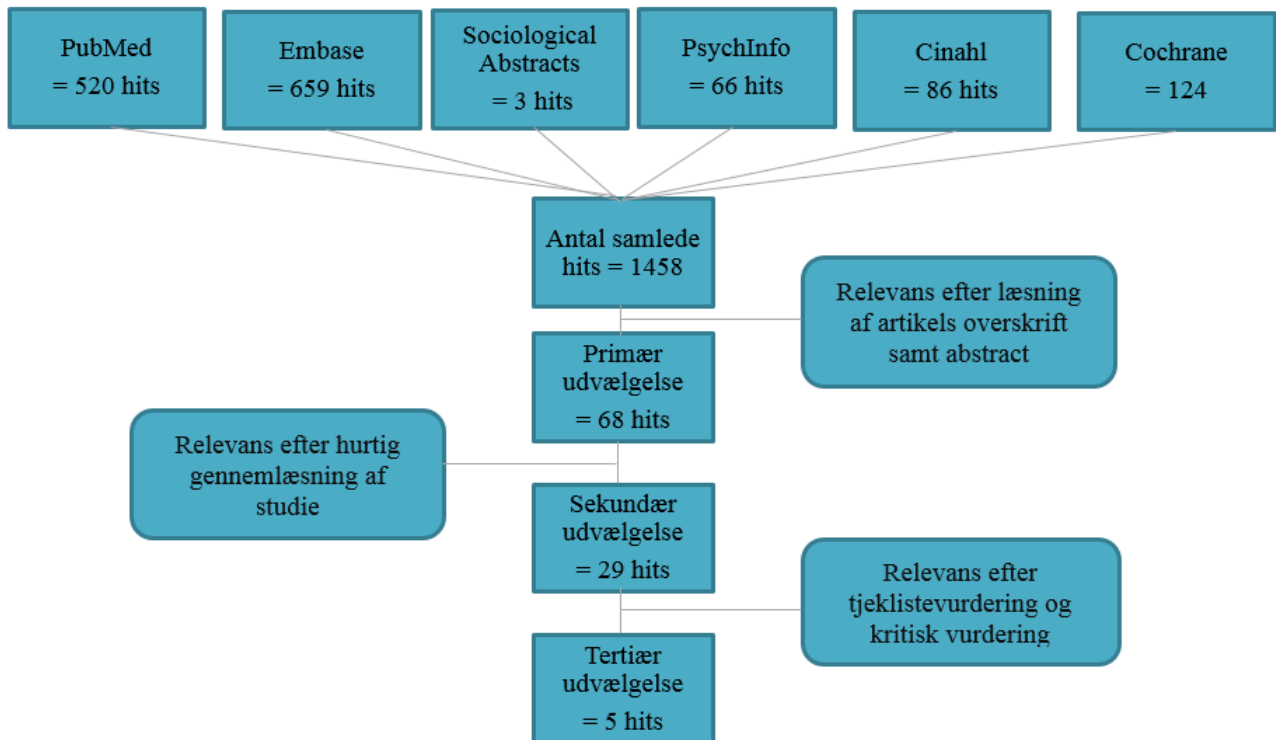
Eksklusionskriterier:

- Studier kun omhandlende børn og unge, da denne aldersgruppe ikke indgår i DM2-rehabiliteringstilbuddet og derfor ikke forekom relevant.

- Studier kun omhandlende minoritetsgrupper, som for eksempel hispanics, udlændinge eller gravide.
- Studier kun omhandlende andre typer DM, som DM1 eller graviditetsdiabetes, da disse typer ikke indgår i DM2-rehabiliteringstilbuddet.

Primær, sekundær og tertiær udvælgelse af litteratur

De anvendte studier i speciale blev udvalgt efter en primær, sekundær og tertiær udvælgelse. Den primære udvælgelse indebar læsning af studiernes titel, og hvis studiet blev fundet relevant, blev abstract efterfølgende gennemlæst. Blev det vurderet, på baggrund af titel og abstract, at studiet muligvis kunne bidrage til at besvare af problemformulering, samt levede op til inklusions- og eksklusionskriterier, gik studiet videre til den sekundære udvælgelse. Den sekundære udvælgelse indebar en hurtig gennemlæsning af hele studiet, for igen at vurdere studiets relevans i forhold til problemformuleringen. Blev studiet fortsat fundet relevant, overgik det til den tertiære udvælgelse. I den tertiære udvælgelse blev de resterende studier nærlæst af begge gruppens medlemmer og kritisk vurderet ved hjælp af tjeklisterne: STROBE, CONSORT og CASP Qualitative Checklist. Tjeklister fremgår af bilag 3. STROBE blev anvendt til et tværsnitsstudie, og CONSORT blev anvendt til vurdering af randomiserede kontrollerede studier (RCT). Til vurdering af kvalitative studier, blev der anvendt CASP Qualitative Checklist. Tjeklisterne tydeliggjorde ikke nødvendigvis hvor velvalgte studierne var til at belyse problemformuleringen, og blev derfor anskuet som et udgangspunkt for den kritiske kvalitetsvurdering, som gruppens medlemmer foretog af de udvalgte studier. Derfor blev studierne efter tjeklisterne kritisk vurderet af gruppemedlemmerne i henhold til hvorvidt de kunne besvare problemformuleringen, men også i forhold til studiernes design samt udførelsen heraf. Også i denne fase blev studier ekskluderet. Præsentation og kritisk vurdering af de udvalgte studier fremgår af bilag 4. Også i denne fase blev studier ekskluderet (2). De endelige udvalgte studier fremgår af nedenstående flow-diagram.



Dato og identifikation

Den ustrukturerede søgning til problemanalysen samt den endelige systematiske søgning til problembearbejdelsen, er foretaget i perioden: d. 01.02.2016 til og med 01.06.2016.

Søgningen er udført af: Karina Brix Nissen og Catherina Væversted Lauritzen. Begge er studerende på 4. semester, kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet.

Bilag 3: Tjeklistevurdering af udvalgte studier

STROBE 2007 (v4) Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cohort studies*

Titel: Sprague et al. Understanding Patient Experiences With Goal Setting for Diabetes Self-management After Diabetes Education

Section/Topic	Item #	Recommendation	Reported on page #
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	Designet tværsnitsundersøgelse(spørgeskemaundersøgelse) fremgår af abstract.
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	I abstract fremgår både formål, dataindsamlingsmetode, respondenter og resultater.
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	I baggrund afsnittet er der en beskrivelse af begrebet målsætning og vigtigheden heraf som er central for studiet.
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	Formålet med studiet var at undersøge oplevelse med målsætning efter diabetes uddannelse hos patienter med DM2 mellem 6 og 1,5 år efter diagnosticering. Studiets formål(hypotese), er at 1)

			identificere de mål som patienten satte sig under diabetes uddannelse sammenlignet med deres nuværende mål. 2) at beskrive patientens erfaringer med målopnåelse ved at bruge patient-genererede malinger og 3) at sammenligne målene for oplevet målsætning
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	Allerede I abstractet præsenteres spørgeundersøgelsen (survey) som metode. Ganske tidligt I metode afsnittet beskrives der at fokusgruppeinterview er gået forud for spørgeskemaundersøgelsen, da spørgeskemakonstruktionen bygger på information fra fokusgruppeinterviewet.
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	Studiet beskriver at de har rekrutteret deres informanter til fokusgruppeinterviewet fra en støttegruppe, samt at der var 8 deltagere og at der var 4 kvinder og 4 mænd. Endvidere beskriver studiet at de ikke anvender disse informanter i spørgeskemaundersøgelsen. I henhold til spørgeskemaundersøgelsen blev respondenter rekrutteret gennem tre hospitaler herunder to små med henholdsvis 36 og 50 patienter og et

			større med 212 patienter, i alt N = 298. Den endelige samlede besvarelse bestod af N = 97 patienter. I henhold til dataindsamlingen beskriver studiet Designet af spørgeskemaet var baseret på principperne for Total Design Method (TDM) for mail surveys. TMD af multiple mails blev brugt for at forbedre respons over en 7 ugers periode. For at reducere mail omkostningerne, blev den tredje mail som plejer at indgå i TMD undladt.
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up	Respondenter til spørgeskemaundersøgelsen blev rekrutteret gennem patientens medicinske journal på tre hospitaler herunder to små med henholdsvis 36 og 50 patienter og et større med 212 patienter, i alt N = 298. Den endelige samlede besvarelse bestod af N = 97 patienter.
		(b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed	Der skelnes ikke mellem eksponering og ikke eksponering. Alle respondenterne har DM2 og har deltaget i en diabetesuddannelse med målsætning.
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential	Resultaterne af den deskriptive analyse er veldefineret med separate afsnit. Der er ikke beskrevet confounders og

		confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	effektmodifikatorer. Dog fremhæves det i diskussionen, at patientens mål er relaterede til self-management og målsætning hvilket kan være confounded hvis patienten ikke huskede det foreskrevne regime(r).
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	Resultaterne fra fokusgruppen blev brugt til konstruktion af spørgeskemaet bestående af 38-item, som indebar: 1) målsætning under og efter diabetes uddannelsen, 2) patientens tro og adfærd i henhold til monitorering og evaluering af self-care, 3) selvrapporteret overholdelse af kostplan, motion og self-monitoring of blood glucose (SMBG), 4) holdning til self-care, 5) personlig information (baggrundsoplysninger). Spørgsmålene havde nåde dikotome svarkategorier (ja/nej) men også en likert diviation, fx 1= non, 2= slight, 3= moderat, 4 = high.
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	Studiet beskriver ikke bias men nævner limits/begrænsninger under diskussionsafsnittet.
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	Respondenter til spørgeskemaundersøgelsen blev rekrutteret gennem patientens medicinske journal på tre hospitaler herunder to små med henholdsvis 36 og 50 patienter og et større med 212 patienter, i alt N = 298. Den endelige

			samlede besvarelse bestod af N = 97 patienter.
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	Der blev foretaget en deskriptiv analyse. En X ² statistik og kendall i-b correlation. En princioak components factor analyses (PCFA).
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	Der er ikke beskrevet confounder men der er anvendt ovenstående analyser.
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	Der er ikke beskrevet subgrupper.
		(c) Explain how missing data were addressed	Missing data står beskrevet I tekst og I tabel.
		(d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed	Der er ikke brug af follow-up.
		(e) Describe any sensitivity analyses	Beskrives ingen sensitivitetsanalyse.
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	Respondenter til spørgeskemaundersøgelsen blev rekrutteret gennem patientens medicinske journal på tre hospitaler herunder to små med henholdsvis 36 og 50 patienter og et større med 212 patienter, i alt N = 298. Den endelige samlede besvarelse bestod af N = 97 patienter.

		(b) Give reasons for non-participation at each stage	Der er ingen begrundelse for manglende besvarelser af spørgeskema.
		(c) Consider use of a flow diagram	-
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	Respondenterne til spørgeskemaundersøgelsen havde alle DM2 og færdiggjort en diabetesuddannelse på en af de tre hospitaler mellem seks måneder og to år forud for start af studiet.
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	Respondentraten for de to små hospitaler var 61% (n=22) og 52% (n=26) og respondenterne fra det store hospital var 23% (n= 49). Den samlede sample var n = 97 ud af de i alt 212.
		(c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	Der er ingen follow-up time da det er en tværsnitsundersøgelse.
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures over time	
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were	Det er en deskriptiv analyse hvorfor der ikke er CI og p-værdi

		included	
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	-
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	-
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	Der blev foretaget analyse på de besvarede spørgeskemaer. Som bestod af en deskriptiv analyse. En X^2 statistik og kendall i-b correlation. En princioak components factor analyses (PCFA).
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	Resultaterne viste at der var en fremherskende positiv holdning til målsætning under diabetes uddannelse og at de fleste fandt målene brugbare. Nogle patienter (35%) havde ændret deres mål efter diabetesuddannelsen. Patienterne må tage små skridt i ændring af sundhedsadfærd eller justering af mål og strategier ligesom det foreslås i uddannelsen omkring målsætning. Resultaterne viser, at ændring i mål var relateret til vanskelighed ved at følge en kostplan og SMBG i tidsrammen for de nyligt diabetes uddannede. Der er behov for

			yderligere undersøgelser til at bestemme hvilke faktorer der muliggøre ændringer i mål. De fleste patienter satte mål for de hjørneste er der i self-management (SMBG, kost, motion) og patientens mål var tilbøjelige til at afspejle lægens eller andre sundhedsprofessionelles anbefalinger. Derfor kan sundhedsprofessionelle udgøre en powerful agent for ændring i self-care.
Limitations			
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	Af begrænsninger fremhæver studiet blandt andet, at den samlede svarprocent var lav. Derudover var prøveudtagningen ikke screenet for comorbiditeter hvilket ligeledes kunne have påvirket målsætningen. Patienterne kunne have haft andre diabetes uddannelser forud for den der blev taget afsæt i. målene relaterede til self-management og målsætning hvilket kan være confounded (andre årsager) hvis patienten ikke huskede det foreskrevne regime(r). Trods begrænsninger forekommer studiet relevant i henhold til belysning af nærværende speciales problemformulering. Studiet tydeliggøre væsentligheden af målsætning samt patienternes oplevelse

			heraf, hvilket potentielt kan anvendes i besvarelsen af hvorledes borgeren kan motiveres til at fastholde og/eller forbedre potentielt opnået ændret sundhedsadfærd.
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	Studiet er foretaget i USA på patienter med DM2 der har gennemgået en diabetesuddannelse med målsætning. Målsætning under sødanne forløb vurderes at kunne generaliseres til en dansk kontekst, da der også gøres en række tiltag i forbindelse med DM2. Hertil kan nævnes DM2 kurser/uddannelse/DM2 rehabiliteringstilbud, som sandsynligvis bygger på nogle af de samme strategier og indeholder samme elementer med målsætning i bestræbelsen på at opnå og fastholde en sundhedsadfærd som i henhold til DM2.
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	Fremgår ikke.

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial*

Titel: DeCoster et al. An Empowerment Approach for Elders Living with Diabetes: a Pilot Study of a Community-based Self-help Group - the Diabetes Club



Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	X
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	X
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	X
	2b	Specific objectives or hypotheses	X
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	X
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	0
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	X
	4b	Settings and locations where the data were	X

		collected	
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	0
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	0
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	X
Sample size	7a	How sample size was determined	X
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	0
Randomisation:			
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	0
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	X
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	0
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	X
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	0
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	0
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	X

	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	X
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	X
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	X
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	0
	14b	Why the trial ended or was stopped	0
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	X
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	X
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	X
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	X
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	0
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	0
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential	X

		bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	X
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	0
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	0
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	0
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	0

*We strongly recommend reading this statement in conjunction with the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration for important clarifications on all the items. If relevant, we also recommend reading CONSORT extensions for cluster randomised trials, non-inferiority and equivalence trials, non-pharmacological treatments, herbal interventions, and pragmatic trials. Additional extensions are forthcoming: for those and for up to date references relevant to this checklist, see www.consort-statement.org.

Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Titel: Casey et al.: Understanding physical activity facilitators and barriers during and follow a supervised exercise programme in type 2 diabetes: a qualitative study



10 questions to help you make sense of qualitative research

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of a qualitative research:

- Are the results of the review valid?
- What are the results?
- Will the results help locally?

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions.

There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

These checklists were designed to be used as educational tools as part of a workshop setting

There will not be time in the small groups to answer them all in detail!

©CASP This work is licensed under the Creative Commons Attribution - NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?



Yes



Can't tell



No

HINT: Consider

- What was the goal of the research?
- Why it was thought important?
- Its relevance
 - Studiet undersøger barrierer ift. deltagelse i et superviseret motionsprogram, samt motivationen for at motionere efterfølgende.
 - Undersøgelser viser, at deltagelsen i denne type programmer er dårlig, og at deltagerne ikke fastholder den ændrede sundhedsadfærd på sigt.

2. Is a qualitative methodology appropriate?



Yes



Can't tell



No

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal?

- Gennem semistrukturerede interviews med i alt 16 deltagere i tre fokus-gruppeinterviews, søger studiet at finde deltagerens perspektiv på motivationsfaktorer. Det vurderes ikke, at anden type undersøgelsesmetode ville være mere relevant. Enkeltinterviews kunne overvejes som supplement.

Is it worth continuing?



Detailed questions

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?



Yes



Can't tell



No

HINT: Consider

- If the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)?

- Valget af design er ikke diskuteret, hvorfor dette med fordel kunne være medtaget.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?



Yes



Can't tell



No

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

- Rekruttering er redegjort for, både i forhold til hvordan, og i forhold til hvilke deltagere der er medtaget i studiet, samt hvilke deltagere der valgte ikke at deltage i studiet.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?



Yes



Can't tell



No

HINT: Consider

- If the setting for data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, or did they use a topic guide)?
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why?
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
- If the researcher has discussed saturation of data

- Mangler beskrivelse af setting.
- Det er dog klart beskrevet, hvordan fokusgruppeinterviewene er foregået.
- Interviewspørgsmål er medtaget.
- Klar beskrivelse af analyse af data.
- Studiet fremhæver, at der er opnået datamætning, men fremhæver også, at studiet ville have været stærkere, såfremt der var flere informanter til stede.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

☐ Yes

☐ Can't tell

☒ No

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during
 - (a) Formulation of the research questions
 - (b) Data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

- Forskerens rolle og forhold til informanterne er ikke beskrevet ift. bias.
- Forskerens forforståelse og dennes påvirkning af interviewspørgsmålene er ikke beskrevet.
- Der er ikke beskrevet, hvorvidt der er opstået ændringer undervejs i studiet.

7. Have ethical issues been taken into consideration?

☒ Yes

☐ Can't tell

☐ No

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

- Informanterne blev inden interviewets start vist et slide, for at informere dem om studiets formål, og for at holde interviewets fokus på motion.
- Det fremgår ikke, om der er udarbejdet samtykkeerklæring, eller hvordan informanterne er håndteret efter interviewenes afslutning.
- Der er søgt og modtaget godkendelse for udførelse af studiet gennem Institutional Review Board of McGill University.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

☒ Yes

☐ Can't tell

☐ No

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
- To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

- Analysen af data er vel beskrevet, og der er anvendt tematisk analyse, som er foretaget af andre forskere, end dem der udførte interviewsene.
- Fremlæggelsen af resultater foregår i kategorier, med uddrag fra interviewene. Dog er det ikke visualiseret, hvordan denne analyseproces er foregået.
- Se spørgsmål 5 og 6 ift. datamætning og forskerens rolle.

9. Is there a clear statement of findings?

☒ Yes

☐ Can't tell

☐ No

HINT: Consider

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

- Studiets fund diskuteres op imod andre studiers fund, samt fund fra et tidligere studie lavet af samme forskere på samme område.
- Studiet fremhæver, at styrken ville være bedre, om end der var flere informanter.

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy?, or relevant research-based literature?
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

- Studiet fastslår, at resultatet af undersøgelsen er vigtig, ift. at nedsætte risiko for senkomplikationer af DM2.
- Via studiets konklusion fremkommer der nye områder, som kræver yderligere forskning fremadrettet, eks. ift. at undersøge begrænsningerne ved programmer rettet mod gangmotion.
- Studiets generaliserbarhed er ikke diskuteret.

CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial*



Titel: Orsama et al. Active Assistance Technology Reduces Glycosylated Hemoglobin and Weight in Individuals With Type 2 Diabetes: Results of a Theory-Based Randomized Trial

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	X
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	X
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	X
	2b	Specific objectives or hypotheses	X
Methods			

Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	X
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	0
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	X
	4b	Settings and locations where the data were collected	X
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	X
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	X
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	X
Sample size	7a	How sample size was determined	X
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	X
Randomisation:			X
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	X
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	X
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned	X

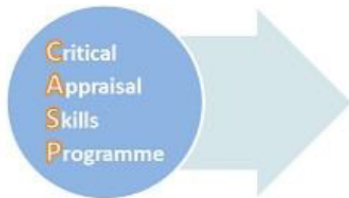
		participants to interventions	
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	0
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	X
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	X
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	X
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	X
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	X
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	X
	14b	Why the trial ended or was stopped	0
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	X
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	X
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	X
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	X

Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	X
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	0
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	X
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	X
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	0
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	0
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	0
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	X

*We strongly recommend reading this statement in conjunction with the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration for important clarifications on all the items. If relevant, we also recommend reading CONSORT extensions for cluster randomised trials, non-inferiority and equivalence trials, non-pharmacological treatments, herbal interventions, and pragmatic trials. Additional extensions are forthcoming: for those and for up to date references relevant to this checklist, see www.consort-statement.org.

Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Titel: Mladenovic et al. Social support, self-efficacy and motivation: a qualitative study of the journey through HEALD (Healthy Eating and Active Living for Diabetes)



10 questions to help you make sense of qualitative research

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of a qualitative research:

- Are the results of the review valid?
- What are the results?
- Will the results help locally?

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions.

There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

These checklists were designed to be used as educational tools as part of a workshop setting

There will not be time in the small groups to answer them all in detail!

©CASP This work is licensed under the Creative Commons Attribution - NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>. www.casp-uk.net

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

☒ Yes

☐ Can't tell

☐ No

HINT: Consider

- What was the goal of the research?
- Why it was thought important?
- Its relevance

- Studiet undersøger, hvordan social støtte påvirker mennesker med DM2 der deltager i et diabetesrehabiliteringstilbud (HEALD) i forhold til self-efficacy samt motivation for at være fysisk aktiv før, under og efter tilbuddet.

- Det er ikke før undersøgt i et virkeligt setting, hvordan tiltag, der skal forbedre fysisk aktivitet hos mennesker med DM2 virker.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

☒ Yes

☐ Can't tell

☐ No

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal?

Studiet undersøger via semistrukturerede enkeltinterviews, hvordan deltagerne af HEALD oplever deltagelsen og afslutningen af programmet. Deltagernes oplevelser ville kunne udledes med de samme resultater af et kvantitativt studie.

Is it worth continuing?



Detailed questions

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?



Yes



Can't tell



No

HINT: Consider

- If the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)?

Studiet diskuterer ikke valg af metode, i forhold til, om andre kvalitative metoder ville have været mere velvalgte.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?



Yes



Can't tell



No

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

- Valg af informanter er nøje beskrevet, ligeledes hvorfor disse informanter var relevante.
- Frafald/manglende deltagelse af informanter er ikke beskrevet.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?



Yes



Can't tell



No

HINT: Consider

- If the setting for data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, or did they use a topic guide)?
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why?
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
- If the researcher has discussed saturation of data

- Setting for interviewene er ikke "beskrevet."
- Dataindsamlingen er beskrevet som semistrukturerede enkeltinterviews.
- Der er anvendt en semistruktureret interviewguide.
- Det er ikke beskrevet, hvorvidt metoden er ændret under studiet eller efter.
- Studiet blev optaget elektronisk.
- Rekruttering af informanter stoppede da forskerne mente, at der var opnået datamætning.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

☐ Yes

☐ Can't tell

☒ No

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during
 - (a) Formulation of the research questions
 - (b) Data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

- Forskerens rolle og forhold til informanterne er ikke beskrevet ift. bias.
- Forskerens forforståelse og dennes påvirkning af interviewspørgsmålene er ikke beskrevet.
- Der er ikke beskrevet, hvorvidt der er opstået ændringer undervejs i studiet.

7. Have ethical issues been taken into consideration?

☐ Yes

☒ Can't tell

☐ No

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

- Det er ikke beskrevet, hvordan studiet er forklaret for informanterne, hvorfor det er vanskeligt som læser at afgøre, om etiske standarder er overholdt.
- Samtykkeerklæring er ikke beskrevet.
- Studiet er godkendt af The Health Ethics Research Board of the University of Alberta.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

☒ Yes

☐ Can't tell

☐ No

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
- To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

- Analysen er tydeligt beskrevet, der er anvendt tematisk analyse, men kategoriseringen er ikke tydeliggjort.
- Analysen af data er foretaget af andre, end de forskere, der foretog interviewene.
- Der er medtaget citater fra interviewene i analysen, hvilket understøtter analysen.
- Forskeren reflekterer ikke over egen rolle i interviewene, hverken ift. bias eller forforståelse.

9. Is there a clear statement of findings?

☒ Yes

☐ Can't tell

☐ No

HINT: Consider

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

- Studiet diskuterer egne resultater op mod fund fra andre studier og teorier.
- Forskeren finder egne resultater troværdige, og diskuterer styrker og svagheder ved studiet.
- Fund er diskuteret i forhold til det originale forskningsspørgsmål.

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy?, or relevant research-based literature?
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

- Studiet mener at bidrage med viden om de virkelige forhold ift. motivation og self-efficacy af mennesker med DM2 ift. motion. Disse fund holdes op imod eksisterende viden, og der konstateres ligeledes, hvor der er behov for videre forskning på emnet.

- Forskerne mener, at fundene af studiet kan overføres til andre interventioner rettet mod diabetesrehabiliteringstilbud.

Bilag 4: Præsentation og kritisk vurdering af de udvalgte studier

Sprague et al.: *Understanding Patient Experiences With Goal Setting for Diabetes Self-management After Diabetes Education*

Studiet er en tværsnitsundersøgelse fra 2006 udført i USA. Formålet med studiet var at undersøge oplevelsen af målsætning efter diabetes uddannelse hos patienter med DM2, mellem seks måneder og 1,5 år efter diagnosticering. For at udvikle et spørgeskema med unikke spørgsmål og svarkategorier til måling af patienternes oplevelse af målsætning, blev der forud for tværsnitsundersøgelsen foretaget et fokusgruppeinterview med otte patienter. Resultaterne fra fokusgruppen mandede ud i konstruktion af et af 38-item spørgeskema. Respondenter til spørgeskemaet blev rekrutteret fra tre hospitaler og indebar en udsendelse af spørgeskema til i alt N = 298. Den endelige samlede besvarelse bestod af N = 97 patienter. Respondenter til spørgeskemaundersøgelsen havde alle DM2 og færdiggjort en diabetesuddannelse på en af de tre hospitaler, mellem seks måneder og to år forud for start på studiet. Spørgeskemaerne blev deskriptivt analyseret.

Resultaterne viser, at der var en fremherskende positiv holdning til målsætning under diabetes uddannelse, og at de fleste fandt målene brugbare. Dog satte de fleste patienter deres mål ud fra anbefalinger fra lægen eller andre sundhedsprofessionelle. Nogle patienter (35%) havde ændret deres mål efter diabetesuddannelsen. Det fremgik at patienterne må tage små skridt i ændring af sundhedsadfærd eller justering af mål og strategier, ligesom det foreslås i uddannelsen omkring målsætning.

Studiet er kritisk vurderet ud fra tjeklisten STROBE til at have begrænsede mangler. Se bilag 3. I henhold til nærværende speciale blev studiet fundet relevant til at tydeliggøre væsentligheden af målsætning samt patienternes oplevelse heraf, i henhold til hvorledes borgeren motiveres til fastholde og eventuelt forbedre opnået ændret sundhedsadfærd.

Dog forekom der begrænsninger i generaliseringen til nærværende speciale da den patientuddannelse, som patienterne i studiet havde deltaget i, ikke nødvendigvis er magen til det DM2-rehabiliteringstilbud som borgerne i nærværende speciale deltog i. Endvidere kan den interne kan studiets interne validitet kritiseres for en lav deltagerprocent.

DeCoster et al.: *An Empowerment Approach for Elders Living With Diabetes: A Pilot Study of a Community-Based Self-Help Group—The Diabetes Club*

Studiet er et pilotstudie, udført i USA fra 2007. Pilotstudiet er udformet som et quasi prepost test design over seks måneder. Designet ligner et RCT, men deltagerne er ikke randomiseret i en kontrol- og en casegruppe hvorfor, deltagerne agerer deres egne kontroller. Formålet med studiet var at undersøge/pilotteste om en samfundsbaseet selvhjælpsgruppe i form af en diabetes klub, kunne forbedre diabetes self-efficacy, empower ældre med DM2 og dermed øge deres egenomsorg og glykæmisk kontrol. Deltagerne til klubben blev udvalgt gennem interviews, der skulle sikre at deltagerne kognitivt var i stand til at udfylde skemaer til måling ved baseline og efter seks måneder. Afholdelsen af diabetes klubben foregik på ældrecenter over seks måneder. Sundhedsprofessionelle stod for afholdelsen af diabetes klubben med afsæt i empowerment perspektiv, hvor den sundhedsprofessionelles rolle var at koordinere og støtte, men ikke agere behandler. Det var klubben i sig selv og deltagerne som skulle agere “værktøj” gennem italesættelse af egne problematikker, deling af information om egenomsorg eller opnåelse af forbedringer. Målingerne blev foretaget ved baseline samt efter seks måneder. På baggrund af 11 deltagers resultater, var der efter seks måneder sket en forbedring indenfor alle områder, herunder en signifikant forbedring af self-management, som inkluderede øget fysisk aktivitet, blodsukkerkontrol, sund kost hvilket influerede på HbA1C niveauet som ligeledes var faldet signifikant. Ydermere havde deltagerne et gennemsnitligt vægttab på 3 pund. Gennem kvalitative observationer blev det tydeliggjort at deltagernes indbyrdes interaktion var god og at der ikke blev rettet henvendelse til de sundhedsprofessionelle i særlig høj grad. Deltagerne svarede på hinandens spørgsmål, opnåede forbedret vilje til problemløsning, deling af self-managements strategier samt deltagerne oplevede ejerskab over klubben.

I henhold til tjeklisten CONSORT var der ikke væsentlige mangler. Se bilag 3. De mangler der var skyldes at studiet er et quasi prepost test design og tjeklisten er konstrueret til eksperimentelle studier med en case- og en kontrolgruppe. I henhold til besvarelsen af problemformuleringen i nærværende speciale, kan studiet bistå med hvorledes borgerne kan motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre deres opnåede ændrede sundhedsadfærd ved DM2-rehabiliteringstilbuddet. Dog er der begrænsninger i henhold til generalisering af motivation mellem studiet og nærværende speciale, da deltagerne i studiet var besøgende på et ældrecenter, hvorfor det er uvist om deltagere der ikke kommer på ældrecenter vil opnå samme motivation. I henhold til nærværende speciale er

det derfor ikke givet at borgerne der er besøgende på ældrecenter er sammenlignelige med deltagere på et DM2-rehabiliteringstilbud.

Casey et al.: *Understanding physical activity facilitators and barriers during and following a supervised exercise programme in Type 2 diabetes: a qualitative study*

Studiet er et kvalitativt, canadisk studie fra 2009 baseret på tre fokusgruppeinterviews som dataindsamlingsmetode, blandt i alt 16 mennesker med DM2, der alle har deltaget i et superviseret motionsforløb tilrettelagt af sundhedsprofessionelle. Studiets formål var at undersøge, hvilke barrierer og muligheder der eksisterer blandt deltagerne af motionsforløbet, dels i forhold til motivationen for at deltage i forløbet, og dels motivationen for at fortsætte med at udføre fysisk aktivitet efter forløbets afslutning. Motionsprogrammet bestod af tre sessioner ugentligt de første et til otte uger, to sessioner ugentligt de efterfølgende ni til 16 uger samt én session ugentligt de resterende 17-24 uger. Resultaterne af studiet viser, at motivation er den mest afgørende faktor for, om deltagerne dyrker motion, både før og efter tilbuddets afslutning. Dernæst gav deltagerne af tilbuddet udtryk for, at der var behov for en bedre overgang mellem tilbuddets afslutning, og livet efter tilbuddet. Studiet konkluderer, at voksne mennesker med DM2 har behov for en langsigtet professionel støtte og opmuntring i forhold til at dyrke motion, da denne støtte ifølge deltagerne var det, der blev værdsat mest ved motionsprogrammet, og som ledte til, at deltagerne dyrkede motion efter tilbuddets afslutning.

Studiet blev kritisk vurderet ud fra tjeklisten CASP til at være uden betydelige mangler. Se bilag 3. I forbindelse med nærværende speciale forekom studiet relevant, til at belyse hvorledes borgeren motiveres til at fastholde motionen efter DM2-rehabiliteringstilbuddet, som udgør en af de områder inden for sundhedsadfærd, som tilbuddet efterstræber. Endvidere belyser studiet hvordan deltagerne oplever udtapningen af motionsprogrammet og overgangen til livet uden monitorering fra sundhedsprofessionelle, hvilket ligeledes blev vurderet relevant i henhold til borgerens motivation. Dog forekom der begrænsninger i studiets generaliserbarhed til nærværende speciale, da studiet blot omhandler motion, hvor nærværende speciales fokus på ændring af sundhedsadfærd også rummer kost.

Orsama et al.: *Active Assistance Technology Reduces Glycosylated Hemoglobin and Weight in Individuals With Type 2 Diabetes: Results of a Theory-Based Randomized Trial*

Studiet er et RCT fra 2013 foretaget i Finland. Formålet med studiet var at udvikle og evaluere et mobiltelefon-baseret diabetes self-management fremmende program, indebærende rapportering og automatisk feedback, baseret på ændring af sundhedsadfærds teorier. Mobil interventionen havde således til formål at bistå med forbedring af self-management og sundhedsstatus hos mennesker med DM2.

RCT studiet bestod af en follow-up periode på 10 måneder, bestående af en randomiseret interventions- og kontrolgruppe. Interventionsgruppen bestod af n= 24 som indgik i mobiltelefon interventionen med rapportering af helbredsstatus (blodtryk, vægt, fysisk aktivitet, blodglukose) som blev linket til automatisk feedback om teoribaseret ændring af sundhedsadfærd. Deltagerne blev bedt om at uploade helbredsoplysninger under de 10 måneder interventionen forløb. For hver rapporteret måling modtog, deltageren en feedback besked baseret på den indrapporterede data, som havde til formål at støtte og motivere deltagerne.

Kontrolgruppen bestod af n=24 som modtog standard behandling, som indebar diabetes uddannelse, kontroller og vejledning af læge og sygeplejerske under besøg hos deres sundhedscenter. Både interventions- og kontrolgruppen fik foretaget baselinemålinger for HbA1c og blodtryk samt udfyldte spørgeskemaer omkring helbred, som igen skulle udfyldes af begge grupper efter interventionen. Resultaterne viste, at interventionsgruppen opnåede, sammenlignet med kontrolgruppen og kontrolleret for baseline, en signifikant bedre gennemsnitlig reduktion i HbA1c og signifikant højere reduktion i vægt. I henhold til forbedring af systolisk og diastolisk blodtryk, var der ingen signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen. Studiet konkluderer, at sofistikeret informationsteknologi som mobiltelefon interventionen med rapportering og linker til feedback med teoribaseret ændring i sundhedsadfærd, har potentiale til at forbedre sundhedstilstanden hos mennesker med DM2.

Studiet blev kritisk vurderet ud fra tjeklisten CONSORT hvor der ikke forekom væsentlige mangler. Se bilag 3. I henhold til nærværende speciale forekom studiet relevant, i henhold til at belyse hvorledes en mobiltelefon intervention eller lignende virtuel medie kan motivere borgerne til fastholdelse og eventuel forbedring af ændret sundhedsadfærd. Dog forekom der begrænsninger i

studiets generaliserbarhed til nærværende speciale, da studiet ikke undersøger mobil interventionen i forbindelse med et DM2-rehabiliteringstilbud.

Mladenovic et al.: *Social support, self-efficacy and motivation: a qualitative study of the journey through HEALD (Healthy Eating and Active Living for Diabetes)*

Studiet er et kvalitativt, canadiske studie fra 2014 hvis formål var at undersøge, hvordan social støtte påvirker mennesker med DM2, der deltager i et diabetesrehabiliteringstilbud (HEALD) i forhold til self-efficacy samt motivation for at være fysisk aktiv før, under og efter tilbuddet. Studiets metode bestod af semistrukturerede enkeltinterviews med i alt 13 deltagere af HEALD-programmet. HEALD-programmet bestod af et 24 ugers gruppebaseret gangprogram for mennesker med DM2, der både inkluderede undervisning, samt reel gangtræning, og var superviseret af motionsspecialister. Interviewene var foretaget seks måneder efter HEALD-programmets afslutning. Studiets fund viser, at deltagerne følte, at den sociale støtte fra motionsspecialisterne og de andre deltagere på holdet både gav dem self-efficacy og motivation for at udføre fysisk aktivitet. Dette blev begrundet med, at de følte et socialt ansvar for at deltage, og samtidig havde glæde af erfaringsudveksling med de øvrige deltagere. Dog fandt studiet også, at, i det øjeblik HEALD-programmet stoppede, følte deltagerne ikke længere støtte fra motionsspecialisterne eller de øvrige deltagere, hvilket ledte til, at deltagerne ikke formåede at opretholde den fysiske aktivitet. Studiet konkluderer, at forlænget social støtte gennem gentagende periodisk kontakt med motionsspecialister og andre mennesker med DM2, kan resultere i en vedligeholdelse af den fysiske aktivitet hos mennesker med DM2.

Studiet blev kritisk vurderet gennem tjeklisten CASP, hvor der ikke forekom væsentlige mangler. Se bilag 3. I forhold til nærværende speciale, forekom studiet relevant til at belyse hvorledes borgeren kan motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre ændret sundhedsadfærd i forbindelse med motionen. Dog forekom der begrænsninger i studiets generaliserbarhed til nærværende speciale, da studiet fokuserer på et meget specifikt gangprogram, men studiet fastslår selv, at det med fordel kan generaliseres til andre interventioner, rettet mod diabetesrehabilitering.

Bilag 5: Samarbejdsaftale med praksiskontakt



Samarbejdsaftale

Mellem: Aalborg Universitet
Institut for Medicin og Sundhedsteknologi
Faggruppen for Folkesundhed og Epidemiologi
Niels Jernes Vej 14
9220 Aalborg

Og Anonymiseret sundhedscenter

Ovennævnte parter har indgået følgende aftale i forbindelse med et afgangsprøje på 10. sem. Folkesundhedsvidenskab, AAU. Projektet er gennemført af: Karina Brix Nissen og Catherina Væversted Lauritzen

Projektets titel:

(Foreløbig) ”Fastholdelse og/eller forbedring af ændret sundhedsadfærd hos mennesker med type 2 diabetes i forbindelse med sundhedscentrenes diabetesrehabiliteringstilbud”

Projektets formål:

Fastholde og/eller forbedre ændret sundhedsadfærd hos mennesker med type 2 diabetes.

Aftalegrundlaget

- Den viden, som de studerende erhverver om interne forhold, herunder drift, anlæg, metoder og speciel knowhow vedrørende projektets faglige område, og som er markeret som fortrolige, må ikke udnyttes eller videregives til tredje person- vejleder og censor undtaget.

- De bearbejdede data er anonymiseret, så ingen konkrete personer kan identificeres. Anonymiseringen er foretaget således, at data kan anvendes som udgangspunkt for forskellige analyser. Nærværende aftale forpligter undertegnede studerende at sikre, at uvedkommende ikke får adgang til data. Person-identificerbare data må opbevares på undertegnede studerendes egne pc i forbindelse med det konkrete projektforsløb. Efter afslutningen af projektet er alle undertegnede studerende forpligtet til at slette samtlige person-identificerbare data. Undertegnede studerende er selv ansvarlige for forsvarlig sletning af data. X- sundhedscenter kan ikke gøres ansvarlig for materiale og konklusioner udarbejdet på baggrund af udleverede data.
- De indsamlede data vil danne grundlag for en specialerapport til Skolen for Medicin og Sundhedsteknologi til brug for bedømmelse til eksamen. Denne rapport vil indgå i universitetets arkiv. Herudover kan data danne grundlag for konferencebidrag og artikler i relevante tidsskrifter. X- sundhedscenter er berettiget til at modtage en kopi af såvel artikler og specialerapport, hvis det ønskes.
- Der modtages ikke honorar fra X- Kommune i anledning af samarbejdet.

AAU:

Dato Navn

Dato Navn

X- sundhedscenter, X- kommune

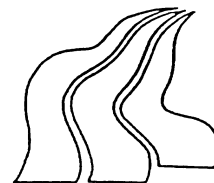
Dato Navn

Bilag 6: Informationsbrev

Aalborg Universitet

Institut for Medicin og sundhedsteknologi

Folkesundhedsvidenskab



Informationsbrev

Til deltagere på diabetesrehabiliteringstilbud

Kære deltager til diabeteskursus

Vi er to studerende, som er ved at lave vores afsluttende speciale på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. I den forbindelse vil vi gerne foretage nogle observationer af den opfølgning der finder sted på X-pladsen nr. 5 d. 09-03-2016 kl. 9, i forbindelse med diabetesskurset på X-købing Sundhedscenter.

Specialets emne er type 2 diabetes rehabilitering og formålet er at forbedre eller fastholde den effekt der er opnået hos deltagerne efter tilbuddets afslutning.

På dagen medbringer vi en samtykkeerklæring, som du kan underskrive hvis du accepterer, at vi må bruge observationerne i vores speciale. Samtykkeerklæringen sikrer, at din anonymitet vil blive beskyttet og at alle noter samt observationer, som bruges til specialet, ikke vil indeholde navne eller andre personlige kendetegn.

M.v.h. Catherina Lauritzen og Karina Nissen

Ved spørgsmål kan der tages kontakt til Catherina Lauritzen

Kontakt: Catherina Lauritzen

Mail: Cals14@student.aau.dk

Tlf.: 25 34 80 47

Bilag 7: Interviewguide

Tema (forskningsspørgsmål)	Interviewspørgsmål
Briefing og præsentation	• Præsentation af os; vi er ved at skrive speciale på kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab på AAU. • Præsentation af interviewpersonen (navn) • Vores formål med specialet er, at vi vil forsøge at forbedre opfølgningerne • Grunden til vi gerne vil tale med dig, er fordi du kan bidrage med egne oplevelser • Vi ønsker at du fortæller om dine oplevelser åbent og ærligt. Vi dømmer ikke. Du skal derfor ikke svare det du tror vi vil høre. • Mobiltelefon på bordet til optagelse af interview • Du har udfyldt samtykke samtykkeerklæring og er garanteret anonymitet
Baggrundsspørgsmål:	• Hvor gammel er du? • Hvornår fik du konstateret diabetes?
Første del af problemformuleringen: <i>"Hvorledes oplever borgeren med type 2 diabetes egen opnået ændret sundhedsadfærd i forbindelse med deltagelsen i et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud samt opfølgningerne heraf?"</i>	• Føler du dig syg i forhold til din diagnose (DM2)? • Hvad er et sundt liv for dig? ○ Hvad betyder det ift. at skulle leve et godt liv med diabetes? • Hvad fik dig til at deltage i tilbuddet? • Hvad synes du selv du har fået ud af tilbuddet?

	○ Kan du uddybe dette? • Hvad gør du anderledes i dag i forhold til før du deltog i tilbuddet? ○ Hvad har ændret sig?
Anden del af problemformuleringen: <i>“Hvorledes kan forandringstiltag konstrueres til opfølgningerne af et diabetes type 2 rehabiliteringstilbud, således borgeren motiveres til at fastholde og eventuelt forbedre den opnåede ændrede sundhedsadfærd?”</i>	• Hvad skal der til for at du kan fastholde din motivation for at leve sundere? • Hvilken støtte har du brug for? • Hvordan oplever du at tilbuddet har støttet dig? • Hvordan skulle tilbuddet kunne støtte dig endnu bedre? • Hvad er dine mål i forhold til din sundhed? • Kan du huske hvilke mål du satte dig ift. din sundhed på tilbuddet? ○ Har disse mål ændret sig? - Hvordan? • Følte du dig motiveret for at indfri disse mål under tilbuddet? ○ Hvordan kom denne motivation til udtryk? (kost, vægttab, motion, medicin) • Føler du dig motiveret i dag et år efter tilbuddet, for at indfri dine mål for sundhed? ○ Hvordan kommer motivationen til udtryk? (kost, vægttab, motion, medicin) ○ Hvad skal der til for at du kan fastholde og/eller forbedre disse mål om sundhed? • Oplever du, at andre prøver at påvirke din

	sundhed eller motivation herfor? ○ Hvordan kommer dette til udtryk? ○ Hvad tænker du omkring det? ○ Hvordan påvirker det dig? • Hvordan påvirkede de sundhedsprofessionelle din motivation? ○ Hvordan kom det til udtryk? • Hvordan påvirkede fællesskabet på tilbuddet din motivation for sundhed under tilbuddet? ○ Hvordan kom dette til udtryk? (kost, vægttab, motion, medicin) • Hvordan påvirker fællesskabet dig i dag? ○ Ville fællesskabet kunne bidrage positivt til din motivation i dag? ○ Har du nogle bud på hvordan sådanne fællesskaber kan bibeholdes? • Er der noget der forhindrer dig i at opnå dine mål for sundhed? ○ Hvad skal der til for at løse dette? • Hvad betyder risikoen for sendiabetiske komplikationer for dig? ○ Kan du uddybe det? ○ Hvad gør du ved denne frygt?
Bud på forandringstiltag	• Har du selv nogle bud på, hvorledes opfølgningerne kan støtte bedre til at borgerne formår at fastholde og/eller forbedre sundheden? ○ Kan du uddybe det? • I forhold til mål for sundhed, synes du så der er behov for at de bliver tydeliggjort

	bedre (nedskrevne) fx således du kan hænge dem op på køleskabet? • Hvordan vil det påvirke din motivation hvis du altid kunne kontakte en sundhedsprofessionel (ikke din læge) mellem de planlagte opfølgninger? • Vil det motivere dig at der var en gevinst ud over sundhed? fx bevis, diplom, økonomisk eller andet? • Hvad tænker du om et fælles forum hvor I der har deltaget på tilbuddet kan holde kontakten? (for eksempel Facebook, applikation, mail eller sms). ○ Hvordan vil det potentielt kunne bidrage positivt til fastholdelse og/eller forbedring af sundhed?
Afsluttende fase	• Har du yderligere tilføjelser? • Har du nogle tilføjelser (medstuderende?) • Tak for din deltagelse

Bilag 8: Transskriptionskonventioner

Nærværende speciale har anvendt følgende transskriptionskonventioner:

- Tegnsætning, herunder punktum og komma, følger informanternes stemmeføring på optagelsen.
- Understregninger angiver, at informanten anvender en form for betoning.
- Tomme parenteser () angiver, at transskribenten ikke kan høre, hvad informanten siger.
- Personidentificerbare oplysninger, som navne og andre forhold, udelades og erstattes med (- --) (3,4)

I specialet blev det undladt at anvende udtryk som 'øh', 'ehm' eller lignende samt pauser. Ydermere blev det undladt at notere stemningssignaler og latter. Dette med bevidst om, at alle disse elementer, kan influere på samtalen og meningsforståelsen samt forsvinder når talesprog omdannes til skriftsprog. Dog er fravalget af ovenstående foretaget, da disse stemningssignaler ikke blev forventet eksplicit anvendt i analysen.

Bilag 9: Meningsanalysens kodning, kategorisering og kondensering af interviewtransskriptionerne

Kodning, kategorisering og kondensering af interviewtransskription med informanten Alfred

Oplevet ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne	Fællesskab (Facebook og træningsmakker)	Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer	Visualisering af mål for sundhed
- Oplevelse af tilbuddet - Oplevet opnået sundhedsadfærd - Barrierer - Sundt/godt liv - Fællesskab	- Fællesskab - Støtte - Motivation	- Sygdomsoplevelse - Bekymring/frygt/angst - Støtte - Motivation	- Støtte - Motivation
Alfred: Og det kan man sige, det var positivt hver eneste gang. Det var det. Vi havde nogle rigtig, rigtig dygtige instruktører, og nogle der svingede pisken. Alfred: Ja, det har det altså. Og jeg kunne nu ikke sige, jeg havde forbedret mit blodsukterniveau ret meget, det kunne jeg ikke. Men det var så	Alfred: Ja. Når jeg kom hjem fra centeret af, og jeg var glad for at skulle afsted. Og nogle gode kammerater, hvis man kan sige det sådan. Alfred: Ja. Og det har altså slået lidt fejl for mit vedkommende. Men det er bestemt ikke centerets skyld, det er min egen skyld. Alfred: Nej. Det er	Alfred: Nej, men jeg kunne så ikke forstå på min egen krop, jeg blev meget træt, og utrolig tørstig. Jeg drak faktisk så meget vand. Og det tænkte jeg så ikke over, før at det blev konstateret. Så er jeg godt klar over, nå, jamen det er så det du har haft i nogle år. Interviewer: Det er jo det. Der kan man se... Men Leo, føler du dig syg i	Alfred: Ja. Og det har altså slået lidt fejl for mit vedkommende. Men det er bestemt ikke centerets skyld, det er min egen skyld. Alfred: Nej. Det gør jeg ikke. For det har lige så lidt effekt som det andet. Hvis

også i kraft af, at det var før min sæson. Altså når jeg har sæson på mit arbejde, så knokler vi jo virkelig igennem. Jeg har en 10-12 timer om dagen, og det har mine folk også. Alfred: Det er i sommerperioden fra midt i april og så til midt i oktober. Interviewer: Okay, det begynder lige om lidt så? Alfred: Ja. Og i den periode der ligger imellem der, altså vinterperioden, der er jeg sgu lidt doven, må jeg nok indrømme. Alfred: Og vi har jo stort set alt muligt derhjemme hos os. Vi har jo faktisk sådan et meget meget stort rum, hvor vi har alle de maskiner vi har behov for.	min kone. Alfred: ... Og mens jeg gik herinde, der var jeg meget meget motiveret for at nu skulle jeg bare til og dyrke en masse motion. Men det er lige som om, når man har sluppet taget herinde, jamen så falder man let tilbage, man falder let fra det igen. Alfred: Jamen støtte, det var jo støtte bare at komme herind og få snakket med alle de andre, og snakket med (---) og hvem der ellers var herinde ikke også, og det synes jeg var skønt. Men ud over det, så har det ikke haft nogen effekt på mig. Og det kan kun tyde på at man måske ikke er motiveret nok. Det er lidt dumt at indrømme sådan noget, men altså	forhold til at du har den her diagnose? Alfred: Nej! Det gør jeg ikke. Og jeg har det rigtig godt hver dag. Jeg har så haft mit blodsukker, det har lagt oppe.. og også omkring 10-11, altså det langtidsholdbare. Eller langtidsholdbare - langtidssukkeret. Interviewer: Langtidsblodsukkeret, ja... Alfred: Og øh, så foreslog de oppe på sygehuset deroppe i (---) at jeg skulle til at have sprøjten. Fordi jeg var lidt nervøs for, at at gå med så højt et blodsukker. Interviewer: Ja, det kan jeg godt forstå. Alfred: Men så, (---navn) deroppe, lægen der, han sagde, at der var kommet nogle nye piller, der hed (), og dem har jeg så prøvet, og de har vist sig, at det har banket blodsukkeret langt ned.	det var det der skulle til, så var vores hus overplastret med sådan noget. Nej, det tror jeg ikke på. Alfred: De papirer jeg får med hjem, dem lægger jeg ind i et arkiv hjemme på mit kontor. Jeg kigger ikke på dem for at være helt ærlig. Interviewer: Ville det ikke gøre noget ved dig, hvis du kunne se dem visuelt? Alfred: Det tror jeg ikke. For jeg har inde i mit hoved en ide om, at det er vigtigt at jeg motionerer, og er det ikke nok, så hjælper et stykke papir på
--	---	--	---

Interviewer: Okay? Så du har træningsmuligheder hjemme ved dig selv? Alfred: Ja, og vi har faktisk det hele. Desværre, så benytter jeg det ikke rigtigt. Interviewer: Nej. Men du har mulighed for det..? Alfred: Jeg har muligheden ja, men muligheden den gør jo ingenting. Interviewer: Nej det er rigtigt. Alfred: Min kone hun bruger så noget når hun kommer fra skole, hun er inde på gymnasiet i (--). Hun bruger det så noget kun. Og så har vi købt to elcykler, og dem cykler vi så noget på. Men så købte vi jo så to mountainbikes fordi vi ville i skoven og cykle, men det er så ikke blevet en så stor succes.	det er det der er realiteten. Interviewer: Oplever du, at der er andre omkring dig, der forsøger at påvirke din sundhed? Alfred: Ja min kone. Fordi vi får noget forholdsvis sund mad hver dag. Og hun går tur HVER dag, lang tur med hunden. Interviewer: For at vende lidt tilbage til det her fællesskab, er det noget som påvirker dig i dag? Har du nogen kontakter? Alfred: Nej, det har jeg ikke. Alfred: Måske... måske ja. Interviewer: At man bibeholdt fællesskabet på en eller anden måde? Alfred: Måske... Men det er jo så	Interviewer: Så du slipper for insulinsprøjten? Alfred: Ja, hvis det er en fordel. Alfred: Det, der bekymrer mig, det er hvis jeg lige pludselig fik sådan et black out oppe på tagene. Alfred: Ja. Og så har jeg en fiskekutter, hvor jeg tit er ude, 30 km ude på vandet ikke også, hvor jeg somme tider er alene. Og det begyndte også at bekymre mig en smule, fordi får du et black out derude ikke også, jamen så er der ingen der kan gøre noget. Alfred: Og derfor ville jeg ikke ret gerne på insulin. Men jeg fik så de (diadance?) der, og de har så banket blodsukkeret ned fra mellem 10 og 11 kørte jeg på, og nu ligger jeg mellem 6 og 8. Så det er rigtig godt.	køleskabet ingenting. For mig.
--	--	---	---------------------------------------

Interviewer: Så de kommer til at stå lidt i garagen? Alfred: Ja, de står inde i skuret, ja. Men altså bortset fra det, så fik jeg det altså psykisk bedre. Alfred: Ja. Så alt i alt, så var det en meget positiv oplevelse, og hvis tilbuddet kom igen, så tog jeg det igen. Men jeg tror kun man kan komme til det én gang. Alfred: Ja hvad er et sundt liv for mig? Det er et aktivt liv. Og jeg er meget aktiv om sommeren. Men lidt indaktiv om vinteren. Og det er jo det jeg skulle have gjort noget ved. Og vi har haft det der motionsrum hjemme i.. ja, hvad har vi haft det... faktisk i 7 år. Alfred: Jamen ja... det kan jeg ikke helt forklare dig. Det er nok	fuldstændig umuligt om sommeren. Det kan man ikke, der kan jeg ikke. Selv fødselsdage og sådan noget, hvis der kommer en, jamen mange gange så siger jeg nej hvis det er langt ude i familien. Vores egne børns og sådan noget, skal vi selvfølgelig med til. Men ellers så, arbejde det er helligt for mig om sommeren. Alfred: Der er jeg med til alt. Interviewer: Det lyder jo fint. Har du nogle forslag til, hvordan man kunne bibeholde sådan nogle fællesskaber på sådan et hold? Alfred: Nej det har jeg ikke, for det er min erfaring, at når man har sådan et forløb der, jamen så er det vældigt, og så er man	Alfred: Jamen... Det ved jeg faktisk ikke. Fordi jeg har jo haft alle tilbuddene, ikke også, så jeg ved næsten ikke hvad man skal... hvad vi skal finde på. Det er simpelthen bare at hanke op i sig selv. Og det havde jeg også meget meget store intentioner om dengang vi købte mountainbiken. Alfred: Ja, altså når min kone hun kommer hjem fra skole, så plejer vi at gå en lang tur, hvis jeg er hjemme vel og mærke. Det er jeg så aldrig om sommeren. Men om vinteren gør vi det faktisk ret tit, nogle gange om ugen ikke også. Alfred: Det kunne sagtens være. Jeg har oplevet én eller to gange, hvor jeg har haft virkeligt lavt blodsukker, hvor man sådan ligesom kan mærke, at det snurrer i kroppen. Og så må jeg indrømme, at så er jeg gået ind til	
--	--	---	--

lidt dovenskab. Og så måske lidt.. ja det er også dumt at sige, det er dåbsattesten, men jeg synes jeg føler, at når jeg knokler så meget om sommeren, så nyder jeg faktisk vinteren, hvor jeg ikke skal lave en hel masse. Jeg laver noget, men altså det er ikke sådan noget aktivt noget. Og det er jo nok en skam. Alfred: Jamen jeg har jo fået en del velvære. Altså jeg kan ikke sige, at jeg har... Jeg kan ikke sige, at jeg er blevet motiveret, til at motionere mere, og det var jo nok det der var problemet, eller formålet med kurset. Alfred: Og et sundt liv, det er også nogle sunde fødevarer. For eksempel spiser vi næsten aldrig kartofler og... hver eneste dag får vi masser	meget motiveret. Når forløbet så holder, så... så glemmer man det. Interviewer: Så er alle spredt til hver sit? Alfred: Ja. Jeg tror det er meget, meget, meget svært, at opretholde sådan et venskab. Og det er ikke fordi man ikke vil, man gør det bare ikke. Interviewer: Det er jo meget interessant, kan man sige. Alfred: Ja, jeg tror simpelthen at det ville være meget meget positivt, hvis man havde et fællesskab efter tiden. Interviewer: Hvad ville du bruge sådan et fællesskab til? Alfred: Jamen socialt samvær og motivation for hinanden. Interviewer: Hvordan	bageren og har købt en stor, fed kage med masser af sukker på. Alfred: Jamen det er simpelthen sundheden, det er fordi jeg vil ikke spise sukker når jeg har diabetes. Interviewer: Det er jo nok meget klogt... Hvis nu der var noget der skulle støtte dig i at motivere dig til at leve en sund livsstil, hvad kunne det være? Alfred: Det skal være noget inde i hovedet. For jeg har en kone der støtter mig. Men åbenbart ikke nok, eller det er åbenbart ikke nok til mig. Det er lidt en faliterklæring at sige det sådan, fordi man ved det er vigtigt med motion. Interviewer: Det er jo rigtigt. Alfred: Så.. jeg ved ikke hvad jeg skal.. hvad der skulle kunne motivere mig mere, fordi tankerne de er der, men handlingerne de	
---	--	--	--

og masser af grøntsager. Men det har selvfølgelig ikke gjort det med det. Vi får da også kød ind imellem. Alfred: Ikke særlig meget. Men jeg var jo glad for at være der, og blev glad for at gå der. Det har ikke ændret min hverdag eller min opførsel på nogen måder. Desværre. Alfred: Ja, og det er så en af de gode variationer, jeg elsker sådan noget, men jeg spiser aldrig sukker. Ellers spiser jeg aldrig sukker, og meget lidt fedt også. Interviewer: Var det også sådan før du fik diabetes? Alfred: Nej, det var det ikke. Interviewer: Nej? Så diabetesen i sig selv har alligevel gjort noget i	kunne I hjælpe hinanden med motivation? Alfred: Ja, det kan jeg ikke rigtig forklare. Med ganske almindelig motivation. Alfred: Nej... det tror jeg ikke, fordi hvis ikke der sker noget inden for den 12-måneders periode, så sker der ikke noget. Det gør der ikke. Jeg tror det fungerer som det gør, og hvis hun ringede en to-tre gange mere i løbet af året, jamen det ville ikke have nogen effekt, hvis jeg skal være ærlig, det tror jeg ikke. Alfred: Den mulighed har jeg, jeg kan bare ringe til (---). Jeg kan bare ringe til fysioterapeuten eller hvem som helst herinde. Det bruger jeg ikke.	følger ikke med. Og så kan man jo tænke lige så tosset man vil. Interviewer: Du tænker ikke, at der er noget der kunne skubbe handlingerne til at følge med? Alfred: Jeg ved ikke hvad det skulle være. Alfred: Der er sket så meget i forvejen, så det er jeg ikke sikker på det har den store effekt. Jeg har haft cancer her for 30 år siden, der havde jeg lymfekræft. Og dengang jeg fik diabetes, et år eller to efter, der fik jeg en blodprop. Jeg ved ikke rigtig hvad der skulle kunne motivere, hvis ikke sådan noget skal. Og det har selvfølgelig også sat en masse tanker igang. Og det har faktisk ændret mit liv meget. Dengang jeg fik cancer, det var ligesom, ja hvad skal man sige, alle mindre problemer dem fejede jeg væk, dem ville	
---	---	---	--

forhold til din livsstil? Alfred: Ja det har det absolut. Fordi efter jeg har fået diabetes, der har jeg fuldstændig skåret sukkeret væk. Alfred: Nej det gør jeg ikke, og jeg er fit for fight hver eneste dag.... Om sommeren vel og mærke. Om vinteren der er laver jeg noget jeg kan lide. Det gør jeg også til daglig, men altså... Interviewer: Men kan man sige, at det måske handler mere om livskvalitet om vinteren så? Alfred: Ja, det tror jeg faktisk. For der er jeg ude med min båd lidt mere og... ja. Interviewer: Men du virker jo til, at du stadig er aktiv, også om vinteren? Alfred: Det er jeg også. Jo, jeg er aktiv om	Interviewer: Så det påvirker dig ikke på nogen måde? Alfred: Nej, det gør det ikke. Altså jeg vil våge at påstå, hvis ikke det er nok inde i hovedet, at du skal være motiveret, så tror jeg ikke der er nogen ting der hjælper. Interviewer: Hvad nu hvis man lavede sådan et fælles forum, som for eksempel på Facebook eller sådan et eller andet, hvor man havde kontakt til dem man hade været på hold med? Alfred: Nu er jeg ikke på facebook, men det tror jeg måske mere på. Interviewer: Ja? Det kunne jo også være noget andet end Facebook, hvor man... Alfred: Ja, men nu har jeg et barnebarn der	jeg slet ikke tage mig af. Men jeg blev nok et andet menneske dengang. Men det er så... ja det var i '85. Alfred: Jeg ser nok ikke sygdommen som meget alvorlig, og det er det jo faktisk. Jeg ser nok ikke så alvorlig, som den overhovedet er. Fordi diabetes det er jo en ret alvorlig sygdom. Interviewer: Det er jo det. Men du siger jo også, at du ikke føler dig syg... Alfred: Nej det gør jeg ikke, og jeg er fit for fight hver eneste dag.... Om sommeren vel og mærke' Alfred: Nej heller ikke det, fordi så havde reaktionen været der. Nu har man lissom lagt det lidt på hylden, og det er jo faktisk lidt en skam. Og specielt nu på den her årstid, hvor vi om 14 dage skal igang med vores arbejde, så får jeg alt den motion jeg overhovedet har brug for.	
--	--	---	--

vinteren, men ikke i den grad som jeg er om sommeren. Interviewer: Så du føler godt, at du kunne være mere aktiv om vinteren, i forhold til din diabetes? Alfred: Ja, jeg skulle jo være meget mere aktiv, så ville jeg få det noget bedre. Alfred: Jamen det synes jeg faktisk, at det har været godt. Også fordi vi har været kaldt ind flere gange, ikke også. Interviewer: Ja, også med opfølgningerne? Alfred: Ja, netop. Og de har sådan set været fine. Der er så nogle gange, hvor jeg ikke kunne, der er nogle gange hvor jeg har svigtet. Fordi det har været arbejdet der er kommet i vejen der. Men ellers så synes jeg at det er fint at det følger op på det. Det	nok skal til at sætte mig ind i Facebook, han bliver ved med at rende ude ved mig og siger skal du ikke snart på facebook, så siger jeg, jamen jeg har ikke noget at bruge det til. Men det har man måske nok lidt alligevel. Man kan jo bare lade være med at bruge det mere end man har lyst til. Alfred: Ja, det var måske mere motiverende. Fordi så har man måske lidt man skal bevise overfor andre, selvom den eneste man skal bevise noget overfor, det er sig selv. Men det tror jeg sådan set snarere på, at det var måske en god motivation. Alfred: Ja, det tror jeg nu nok. Det tror jeg måske lidt mere på, hvis man fik sådan en	Og så kommer vi hen på efteråret, nå ja, men så skal man jo nok til at begynde at tænke på det igen. Men hvornår er det lige, at man skal begynde at tænke på det? Men lige at hanke op i nakken af sig selv... Alfred: Det er det. Og det behøves ikke engang at være særlig anstrengende hver dag. Jeg har jo også set i nogle udsendelser i fjernsynet, at det her hvor man virkelig bruger sig selv i 20 sekunder tre gange, har I set den udsendelse der? Det skulle give en masse. Og vi har jo grejerne til det ikke også. Og det er faktisk et rigtigt hyggeligt rum med fjernsyn oppe på væggene og koldvandsautomater og hele lortet. Interviewer: Hold da op, det virker til, at det eneste der mangler, det er sådan set bare en motivation for at gå derind.	
--	--	--	--

viser, at de stadigvæk interesserer sig for folk. Og det er jo meget opløftende. Interviewer: Hvad har opfølgningerne gjort for at bibeholde den motivation du havde under kursus? Alfred: Ikke særlig meget. Interviewer: Så de har ikke rigtig haft nogen effekt for dig? Alfred: Nej, det har de ikke. Alfred: Ja det var det. Og så vide noget mere om det, for vi har også haft nogle inde der fortalte en masse om diabetes. Og det var jo fantastisk. Mange ting man fik at vide, som man ikke vidste i forvejen. Alfred: Nej, det har det sådan set ikke. Jeg ved ikke om det er for at trøste mig selv en lille	aktiv gruppe inden for facebook, hvor man kommunikerer faktisk hver dag. Interviewer: Tænker du det ville være en fordel, hvis nu for eksempel (---) hun også var inde i den gruppe, så hun også kunne kommentere lidt? Alfred: Ja, det tror jeg faktisk. Jeg vil så ikke kigge på det om sommeren, men om vinteren vil jeg garanteret bruge det meget.	Alfred: Det er motivationen ja. Desværre. B2:...Og så har vi masser af tid. Men tid har jo ikke været en faktor om vinteren for mig. Alfred: Der SKAL ske noget andet! Fordi hvis man... Ja jeg kan så nemt forfalde til at sidde og glo på noget fjernsyn, og det gør min kone næsten aldrig. Det er en stor fare for mig, det er at sætte mig hen og være inaktiv. Fordi så ved jeg, så klapper man sammen. Interviewer: Så må vi se, om ikke I kan få sådan en igen. Følte du dig motiveret under tilbuddet, til at dyrke noget mere motion? Alfred: Ja. Det gjorde jeg, men jeg må så desværre sige, at når jeg gik hjem, så gik der ikke lang tid inden jeg, nårh ja, men nej. Jeg skal også til og igang med motion, men det	
---	--	---	--

smule, men når vi bliver pensionister, min kone hun har to år tilbage på gymnasiet, så bliver hun pensionist, eller så holder hun vist. Og så holder mit firma også. Så har jeg to sønner der skal overtage. Alfred: Ja, men problemet var også, at tilbuddet, da det stoppede, faktisk lige før vores sæson, og så blev det skubbet i baggrunden, fordi så havde jeg jo den motion jeg skulle bruge. Alfred: Ikke præcis når jeg kom hjem, men når jeg kom igang med min sæson, jamen så gik det i glemmebogen, fordi så startede vi kl. 7 og var tilbage kl. 7-8 stykker om aftenen ikke også. Interviewer: Det er jo det. Så da I så kom til vinterperioden, så var det som om, at tilbuddet det var gået i		gjorde jeg bare ikke. Alfred: Jamen det var jo, at jeg blev ved med at fokusere på den sygdom, faktisk. Jeg blev mere fokuseret på, at jeg har diabetes, jeg skal have min motion. Og det var sådan set det, kurset gjorde for mig. Interviewer: Det er jo det. Så da I så kom til vinterperioden, så var det som om, at tilbuddet det var gået i glemmebogen? Alfred: Ja, men det gjorde det jo. Men det er jo det det netop ikke skal. Det skal man jo mens man er stærk og fit for fight ikke også, så skal man jo bare fortsætte. Alfred: Så går jeg med, helt afgjort. Og det var så også i vinterperioden vi skulle køre mountainbike i skoven. Vi har jo (---)-plantage og vi har jo.. Jeg bor ude ved (---), og vi har jo alle klitterne derude vi	
--	--	---	--

glemmebogen? Alfred: Ja, men det gjorde det jo. Men det er jo det det netop ikke skal. Det skal man jo mens man er stærk og fit for fight ikke også, så skal man jo bare fortsætte. Alfred: Jamen de har været meget meget inspirerende. Det må jeg sige, det har de altså. De har været meget meget entusiastiske. Så, det. Og så har de påvirket mig meget. Interviewer: Så det har været positivt, tænker du? Alfred: Ja, det må man sige, det har det. Alfred: Ja, hvordan kom det til udtryk? Det var bare en positiv oplevelse hver eneste gang. De var meget entusiastiske og... Interviewer: Fik de dig		kan køre i. Interviewer: Okay, så mulighederne er der? Alfred: Muligheder er der rigtig mange af. Interviewer: Det lyder jo dejligt. Hvordan påvirker det dig, at din kone gerne vil have dig til at leve lidt sundere? Alfred: Hun går ikke sådan og jagter mig. Det har hun opgivet for lang tid siden. Interviewer: Det nytter ikke noget? Alfred: Ja, det er det. Det har jeg så også lagt på hylden for en fire år siden. Interviewer: Okay? Men det er jo også noget der påvirker din diabetes positivt kan man sige... Alfred: Ja, det er det. Og livslængden måske. Det ved man aldrig. Nu har jeg røget i.. ja jeg ved ikke, (10-15 år). Så stoppede jeg så definitivt for fire år	
--	--	--	--

til at ændre på nogen ting? Alfred: Nej sådan set ikke. Hæhæ, men det har bare gjort det til en god oplevelse at komme herind. Alfred: Jeg tror nok det er generelt for alle dem der er herinde, at de er bare som de er, det tror jeg. Alfred: Jamen ikke på andre måder, end at jeg har følt mig glad herinde. Men det har ikke gjort noget ved min motion hjemme, det har det ikke. Alfred: Jamen det er jo også generel sundhed. Vi har jo faktisk altid levet forholdsvis sundt. Men før jeg for eksempel fik diabetes, der kunne jeg ikke drømme om, at spise aftensmad, uden der var kartofler og sovs. Og det får vi stort set aldrig		siden. Interviewer: Okay? Hvad fik dig til at stoppe? Alfred: Jamen det var simpelthen fordi jeg var blevet lidt bange for det, det var det. Jamen jeg har frygteligt lyst til at ryge, og det har jeg måske stadigvæk... Narj, i dag siger det mig ikke rigtig noget. Men dengang havde jeg meget svært ved at holde. Jeg prøvede mange gange. Interviewer: Men siger du, at det var frygten, der motiverede dig til at holde op? Alfred: Ja, det var det faktisk. Også fordi jeg har haft cancer engang for mange år siden, der burde jeg have holdt dengang, men det gjorde jeg ikke. Interviewer: Ja, det var jo helt normalt. Hvad er det, du frygter der ville ske, hvis du fortsætter med at ryge?	
--	--	---	--

mere. Alfred: Ja, det gør jeg. Altså vi er ikke sundhedsfanatikere, slet ikke. Men vi får en rød bøf, og vi får frikadeller ind imellem og hvad der ellers er, men vi spiser aldrig nogensinde et måltid, uden der er masser af grøntsager. Vi spiser kartofler, ikke engang om ugen, men engang hver fjortenes dag. Og jeg elsker kartofler. Alfred: Nej det har jeg faktisk ikke. Fordi de gør hvad de kan. Og er folk ikke motiverede, hvis ikke det rammer folk, jamen så sker der ingenting. Man kan bestemt ikke sige, at når forløbet det er færdigt, så er man glemt. Den følelse har jeg ikke.		Alfred: Jamen måske en blodprop mere, og lungekræft, min bror han er død af lungesygdom. Og sådan noget rædsel der, det som alle mennesker frygter når de ryger. Interviewer: Tænker du over sådan noget som sendiabetiske komplikationer? Alfred: Ja. Det gør jeg faktisk. Interviewer: Har det noget at sige i forhold til kosten? Alfred: Ja, det har det også. Det frygter jeg sådan set meget. Og jeg går til tjek to gange om året oppe i (---), som var meget positive hver gang. Interviewer: Så det har også en indflydelse på, at du vælger at leve sundt? Alfred: Ja, det har det absolut. Fordi deroppe der får du jo et langtidsal.	
--	--	---	--

Kodning, kategorisering og kondensering af interviewtransskription med informant Bent

Oplevet ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne	Fællesskab (Facebook og træningsmakker)	Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer	Visualisering af mål for sundhed
- Oplevelse af tilbuddet - Oplevet opnået sundhedsadfærd - Barrierer - Sundt/godt liv - Fællesskab	- Fællesskab - Støtte - Motivation	- Sygdomsoplevelse - - Bekymring/frygt/angst - Støtte - Motivation	- Støtte - Motivation
Bent: Nu talte vi om chokolade før og jeg kunne sgu godt spise en hel æske fyldt chokolade og det kan jeg stadigvæk. Bent: Jeg tager ikke så meget hensyn til det, men efter jeg er kommet på det der diabetes i(---) , det kursus, så noget at det, det er motion. Jeg går til motion 2 gange om ugen med de der	Bent: naeh men altså de sagde at det var godt og på et tidspunkt () der gik vi ude i klitterne op og ned. Så vi startede med at vi havde noget træning i gruppen med de 5 og der fik vi så pulsen op så blev vi sendt ind i det der motionscenter bagefter. Interviewer: oplever du at der er andre omkring dig der prøver at påvirke din sundhed? Bent: ja min kone. Det	Bent: Og så siger lægen at du har sukkersyge og det tænkte jeg aldrig særlig meget over. Jeg synes aldrig det var noget problem og jeg vil nok også sige at det først efter jeg kom på tilbuddet i (---) at jeg begyndte at spekulere på hvad det i grunden er jeg spiser. Interviewer: Føler du dig syg? Bent: neej... altså nu har jeg jo. Jeg skal til	Bent: der tror jeg at jeg må gribe i egen barm. Det kunne de jo godt men de kunne måske godt se hvor motiverede vi var de forskellige. Motivationen den kan jo også mangle og nu har man måske også gjort det godt i dag og skal ikke gøre mere i dag (). Interviewer: du talte lidt om du vægt. Har du nogle mål i forhold til den? Bent: nej jeg vil godt tabe mig lidt, men der

gamle piger som min kone hun talte om. Og jeg tager det der diabetes medicin, men men helt ærligt så føler jeg nok at det ikke er noget problem. Jeg meldte mig ind i diabetesforeningen, så nu får jeg en masse post fra dem. Men jeg prøver at spise lidt sundere. Bent: Jeg kan godt lide at drikke vin, vi drikker vin hver dag, det gør min kone for det meste også. Inden vi spiser så får jeg et par drinks, jeg får nogle gange, en periode så får jeg et par whiskysjusser og foreløbig får jeg et par Gin og tonic og der har jeg læst at det er sundt. det er ikke det sundest	er også den eneste. Bent: Jeg er ikke en social anlagt person. Men jeg er ikke social. Jeg har haft et job hvor jeg har talt med mange mennesker og så efter at jeg er holdt op med at arbejde, så nyder jeg stilheden. Og hvis min kone skal ud at rejse en dag eller to, så skal hun ikke fortælle naboen at jeg er alene hjemme. Interviewer: motiverede de dig? Bent: nej ikke. Det tror jeg ikke. Jeg synes at de var søde og venlige. men small talk det er ikke lige.. Interviewer: i kunne ikke give hinanden noget? Bent: nej så tæt kom de ikke på mig. Bent: det der diabetes type 2 jeg har. Jeg oplever det som et	øjelægen. Og jeg skal til fodterapeut. Det har min kone bestilt tid til. Bent: det har jeg svært ved. Så skulle jeg blive rigtig syg. Altså det jeg nok føler nogle gange, er at sådan nogle læger () de siger du har fået diabetes og du tager det jo ikke alvorligt () jeg ved ikke om de skulle lave en skrækkampagne for at sige, jamen det kan jo godt være alvorligt det der. Men nu kan i også høre at det er ikke fordi jeg tager det specielt alvorligt. Jeg ved at jeg har det og jeg tænker på det i nogle situationer men det så det. Bent: altså lægerne.. kan man sige at diabetes type 2 er en alvorlig sygdom, ja det kan man vel godt sige. Jeg føler måske at når	mangler jeg lidt, skal du spise sådan og sådan og inderst inde så er jeg ikke så interesseret. Jeg vil også spise det jeg godt kan lide. Interviewer: hvad er det der motiverer dig i det daglige, for at komme ned at træne og for ikke at hælde de her 10 skefulde sukker i din kaffe? Bent: det er pga diabetesen. Jeg ved at for meget sukker er usundt for det. Interviewer: så det at du ser nogle forbedringer, er det med til at motivere dig? Bent: ja ja det er klart at det er. Interviewer: oplever du at du har den samme motivation nu som da du gik på tilbuddet? Bent: ja det synes jeg. Det kan godt være det er
---	--	--	--

at ryge. Bent: Så det gør, men når vi taler om det der kursus, så vil jeg sige at før jeg begyndte deroppe der spekulerede jeg ikke på det det. Bent: Men generelt så tager jeg mere hensyn til diabetes end jeg gjorde før jeg gik deroppe, men det er sådan noget jeg spekulerer ikke på det. og hvis der er noget jeg godt kan lide, tage lidt rødvin og chokolade og tobak, så.. altså jeg har den indstilling at jeg vil hellere have et godt liv end at gå hele tiden og passe på. Interviewer: Hvad	problem at nogle af dem du er sammen de kan ikke hjælpe med det der. Jeg ved udmærket godt at det er mig selv der skal hjælpe med det. Og des mere chokolade jeg spiser, des flere drinks jeg tager (). Konen køber altid mørk chokolade, men hvis jeg skal bestemme skal det være mælkechokolade. Interviewer: så det fællesskab der nu var, er det noget du mærker noget til i dag. Bent: nej (), men ham der var nu en hyggelig fyr. Han var meget modsat os andre. Men nej det gør jeg nu ikke. Interviewer: mulighed for at kontakte en af de sundhedsprofessionelle? Bent: det ville jeg ikke være interesseret i. Interviewer: hvad tænker du omkring	du får at vide at du har diabetes, at så skal man uddybe de bivirkninger der er i forbindelse med det. altså mange læger de har jo travlt og så du kommer ind og snakke med en sygeplejerske med en tallerken som forklarer hvordan du skal spise. Så vejes du også og får at vide at du skal vejes. Det der er skræmmende er at jeg tabte 10 kg. Og min kone siger () jeg vejer 92 jeg vejede 102 før der. Jeg synes det er fint. Det kan måske være noget med den motion jeg får, at jeg kan holde vægten dernede. Bent: jeg tror det er svært. Det jeg har tænkt på bagefter det er at du måske nok skal forklare at det kan være alvorligt det her. Men så () på det	dæmpet lidt. Men det er noget jeg tænker over. Interviewer: Kunne de støtte dig lidt bedre, de her opfølgninger? Bent: det tror jeg ikke Interviewer: påvirker hun din kost? Bent: ja, men hun har jo også ret i så meget. Vi spiser meget is. Og det bedste is du kan få i Danmark det er Ryåis. Og så købte min kone () og det har er heller ikke specielt sundt men hun spiser lige så meget is som jeg gør, måske mere. Hun køber overhovedet ikke slik til mig fremover. Men hvis jeg er med ude at handle har jeg altid et eller andet i kurven som jeg har gemt nedenunder. Vi spiser jo anderledes nu. Vi spiser aldrig sovs for eksempel. Interviewer: Oplevede
--	--	--	--

er det gode og sunde liv, for dig? Bent: jeg vil ikke sige sundt men godt. Jeg kunne leve meget sundere end jeg gør i dag, men et godt liv det er at jeg kan de ting. Min kone og jeg synes det er træls her om vinteren så vi tager ud at rejse 3 eller 4 gange om året for at komme væk og få noget sol. Vi tager på krydstogt hvert år og det er godt og nu skal vi på krydstogt her omkring 1 juni og vi har bestilt det der all inklusive på båden. Dvs. du kan sidde og drikke kaffe men du kan også sidde og tage nogle drinks. Og nu er det ikke fordi vi drikker os skide	fællesskabet? Bent: det var nu hyggeligt at møde dem og jeg kunne ryge med (---) og han havde altid nogle kommentarer vi kunne grine over. (om fælles forum) Bent: det kan godt være at det kunne støtte mig, men jeg ville ikke være interesseret i det. Interviewer: hvordan kan det være? Bent: fordi at jeg er ikke særlig social. Bent: Men der kunne jo komme en der fortalte noget om hvad der skete med forbedringer med diabetes type 2 som jeg kunne bruge til noget. Men ellers er det. jeg er ikke særlig social. Interviewer: det fællesskab i har sammen er det noget der motiverer dig til at komme ned at træne?	kursus får at du at vide, at hvis du har diabetes type 2 så forsvinder den nok aldrig. Men du kan leve sundere og gøre nogle ting så holder du den nede. Bent: jeg bad om at få noget støtte til det der. Men de havde nogle aktiviteter man skulle gå til. jeg kan huske vi gik nede i plantagerne i (---). Der var jeg simpelthen færdig og overanstrengt så de næsten måtte slæbe mig op af bakken. Men jeg synes alligevel at det var godt og det med at få pulsen op. Interviewer: hvad tænker du at konsekvensen af det her det er for dig? Bent: det kan vel være at jeg bliver mere dårlig. Men så () ham	du at du blev motiveret af nogle af de sundhedsprofessionelle? Bent: ja det gjorde jeg jo. De snakkede meget om kost. Om motion og. Måler nogle gange blodsukker. Interviewer: Om tydeliggørelse af mål. Bent: ja det tror jeg godt at det kunne. Fordi når du så sidder og hører på det, så tænker du om det men når du så går ud så har du måske glemt det igen () i forbindelse med diabetes type 2 så kan du tage den her en gang om uge og se på det så du har nogle konkrete mål. Interviewer: gevinst fx en medalje eller diplom, eller noget økonomisk? Bent: det er jeg heller ikke interesseret i.
--	---	---	--

beruset, men jeg synes at det er hyggeligt og vi kan sidde og spille kort eller vi kan gå i svømmingpoolen på båden. Det synes jeg er et godt liv. Bent: når jeg er i bad om morgenen, så når jeg står under bruseren, så skal du ned og have en god pibe tobak. Det synes jeg er det gode liv og jeg har holdt total op med at ryge cigaretter så det er nok en fordel. Pibe det er sgu nok lige så usundt som det andet. Bent: ja, altså efter jeg har røget de 20 jeg købte oppe i(---), så stoppede det. så ryger jeg kun pibe.	Bent: jamen det er fordi vi har en aftale. Han kan ikke køre bil længere så hans kone kører om fredagen og så kører jeg om onsdagen og det.. (...) skal have gangstativ med. Så den bliver sat ind i bilen så kører vi derud af. Interviewer: så det er lidt forpligtigelse. Bent: ja det må man sige. Netop derfor. Så vi tager derud de her to gange om ugen. Og (---) han sidder ovre på cyklen mens jeg går på båndet og råber ret dig op (---). Jeg er vant til at falde lidt ned og skal rette mig op. Og jeg siger (---) cykel, cykel. Han er typen, at hvis han kan slippe udenom så gør han det. Interviewer: så det er lidt forpligtigelse. Bent: ja det må man	lægen de der fodsår, det er fint. Den der pille du skal tage om aftenen den dropper vi og så nøjes du med en. Og så tænkte jeg ved mig selv, at det går sgu fremad. Bent: ja det er også derfor jeg skal til øjenlægen. Jeg tror først det er noget der kommer den dag hvor du ikke kan se. Hvor du ser hvad det fører til. det var også ærgerligt at du ikke holdte fast i det der. Men så længe det går godt så. Jeg tror vi mennesker er sådan her, jamen det går jo godt nok. I: er det noget du tænker på i det daglige? Bent: nej Interviewer: du nævnte tidligere noget med at du ville gerne	
--	--	---	--

Bent: jeg er blevet mere bevidst om det der diabetes () det skal du gøre og det skal du ikke gøre. Men jeg tænker på, at også hvis det er noget med for meget sukker der er i. Nu bruger jeg kun sødetabletter. Tidligere brugte jeg 5-10 teskefuld sukker i én kop. Så der er nogle ting. Og så er der det For jeg har jo aldrig dyrket motion før, så pulsen den var høj. Jeg sagde til ham, sig mig kan man dø at det her. Så siger han nej nej, (---), du skal bare cykle hurtigere og hurtigere så lever du længere. Men det er nok fordi jeg var bange for at dø, men jeg har jo aldrig rigtig	sige. Netop derfor. Så vi tager derud de her to gange om ugen. Og (---) han sidder ovre på cyklen mens jeg går på båndet og råber ret dig op (---). Jeg er vant til at falde lidt ned og skal rette mig op. Og jeg siger (---) cykel, cykel. Han er typen, at hvis han kan slippe udenom så gør han det.	lægen havde været mere direkte overfor dig Bent: ja at det var mere alvorligt det der. Altså jeg oplevede det ikke som. Eller ved ikke om man skal opleve det alvorligt, men altså. Mange ting () når du har diabetes type 2, så er der nogle ting du skal følge her og hvis ikke du gøre det, så kan du risikere de og de ting. Du oplevede bare at du får en tallerken af en sygeplejerske der fortæller lidt om hvad du skal have at spise. Altså mere alvor i. Interviewer: skulle de her senkomplikationer tydeliggøres noget mere? Bent: ja lige netop. De skulle fremhæve, at hvis det fortsætter det her så kan du risikere at du bliver blind.	
---	---	---	--

motioneret og det. Nå motionerer jeg to gange om ugen ude på noget der hedder (---) det er et plejehjem for ældre og det synes jeg faktisk er hyggeligt. med motion. Interviewer: hvad du gør anderledes i dag i henhold til før du deltog i kurset? Bent: jamen jeg tænker mere på det jeg spiser. Men jeg er ikke fanatiker. Jeg tænker også på rygning, nu holdte jeg jo op med cigaretter og ryger så kun pibe. I: ja og så er du startet nede til træning? Hvor ofte var det? Bent: jeg går to gange om ugen.		Bent: Jeg troede først da jeg kom op på det her sundhedscenter, at nu når du har diabetes type 2 så har du det og det forsvinder aldrig. Jeg troede måske () at hvis du spiser lidt anderledes, så næste gang du kommer så er det væk. Bent: jeg tror det der med at støtte og motivere. Jeg tror jeg er sådan at. Jeg ved selv hvad jeg vil. Så skulle der måske være mere dramatik i det. at du risikere at du bliver blind () der er nogen der går rundt med en legoklods i skoene uden at kunne mærke det. og der skulle måske være lidt mere dramatik i det. der er noget du må tage hensyn til. Interviewer: så ligesom at tydeliggøre	
---	--	---	--

Bent: man kan jo ikke sige at fordi jeg er begyndt på at spise mindre sukker, så har jeg det meget bedre sådan oplever jeg det i al fald ikke. Men jeg oplever det som at det er usund for mig at gøre det. Bent: Jeg kunne godt tænke mig at tabe 10 kg. Så er jeg for doven og synes at der er mange gode ting her i tilværelsen som du skal sige nej til. Interviewer: men du taler meget om det her med at rejse og nyde livet med et godt glas vin. Bent: ja det er rigtigt, det er det gode liv.		hvor alvorligt det er. Bent: ja altså uden at folk sikker at bryder sammen. men hvordan de kan støtte mig. Jeg tror at nogle mennesker siger, at der er ingen der skal støtte mig. Det skal først vende det hele den dag det er blevet alvor. Interviewer: så det kunne gøre det konkret for dig at have det nedskrevet. Bent: ja det kunne måske giver lidt mere alvor i det. for mit problem det er at jeg tager det ikke særlig alvorligt.	
--	--	---	--

Interviewer: føler du at du har mere motivation i dag, end du havde under tilbuddet? Bent: ja det har jeg jo fordi dengang før tilbuddet der tænkte jeg overhovedet ikke på det. jeg vidste jo godt hvordan man skulle, men efter at jeg havde været til tilbuddet så er jeg klar over, at motionen og hvad du spiser, hvor meget sukker, det har gjort tilbuddet at jeg tænker over at der er mange ting du godt kan. Interviewer: så du er blevet bevidst om nogle ting på tilbuddet? Bent: altså nu spiser vi også salat. Det gjorde jeg ikke før, men nu får vi			
---	--	--	--

salat, det er lidt sundere og det er faktisk mig der laver mad i det her hus. Min kone får morgenmad på sengen kl 6 og så kan vi se news, hvad der er sket i løbet af natten og så laver jeg aftensmad. Interviewer: du har holdt fast i de ting du har fået derfra? Bent: ja det tror jeg ja. Interviewer: tænker du at opfølgningerne har været med til at beholde en form for motivation efter tilbuddet er sluttet. Bent: nej for jeg synes de der opfølgninger der de... en gang først kontrol, der var jeg ude at rejse. Men			
---	--	--	--

jeg har måske været til de to eller tre gange. To gange tror jeg og nej det har ikke nogen indvirkning på mig.			
--	--	--	--

Kodning, kategorisering og kondensering af interviewtransskription med informant Claus

Oplevet ændret sundhedsadfærd gennem tilbuddet og opfølgningerne	Fællesskab (Facebook og træningsmakker)	Tydeliggørelse af risiko for sendiabetiske komplikationer	Visualisering af mål for sundhed
- Oplevelse af tilbuddet - Oplevet opnået sundhedsadfærd - Barrierer - Sundt/godt liv - Fællesskab	- Fællesskab - Støtte - Motivation	- Sygdomsoplevelse - Bekymring/frygt/angst - Støtte - Motivation	- Støtte - Motivation
Interviewer: Det er jo dejligt. Jimmy, hvad er et sundt liv for dig? Claus: Det er nok det modsatte end det er for jer. Interviewer: Handler det om, at det skal	Claus: Vi har snakket om så mange mærkelige ting deroppe, ikke. Jo, det var noget med nogle forudsætninger, at man skulle gå til idræt, og man skulle gå ture, og ud og cykle og jeg ved ikke hvad. Jeg solgte min cykel her for	Interviewer: Føler du, at du er syg, nu når du har den her diagnose? Claus: Nej, man kan godt mærke det, men altså jeg føler ikke at jeg er syg. Claus: Ikke andet end når jeg skal tage alt det	Interviewer: Hvis man skulle tale om en motivation for at leve sundt efter det her tilbud, hvad tænker du så, ville kunne støtte dig?

være et godt liv? Claus: Ja helst da. Det gør det vel for de fleste. Interviewer: Ja, hvad indebærer det? Claus: Det indebærer at leve på en måde så man har det godt. Claus: Jamen altså man prioriterer vel tilværelsen sådan rimelig højt, ikke. Man er vel glad for livet, det er de fleste af os. Og hvad jeg laver? Jamen jeg slår græs engang imellem, og går og laver lidt forskelligt her, maler lidt på huset. Interviewer: Er det det, der får dig til at have det godt i hverdagen, at du kan de ting? Claus: Det er da nok med til det, at man synes at man har det	nylig. Claus: Altså jeg kan få det i kraft af, at opleve sammen med andre mennesker, vi snakker om tingene. Så kan man så kan man sidde og danne sig en motivation om et eller andet. Men ellers så tror jeg ikke. Interviewer: Oplever du, at der er nogen udefra, der forsøger at påvirke din sundhed? Claus: Altså det vil der jo altid være. Interviewer: Ja? hvem tænker du kan have indflydelse på det? Claus: Jamen det er som regel ens nærmeste omgivelser, ikke? Interviewer: Familien måske? Claus: Ja, blandt andet, ikke. Interviewer: Hvordan påvirker det dig? Claus: Overhovedet ikke.	medicin. Claus: Jamen jeg kender da nogen der har haft det værre, ikke. Så ud fra det grundlag kan jeg sige, at jeg har det meget godt. Claus: Man synes jo altid selv, at det er ikke en selv det går ud over vel. Interviewer: Så det er det, der driver dig, hvis du skal gøre nogle sunde tiltag? Claus: Jo, hele vejen igennem. Det skal jo være noget man har lyst til. Interviewer: En viden om din sygdom. Claus: Eller folkesygdom. Interviewer: Hvad betyder den her risiko der er, for at få sendiabetiske komplikationer? Hvad betyder den for dig? Claus: Vel som det gør for de fleste mennesker,	Claus: Der bliver jeg svar skyldig. Det ved jeg ikke. Interviewer: Da du gik på tilbuddet og da du lavede de her mål, der må du jo næsten have haft en eller anden form for motivation for, at udføre målene, på et eller andet plan? Claus: Nogle af dem, ja. Interviewer: Den her motivation, er det noget der har hængt ved? Eller er det noget der har ændret sig? Claus: Nej altså jamen du ved, man har mange planer, der ikke bliver til noget. Nu kommer
---	--	--	---

godt, og at man også kan lidt ikke, selvom det jo selvfølgelig er begrænset i forhold til da man var 20. Interviewer: Er der noget du gør anderledes i dag, efter du har været på det her tilbud, end du gjorde før? Claus: Egentlig ikke. Interviewer: Nej? Så du lever egentlig livet som... Claus: Lige som jeg plejer. Claus:...Og for at leve et godt liv, så kan man jo heller ikke forsage alting vel. Og så må man jo vælge, ikke. Claus: Det tror jeg som egentlig også jeg har, sådan rimeligt stabilt blodsukker. Og det er da heller ikke sådan, at jeg ikke passer på	Interviewer: Hvordan oplever du, at de sundhedsprofessionelle på det her tilbud har forsøgt at påvirke din sundhed? Claus: Jamen de har da gjort hvad de kunne, helt sikkert. Interviewer: Ja, det er det jo. Nu nævnte du fællesskabet før, som du har oplevet på tilbuddet. Føler du, at det har været med til at påvirke din motivation, for at leve sundt? Claus: Det tror jeg, at jeg sagde til dig før. Altså ikke ud over det. Interviewer: Har det været det, at du kunne dele erfaringer med andre? Claus: Ja, blandt andet. Interviewer: Har de andre på holdet været med til at... Claus: At de andre har delt erfaringer med mig, det har jeg haft meget fornøjelse af. Interviewer: Hvordan føler	og også dem der ryger, at man skubber det væk. Interviewer: Så det er ikke noget du tænker over? Claus: Nej, altså det ville jo blive et frygteligt liv, hvis man skulle gå og tænke på, at man bliver invalideret på en eller anden måde om ganske kort tid, ikke. Altså det er jo ikke noget man skal gå og tænke på, så bliver man psykisk syg.	sommeren jo igang, og så begynder man vel at blive lidt mere aktiv. Claus: Jamen det er det, fordi at... ja hvad pokker skal man sige? Det ved jeg faktisk ikke hvordan den kommer til mig, motivationen. Der er vel den motivation der er hos mig, og så er der ikke mere. Interviewer: Hvad oplever du den her motivation som, er det noget som skal komme inde fra, eller er det noget som... Claus: Nej men altså, jeg tror den motivation jeg har, det er det jeg altid har haft,
---	---	---	--

med hvad jeg spiser og sådan noget. Interviewer: Så du tænker alligevel lidt over det? Claus: Jeg tænker da over det, det er klart. Claus: Jamen det er jo klart. Altså jo mere man bliver præneret med ting og sager ikke, som man bør gøre, så kan man jo ikke undgå at tænke over nogle ting. Men altså på den anden side vil jeg sgu heller ikke forsage alting. Fordi så bliver livet trist. Interviewer: Føler du, at du tager lidt af de budskaber til dig? Claus: Ja, absolut... Det jeg kan huske. Claus: Nårh jamen altså du lærer jo altid noget. Så er det lige meget hvad det er, man har med at gøre	du, at fællesskabet påvirker dig i dag? Er der nogen du stadig snakker med? Claus: Nej, det er der ikke. Der er jo ikke noget fællesskab. Altså vi ses et par timer, engang om ugen eller sådan noget, og mere var der ikke. Det er her og nu, og så er det overstået. Interviewer: Tænker du, at hvis man bibeholder det her fællesskab, at det ville kunne påvirke din motivation i dag? At du havde nogle at sparre med hele tiden? Claus: Nå, jamen det ville da altid kunne påvirke det på en eller anden måde, hvis man deler sine oplevelser eller sit dagligliv angående ens sygdom. Det er jo nemmere at snakke med nogen, der selv har problemer inden for dørene, frem for nogen der ikke forstår en pind. Interviewer: Og det er måske også noget, som du kan få fra de andre	ikke. Det hjælper ikke noget at få at vide, at jeg skal gøre sådan og sådan, det giver mig ikke meget mere motivation. Claus: Jamen man har jo selv en ide om, hvad man gerne vil og have ikke. Og så det man får at vide, at man skal, det er jo lidt anderledes ikke. Så der har man jo en lille kamp med sig selv, ikke. Interviewer: Det er jo rigtigt, som man jo skal overvinde, hvis man skal... Claus: Ja, nogle gange kan man, og nogle gange så falder man i,
---	--	---

ikke også. Så det var da en oplevelse at komme op og se nogle andre mennesker, og prøve at høre nogle andre ting. Jeg tror da nok, at det man har mest ud af, det er at høre andres situationer også ikke, så man kan sætte det i relief til det. Interviewer: Tænker du, at tilbuddet har gjort noget for at støtte dig? Claus: Ja, det har vel fået mig til at blive ved med at huske nogle ting. Claus: Ja altså man har lige fået en opfriskning. Det er jo også mange år siden. Claus: Nej det har de sådan set ikke, men det har jo også noget at gøre med ens... Ja hvad skal man sige?	deltagere, men som man ikke får fra de sundhedsprofessionelle? Claus: Nej, det tror jeg ikke. Jeg tror livet går sin gang, lige som alt det andet, ikke. Interviewer: Har du selv nogle bud på, hvordan de her opfølgninger de kan blive bedre til at støtte borgere til at bibeholde den her motivation? Claus: Jo men jeg tror da, at der er mange, som har udemærket af det, hvis ikke at de ved bedre, så er det jo rart at få luftet sine tanker sammen med nogle andre. Claus: Jamen det er da højst tænkeligt. Altså man kan da få behov for at kunne kontakte en og spørge om noget, og så videre, ikke. Interviewer: Hvad tænker du om, hvis man lavede et fælles forum, for eksempel på facebook, for jer der gik på det her diabeteshold, hvor I havde en lukket		ikke. Claus: Uha der er jo ikke plads til alt det hun har sagt vi skulle skrive ned. Nej jeg har ikke haft plads til at hænge op. Det tror jeg ikke. Altså nogle skriver og skriver, og det synes jeg ikke. Der er nogle ting, jeg har taget med hjem, men det ligger et eller andet sted i en skuffe tror jeg nok. Claus: Altså dem prøver man jo at huske, ikke. Claus: Nej, det ville det bestemt ikke, jeg ville da nødig gå og kigge på det hver dag.
---	---	--	--

Nu spørger du til mit velbefindende før, og så vil jeg sige, at man skal vel lave det efter ens eget velbefindende, ikke. Du skal jo ikke gå ud og foretage dig noget så du ikke har det godt med. Det synes jeg, at jeg er for gammel til, så det behøver jeg jo ikke. Det er jo ikke noget ved for mig at blive 90 år, og så have det ad helvede til i 10 år. Claus: Så vil jeg hellere nøjes med 80, ikke. Hvis jeg er så heldig, det ved jeg jo heller ikke, jeg kan jo også dø i morgen. Interviewer: Det ved vi heldigvis ikke noget om. Claus: Så ville man da ærgre sig, hvis man havde forsat alting.	gruppe, hvor I kunne tale sammen når I havde lyst? Claus: Åh ja, altså det ved jeg ikke. Det kunne man vel godt. Interviewer: Nu ved jeg ikke, om du overhovedet har Facebook, men... Claus: Jo det var noget med en gruppe på Facebook. Men altså, ved du hvad, jeg er godt nok med, men jeg gider ikke at sidde og læse alt det der. Nej. Claus: Nej altså ikke hvis jeg bare skulle have at vide, at nu havde de været ude og løbe eller noget. Det er jeg fuldstændig ligeglad med. Det er jo en personlig sag. Interviewer: Hvad hvis der var nogle fysiske fælles arrangementer, hvor I kunne mødes? Claus: Jo, det kunne da godt være. Det vil jeg da ikke udelukke. Claus: Jamen det kunne man da godt, altså. Det skal	Claus: Hvis der var en økonomisk gevindst, så kunne det da godt være. Men alt det andet, det har jeg sgu nok af. Nej, det kommer da an på, hvordan du ville udsætte en dusør for et eller andet eller sådan noget, det ved jeg ikke. Claus: Så er det jo ikke nogen gevindst, hvis jeg selv skal betale det. Claus: Nej, det vil jeg da ikke udelukke. Jeg går jo ned og tipper på lotto eller sådan noget hver uge. Jeg ved godt, at jeg ikke vinder, men altså på den
--	---	--

Claus: Jamen det er en form for livskvalitet for mig, at have det så godt som muligt hver dag. Claus: Noget. Altså du tager jo altid noget til dig, ikke. Men derfra, og så til at man fuldfører hele programmet, det er så en anden side af sagen. Interviewer: Det er jo det. Men du føler alligevel, at der har været noget af det, du kunne bruge? Claus: Ja jeg lærer da noget om min situation, på en eller anden mærkelig måde. Interviewer: Kan du prøve at fortælle, hvad du føler du har fået ud af det? Claus: Jamen altså, hvad føler man, og	jo selvfølgelig bare ikke være hver uge eller hver måned eller sådan noget. Men derfor kunne man da godt lave en opsamling engang imellem. Lige mødes og snakke sammen. Men det kræver jo, at folk vil møde til det. Jeg tror faktisk at de fleste af de gange jeg mødte op på det kursus der, der var der stort frafald, ikke. Konstant. Og de sidste tre gange, hvor vi skulle til de efterfølgene her, ja, en eller to gange, der har jeg været alene. Og sidste gang, der kom så min ven dernede fra (---) af. Ved du hvad, det giver jeg jo ikke ret meget for.		anden side, hvis jeg ikke spiller, så vinder jeg slet ikke noget vel. Og sådan er det.
---	---	--	---

hvad føler man. Det er da viden om de problemer man har, det er jo meget rart at have, ikke. Det er vel det, jeg har fået ud af det. Hvis ikke jeg havde deltaget, så havde jeg jo ikke vidst en pind om det. Interviewer: Er der noget, du oplever, der forhindrer dig i, at opnå dine mål for sundhed? Det kan både være noget fysisk, eller noget psykisk? Claus: Jamen det er nok noget psykisk så. Claus: Jo jo, det har jeg sagt, ikke altså. På sin vis, ikke. Man retter sig efter noget, men aldrig 100%. Interviewer: Hvad havde du af forventninger til de her opfølgninger?			
--	--	--	--

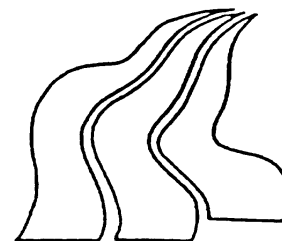
Claus: Jamen jeg havde ikke nogen forventninger, jeg tager tingene som de kommer, og ser hvad der sker. Men jeg prøver at fuldføre, hvis jeg har meldt mig til det, så fuldfører jeg det så vidt muligt jeg kan. Fordi det skylder man jo også dem der laver det. Interviewer: Så der ligger også en forpligtigelse, når først man har sagt A, så må man også sige B? Claus: Jamen det synes jeg da der gør i alting. Hvis man siger ja til noget, så er der jo en forpligtigelse til at overholder det, ikke.			
---	--	--	--

Bilag 10: Samtykkeerklæring til observationen

Aalborg Universitet

Institut for Medicin og sundhedsteknologi

Folkesundhedsvidenskab



Samtykkeerklæring

Til deltagere og sundhedsprofessionelle på diabetesrehabiliteringstilbud

Dette er en samtykkeerklæring til en observation i forbindelse med et speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Observationen består af to studerendes tilstedeværelse under hele opfølgningen. Der vil blive taget noter undervejs, men ingen personidentificerbare oplysninger vil blive noteret.

Specialets emne og formål:

Emnet er type 2 diabetes rehabiliteringstilbud. Formålet er at forbedre eller fastholde den effekt der er opnået hos deltagerne efter tilbuddets afslutning.

På baggrund af ovenstående, er det vigtigt, at du godkender nedenstående:

Jeg har forstået, at min anonymitet vil blive beskyttet og at alle noter samt observationen, som bruges til specialet, ikke vil indeholde navne eller andre personlige kendetegn.

Jeg er indforstået med, at noter fra observationen bliver opbevaret sikkert og forsvarligt samt destrueres efter specialets afslutning.

Mit bidrag til observationen er frivillig jeg har ret til at sige nej til at indgå i den noterede observation.

Jeg har forstået, at jeg frit og på ethvert tidspunkt kan stille spørgsmål i forbindelse med specialet. Spørgsmål kan stilles til Catherina Lauritzen via telefonnummer eller e-mail, som fremgår nederst i dette dokument.

Jeg giver hermed samtykke til at bidrage til observationen:

Ja _____ Nej _____

Underskrift _____ Dato _____

Kontakt: Catherina Lauritzen

Mail: Cals14@student.aau.dk

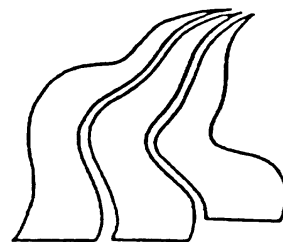
Tlf.: 25 34 80 47

Bilag 11: Samtykkeerklæring til interview

Aalborg Universitet

Institut for Medicin og sundhedsteknologi

Folkesundhedsvidenskab



Samtykkeerklæring

Til deltagere på diabetesrehabiliteringstilbud

Dette er en samtykke-erklæring til et individuel interview i forbindelse med et speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Interviewet består af en individuel samtale med en af de specialestuderende og vil varer omkring 30 minutter. Under samtalen vil en anden specialestuderende observere. Interviewet vil blive optaget med henblik på senere nedskrivning. Interviewet vil finde sted hos borgeren selv med mindre andet aftales.

Specialets emne og formål:

Emnet er type 2 diabetes rehabilitering. Formålet er at forbedre eller fastholde den effekt der er opnået hos deltagerne efter tilbuddets afslutning.

På baggrund af ovenstående, er det vigtigt, at du godkender nedenstående:

Jeg har forstået, at min anonymitet vil blive beskyttet og at de elementer fra interviewet som bruges i specialet, ikke vil indeholde navne eller andre personlige kendetegn.

Jeg er indforstået med, at optagelse og nedskrivning af interviewet vil blive opbevaret sikkert og forsvarligt samt destrueres efter specialets afslutning.

Min deltagelse i interviewet er frivillig jeg har ret til at trække mig på hvilket som helst tidspunkt.

Jeg har forstået, at jeg frit og på ethvert tidspunkt kan stille spørgsmål i forbindelse med specialet. Spørgsmål kan stilles til Catherina Lauritzen via telefonnummer eller e-mail, som fremgår nederst i dette dokument.

Jeg giver hermed samtykke til deltagelse i interviewet:

Ja _____ Nej _____

Underskrift _____ Dato _____

Kontakt: Catherina Lauritzen

Mail: Cals14@student.aau.dk

Tlf.: 25 34 80 47

Bilag 12: Standardmodel til opstilling af mål for sundhed

Diabetes type 2 rehabiliteringstilbud X-købing kommune

Mål for sundhed

Navn på borger: *Claus*

Sundhedsprofessionel kontaktperson: *Bente Nielsen* tlf.: *XX XX XX XX*

Dato for udarbejdelse eller revidering af mål for sundhed: *05/03-2016 (den tre-måneders opfølgning)*

Overordnet mål for sundhed:

Mit mål for sundhed er at tabe mig (komme under 90 kg), at sænke mit blodtryk (<140/90) og stabilisere mit blodsukker (mellem 4-8).

Delmål til opfyldelse af overordnet mål:

1. Mål for kost

Mål: *at spise mindre sukker og fedt*

Opnåelse af mål:

- *Bruge sødetabletter fremfor sukker*
- *Købe sukkerfri produkter (ISIS)*
- *Spis kun et stykke kage når det tilbydes*
- *Spis efter Y-tallerkenen*

Noter:

2. Mål for rygning

Mål: -

Opnåelse af mål:

- -

Noter:

3. Mål for alkohol

Mål: *at have et moderat alkoholindtag (max 14 genstande om ugen)*

Opnåelse af mål:

- *Nøjes med et glas rødvin eller øl til aftensmaden*
- *Til festlige lejligheder kan jeg supplere med alkoholfri*

Noter:

X-købing Sundhedscenter,
Sundhedscentervej 6,
927000 X-kommune

Tlf. XX XX XX XX Fax: XX XX XX XX www.X-sundhedscenter.dk

Bilag 13: Procesanalyse

I henhold til nærværende speciales procesanalyse, er denne tilstræbt at være beskrivende, analyserende, fremadrettet og operationel (5). Procesanalysen er inddelt i nedenstående fire overskrifter: ”Projektplanlægning og projektstyring”, ”Samarbejdet i gruppen”, ”Samarbejdet med vejleder og eksterne samarbejdspartnere” samt ”Læringsprocessen”.

Projektplanlægning og projektstyring

Specialet er skrevet i tidsperioden 1. februar til 1. juni 2016. Projektgruppen blev dannet på baggrund af gruppemedlemmernes fælles interesse for at udarbejde et forandringstiltag, i samarbejde med en given praksiskontakt. Gruppen består af to gruppemedlemmer, der begge har en sygeplejefaglig baggrund.

I specialets opstartsfasen blev der anvendt brainstorming til at komme nærmere et fælles interesseområde inden for kommunale tilbud, der kunne være relevante at arbejde med. Den næste fase bestod i, at kontakte alle nordjyske sundhedscentre, med henblik på, at finde en praksiskontakt, der ønskede et samarbejde, og som kunne bidrage til projektet, i form af empiri til et kvalitativt speciale. I denne fase valgte gruppen, at lade sundhedscentrene vende tilbage med det fokusområde, som de ønskede et forandringstiltag på. Dette betød, at gruppen fik tilbagemeldinger fra flere sundhedscentre, primært med fokusområder indenfor KOL og diabetes, hvorefter blev der udvalgt et enkelt sundhedscenter til samarbejdet. Denne måde at tage kontakt på betød, at gruppen fik mulighed for at samarbejde med en praksiskontakt, der havde interesse for et samarbejde, inden for de rammer og krav der er til specialet.

I forbindelse med planlægningen af specialet blev der udarbejdet en fællesmappe på Google Drev, med en række undermapper med arbejdsdokumenter, som begge specialegruppens medlemmer havde adgang til. Af oprettede mapper kan nævnes en mappe til bilag, artikler fra systematisk søgning, selve dokumentet med specialet, vejledningsmappe og en kalender. Google Drev blev valgt som skriveredskab, da det muliggjorde at begge medlemmer kunne skrive i samme dokument på samme tid. Endvidere var det med til at skabe et overblik og en fælles forståelse af arbejdsprocessen, da alle mapper og dokumenter var tilgængelige for begge gruppemedlemmer. Google Drev gemmer automatisk alle tilføjede elementer, men som tillæg til dette, er vigtige

dokumenter kontinuerligt gemt på en ekstern harddisk, således at der ikke går arbejde tabt, såfremt Google Drev skulle være utilgængelig.

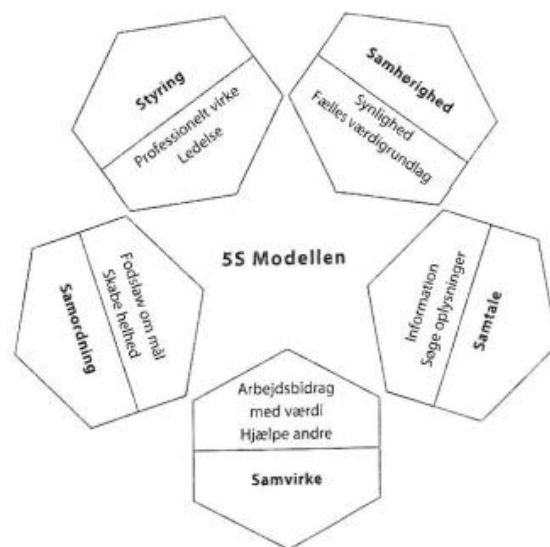
Gruppen anvendte en kalender, hvori overordnede deadlines samt aftaler blev nedskrevet, som udgjorde en væsentlig del af projektplanlægningen. Den fælles kalender var med til at skabe overblik, blandt andet i forbindelse med tidspunkt for statusseminar, dataindsamling, aftale med vejleder og generelt overholdelse af deadlines. I nærværende speciale blev der ikke udarbejdet en udførlig tidsplan for specialet med tidsfrist for, hvornår samtlige dele af specialet burde være færdiggjort. Fravalget af en udførlig tidsplan kunne potentielt have medført tidspres i afslutningen af projektet, hvorfor en mere grundig og præcis indledningsvis planlægning bør overvejes i fremtidig projektarbejde. Omvendt bør det overvejes, om en sådan tidsplan er realistisk at overholde, da alle projektforsløb vil støde på uventede forhindringer (6). I henhold til tidsplanen i det daglige arbejde, blev der til hvert gruppemøde udarbejdet en dagsorden, der indeholdt punkter som gruppen skulle nå igennem, inden dagen var omme. Denne dagsorden har hjulpet gruppen til at prioritere tiden, og samtidig sikret at delmål blev nået (7).

Udarbejdelsen af nærværende speciale har primært foregået i grupperum på Aalborg Universitet, hvor begge gruppemedlemmer har mødtes. Dette fælles arbejdsrum bistod til at fremme kommunikationen og samarbejdet i gruppen. Dog forekommer det væsentligt, at for at dette arbejdsrum skal fungere optimalt, bør der være mulighed for, at hænge vigtige planer og oversigter på væggene, samt anvende tavler og flipovers (6). Da det ikke har været muligt for specialegruppen at have et fast arbejdsrum, har det betydet, at gruppen har manglet en fast base, hvor eksempelvis vigtige oversigter, kalender og planer kunne visualiseres på vægge og tavler. Dette kan have påvirket overblikket over projektet.

Nogle dage har der været behov for at uddelegere opgaver, hvorfor gruppens medlemmer disse dage har siddet hver for sig. Når der arbejdes enkeltvis i en gruppe, opstår der risiko for, at gruppens medlemmer arbejder i hver sin retning, og at de enkelte gruppemedlemmer bliver specialister indenfor hver deres delelementer af projektet (7). Dette er der taget højde for ved at holde en god kommunikation, blandt andet ved at ringe sammen, de dage gruppen ikke har mødtes fysisk.

Samarbejdet i gruppen

I henhold til samarbejdet, tog gruppen afsæt i 5S-modellen, bestående af fem elementer; Samvirke, samordning, samtale, samhørighed og styring (6). Disse elementer kom til udtryk gennem gruppens fælles ønske om at udarbejde et godt speciale, enighed omkring mål, at kunne kommunikere konstruktivt, et fælles regelsæt for adfærd/arbejdskultur/samvær og slutteligt dynamisk ledelse i gruppen. De fem elementer indgår i den følgende beskrivelse af samarbejdet i gruppen.



Figur 1 5S-modellen (6, s. 147)

Specialegruppen har haft et personligt kendskab til hinanden inden specialets begyndelse, men har ikke tidligere arbejdet sammen i en projektgruppe. Dermed har gruppen ikke på forhånd haft et fuldt kendskab til hinandens måder at arbejde på, hvilket potentielt kan lede til konflikter, fordi der eksisterer en forskelligartet opfattelse af, hvordan processen bør foregå (6). Dette er søgt imødekommet ved udarbejdelsen af en samarbejdsaftale, der inddrog overvejelser elementerne fra 5S-modellen. Således havde samarbejdsaftalen til formål at sikre, at gruppemedlemmernes forventninger til hinanden var gensidige, både i forhold til arbejdsindsats, men også praktiske vilkår, såsom mødetid og -sted (7). I og med, at specialegruppen kun består af to gruppemedlemmer, har det ikke været muligt at anvende demokrati som beslutningsgrundlag, hvis der skulle opstå faglige uenigheder. Dog har specialegruppen haft let ved at komme til enighed, hvorfor dette ikke har været et problem. Gennem diskussioner i en gruppe, opstår der mulighed for frembringelse af nye perspektiver, som ellers ikke ville være opstået, hvilket kan være en fordel for projektet (6). Det, at specialegruppen har været enig om de fleste beslutninger, kan dermed have haft den ulempe, at andre nye perspektiver ikke er kommet til syne. Denne problemstilling vurderes dog ikke mulig at ændre i nærværende gruppesammensætning, men er forsøgt imødekommet gennem faglige diskussioner med vejleder.

I henhold til en mødeleder, har denne til formål at lede gruppemødet, således der samles op på diskussioner undervejs, at der tages referat af gruppemødet, at agere ordstyrer og gribe ind, hvis gruppens spilleregler ikke overholdes (7). Nærværende specialegruppe har bevidst fravalgt brugen

af en mødeleder, da dette forekom unaturligt, da gruppen kun består af to medlemmer. Beslutninger og forslag foregik naturligt i et samspil mellem begge medlemmer. Dog er gruppemedlemmerne ikke lige ekstroverte og ekspressive i måden hvorpå de udtrykker sig, hvilket der blev taget højde for gennem processen, således begge medlemmers holdninger blev tydeliggjort. Ekspressive personligheder får oftest størst indflydelse på gruppearbejde (8), hvorfor specialegruppen har været meget opmærksom på netop at give lige plads til begge gruppemedlemmer. I forlængelse heraf, blev det forsøgt at uddele roller under vejledning, hvilket ikke fungerede i praksis. Fravalget kan dog have betydet, at gruppens medlemmer har indtaget de samme roller, særligt til vejledning, hvilket kan have betydet, at gruppen er gået glip af en vigtig læring i at varetage nye roller.

Samarbejdet med vejleder og eksterne samarbejdspartnere

Samarbejdet med vejleder har foregået ud fra en gensidig forståelse og forventning til hinanden. Ved første vejledermøde blev der lavet en forventningsafstemning fra begge sider, for at sikre, at vejleders forventninger til gruppen stemte overens med gruppens formåen og omvendt. Her blev det også aftalt, hvor lang tid i forvejen vejleder forventede materiale til gennemlæsning, samt i hvilket omfang. Til hvert gruppemøde har specialegruppen så vidt muligt søgt at udforme spørgsmål til vejleder, samt en dagsorden for vejledermødet. Dette har hjulpet til at strukturere den begrænsede tid, der findes til vejledning. Gruppen blev mødt af en imødekommende, entusiastisk og engageret vejleder, der har formået at støtte gruppen i metodiske og faglige valg. Dernæst har vejleder evnet at "provokere" gruppen med spørgsmål, der har ledt til vigtige refleksioner, som har været afgørende i forhold til metodiske valg og fravalg. Vejleder har ud over det faglige, også haft fokus på gruppens interne dynamik. Dette har været gavnligt for gruppen, da det til tider kan være vanskeligt at italesætte personlige oplevelser af et samarbejde i en gruppe (7). Da begge gruppemedlemmer har en sygeplejefaglig baggrund, har det været positivt, at samarbejde med en vejleder, der besidder en anden faglig baggrund, da dette har bidraget med nogle andre vinkler i forhold til gruppens faglige problemstillinger (6).

Gruppens samarbejde med det kommunale sundhedscenter har fungeret særdeles godt. Af praktiske og etiske hensyn, blev der udarbejdet en samarbejdsaftale for at sikre, at samarbejdet levede op til alles interesser. Samarbejdet blev indledt med et møde mellem specialegruppen og sundhedscentrets leder, samt alle sundhedsfaglige medarbejdere på sundhedscentret, der var involveret i DM2-rehabiliteringstilbuddet. Her havde specialegruppen mulighed for at fremlægge egne tanker med samarbejdet og specialet, samtidig med, at der foregik en faglig samtale om

muligheder og begrænsninger for samarbejdet. Der har under hele forløbet været en god kommunikation, både med sundhedscentrets leder og med den sundhedsfaglige medarbejder, der varetager DM2-rehabiliteringstilbuddet, og som har fungeret som gruppens kontaktperson. Dernæst har den sundhedsfaglige medarbejder/gruppens kontaktperson bistået i, at etablere alle kontakter mellem gruppen og specialets informanter, samt muliggjort gruppens deltagelse i observationen samt interviews. Dette engagement og samarbejde har været altafgørende for, at netop denne vinkel af DM2-rehabiliteringen kunne belyses i nærværende speciale.

Læreprocessen

Læreprocessen kan ifølge Mikkelsen og Riis beskrives i tre læringsspor. Det første er “Erkendelser”, som består af de erfaringer, der gøres undervejs i projektet, i forhold til en bedre forståelse for projektet samt mere hensigtsmæssige måder at løse opgaver på. Det andet læringsspor er “Læring af projektfasen”, som indebærer angrebsmåder, metoder, adfærd og ledelse. Læring fra dette spor kan anvendes til at rette ind i det videre forløb af projektskrivningen. Det tredje læringsspor er den “Læring der erhverves” gennem projektet, og som kan anvendes i kommende projekter (6). Nærværende speciales læringsproces er beskrevet ud fra disse tre læringsspor i det følgende.

Erkendelser: Specialegruppen har erfaret, at specialet indebærer begrænsninger, særligt da der arbejdes med empiri indsamlet hos “virkelige” mennesker. Eksempelvis har der fra gruppens side eksisteret et ønske om, at interviewe alle fem deltagere af DM2-rehabiliteringstilbuddet. Disse fem deltagere indvilligede alle i interviews, men da det kom til stykket var der alligevel frafald. Dette tvang specialegruppen til at overveje, hvordan disse begrænsninger skulle håndteres, uden at gå på kompromis med specialets empiriske grundlag.

Læring af projektfasen: Specialegruppens medlemmer har tidligere været vant til at arbejde i større grupper på 4-5 gruppemedlemmer, hvorfor det har været en udfordring kun at være to i gruppen. Dette har betydet, at der ikke har været så mange sparringspartnere til at komme med inputs til gruppemøder, men samtidig har der også været langt færre uenigheder i gruppen. Projektfasen har endvidere udvidet gruppemedlemmernes horisont, i forbindelse med mulighederne indenfor kvalitativ metode.

Læring erhvervet gennem projektet: Specialegruppen har fået en god forståelse for, hvordan arbejdsgangene i et sundhedscenter foregår, samt hvad der er muligt at indføre af udviklingstiltag i forhold til sundhedscentrets begrænsninger i form af reglementer og begrænsede ressourcer. Denne erfaring kan fremadrettet anvendes, når gruppens medlemmer muligvis sidder i en lignende situation på arbejdsmarkedet. Dernæst har specialegruppen fået erfaring med at skrive et projekt, som både skal varetage egne interesser, men samtidig også de interesser, der foreligger fra sundhedscentrets side. En vekselvirkningen mellem disse interesser er en balancegang, men specialet bør først og fremmest tilgodese egne interesser.

Bilagsreferenceliste

1. Buus N, Kristiansen HM, Tingleff EB, Rossen CB. Litteratursøgning i praksis. Sygeplejersken. 2008;10:2–8.
2. Frandsen TF, Dyrvig A, Christensen JB, Fasterholdt I, Oelholm AM. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. Ugeskr Læger. 2014;176(7):647–51.
3. Launsø L, Rieper O, Olsen L. Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. 6th ed. Launsø L, Rieper O, Olsen L, editors. Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. København: Nyt Nordisk Forlag; 2014. 250 p.
4. Kvale S, Brinkmann S. InterView - Introduktion til et håndværk. 2. edition. København: Hens Reitzels Forlag; 2009.
5. Ussing HA, Hansen S. SLP-bogen.
6. Mikkelsen H, Riis JO. Projektledelse. In: Grundbog i projektledelse. Rungsted: Provedo APS; 2011. p. 142–80.
7. Kaae A. Gruppeproces og -problemer. In: Olsen PB, Pedersen K, editors. Problemorienteret projektarbejde. Roskilde Universitetsforlag; 2008. p. 97–123.
8. West MA. At være en del af et team. In: Teamwork - metoder til effektivt samarbejde. ErhvervsBogklubben, JP Masster; 2005. p. 47–58.