

4. august, 2016

En mønsteridentifikation af det kortsigtede udbytte af sundhedskurser

*- Et sociologisk studie af Vejle Kommunes
sundhedskurser for deltagere med KOL, diabetes,
livsstils- og hjertesygdomme*

Aalborg Universitet
Fakultet for Sociologi & Socialt Arbejde
10. semester, Speciale, Sociologi
Vejleder: Jakob-Skjøt Larsen
Antal ord: 48.837

Natasja Bjerre Martinsen
Christine Søgaard Jakobsen

Titelblad

En mønsteridentifikation af det kortsigtede udbytte af sundhedskurser

- *Et sociologisk studie af Vejle Kommunes sundhedskurser for deltagere med KOL, diabetes, livsstils- og hjertesygdomme*

Aalborg Universitet

Fakultet for Sociologi & Socialt Arbejde

10. semester, Speciale, Sociologi

4. august 2016

48.837 ord

Vejleder: Jakob Skjøtt-Larsen

Natasja Bjerre Martinsen

Christine Søgaard Jakobsen

Forord

Med dette forord ønsker vi at takke Vejle Kommune for samarbejdet, den store interesse der er blevet udvist for specialets problemstilling samt udlån af dataudtræk fra MoEva. Vi ønsker derudover at takke Vejle Kommunes borgere, som har deltaget på sundhedskurserne, da deres besvarelser i MoEva har muliggjort specialet.

Vi vil specielt rette en tak til vores kontaktperson i Vejle Kommune, Birthe Pors, for det store engagement og den personlige interesse samt ikke mindst for altid at være til rådighed og behjælpelig i forhold til empiriindsamlingen.

Vi vil afslutningsvis gerne takke vores vejleder, Jakob Skjøtt-Larsen, for den konstruktive og grundige vejledning, faglige sparring samt kritiske blik under specialets udfoldelse. Denne tak gælder ikke mindst din oprigtige interesse for specialet samt at du altid har afsat god tid til at vejlede os.

Natasja Bjerre Martinsen

Christine Søgaard Jakobsen

Aalborg Universitet, august 2016

Abstract

This master's thesis is a sociological contribution to the field of patient education based on a case study of patient education programmes in Vejle Kommune. The thesis concerns 381 participants enrolled in programmes regarding COPS, diabetes, lifestyle and heart diseases. The main goal of the programmes is to increase the participants' self-care and coping ability in relation to own illness. The aim of the thesis is to conduct a study of different patterns of outcome in patient education programmes in Vejle Kommune as experienced by different groups of participants, within the first three months. Furthermore, the thesis wishes to examine whether certain patient characteristics are related to specific patterns of outcomes.

The theoretical approach is founded in Pierre Bourdieu's view on social differentiation and Aaron Antonovsky's salutogenic perspective. Specifically, Bourdieu's capitals and habitus and Antonovsky's Sense of Coherence contributes with an understanding of how participants' characteristics can be related to specific patterns of outcome. The theory of science is based on Bourdieu's reflexive sociology where theory is meaningless without empirical considerations why this thesis assigns the empirical analysis key importance. Moreover, the meaning individuals attach to the world should be related to their position in the social field why the thesis examines patterns of outcome in relation to the social differences that might exist between different groups of participants in the social field.

The thesis is based on a statistical questionnaire focusing on the participants' experiences with self-management and KRAM-factors. The thesis tests physical, psychological and traditional and socio economic variables' importance towards these outcomes. The quantitative data is processed statistically by multiple correspondence analysis, cluster analysis and binary logistic regressions. Moreover, an expert focus group interview is conducted to complement the participants' perspectives with a professional health care perspective.

The thesis concludes that the programmes in Vejle Kommune are a functioning method but not all participants are experiencing positive outcomes. The outcomes can be classified into three types of patterns; progress versus regress, stagnation versus change and emotional progress versus emotional regress. Physical variables are related to the first pattern, age, education and social capital is related to the second pattern while participants' emotional state is related to the third. The participants can be divided into six groups, where three groups are experiencing progress, two is undergoing regress and one stagnates. The participants' physical and mental well-being and capital volume are especially defining for the type of outcome different groups of participant experience.

Indholdsfortegnelse

INDLEDNING	7
1. PROBLEMFELT	8
1.1 SPÆNDINGSFELTET MELLEM INDIVID OG SAMFUND	8
1.2 DET DANSKE INDIVID- OG STRUKTURSYN	9
1.3 SYGDOMS- OG SUNDHEDSBILLEDET	10
1.4 PATIENTUDDANNELSER	12
2. TEORETISK KONTEKSTUALISERING	13
2.1 PIERRE BOURDIEU – RESSOURCER OG SUNDHEDSVALG	13
2.1.1 HABITUS	14
2.2 AARON ANTONOVSKY - EN OPLEVELSE AF SAMMENHÆNG	14
2.2.1 TRE KOMPONENTER FOR EN OPLEVELSE AF SAMMENHÆNG	15
2.3 TEORIERNES SAMSPIL	16
3. PROBLEMFORMULERING	19
4. SUNDHEDSKURSER I VEJLE KOMMUNE	21
5. EMPIRISK KONTEKSTUALISERING	27
5.1 PATIENTUDDANNELSER I EN HISTORISK KONTEKST	27
5.2 UDBYTTET AF PATIENTUDDANNELSER I KVALITATIVE STUDIER	28
5.3 UDBYTTET AF PATIENTUDDANNELSER I KVANTITATIVE STUDIER	29
5.4 UDBYTTET AF PATIENTUDDANNELSER I EN DANSK KONTEKST	30
5.5 MANGLER I EKSISTERENDE FORSKNING	31
5.6 SPECIALETS RELEVANS	32
6. VIDENSKABSTEORI	34
6.1 REFLEKSIV SOCIOLOGI	35
6.2 TEORETISK OG EMPIRISK FORANKRING	36
6.3 SUBJEKT OG OBJEKT	36
7. METODE OG FREMGANGSMÅDE	38
7.1 PROJEKTDISIGN	38
7.2 MoEva – MONITORERING OG EVALUERING AF SUNDHEDSKURSER	39
7.2.1 DATAFORMAT OG SAMPLE	40
7.2.2 AT ARBEJDE MED SEKUNDÆR DATA OG KRITIK AF MoEva	41
7.3 KORRESPONDANCEANALYSEN SOM METODE	43
7.3.1 STABILITETSTJEK	45
7.3.2 AKTIVE VARIABLE	45
7.3.3 PASSIVE VARIABLE	49
7.4 KLYNGEANALYSE	53
7.5 LOGISTISK REGRESSION	54
7.6 EKSPERTFOKUSGRUPPEINTERVIEW	56
8. ANALYSE	59
8.1 UNIVARIAT ANALYSE	59
8.2 KORRESPONDANCEANALYSE	62
8.2.1 ANTALLET AF PRINCIPALAKSER	62
8.2.2 INDLEDENDE TJEK	63
8.3 TOLKNING AF 1. PRINCIPALAKSE	65
8.4 TOLKNING AF 2. PRINCIPALAKSE	68
8.5 DIFFERENTIERING I UDBYTTET FOR AKSE 1 OG 2	70

8.5.1 SUPPLEMENTÆRE VARIABLE AF BETYDNING FOR 1. AKSE	71
8.5.2 SUPPLEMENTÆRVARIABLE AF BETYDNING FOR 2. PRINCIPALAKSE	74
8.6 TOLKNING AF 3. PRINCIPALAKSE	83
8.6.1 SUPPLEMENTÆRE VARIABLE AF BETYDNING FOR 3. PRINCIPALAKSE	86
8.7 OPsummering	92
8.8 Klyngeanalyse	93
8.8.1 PRÆSENTATION AF KLYNGERNE	93
KLYNGE 1: STATUS QUO	94
KLYNGE 2: MODERAT TILBAGEGANG	96
KLYNGE 3: EMOTIONEL FREMGANG	97
KLYNGE 4: ALMEN	101
KLYNGE 5: FREMGANG	103
KLYNGE 6: STÆRK TILBAGEGANG	104
8.9 OPsummering	105
8.10 MULTIPLE BINÆRE LOGISTISKE REGRESSIONER	106
8.10.1 AKSE 1: FREMGANG VS. TILBAGEGANG	106
8.10.2 AKSE 2: FORANDRING VS. STILSTAND	110
8.10.3 AKSE 3: FØLELSERMÆSSIG FREMGANG VS. TILBAGEGANG	114
8.11 OPsummering	116
 9. SPECIALETS BEGRÆNSNINGER	 118
9.1 MÅLEINTERVAL	118
9.2 MÅLING PÅ TVÆRS AF HOLDTYPE	120
9.3 DESIGNETS BETYDNING	121
 10. KONKLUSION	 123
 11. PERSPEKTIVERING	 127
 12. LITTERATURLISTE	 130
 BILAGSOVERSIGT	 137
 BILAG A - SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING - DEL 1	 138
 BILAG B - HEIQ-SPØRGSMÅL	 141
 BILAG C - KØN SOM SUPPLEMENTÆRVARIABLE	 143

Fortegnelse over figurer og tabeller

Figur 1. Forløb over sundhedskurser i Vejle Kommune.....	23
Figur 2. Sundhedskursernes forløb.....	23
Figur 3. Idealtypiske beskrivelser af holdtyper i Vejle Kommune.....	24
Tabel 1. Tematisering af aktive variable og svarkategorier.....	46
Tabel 2. Oversigt over supplementære variable.....	49
Tabel 3. Modificerede egenverdier.....	63
Figur 4. Individsky for flade 1-2.....	64
Figur 5. Individsky for flade 1-3.....	64
Figur 6. Kategorisky for flade 1-2.....	64
Tabel 4. Numerisk output for 1. akse.....	65
Figur 7. 1. akse med modaliteter over gennemsnit.....	67
Tabel 5. Numerisk output for 2. akse.....	68
Figur 8. 2. akse med modaliteter over gennemsnit.....	69
Figur 9. Flade 1-2. Selvvurderet helbred og energiniveau.....	71
Figur 10. Flade 1-2. Fysisk nået mindre og fysisk begrænset.....	72
Figur 11. Flade 1-2. Alder.....	74
Figur 12. Flade 1-2. Uddannelse og social kapital	76
Figur 13. Flade 1-2. Holdtype.....	81
Tabel 6. Numerisk output for 3. akse.....	84
Figur 14. 3. akse med modaliteter over gennemsnit.....	85
Figur 15. Flade 1-3. Holdtype.....	87
Figur 16. Flade 1-3. Følelsesmæssigt nået mindre og udført arbejde.....	88
Figur 17. Flade 1-3. Selvvurderet helbred.....	90
Figur 18. Flade 1-2. Individsky med klyngernes koncentrationsellipser.....	93
Tabel 7. Akse 1: Logistisk regression.....	107
Tabel 8. Akse 2: Logistisk regression.....	111
Tabel 9. Akse 3: Logistisk regression.....	114

Indledning

Udviklingen af længerevarende og kroniske sygdomme er i de seneste år steget markant i Danmark, hvilket blandt andet kan forklares med en ændring i befolkningssammensætningen, behandlingsmuligheder og levevis, som har ført til ændrede sygdomsmønstre (Wittrup et al., 2013:6). Marthedal (2011) anslår, at op mod en tredjedel af den danske befolkning lever med minimum én kronisk sygdom svarende til cirka 1,7 mio. (Marthedal, 2011:7), hvilket forventes at stige til over 2 mio. inden år 2020 (Bro, 2012). Sundhedsstyrelsen (2009) skønner desuden, at kronikere i dag lægger beslag på op imod 80% af de ressourcer, der udbydes i det danske sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen b, 2009:8, Vesterager et al., 2013:5), hvilket i kombination med mere effektive og omkostningstunge behandlingsmuligheder har resulteret i et stigende ressourcepres på sundhedssektoren. Kroniske sygdomme er sædvanligvis forbundet med langsigtede sygdomsforløb, hvor flere sektorer inddrages, idet sygdommenes udvikling ofte er fulgt af konkurrerende lidelser, der er vanskelige at håndtere for både individ og sundhedsvæsenet; specielt når mange behandlingstyper er forankret i en akut indsats (Vesterager et al., 2013:5). Den kroniske patient har derimod, ifølge Vesterager (2013), behov for en vedvarende behandling gennem individuelle behandlingsforløb (Ibid.). Dette underbygges af, at bedre håndtering af længerevarende og kroniske sygdomme samt forbedring af et sygdomsramt hverdagsliv kan medføre lysere fremtidsprognoser og livskvalitet for den enkelte (Wittrup et al., 2013:6; Sundhedsstyrelsen b, 2009:8).

Det kan dog virke paradoksalt, at der er sket en markant sygdomsøgning i Danmark, idet der eksisterer et fremtrædende politisk og økonomisk fokus på sundhedsfremme. Dette paradoks underbygges af, at Danmark er det land i Europa, der benytter den højeste andel af bruttonationalproduktet på sundhed svarende til 9,2% (WHO, 2009). Det kan derfor diskuteres, hvorvidt disse midler kan koncentreres bedre og herved øge sundhed og mindske sygdom. Der er som følge heraf opstået et øget fokus på individets ansvar for egen sundhed. Denne individualiseringstendens har, ifølge Hoving (2010), resulteret i et øget fokus på håndtering af kroniske og længerevarende sygdomme gennem patientuddannelser (Hoving, 2010:276). Der findes dog ikke evidens for, hvordan patientuddannelser bedst udformes, hvorfor der ligeledes ikke eksisterer entydige resultater for udbyttet heraf. Dette understreger behovet for en kortlægning af de mønstre af udbytte, deltagere med en kronisk eller længerevarende sygdom kan have af patientuddannelsesforløb. Målet med følgende speciale er således at undersøge:

Hvilke mønstre findes der i det udbytte, forskellige grupper kan have af sundhedskurser i Vejle Kommune og kan bestemte karakteristika være relateret til specifikke mønstre af udbytte?

1. Problemfelt

Dette kapitel har til formål at konkretisere problemfeltet, således at specialet specificeres i en historisk og sundhedssociologisk kontekst. Kapitlet indledes med en beskrivelse af spændingsfeltet mellem individ og samfund i relation til den historiske udvikling af ansvaret for sundhed. Det danske individ-struktursyn beskrives herefter med afsæt i WHO's sundhedsmodel for at belyse udviklingen i den danske folkesundhed. I forlængelse heraf præsenteres udviklingen i sygdoms- og sundhedsbilledet i Danmark, hvorefter en præsentation af patientuddannelser opstilles for at klarlægge specialets tilgang hertil.

1.1 Spændingsfeltet mellem individ og samfund

I den historiske udvikling af ansvaret for folkesundheden er det interessante, i forbindelse med specialet, at studere spændingsfeltet mellem individ og samfund i relation til sundhedsansvarets placering. Den danske middellevetid er steget relativt markant frem til 1950'erne, hvorefter der stort ingen vækst var at spore frem til midten af 1990'erne, hvorefter den igen steg. I hele denne årrække, på nær 1940, har danskernes middellevetid dog været placeret under lande, som Danmark normalt sammenlignes med såsom Norge og Sverige. (Sundhedsstyrelsen, 1999:29; Regeringen, 2002:5) Folkesundheden er dog ikke altid blevet varetaget på samme vis, da der i de seneste 80 år er sket et paradigmeskifte i relation til styring og individets autonomi. I 1940'erne var det primært politikere og læger, der organiserede sundhedsoplysningen. Det var således i høj grad autoriteten, der oplyste, hvilket, ifølge Vallgård (2003), var medvirkende til, at der i 1940'erne opstod en 'os og dem' opdeling mellem læger og befolkningen. Sundhed blev i denne optik ikke anset som et fælles projekt mellem fagfolk og befolkningen (Vallgård, 2003:30), idet styringsmekanismerne inden for sundhed hovedsageligt var lovgivning om tvungne helbredsundersøgelser, hvor staten havde ansvaret for de syge, hvilket skabte en vis overvågning af befolkningen. Disse tvungne helbredsundersøgelser medførte, ifølge Vallgård (2003), en tryk i befolkningen, men skabte modsat en vis form for tvang. (Op.cit.:111)

I 1970'erne skete der, ifølge Reinbacher og Verwohlt (2010), en ændring i folkesundheden, hvor fokus blev rettet mod forebyggelse af sundhed og sygdom. Sygdomsbilledet og det politiske syn ændredes med afsæt i den økonomiske udvikling, hvor infektionssygdomme, som tidligere havde været almindelige dødsårsager, blev erstattet af livsstilssygdomme. Dette udløste, ifølge Sundhedsstyrelsen (1999), ændringer i de politiske styringsmidler fra hovedsageligt at blive udgjort af lovgivning til at være baseret på sundhedsgivende information i nationale folkesundhedsprogrammer. (Reinbacher & Verwohlt, 2010:7; Sundhedsstyrelsen, 1999:5) Folkesundhedsprogrammer udviklet af WHO blev den primære inspirationskilde til de nationale folkesundhedsprogrammer med overordnede målsætninger om længere, sundere og rigere liv samt mere lighed i sundhed. Dette fastlagde, ifølge Sundhedsstyrelsen (1999), et øget fokus på

livsstilssygdomme, hvor blikket i stigende grad blev rettet mod den individuelle adfærd; specielt i forhold til kost, rygning, alkohol og motion (Sundhedsstyrelsen, 1999), der af Sundhedsstyrelsen anses som de livsstilsfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden (Sundhedsstyrelsen a, 2009).

I 1980'erne fortsatte opmærksomheden på det individuelle ansvar for sundhed og op gennem 1990'erne og 2000'erne blev usund livsstil, ifølge Regeringen (2002), anset som den forklarende faktor for sygdom og død, hvorfor individet blev pålagt hovedansvaret for egen sundhed (Regeringen, 2002:5; Reinbacher & Verwohlt, 2010:11). I regeringsprogrammet fra 2002 står der, at *"Sundheden først og fremmest er et individuelt ansvar."* og videre: *"Afgørende er, at den enkeltes selvbestemmelse respekteres. Det offentlige skal ikke styre vore liv. [...] Det handler bl.a. om at give den enkelte den nødvendige viden og de nødvendige redskaber til egenindsats og egenomsorg"* (Regeringen, 2002:4). Statens ansvar blev derfor efter årtusindeskiftet fra politisk side reduceret til oplysning samt uddannelse af sundhedspersonale og omsorg for de svageste grupper, hvorfor den generelle folkesundhed nu fremmes via det enkelte individ samt på arbejdspladser, skoler og andre institutioner. (Sundhedsstyrelsen, 1999:7; Regeringen, 2002:5) I Danmark er den generelle tendens således, ifølge Reinbacher og Verwohlt (2010), at ansvaret for sundhed i stigende grad anskues som individets eget, hvorved statens funktion i denne henseende hovedsageligt består af informationsoplysning (Reinbacher & Verwohlt, 2010:1).

1.2 Det danske individ- og struktursyn

Det karakteriserende ved den stigende individorienterede tilgang til sundhed er, ifølge Krebs et al. (2007), individets rettighed til frihed; den selvvalgte ret til at leve det aktive, sunde liv, men i lige så høj grad retten til at leve et inaktivt og usundt liv. Individets egenansvar for sundhed er således, ifølge Krebs et al., forankret i en opfattelse af et frit og handlekraftigt menneske, som selvstændigt administrer egen livsstil og sundhed (Krebs et al. 2007:13). Folkesundhedsdebatten har herudfra, ifølge Verwohlt (2013), over de seneste 25 år skabt et skel mellem to lejre, hvor der på den ene side fokuseres på en individorienteret tilgang modsat en strukturorienteret tilgang. Det essentielle er dog ifølge WHO, at modpolerne hver især synes ineffektive, idet de adskilt kun retter opmærksomhed mod fragmenterede årsager baseret på én opfattelse. En forudsætning for at opnå en sund befolkning indebærer således erkendelsen af samspillet mellem struktur og individ som skaber sygdom, men ligeledes sundhed. (Verwohlt, 2013:130) I WHOs tilgang til folkesundhedsproblematikken varetages derved både den individorienterede samt samfundsorienterede tilgang, hvor årsagssammenhænge inddrages på tværs af disse.

Den danske og WHOs fremstilling af hvilke faktorer, der har indvirkning på sundhed, adskiller sig på flere punkter, hvor WHOs model er mere kompleks med en række multikausale forklaringer baseret på et samfundsorienteret perspektiv. Fremstillingerne adskiller sig ved, at

der i den danske forklaringsmodel vægtes flest årsagsforklaringer rettet mod individets adfærd, mens WHO's model retter en helhedsorienteret opmærksomhed mod årsager på både mikro-, meso- og makroniveau. WHO (2005) skriver i relation hertil: *"Interventions which only tackle adverse health behaviours will have little success: they offer microenvironmental solutions to a macroenvironmental problem. Policies on social inclusion/social justice are better placed to tackle the macroenvironmental factors"* (WHO, 2005:5). Den danske model tager derimod afsæt i et mere isoleret synspunkt, hvor befolkningen ofte refereres til som isolerede aktører: *"Afgørende er, at den enkeltes selvbestemmelse respekteres. Det offentlige skal ikke styre vores liv. Den enkelte har et ansvar – for sig selv, sine nærmeste og fællesskaberne"* (Regeringen, 2002:57). Den danske tilgang til folkesundhed fokuserer herved hovedsageligt på sammenhænge mellem det enkelte individs adfærd og sygdom, mens WHO's folkesundhedsmodel kan anses som mere kompleks, da denne både fokuserer på individet, men i lige så høj grad bagvedliggende samfunds faktorer. I den internationale folkesundhedsmodel er livsstilen således bare én faktor i et langt mere sammensat system af årsagsforklaringer, idet individets sociale position samt den socioøkonomiske kontekst vægtes, hvortil også politiske omgivelser og sundhedssystemet inddrages. WHO's tilgang problematiserer desuden, at disse forhold er interdependente, således de ikke kan anskues isoleret (Jørgensen, 2011:236). Med afsæt i WHO's tilgang anses individet ikke som eneansvarlig for egen sundhed i specialet, idet det undersøges, hvorvidt strukturelle ulighedsforhold gennem deltagernes karakteristika, herunder ressourcer, er af betydning for udbyttmønstre af patientuddannelser. Specialet anerkender derfor ligesom WHO, at sundhed generelt bør opfattes som et sammensat system afhængig af årsagsforklaringer på flere niveauer.

1.3 Sygdoms- og sundhedsbilledet

I et sociologisk perspektiv synes det dialektiske forhold mellem biologiske og sociale aspekter at være essentiel for at anskue sundheds- og sygdomsbegrebet fyldestgørende, hvor sundhed, ifølge WHO (1948), skal anses som fraværet af sygdom, men betinget af mentale og sociale forhold (WHO, 1948:100). I dette perspektiv skildres den *bio-psyko-sociale sygdomsmodel*, hvor individets helbredstilstand anskues i et dynamisk samspil mellem biologiske, mentale og sociale aspekter (Iversen et al., 2004:39). Sygdom og sundhed er derfor i takt med samfundsudviklingen blevet sociologisk interessant, idet sociale forhold i udbredt grad inddrages som centrale parametre. Dette kan ses i relation til patientuddannelser, hvor kronisk og længerevarende sygdom begribes ud fra en helhedsorienteret tilgang, idet der tages afsæt i Sundhedsstyrelsens definition af sundhed, som *"(...) en tilstand hos et individ eller en gruppe af individer karakteriseret ved fysisk, mental og social trivsel"* (Sundhedsstyrelsen, 2010:5). Fysiske, mentale og sociale faktorer udgør således tilsammen et individs helbredstilstand, hvorfor der i specialet anvendes en række medierende, sociale faktorer til at belyse, hvordan umiddelbare, individorienterede ud-

byttemønstre af patientuddannelser kan være strukturelt influeret.

Patientuddannelser kan, ifølge Nye (2003), ses som en reaktion på en stigende efterspørgsel på patienters aktive engagement i egen sundhed (Nye, 2003:116). Der er i forlængelse heraf, ifølge Andersen (2010), sket et brud med den ophøjede opfattelse af eksperter og den traditionelle sygdomsrolle, hvilket har resulteret i et øget fokus på empowerment¹ (Andersen, 2010:214). Empowerment udøves således i stigende grad i det danske samfund, hvor tanken bag begrebet er, at empowerment kan minimere statens indflydelse og dermed give individet mere selvansvar (Ibid.). I denne forbindelse er sundhedstilbuddene til borgerne blevet udvidet med mål om at sikre den enkeltes indflydelse (Pedersen, 2010.:35). Magtudviklingen har således, ifølge Pedersen (2010), ændret statens funktions- og ansvarsområder, hvorved der i stigende grad tales om, at staten bør balancere mellem nødvendig hjælp til individer, der ikke har de rette ressourcer, men samtidig ikke frarøve den individuelle frihed. (Ibid.) Synet på sundhedsprofessionelle er som resultat af disse forandringer, ifølge Bodenheimer et al. (2002), ændret til i højere grad at blive anset som sundhedsudbydere, mens patienters rolle er ændret fra compliance² til concordance³, hvorved de er blevet mere autonome i behandlingsforløbet (Bodenheimer et al., 2002:2470).

Der er som resultat heraf, ifølge Andersen et al. (2000), tale om et paradigmeskifte i de sociale og sundhedsfaglige systemer, hvor fokus er skærpet omkring sundhedsfremme og forebyggelse med fokus på individers egne handlinger (Andersen et al., 2000:24). Sundhedsfremme tager udgangspunkt i de vilkår og forhold, som holder individer sunde, hvor formålet er at fremme den enkeltes sundhed "(...) ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og borgers ressourcer og handlekompetencer" (Tønnesen et al., 2005:49). Sundhedsfremme omhandler således, ifølge Tønnesen et al. (2005), et større fokus på sundhed fremfor sygdom, hvorfor der er tale om et salutogenetisk perspektiv. Forebyggelse er derimod, ifølge Tønnesen et al. (2005), baseret på et patogenetisk perspektiv og derfor på et paradigme, som beskæftiger sig med fraværet af sygdom (Op.cit.:27). Der er i forlængelse heraf opstået et større fokus på tertiær forebyggelse, som ifølge Sundhedsstyrelsen "(...) har til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande, herunder fysisk og psykosocial funktionsnedsættelse" (Tønnesen et al., 2005:54). Tertiær forebyggelse er målrettet diagnosticerende patienter og foregår ofte i et tværsektorielt samarbejde i det danske sundhedsvæsen, hvilket patientuddannelser kan ses som et udtryk for.

¹ Empowerment kan defineres som "(...) en proces, hvor magt bliver udviklet, faciliteret eller stadfæstet med det formål,

² Patienter adlyder fagprofessionelles anbefalinger (Verwohlt, 2013:87).

³ Patienter indgår i et aktivt samarbejde med fagfolk, hvorudfra behandling besluttet i fællesskab (Verwohlt, 2013:87).

1.4 Patientuddannelser

Patientuddannelser har, ifølge Sundhedsstyrelsen (2009), til sigte at involvere individer med en kronisk og længerevarende sygdom i egen sygdomsbehandling med det formål, at deltagerne opnår kompetencer til håndtering af deres situation i større omfang end tidligere (Sundhedsstyrelsen b, 2009:6). Patientuddannelser kan, ifølge Wittrup (2013), endvidere styrke deltagernes egenomsorg⁴, handleevner samt autonomi og herigennem forbedre deres helbredsstatus og mestring af egen sygdom (Wittrup, 2013:8). Patientuddannelser defineres af Sundhedsstyrelsen som *"strukturerede uddannelsesforløb rettet individuelt eller til grupper af patienter og eventuelt pårørende. Uddannelsen kan være sygdomsspecifik og rettet til patienter med en given sygdom eller generel, rettet til patienter med forskellige sygdomme"* (Sundhedsstyrelsen b, 2012:14). I Vejle Kommune er forløbene både gruppeorienterede og sygdomsspecifikke med formålet *"(...) at give patienten/pårørende viden om den konkrete sygdoms nærmere karakter og dens behandlings- og forebyggelsesmuligheder. Uddannelsen sigter også på at give patienten (handle-)kompetencer til at mestre sygdommen og livet med en kronisk sygdom, herunder også mulighederne for egen-/hjemmebehandling og monitorering af sygdommen i et aktivt samspil med sundhedsvæsenet"* (Sundhedsstyrelsen a, 2012:13).

Inden for patientuddannelser findes to hovedretninger (Danske Regioner, 2007:26). Den første kan, ifølge Danske Regioner (2007), betegnes som en medikocentrisk retning, hvor bedre compliance efterstræbes i forbindelse med den medicinske behandling samt vejledning fra sundhedspersonale. Undervisningen indbefatter herved videregivelse af viden i forbindelse med sygdom og behandlingsmuligheder samt erhvervelse af praktiske færdigheder. Den anden retning betegnes som en psykosocial tilgang, der modsat efterstræber at give patienter mere kontrol over egen sygdom og hverdag, hvorfor deres handlefrihed fremstår centralt. Undervisningen har herved fokus på problemidentifikation og løsninger samt at styrke troen på deltagernes evner og ressourcer til forbedring af egen sundhed og trivsel (Ibid.). Denne tilgang har således, ifølge Sundhedsstyrelsen (2009), fokus på empowerment (Sundhedsstyrelsen b, 2009:120), hvor det primære mål er, *"(...) at de professionelle ud fra veldefinerede holdninger bliver i stand til at etablere samarbejdsrelationer til brugere, der kan bære, at disse kan tage magten over eget liv, samtidig med at de stadig får støtte og hjælp til at gennemføre nødvendige forandringer i deres liv"* (Andersen et al., 2000:21). Patientuddannelser kan således, ifølge Sundhedsstyrelsen (2000), identificeres som strukturerede uddannelsesforløb målrettet individet med fokus på bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv. Patientuddannelser kan herved ses som en generaliseret indsats på et strukturelt plan, som dog udføres individuelt.

⁴ Evnen til at opretholde egen sundhed, opnå en større livskvalitet samt tage ansvar for egen sygdom (Sundhedsstyrelsen b, 2009:41).

2. Teoretisk kontekstualisering

Dette kapitel har til formål at introducere specialets teoretiske afsæt, som udgør analysens fortolkningsramme. Kapitlet indeholder en præsentation af Pierre Bourdieus teori om social differentiering samt Aaron Antonovskys teori om en oplevelse af sammenhæng. Kapitlet afsluttes med en klarlægning af teoriernes samspil i form af ligheder og forskelle, hvor relevansen af kombinationen af de teoretiske begrebsapparater fremgår.

2.1 Pierre Bourdieu – Ressourcer og sundhedsvalg

Den franske sociolog Pierre Bourdieu (f. 1930-2002) kontekstualiserer det umiddelbart observerbare som individuelle valg i forhold til eksempelvis sundhed i en større samfundsmæssig sammenhæng. Bourdieus ønsker således at forklare, hvordan individuelle valg reelt er forårsaget af individers sociale liv i en større kontekst (Larsen, 2010:53f), hvorved Bourdieu problematiserer aktør-struktur tilgangen og understreger, at begge tilgange bør anvendes i kombination.

I Bourdieus perspektiv består samfundet af sociale rum, der skal forstås som felter med bestemte normer og værdier. Et felt defineres af, hvad der anses som efterstræbelsesværdigt heri, hvor de varer, som udbydes og efterspørges, er det, som Bourdieu betegner som kapitaler. Hvad der anses som sunde valg i ét felt, anses således ikke nødvendigvis som sunde i et andet, da det afhænger af, hvilke kapitalformer der tillægges mest værdi internt i feltet. (Larsen, 2010:53f) Kapitalformer kan herved anses som en begrebsliggørelse af tilgængelige ressourcer, hvor kapitalvolumen differentierer og positionerer individer i forhold til hinanden (Järvinen 2007:352). Bourdieu insisterer yderligere på, at den mening individer tillægger verden, tager afsæt i deres position i det sociale rum og herved deres kapitaler. Indviders kapitaler har derved betydning for deres forudsætninger for at handle, hvilket kommer til udtryk i specialet ved, at kapitaler kan have betydning for deltagernes muligheder og håndtering af deres kroniske eller længerevarende sygdom. Indviders handlemuligheder er i Bourdieus optik således afhængige af, hvad der i konteksten anses som væsentlige kapitaler, hvilket understreger vigtigheden af at studere konteksten og historien i relation til et socialt fænomen jf. afsnit 6.1.

Bourdieu skelner mellem tre kapitalformer, som ofte er forskelsskabende i et felt; *økonomisk*, *kulturel* og *social kapital*. Økonomisk kapital henviser til et individs rådighed over penge og materielle goder, hvorved der er tale om en oparbejdet ressourcemængde. Kulturel kapital dækker over en mere kropsliggjort kapital, idet der er tale om et individs uddannelse og viden samt mestring af kulturens koder. (Järvinen 2007:352) Den sociale kapitalform dækker derimod over individets omgangskreds og sociale relationer, og herved de midler der findes i disse. Individer besidder således forskellige kapitalformer, som de handler ud fra. (Ibid.) Det væsentlige i relation til specialet er, hvorvidt kapitalformerne og volumen heraf er differentierende for

deltagernes udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune, idet besiddelse af forskellige kapitaler kan være et udtryk for uligheder i ressourcer.

2.1.1 Habitus

I sammenkoblingen af felt- og kapitalbegrebet, herunder aktør-strukturperspektivet, anvender Bourdieu begrebet *habitus*. Habitus er individets internalisering af eksterne strukturer og systemer gennem oplevelser og erfaringer i livet, som konstruerer individets opfattelse, tænkning og handling, hvorfor habitus er kropsligt lejret. (Bourdieu & Wacquant 1996:29f) Bourdieu betegner individers praktiske sans som en tilegnet helhed af ageren, præferencer og opfattelser af, hvordan verden skal forstås, hvorved habitus udgør en praktisk sans for, hvorledes et individ handler i en given situation (Bourdieu, 1997:44). Praktisk sans kan således beskrives som *"en væren-i-verden hinsides refleksioner og logisk kontrol, en intentionsløs intentionalitet der konstruerer verden som meningsfyldt og bevirker, at agenterne reagerer spontant rigtigt uden at behøve at analysere situationen og bevidst vælge mellem forskellige handlingsalternativer"* (Järvinen, 2007:347). Habitus opererer derfor indefra et individ og kan ses som et system af faste, men også foranderlige dispositioner, som konstruerer rammen for, hvorledes individer erfarer og agerer i verden. (Bourdieu & Wacquant 1996:29f) De erfaringer et individ erhverver, indlejres i Bourdieus optik til en specifik livsstil, hvor tidligere oplevelser ofte vil veje tungere end fremtidige, hvorved der eksempelvis dannes forskellige sundhedsopfattelser. Dette konstruerer ifølge Bourdieu mønstre i befolkningen, hvor individer med ensrettet habitus, og derved tilnærmelsesvis ensrettet livsstil, er placeret tæt på hinanden i det sociale rum. (Bourdieu 1995:36f) Habitus kan herved være medbestemmende for et individs syn på sundhed og hvad en sund livsførelse indebærer, hvorved livsstil kan blive markør for den sociale position, et individ har i et samfund (Bourdieu, 1995:217; Järvinen, 2007:350). Habitusbegrebet er således interessant at relatere til udbyttet af sundhedskurserne i Vejle Kommune for at undersøge, hvorvidt habitus kan forklare forskellige udbytteformer og herved sociale forskelle blandt patientuddannelsesdeltagernes håndteringsmuligheder.

2.2 Aaron Antonovsky - En oplevelse af sammenhæng

Den amerikansk-israelske professor Aaron Antonovsky (f.1923-1994) er ophavsmanden til den *salutogenetiske* sundhedsmodel, som er fokuseret på at forklare, hvordan individer formår at være sunde, frem for hvad der gør dem syge (Antonovsky, 2000:24). Den salutogenetiske tilgang præsenteres i Antonovskys hovedværk *Helbredets Mysterium* (1987), hvori hans teori om Sense of Coherence⁵ fremstilles som en forudsætning for at opretholde et sundt liv.

⁵ En oplevelse af sammenhæng i tilværelsen (OAS).

I Antonovskys optik er forklaringen på, hvorfor nogle individer evner at være sunde, mens andre er usunde eller syge, på trods af at de udsættes for ens stressorer, at stressorer har forskellig indvirkning på individer. I forlængelse af dette mener Antonovsky, at nogle individer bedre evner at håndtere stressorer end andre. Stressorer kan defineres som større eller mindre omstændigheder, et individ er nødsaget til at håndtere. Stressorer kan være negative, men visse stressorer kan også være gavnlige og udviklende, idet disse kan give erfaringer, der kan gøre individet i stand til at takle nye udfordringer. Stressorer kan i relation til specialet ses som de udfordringer, der er forbundet med at have en kronisk eller længerevarende sygdom, hvor Antonovsky understreger, at individer, der formår at opretholde et sundt helbred trods belastninger forbundet hermed, besidder fælles, nyttige egenskaber. Antonovsky sætter således lighedstegn mellem sunde individer og evnen til at håndtere udfordringer, mens usunde og syge individer derimod er et udtryk for, at disse ikke på samme måde er i stand til at håndtere de stressorer, de udsættes for, hvilket kan true helbred og livskvalitet. (Antonovsky, 2000:33f) Antonovskys teoretiske perspektiv kan således i specialet undersøge, hvorvidt graden af oplevelse af sammenhæng har betydning for deltagernes udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune.

2.2.1 Tre komponenter for en oplevelse af sammenhæng

I sin undersøgelse af en oplevelse af sammenhæng definerer Antonovsky dette som en generel tillid til tilværelsen med udgangspunkt i tre fundamentale delkomponenter; *begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed*. Førstnævnte komponent omhandler, hvorledes et individ anser de stimuli, som det mødes af i det interne og eksterne miljø som "(...) *kognitivt forståelige, som ordnet, sammenhængende, struktureret og tydelig information i stedet for støj – kaotisk, uordnet, tilfældig, uforklarlig*." (Antonovsky, 2000:34f) Hvis individer oplever en høj grad af begribelighed, føler de også, at interne og eksterne stimuli er forudsigelige og kan herved tilpasses en sammenhæng (Ibid.). Begribelighed anvendes i specialet til at belyse, om deltagernes grad heraf har betydning for deres udbytte af sundhedskurserne. Håndterbarhed indbefatter, i hvor høj grad et individ oplever, at det har tilstrækkelige ressourcer til at håndtere de stimuli, det udsættes for. I denne henseende er der tale om ressourcer, som det enkelte individ selv har eller ressourcer en person, som individet har tiltro til, kan besidde. Hvis dette er tilfældet, kan individet gennem disse ressourcer håndtere stressorer og herved uønskede situationer (Antonovsky, 2000:35f), hvorved dette begreb anskueliggør, hvorvidt deltagernes ressourcer har betydning for forskellige former for udbytte af sundhedskurserne. Den sidste komponent, meningsfuldhed, omhandler hvorvidt et individ oplever, at tilværelsen er emotionel erkendelig og at livets problemstillinger og krav anses som værdifulde at investere tid og energi i. Individer der oplever en høj grad af meningsfuldhed, er også i højere grad villige til at påtage sig udfordringer, da de kan se meningen hermed og derved håndtere dem. (Antonovsky, 2000:36f) Meningsfuldhed kan så-

ledes anskue, hvorvidt deltagerne i Vejle Kommune, som føler en høj grad af dette, ligeledes oplever et positivt udbytte af sundhedskurserne, idet de ifølge Antonovsky er mere villige til at investere tid i problemstillinger, de kan se meningen med. (Ibid.) De tre komponenter danner Antonovskys definition af en oplevelse af sammenhæng:

"(...) 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 én til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i." (Antonovsky, 2000:34)

Antonovsky mener hermed, at jo højere begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, desto større mulighed har individet for at beherske ydre pres og krav, da den *"(...) OAS-stærke person [ved] vellykket håndtering af spænding [kan] befæste eller forbedre sin helbredsstatus."* (Antonovsky, 2000:167) En høj oplevelse af sammenhæng kan herved anses som en sundhedsindikator, men dette er ikke ensbetydende med en bedre helbredstilstand, men blot en større sandsynlighed for dette. Antonovsky mener i relation hertil, at alle tre elementer bør være til stede, før en oplevelse af sammenhæng erfares, men disse ses oftest i varierende grad, da det er naturligt, at et individ som scorer højt på en dimension scorer lavt på en anden. (Op.cit.:168f) De tre begreber kan således tilsammen anskue, hvorvidt deltagernes oplevelse af sammenhæng i tilværelsen har betydning for udbyttet af sundhedskurserne i Vejle Kommune og herved hvorvidt ulighedsforhold i ressourcer i form af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed er af betydning herfor.

2.3 Teoriernes samspil

De to bærerende teoretiske perspektiver berører på en ene side et lignende syn på individers handlinger, men adskiller sig samtidig fra hinanden på en række punkter, således at de kan supplere hinanden og herved teoretisk er i stand til at belyse forskellige fund i analysen. Begge teoretikere har en tredelt begrebskonstruktion af individets ressourcer til identifikation af individers ressourcer. Bourdieu behandler økonomisk, kulturel og social kapital, mens Antonovsky berører håndterbarhed, begribelighed og meningsfuldhed. Begge teoretikere er yderligere af den opfattelse, at graden af disse ressourcer er afgørende for individers handlinger og dermed hvilke referencer, de handler ud fra. Individer som besidder en høj grad af henholdsvis Antonovskys tre komponenter og Bourdieus tre kapitaler, forbindes af begge teoretikere med individer, som er begunstiget på en sådan måde, at de synes at have en række fordele. Individer med

en høj grad af oplevelse af sammenhæng eller høj kapitalvolumen anses således som bedre i stand til at handle reflekteret til egen fordel. Både Antonovsky og Bourdieu italesætter herved bestemte ressourcer som betydningsfulde for individers opfattelse af verden og deres ageren (Antonovsky, 2000:167; Järvinen 2007:352). I forlængelse heraf anses individers sociale position i begge tilgange som en central faktor for deres handlen. Antonovsky understreger i denne sammenhæng, at individers sociale baggrund kan have betydning for oplevelsen af sammenhæng og herved være differentierende for graden heraf (Antonovsky, 2000:23). Dette kommer til udtryk ved, at Antonovsky mener, at individers sociale klasse kan være afgørende for, hvilke ressourcer disse har til rådighed, hvilket i kombination med tidligere erfaringer og livsoplevelser påvirker disses placering på kontinuet over oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000:107). Dette er i overensstemmelse med Bourdieus perspektiv, hvor han anser individers sociale position som et udtryk for deres kapitalvolumen og herved deres ressourcer (Järvinen 2007:352).

Der kan i relation hertil trækkes paralleller mellem de to teoretiske perspektivers vægtning af livsbegivenheders betydning for individers handlen. Antonovsky understreger, at håndtering af stressorer gennem graden af oplevelse af sammenhæng og livsbegivenheder er forbundet med hinanden, idet han ikke betragter oplevelse af sammenhæng som en reaktion på en bestemt situation, men nærmere en grundindstilling, som udgør individets måde at opleve verden på (Antonovsky 2000:92). Dette synes Bourdieus teoretiske perspektiv ligeledes at berøre gennem hans habitusbegreb, idet Bourdieu med dette begreb italesætter tidligere begivenheder og erfaringer som indlejret i individer, hvilket er med til at påvirke deres handlinger (Bourdieu & Wacquant 1996:29f). Antonovsky mener i relation hertil, at de erfaringer og livsoplevelser, som individet gør sig i første del af livet, skaber oplevelsen af sammenhæng (Antonovsky, 2000:123f). Graden af oplevelse af sammenhæng er herefter en relativt stabil faktor, hvilket ligeledes gør sig gældende for Bourdieus habitusbegreb (Järvinen, 2007:353). Begge begreber kan således anses som en habituel tillæring, hvor individet opbygger en form for stabilitet eller ustabilitet i tilværelsen, hvor forandringsmuligheder herved bliver mindre og mindre over tid. Antonovskys oplevelse af sammenhæng og Bourdieus habitusbegreb henviser således begge til relativt statiske begreber, som både skaber mulige rammer, men også mindsker andre.

I Bourdieus og Antonovskys teoretiske tilgange findes ligeledes en række forskelle. Antonovsky tager udgangspunkt i en sundhedsorienteret tilgang, hvor hans teoriapparat er udviklet specifikt rettet mod sundhed. Bourdieus teori er derimod udformet som en generel samfundsteori, der tager udgangspunkt i den sociale kontekst. Det synes derfor relevant at inddrage begge teoretikere, da de henholdsvis belyser et specifikt sundhedsniveau og et overordnet samfundsperspektiv, hvorved de to tilgange supplerer hinandens mangler i specialets kontekst. Der ses endvidere en forskel ved, at Antonovskys teoretiske afsæt i den salutogenetiske tilgang sø-

ger forklaringer i det enkelte og afvigende (Antonovsky, 2000:29f), mens Bourdieu derimod søger at afdække, hvad der karakteriserer mennesker på tværs af grupper (Larsen, 2010:53f), hvorved de to teoretikere har forskellig udgangspunkt for undersøgelse. Dette understreges ved, at Antonovsky anerkender individuelle variationer og herved et mikroorienteret perspektiv (Antonovsky, 2000:107), mens Bourdieu i højere grad inddrager vekselvirkningen mellem individuelle og strukturelle faktorer (Bourdieu, 1997:12). Antonovsky negligerer dog ikke strukturelle faktorer, idet han ligeledes mener, at egenskaber kan gå på tværs af individer (Antonovsky, 2000:167), hvor sociostrukturelle faktorer i Antonovskys optik kan have betydning for, om individer i højere eller mindre grad er i stand til at håndtere en udfordrende situation. Antonovsky finder dog individuelle aspekter mere relevante for graden af oplevelse af sammenhæng (Antonovsky, 2000:107), mens Bourdieu i højere grad anerkender samfundsmæssige faktors indflydelse på individers handlen. Bourdieus teoretiske perspektiv komplementerer herved Antonovskys ved at inddrage strukturelle ulighedsforhold som differentierende for individers handlinger, mens Antonovskys teori modsat supplerer Bourdieus ved at inddrage det sundhedsfaglige perspektiv.

3. Problemformulering

Den historiske gennemgang af sundhedsudviklingen samt de sociologiske og teoretiske perspektiver i relation hertil danner rammen for specialets problemformulering. Det fremstilles her, hvordan tilgangen til patientuddannelser er baseret på et samspil mellem fysiske, mentale og sociale elementer, som konstituerer individets helbredstilstand. Patientuddannelser anskues herunder som en generaliseret metode på strukturelt niveau, som udøves på et individuelt plan af deltagerne. Sundhedsansvaret pålægges derfor ikke alene individet i specialet, da deltagernes ressourcer og heraf handlinger kan være bestemt af faktorer uden for individet, hvorved sundhed i specialet opfattes som et sammensat system afhængig af årsagsforklaringer på flere niveauer. Specialet anlægger i forlængelse heraf den opfattelse, at der findes samfundsmæssige og sociale ressourcer, som er ulige fordelt blandt individer, hvilket giver dem forskellige muligheder for at handle og derved håndtere deres sygdom og sundhed. Problemformuleringen søger således at inkludere medierende, sociale faktorer for at afklare, hvordan et individbaseret udbytte af patientuddannelser kan være strukturelt betinget på baggrund af deltagernes position i det sociale rum. Specialet søger herved at afklare, hvorvidt sociale ulighedsforhold gennem karakteristika ved deltagerne og herunder ressourcer er af betydning for udbyttet af patientuddannelser. Dette kommer til udtryk i specialet gennem undersøgelsen af mønstre af udbytte i relation til de forskelle, der kan være mellem forskellige deltagere på patientuddannelser. Sociale ulighedsforhold inddrages normalvis ikke i det sundhedsfaglige felt, men sundhedskurserne i Vejle Kommune kan netop ses som et oplagt sted for overvejelser i relation til forholdet mellem individ og samfund. Dette kommer til udtryk ved, at individet i udbredt grad ansvarliggøres for egen sundhed inden for strukturelt opstillede rammer. I en sociologisk kontekst er det herunder centralt at inddrage sociale forskelle blandt individer, idet disse forskelle kan have betydning på individniveau og herved for deltagernes udbytte. Formålet med specialet er derfor at mønsteridentificere forskellige former for udbytte, som deltagerne kan have samt undersøge hvilke faktorer der kan have betydning herfor. Problemformuleringen lyder således som følger:

Hvilke mønstre findes der i det udbytte, forskellige grupper kan have af sundhedskurser i Vejle Kommune og kan bestemte karakteristika være relateret til specifikke mønstre af udbytte?

Problemformuleringens første del har til formål at konkretisere, hvilke mønstre af udbytte deltagerne på de respektive sundhedskurser i Vejle Kommune kan have. Det sundhedssociologiske afspejles i udbyttet, som tager form af deltagernes evne til at mestre et sygdomsramt hverdagsliv, der kan være resultat af tillærte egenskaber ved et sundhedskursus. Formålet er hernæst at undersøge, om bestemte karakteristika ved deltagerne er relateret til et bestemt udbytte og er differentierende herfor. Der søges i forlængelse heraf at klarlægge, hvorvidt bestemte deltagere

kan grupperes på tværs af forskellige former for udbytte for herved at opnå en forståelse af, hvilke deltagere der har et lignende udbytte på tværs af sundhedskurserne. Målet med specialets fund er ikke at opnå statistisk generaliserbarhed, men derimod at undersøge mønstre af udbytte i relation til specifikke sundhedskurser og deltagere i Vejle Kommune. Sigtet er herved, at resultaterne fremadrettet kan benyttes i denne kontekst til at få en dybere forståelse af sundhedskursernes betydning og rækkevidde.

4. Sundhedskurser i Vejle Kommune

Vejle Kommune har etableret en række sundhedskurser, hvor specialet tager udgangspunkt i sundhedskurser rettet mod KOL⁶, kronisk hjertesygdom⁷, type 2-diabetes⁸ og livsstil⁹. Disse hold er udvalgt, idet der inden for alle holdtyper er tale om længerevarende sygdomme af fysisk karakter, som har betydning for de berørtes mentale og sociale sundhed. Specialet ekskluderer således Vejle Kommunes andre sundhedskurser, idet disse indbefatter håndtering af forskellige psykiske diagnoser samt kræftforløb, der anses som særskilte sygdomstyper. Når der i specialet henvises til kroniske eller længerevarende sygdomme, henvises der således til en fysisk sygdom med langvarigt forløb i form af de ovenfor nævnte sygdomstyper.

Vejle Kommunes sundhedskurser er, hvad der normalt henvises til som patientuddannelsesforløb, men idet patientuddannelses termen i Vejle Kommune opleves med negative associationer, benævnes forløbene sundhedskurser. Dette udspringer ligeledes af et ønske om, at kurserne ikke skal gøre deltagerne til passive patienter, men derimod aktive individer der ønsker at forbedre egen sundhed og situation (Vejle Kommune, 2015). Vejle Kommunes patientuddannelser benævnes således 'sundhedskurser', mens 'patientuddannelser' figurerer i empiriske og teoretiske sammenhænge, hvor begge betegnelser i specialet refererer til samme fænomen.

Vejle Kommune er valgt som case, idet kommunen besidder en vis datamængde, som gør det muligt at afdække en række mønstre på tværs af deltagernes udbytte af sundhedskurserne. Vejle Kommune kan ikke ses som en forgangskommune i Region Syddanmark inden for sundhedsområdet, men kommunens størrelse, som den sjette største i landet (Danmarks Statistik, 2016:BEV107), har sikret specialet en tilstrækkelig mængde data på trods af den nyere indsamlingsform gennem MoEva¹⁰. Det hører herunder deslige, at dataindsamlingen udføres systematisk på tværs af alle hold, som ved indførelse af MoEva er justeret, således at de fire holdtyper er af sammenlignelig grad i henhold til længde, mødegange, måleinterval etc. Vejle Kommune som case giver således mulighed for at tilgå en endnu til dels uudnyttet datamængde, idet kommunen ikke selv aktivt anvender de vidtgående muligheder, der er for at foretage analyser heraf.

⁶ Kronisk obstruktiv lungesygdom er kendetegnet ved nedsat lungefunktion af obstruktiv karakter (Vejle Kommune, 2015).

⁷ Kronisk hjertesygdom er en samlet betegnelse for forskellige sygdomme i hjertet, f.eks. iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapsygdom og hjerterytmeforstyrrelse (Vejle Kommune, 2015).

⁸ Diabetes 2 indbefatter gradvis mistet evne til at optage insulin i kroppen og/eller at kroppen ikke producerer tilstrækkelig insulin. (Vejle Kommune, 2015).

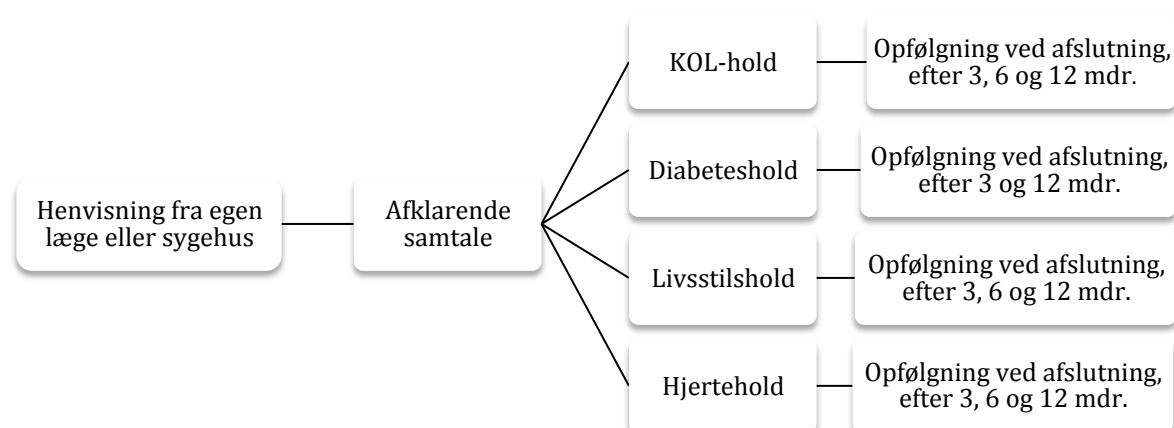
⁹ BMI over 30 eller en BMI mellem 25-30 med komplikationer grundet overvægt (Vejle Kommune, 2015).

¹⁰ MoEva er et monitorerings- og evalueringsværktøj udviklet af CFK – Folkesundhed og kvalitetsudvikling i Region Midtjylland. Se bilag L.

De overordnede mål med sundhedskurserne er, ifølge Vejle Kommune (2015), at øge deltagerne egenomsorg samt mestringsevne og dermed forbedre den enkeltes handlekompetencer i relation til egen sygdom. Sundhedskurserne har herunder til formål at bidrage til en øget livskvalitet gennem understøttelse af deltagerne ressourcer, hvor de støttes og vejledes i at mestre det gode liv med udgangspunkt i at se muligheder for forbedring af livet på trods af sygdom. Målet er således, at den enkelte bliver mere involveret i egen sygdom og får en aktiv rolle i håndteringen af denne. Det er derfor, ifølge Vejle Kommune (2015), centralt, at deltagerne opnår en større viden om egen sygdom og herigennem en forståelse af den interne afhængighed mellem kost, fysisk aktivitet, medicinsk viden og hvilke muligheder, der gør sig gældende for deltagerne i forbindelse med disse faktorer. I forlængelse heraf har sundhedskurserne til sigte, at deltagerne bliver i stand til at opstille individuelle mål i forbindelse med egen sygdom og sundhed samt overføre den tillærte viden til eget hverdagsliv. (Vejle Kommune, 2015)

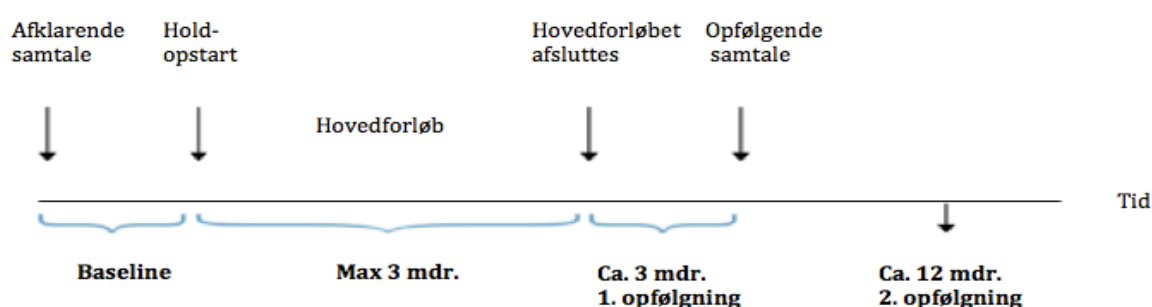
Deltagerne optages på et sundhedskursus i Vejle Kommune gennem henvisning fra egen læge eller sygehus, hvorefter der foretages en afklarende samtale, hvilket er illustreret i Figur 1. Ved samtalen mødes deltageren med det sundhedsfaglige personale, hvor kurset beskrives, hvorefter deltageren optages på et givent hold, hvis det findes relevant og er efter deltagerens ønske. Deltagerne udvælges med afsæt i deres motivation gennem en visitationssamtale, hvorfor der allerede forud for indsamling af data er foretaget en selektionsproces af deltagerne. Der kan rettes et kritisk blik mod denne udvælgelsesproces, da sundhedspersonalet bliver gjort til magtindehavere, hvorved der er tale om en forskudt magtrelation, idet sundhedspersonalet kan afgøre en borgers mulighed for holddeltagelse. Det kan hertil knyttes, at der ikke fremgår klare kriterier for bedømmelse af en deltagers motivation, blot at vedkommende skal være motiveret for deltagelse. Udvalget er således baseret på en udelukkende individuel vurdering af deltageren, hvorfor der kan være et vis bias forbundet med, hvilke deltagere som får tilbudt et forløb. Selektionsprocessen forbundet med holddeltagelse kan være et udtryk for en social differentiering af borgere, hvor visse sygdomsramte individer kan blive tabt i systemet, da de ikke kendes egnede til at deltage på et sundhedskursus, som ellers proklamerer at være et værktøj til selvhjælp for den enkelte på tværs af individer (Vejle Kommune, 2015). Der kan derfor stilles spørgsmål ved, om sundhedskurser reelt er for alle, eller derimod et udtryk for, hvem der kan og selv vil. I forlængelse heraf registreres det ikke, hvem der takker nej eller fravælges deltagelse på et sundhedskursus, hvorfor det ikke er muligt at identificere denne gruppe. Denne selektionsproces resulterer herved i, at deltagergruppen indsnævres på forhånd, hvorfor der før sundhedskurserne allerede er tilskåret en udvalgt, motiveret gruppe.

Figur 1. Forløb over sundhedskurser i Vejle Kommune



Sundhedskurserne i Vejle Kommune strækker sig over 12 måneder, hvor hovedforløbet foregår i de første tre måneder. Alle hold evalueres gennem MoEva, hvor hver deltager besvarer et spørgeskema før hovedforløbets start, efter hovedforløbet, et halvt år inde i forløbet og efter endt forløb¹¹, hvilket er illustreret i nedenstående Figur 2.

Figur 2. Sundhedskursernes forløb



I perioden 2014 til 2016 har Vejle Kommune haft i alt 381 deltagere på KOL-, diabetes-, livsstils- og hjertehold som alle har besvaret baselinespørgeskemaet og spørgeskemaet efter endt hovedforløb. Deltagerne er fordelt således:

- KOL-hold: 92 deltagere
- Diabeteshold: 89 deltagere
- Livsstilshold: 102 deltagere
- Hjertehold: 98 deltagere

Figur 3 viser idealtypiske beskrivelser af de fire holdtyper med afsæt i beregninger fra MoEva opstillet på baggrund af en række udvalgte baggrundsvARIABLE¹². Dette kan klarlægge, hvordan deltagerne kan sammenlignes på tværs, men ligeledes hvad der adskiller dem fra hinanden.

¹¹ Specialets fokus er centreret om de første to målinger.

¹² Se Bilag F for samtlige frekvenser.

Figur 3. Idealtypiske beskrivelser af holdtyper i Vejle Kommune

Diabeteshold

Der er lige mange mænd og kvinder på diabetesholdene, mens de fleste er mellem 46-71 år. To tredjedele af deltagerne er på en form for overførselsindkomst som pension eller dagpenge, mens de resterende har en almindelig lønindkomst. De fleste deltagere har ingen erhvervsuddannelse, er faglærte/kort uddannede eller har en mellemlang videregående uddannelse. Deltagerne har generelt en højere grad af social kapital, mens de ligeledes har en høj oplevelse af sammenhæng i tilværelsen, da de har en høj grad af håndterbarhed, meningsfuldhed og begribelighed. Deltagernes fysiske helbred har i højere grad end deres psykiske helbred begrænset dem i at udføre hverdagens gøremål. Diabetesdeltagere kan herved beskrives som moderat ressourcestærke deltagere, som er mest udfordret på fysiske parametre i relation til egen sygdom.

KOL-hold

KOL-holdene har omtrent lige mange mandlige og kvindelige deltagere, som primært er mellem 61-86 år. Størstedelen af deltagerne er på overførselsindkomst såsom pension. Flertallet er lavere uddannet som faglært eller med en kort videregående uddannelse. Størstedelen af deltagerne har derimod en høj grad af social kapital, mens de ligeledes har en høj oplevelse af sammenhæng i tilværelsen, da de oplever en høj grad af håndterbarhed, meningsfuldhed og begribelighed. Flertallet føler dog, at deres fysiske helbred har begrænset dem i at udføre hverdagens gøremål, mens majoriteten ligeledes har et lavere energiniveau. De følelsesmæssige problemer har i mindre grad end de fysiske begrænset deltagerne. KOL-deltagerne kan herved beskrives som mindre ressourcestærke deltagere, der er specielt udfordret på fysiske parametre i relation til egen sygdom.

Livstilshold

Deltagerne på livstilshold er hovedsageligt yngre kvinder mellem 18-46 år. Halvdelen af deltagerne er på en overførselsindkomst som SU, kontanthjælp eller dagpenge, mens de resterende har en almindelig lønindkomst. Deltagerne har et lavere uddannelsesniveau, da halvdelen ikke har en erhvervsuddannelse eller er faglærte, mens flertallet desuden har den laveste grad af social kapital. De har hertil den laveste oplevelse af sammenhæng i tilværelsen i forhold til håndterbarhed, meningsfuldhed og begribelighed. Deltagerne har yderligere det laveste energiniveau, idet tre ud af fire deltagere kun lidt af tiden føler sig fulde af energi. Livstilsholdene har derved de mindst ressourcestærke deltagere med det laveste energiniveau.

Hjertehold

Deltagere på hjertehold er hovedsageligt mænd mellem 46-86 år, der er på en overførselsindkomst som pension eller dagpenge. Deltagerne er de højest uddannede af de fire grupper, hvor flertallet har en mellemlang videregående uddannelse. De har derudover den højeste grad af social kapital samt højeste oplevelse af sammenhæng i tilværelsen, da de oplever en meget høj grad af håndterbarhed, meningsfuldhed og begribelighed. Langt de fleste deltagere vurderer deres helbred rigtig godt, mens de ligeledes sjældent føler, at deres fysiske og psykiske helbred begrænser dem i at nå hverdagens gøremål. Deltagerne på hjertehold har desuden det højeste energiniveau. Hjertedeltagerne kan således beskrives som meget ressourcestærke deltagere, der sjældent er fysisk eller psykisk påvirket af deres sygdom.

Det fremgår af ovenstående, at holddeltagerne i relation til flere faktorer adskiller sig fra hinanden, hvilket kan være afgørende for deres forudsætninger for at opnå et givent udbytte af sund-

hedskurserne. Diabetesholddeltagere er generelt relativt ressourcestærke sammenlignet med de resterende deltagere, med undtagelse af hjerteholddeltagere, men er dertil udfordret på fysiske parametre i relation til deres sygdom. KOL-deltagerne er ligeledes udfordret på fysiske parametre og anses hertil som mindre ressourcestærke. Hjerteholdsdeltagerne udmærker sig som de mest ressourcestærke i relation til de udvalgte parametre og har som oftest hverken fysiske eller psykiske udfordringer, mens livsstilsholddeltagerne er de mindst ressourcestærke deltagere. Der er således inden analysens start forbundet divergerende karakteristika med hver af de fire holdtyper, hvor holdtypen, som afspejler deltagerens forudsætninger, er determinerende for, hvilket udgangspunkt deltagerne indtræder i analysen med. På trods af at deltagerne umiddelbart synes at have forskellige ressourcer og udfordringer, og sundhedskurserne i Vejle Kommune er sygdomsspecifikke for de fire nævnte sygdomme, er der alligevel flere centrale ligheder mellem disse, hvilket godtgør at disse kan sammenlignes på tværs:

- Forløbene har en varighed på 12 måneder, hvor hovedforløbet, som indeholder alle mestrings- og læringsforløb, er placeret i løbet af de første tre måneder.
- Alle hold har plads til 10-12 deltagere.
- Holdene varetages af et tværfagligt sundhedsteam, hvor der blandt andet indgår sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister mv.
- Alle hold forener kostvejledning, fysisk træning, undervisning og erfaringsudveksling:
 - Kostundervisning: Undervisning i sund kost og madlavning i relation til den specifikke sygdom for at give den enkelte deltager redskaber til at træffe bevidste kostvalg og give indsigt i, hvilken betydning kostvaner har for helbredet.
 - Fysisk træning: Formålet er at styrke den enkeltes helbred gennem fysisk træning, at give vedkommende glæde og gavn ved fysisk aktivitet samt at motivere den enkelte til mere bevægelse i dagligdagen.
 - Undervisning: Undervisningen tager afsæt i den motiverende samtale, hvor fokus er rettet mod at skabe forandringsudsagn og alternativer for den enkelte. Samtalen sker med hensynstagen til den enkeltes handlefrihed, hvor målet er at skabe *"refleksion, samhørighed, inddragelse og ejerskab hos deltageren, således at deltageren kan skabe en forandring i eget liv, der er baseret på tidligere erfaringer, personlige ressourcer og idéer."* (Vejle kommune, 2015)
- Alle deltagere har under forløbet mulighed for individuelle samtaler med det tværfaglige sundhedsteam.
- Kurserne er gratis forløb, hvor den nærmeste pårørende har mulighed for at deltage på kurset.

(Vejle Kommune, 2015)

Der er således en række centrale ligheder mellem de enkelte sundhedskurser i Vejle Kommune, hvor formålet med specialet med afsæt i denne case er at afspejle deltagernes udbytte på tværs af holdtyper. Sundhedskurserne opstiller rammerne, hvor inden for deltagerne kan agere og anvende tillærte værktøjer til håndtering af sygdomsramt hverdagsliv. Deltageren må selv tage ansvar for at udnytte denne mulighed, som dog er opstillet på et strukturelt plan.

5. Empirisk kontekstualisering

Dette kapitel fremstiller en litteraturgennemgang af de væsentlige tendenser inden for forskningsområdet i forbindelse med udbyttet af patientuddannelser. I litteraturen er udbyttet af patientuddannelser primært studeret gennem en række forskellige outcomeparametre og sygdomme, hvilket har resulteret i divergerende, men også overlappende resultater¹³. Det har dog ikke været muligt at forefinde studier, som stemmer overens med specialets problemstilling, da der i litteraturen findes markant variation på tværs af populationer, metoder, undersøgelsesvarighed etc., som ikke er sammenfaldende med specialets undersøgelsestilgang. Resultaterne af litteraturstudiet afspejler således en række empiriske fund, som ikke direkte kan overføres til specialet, men de danner på trods af dette et relevant sammenligningsgrundlag. Litteratursøgningen har derudover ikke resulteret i tilstrækkelig forskning inden for en dansk kontekst til at opstille et fyldestgørende billede af udbyttet af patientuddannelser, hvorfor majoriteten af følgende resultater er af udenlandsk karakter. I denne henseende er det vigtigt, at forhold som kulturelle og sundhedsfaglige forskelle holdes in mente, hvorfor resultaterne ikke uproblematisk kan overføres til en dansk kontekst.

Der er af flere omgange foretaget blok- og kædesøgninger¹⁴ i databaserne Sociological Abstract, ProQuest, PubMed og Scopus samt fritekstsøgninger på Google Scholar, hvor følgende afsnit har til formål at præsentere resultaterne heraf for empirisk at kontekstualisere specialets undersøgelsesfelt. Det skal understreges, at der ikke er tale om en udtømmende beskrivelse, idet der foreligger en omfattende forskningsmængde inden for feltet. Litteraturgennemgangens formål er derimod at give et indblik i forskningsområdet med en sociologisk vinkel på udbyttet af patientuddannelser.

5.1 Patientuddannelser i en historisk kontekst

Den professionelle udvikling af patientuddannelser som selvstændig disciplin er relativ ny, men på trods af sin begrænsede eksistens har patientuddannelser dog allerede gennemgået en række forandringer i de seneste årtier. I 1970'erne var der udelukkende fokus på vidensdeling i patientuddannelser, men der er sidenhen opstået et mere kompleks billede med afsæt i adfærdrelateret forskning, hvor self-efficacy¹⁵ og indflydelse fra det sociale netværk fremhæves. Det at opnå et godt helbred er endvidere blevet sat til side frem for håndteringsevner og livskvalitet, hvor patientuddannelser er blevet rum for at nå disse mål (Hoving, 2010; Ong et al., 2014; Lorig et al., 1996; Bodenheimer et al., 2002), hvorfor de herved har opnået sociologisk interesse.

¹³ Se Bilag K: Systematisk litteraturstudie del 2.

¹⁴ Systematisk litteraturstudie del 1 er vedlagt i Bilag A, hvor samtlige artikler er beskrevet i relation til metode, resultater og hvordan disse kan anvendes i relation til specialet.

¹⁵ Self-efficacy er omfanget eller styrken af individets tro på egen evne til at udføre opgaver og nå mål (Bonsaksen et al., 2012:333).

Udviklingen inden for patientuddannelser kan ses i takt med samfundets udvikling. Frem til 1960'erne havde de sundhedsprofessionelle som tidligere nævnt ekspertrollen, men på trods af dette blev der gradvist rettet opmærksomhed mod patientuddannelser og i 1980'erne blev der etableret en række organisationer, som talte for patienternes rettigheder; herunder selvhjælpsgrupper (Hoving, 2010:276). I 1990'erne blev patienter i et større omfang pålagt ansvaret for at fremme egen sundhed, hvorfor individer selv blev holdt ansvarlige for deres beslutninger. I denne periode opstod ligeledes en større erkendelse af vigtigheden af håndteringen af hverdagslivet som sygdomsramt, hvilket i højere grad blev inkorporeret i patientuddannelser, hvor deltagere tillærtes færdigheder, således de blev i stand til selvregulere sygdom. (Hoving, 2010:276; Bodenheimer et al. a, 2002:2470) Der har siden slutningen af 1990'erne således været fokus på at fremme self-management¹⁶ i patientuddannelser, hvor målet har været at skabe selvbevidste og kontrollerede patienter, som kan håndtere egen sygdom. (Ong et al. 2014:227; Lorig, 1996:678)

Patientuddannelser har med afsæt i et paradigmeskifte således ændret sig markant over tid (Hoving, 2010:279), hvilket afspejles i, at sundhedsvæsenet har fået ansvaret for at skabe samspil mellem patienter i understøttelse og udvikling af deres egne kompetencer til at håndtere et sygdomsramt hverdagsliv (Ong et al., 2014:228), hvilket også i et samfundsøkonomisk perspektiv modtages positivt grundet det stigende behov for sundhedsydelser (Sundhedsstyrelsen b, 2012). Fordelene ved at arbejde med interventioner som patientuddannelser understreges herved, men udformningen og udbyttet heraf kan afhænge af flere parametre (Ong et al., 2014:228). Der er i den seneste årrække gjort en markant indsats i regional og kommunal regi for at udvikle og afprøve forskellige programmer i forbindelse med patientuddannelser og en større udbredelse er på vej, men idet patientuddannelser repræsenterer en nyere tilgang til håndtering af egen sygdom, er der endnu ikke enighed om, hvordan de mest optimale patientuddannelsesforløb udvikles. (Sundhedsstyrelsen b, 2009; Wittrup et al., 2013)

5.2 Udbytte af patientuddannelser i kvalitative studier

De følgende kvalitative studier understreger manglen på evidens for, hvorledes udbyttet af patientuddannelser bør måles. Zakrisson et al. (2014) har i et kvalitativt, svensk studie vist, at KOL-patienter kan have et positivt udbytte af patientuddannelser i form af bedre håndtering af egen sygdom og større forståelse for de begrænsninger, en kronisk sygdom kan medføre (Zakrisson et al., 2014:302f). Den nye forståelse og indsigt kan modsat have negative følger, idet flere deltagere kan blive mere bekymrede for deres helbred, mens andre patienter slet ikke oplever betydelige ændringer efter en intervention (Op.cit.:304f). Jerant et al. (2005) identificerer yderli-

¹⁶ Self-management refererer til den enkeltes evne til at styre symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser og livsstilsændringer, der ligger i at leve med en kronisk og længerevarende sygdom. (Barlow, 2002:178)

gere en række barriere, der kan være forbundet med udbyttet af patientuddannelsesprogrammer. I dette kvalitative studie baseret på fokusgruppelinterviews med blandt andet diabetikere og patienter med kronisk hjertefejl, rapporteres det, at de mest hyppige barrierer for self-management kan være ringe vished herom, deltagernes fysiske helbred og lav familiestøtte (Jerant, et al. 2005:303f). Barlow et al. (2002) og Warsi et al. (2004) viser i deres reviews modsat en mere positiv tendens af udbyttet af patientuddannelser i form af self-management for forskellige individer ramt af en kronisk sygdom, hvor det konkluderes, at et patientuddannelsesforløb kan øge patienters viden, deres symptomhåndtering og sundhedstilstand på kort sigt (Barlow et al., 2002:179f; Warsi et al. 2004:1643f). Begge studier understreger dog, at mere forskning er nødvendigt gennem standardiserede metoder, da ikke alle patientuddannelser har lige stor effekt for alle individer ramt af en kronisk sygdom (Barlow et al., 2002:183f; Warsi et al. 2004:1647). Dette konkluderer Weingarten (2007) ligeledes i sit review med udgangspunkt i forskellige kroniske sygdomme, idet interventionstypen og antallet heraf varierede markant i de undersøgte studier, hvorfor fremtidige studier bør sammenligne forskellige typer af interventioner for at finde den mest effektive (Weingarten, 2007:8). Siabani et al. (2013) opstiller dog i et review en række reelle faktorer, som kan være barrierer for egenomsorg hos patienter med kronisk hjertefejl. Her konkluderes det, at faktorer som utilstrækkelig viden, byrden af flere sygdomme, hukommelsestab, depression, angst, dårlige kommunikationsevner samt negative copingstrategier, ses som barrierer. Evnen til at kunne forstå og tackle sine symptomer, støtten omgivelser, positive copingstrategier, tillid til sundhedspersonale og generel optimisme er derimod positivt givende faktorer for egenomsorg hos disse patienter (Siabani et al., 2013:12). Siabani et al. (2013) konkluderer desuden, som flere andre studier (Dattalo et al, 2012; Melchoir et al., 2014; Disler, 2012), at væsentlige faktorer såsom socioøkonomisk situation og uddannelsesniveau ikke er blevet undersøgt grundigt nok, mens der findes minimal data i forhold til køn, alder og sygdomslængdens betydning. Der er således brug for yderligere forskning (Siabani et al., 2013:12), hvilket underbygger specialets relevans.

5.3 Udbytte af patientuddannelser i kvantitative studier

De udvalgte kvantitative studier opstiller ej heller entydige resultater for udbyttet af patientuddannelser. Dette er på trods af, at hovedparten anvender Randomized Controlled Trial (RCT), hvorved der indgår en interventions- og kontrolgruppe. Elzen et al. (2007) konkluderer i et randomiseret interventionsstudie med 139 hollændere med en kronisk sygdom, herunder blandt andet diabetikere, at patienterne ikke fik større tiltro til egne evner end kontrolgruppen, de blev ikke mere fysisk aktive, der var ingen signifikant forskel mellem symptomhåndtering, mens de heller ikke blev bedre til at kommunikere med en psykolog end kontrolgruppen. Der var derfor ingen signifikant forskel efter hverken seks uger eller seks måneder. (Elzen et al.,

2007:1835f) Dette står dog i kontrast til et studie af Swerissen et al. (2006) med 320 vietnamesere, kinesere, italienere og grækere bosiddende i Australien med en kronisk sygdom, idet interventionsgruppen havde signifikant større udbytte i form af energi, fysisk aktivitet, symptomhåndtering, større tiltro til egne evner, bedre generelt helbred, mindre smerter og træthed end kontrolgruppen. Det konkluderes herunder, at patientuddannelsesprogrammer kan implementeres succesfuldt på trods af kulturelle og sproglige hindringer, men igen at mere forskning på området er nødvendigt (Swerissen et al. 2006:363f). Det samme udfald finder Siu et al. (2007) i en evaluering af et seks ugers patientuddannelsesforløb i Hong Kong blandt 148 patienter matchet på sygdom og køn og herefter randomiseret allokeret i interventions- og kontrolgruppe. Interventionsgruppen oplevede ligesom i ovenstående studie højere tiltro til egne evner og bedre håndtering af sygdom, mere energi, mindre smerter samtidigt med, at de blev bedre til at cope med deres sygdom (Siu et al., 2007:48).

Der synes således at være uoverensstemmende resultater i de forskellige studier, hvilket Nolte & Osborne (2013) underbygger i et review af RCT forsøg med gigtpatienter, idet nogle patienter eksempelvis oplevede flere smerter, fik dårligere self-efficacy, fik et dårligere overordnet helbred og blev mere deprimeret end kontrolgruppen, mens andre patienter ikke udviklede sig og andre igen fik et positivt udbytte (Nolte & Osborne, 2013:1807f). Forskelle i resultater på tværs af undersøgelsesgrupper underbygger Bonsaksen et al. (2012) i et norsk studie af overvægtige og KOL-patienter, hvor der gennem et longitudinalt design undersøges, om patientuddannelser kan bidrage til ændringer i sundhedsrelateret livskvalitet og mestringsstrategier. Studiet viste blandt andet, at højere fysisk aktivitet og mindre følelsesmæssig reaktion på sygdom er direkte forbundet med højere egenomsorg blandt overvægtige, mens mere social støtte, færre opfattede konsekvenser af sygdom og mere forståelse af sygdommen er direkte forbundet med højere egenomsorg blandt personer med KOL. Studiet understreger dog også, at der kun er meget lidt forskning, der har beskæftiget sig med faktorer i forbindelse med egenomsorg med overvægt og KOL. (Bonsaksen et al., 2012:335)

5.4 Udbytte af patientuddannelser i en dansk kontekst

I en dansk kontekst fremhæves tre rapporter i relation til af anvendelsen af MoEva-værktøjet. Marthedal et al. (2011) undersøger i en kvantitativ evaluering med måling før et patientuddannelsesforløb og tre-fire måneder efter, hvordan deltagerne oplever udbyttet heraf, helbredsstatus og mestringssevner. De fandt blandt andet, at de fleste deltagere fik færre smerter, mere energi og blev mindre psykisk begrænset. Der konkluderes samlet set et positivt udbytte på en lang række parametre i forbindelse med helbred, men til gengæld finder undersøgelsen ikke mange signifikante resultater i relation til baggrundsvARIABLE som alder og uddannelse med undtagelse af, at kvinder synes at opnå et mere positivt udbytte end mænd (Marthedal et al.,

2011:28f). Dette står i kontrast til flere studier som evalueringen selv refererer til, hvor Sundhedsstyrelsens MTV-rapport angiver, at patientuddannelser primært appellerer til *"veluddannede, til kvinder og i det hele taget til personer, som i forvejen er ressourcestærke og forholdsvis selvhjulpne."* (Marthedal et al., 2011:7). Vesterager et al. (2013) underbygger dette i en kvantitativ evaluering af patientuddannelser på Syddjurs, som undersøger effekten af patientuddannelser efter 3 måneder og 15 måneder for KOL-, type 2 diabetes- og hjerteforløb. Her understreges det, at kvinder er bedre til at spise sund kost og motionerer mere end mænd, hvorved forskellen mellem køn igen understreges (Vesterager et al., 2013). Studiet dokumenterer dertil signifikante resultater på alle inddragede parametre for mestring af hverdagslivet mellem de forskellige målinger. Vinther-Jensen & Jensen (2012) understreger ligeledes køns betydning i en kvantitativ evaluering af MoEva i udvalgte danske kommuner, idet kvinder opnår større ændringer sammenlignet med mænd. Den generelle tendens for dette studie er, at flertallet af deltagerne på et patientuddannelseshold har et mellem uddannelsesniveau samt høj social kapital, hvor de udvikler sig positiv på en række parametre i relation til mestring af eget hverdagsliv (Vinther-Jensen & Jensen, 2012). Denne evaluering underbygger dog som tidligere studier, at der er brug for mere forskning på området og ikke mindst i relation til anvendelse af MoEva-værktøjet i en dansk kontekst for at kunne underbygge dette som et anvendeligt værktøj (Vinther-Jensen & Jensen, 2012:67).

5.5 Mangler i eksisterende forskning

Der findes, som skitseret overfor, divergerende resultater i relation til udbyttet af patientuddannelser på tværs af patientgrupper, interventionstiden og måden hvorpå udbyttet måles. Fælles for ovenstående uddrag af forskningen er dog, at mindre opmærksomhed rettes mod konteksten, da fokus derimod har været at måle udbyttet mellem grupper uden inddragelse af baggrundsvariable. Dette kritiserer Ong et al. (2014): *"The common sociological critique is that these [studies] ignore context and thus no explanation can be given as to why, for whom and under what circumstances a treatment works"* (Ong et al., 2014:226). Ong et al. (2014) understreger herved, at ved at fremhæve kontekstuelle komponenter og integrere dette i designet af interventionen, kan der opnås en mere kompleks forståelse af, hvorfor interventioner reelt fungerer, for hvem og under hvilke omstændigheder (Ibid). Der synes således i litteraturen at være et manglende fokus på baggrundsvariables betydning for udbyttet af patientuddannelser, hvilket Ong et al. (2014) beskriver som 'en usofistikeret offentliggørelse' af fordelene ved patientuddannelser (Ong et al., 2014:325). Dette understreger Disler et al. (2012) ligeledes, idet der i studiet konkluderes, at socioøkonomisk status kan være en disponerende faktor for KOL og kan påvirke sundhedsstatus og adgang til sundhedsydelser, mens få studier direkte har diskuteret virkningen på patienters evne til at håndtere egen tilstand (Disler et al., 2012:238). I et interventions-

studie med 241 deltagere med kroniske sygdomme konkluderer Dattalo et al. (2012) hertil, at alder, køn, socioøkonomiske forhold samt race ikke har betydning for deltagelse på et patientuddannelseshold, mens fysisk stærke deltagere har dobbelt så stor sandsynlighed for dette (Dattalo et al., 2012:1074).

Melchior et al. (2014) inkorporerer en række baggrundsvariable i sit studie, som har til formål at evaluere den kortsigtede effekt af et patientuddannelsesforløb efter 6 uger i naturlige omgivelser for ældre patienter med mindst en kronisk sygdom, herunder blandt andet diabetes, KOL og hjertesygdom. Her konstateres signifikante forbedringer i fire ud af otte mål for sundhedsadfærd; herunder håndtering af egen sygdom og følelser samt mængden af tid deltagerne bruger på motion (Melchoir et al., 2014:445). Undersøgelsen finder til gengæld ikke signifikante sammenhænge i forbindelse med demografiske variable (Op.cit.:442), hvorfor denne undersøgelse kan være med til at stille spørgsmålstegn ved, hvorvidt baggrundsvariable er af reel betydning for det umiddelbare udbytte af patientuddannelser. Hvilke variable der er relevante i målingen af udbyttet af patientuddannelser, er ligeledes problematiseret i et studie af Lorig & Holman (2003), hvor der argumenteres for, at sammenhængen mellem forbedringer i sundhedsadfærd og forbedringer i helbredet er svag eller ikke-eksisterende. På trods af at det ikke kan modargumenteres, at ændring af adfærd forbundet med kost, motion og rygning, har effekt på det fremtidige helbred, er dette en anden sag for individer, som allerede lever med en kronisk sygdom (Lorig & Holman, 2003:4). Her rettes blikket mod patienternes tiltro til egne evner, hvor studier bekræfter, at både baselineniveauet samt ændringer i tiltroen til egne evner er forbundet med fremtidigt helbred, hvorfor der konkluderes, at tiltro til egen evner må betragtes som en afgørende faktor i forbindelse med udbytte af patientuddannelser (Op.cit.4f).

5.6 Specialets relevans

Det kan ud fra ovenstående gennemgang konkluderes, at der benyttes forskelligartede indgangsvikler til måling af udbyttet af patientuddannelser, hvilket kan være en mulig forklaring på, at der endnu ikke findes entydige resultater herfor. Der findes således ikke evidens for, hvorledes patientuddannelser bedst udformes, idet effekten af disse ikke i tilstrækkelig grad er blevet studeret (Sundhedsstyrelsen, 2009:8; Wittrup, 2013:7). Dette skal ses med udgangspunkt i, at patientuddannelser anses som en kompleks intervention, hvor både målgruppen, formål, indhold etc. kan kombineres på flere måder, hvor også individuelle forhold som sygdomsgraden samt sociale og socioøkonomiske aspekter kan have betydning (Wittrup, 2013:6, Siabani et al. 2013:12), hvilket underbygger vigtigheden af mere forskning på området og herved specialets relevans. Specialets relevans begrundes yderligere af den snævre opmærksomhed rettet mod kontekstuelle og sociale aspekter, samt at der ikke findes megen forskning i en dansk kontekst. Specialet har endvidere til formål at anvende en ny metodisk tilgang til feltet,

hvorfor nye perspektiver og resultater kan fremkomme. Argumentet for at inddrage en ny metodisk tilgang, underbygges blandt andet af Ong et al. (2014) som understreger, at der er behov for ændringer i design for at inddrage flere sociale aspekter til måling af udbyttet af patientuddannelser (Ong. et al, 2014:226). Udbyttet af patientuddannelser er hertil i forskningslitteraturen kun overordnet undersøgt med afsæt i henholdsvis kvalitative metodetilgange og Randomized Controlled Trial, hvorved dette speciales metodiske tilgang synes relevant.

6. Videnskabsteori

Dette kapitel præsenterer specialets videnskabsteoretiske perspektiv. Der tages udgangspunkt i Pierre Bourdieus videnskabsteoretiske baggrund for analyse af social differentiering, hvorfor dette perspektiv ligger til grund for de metodiske og analytiske overvejelser, der danner grundlaget for specialets vidensgenerering.

Pierre Bourdieus studier bygger på en ontologi, hvor der eksisterer en virkelighed, som er uafhængig af individers erfaringer og bevidsthed herom (Bourdieu & Wacquant, 1996:84), hvor det er essentielt at afsøge, hvordan denne virkelighed opfattes af disse individer (Op.cit.:24). Bourdieu betegner sit eget arbejde gennem begrebet konstruktivistisk strukturalisme eller strukturalistisk konstruktivisme:

"Med strukturalisme eller strukturalist mener jeg, at der i selve den sociale verden, og ikke kun i symbolske systemer, såsom sprog, myter etc. eksisterer objektive strukturer, som er uafhængige af agenternes bevidsthed og ønsker og er i stand til at lede eller tvinge deres praktikker eller deres repræsentationer. Med konstruktivisme mener jeg, at der finder en social genese sted: På den ene side af de opfattelses-, tænke-, og handlemønstre, som konstituerer det jeg kalder habitus, og på den anden side af de sociale strukturer, og særdeleshed af det, jeg kalder felter og grupper." (Bourdieu, 1994:52)

Den sociale verden anses således som et system af objektive strukturer, idet de kan anses som en form for common sense, der er tilstede uanset individers bevidsthed herom. Disse strukturer er modsat også socialt skabt gennem relationer, men grundet internaliseringen af disse i samfundets individer anses de som objektivt selvfølgelige, hvorved strukturer bliver reproduceret i ellers foranderlige omgivelser. Bourdieu anser således på én gang strukturer som socialt skabte, men med en objektiv beståen (Bourdieu, 1994:52; Bourdieu & Wacquant, 1996:23f). Det strukturalistiske og konstruktivistiske perspektiv komplementerer på denne måde hinanden i Bourdieus tilgang. Dette kommer eksempelvis til udtryk i hans opfattelse af det sociale rum, hvor han insisterer på, at menneskelig praksis skal forstås som socialiserede individer, der agerer i en verden, som er meningsfuld for dem. Vi som forskere er derfor nødt til at forstå den mening, disse individer tillægger verden (Bourdieu & Wacquant, 1996:84). Bourdieu insisterer samtidig på, at den mening individer tillægger verden, skal relateres til deres position i det sociale rum. Dette kommer til udtryk i specialet ved en undersøgelse af mønstre af udbytte i relation til de sociale forskelle, der kan være mellem forskellige deltagere i det sociale rum. Det er herunder formålet at undersøge, om bestemte karakteristika ved deltagerne kan være relateret til speci-

fikke mønstre af udbytte og herved undersøge, om deltagernes position i det sociale rum har betydning herfor.

6.1 Refleksiv sociologi

Bourdieu's forfatterskab er muligvis mest omtalt og ikke mindst hædret for forsøget på at sammenføje hans teoretiske begrebsapparat med hans dominerende empiriske studier (Järvinen, 2007:361f). Bourdieu har udforsket adskillige samfundsområder siden sidste del af 1950'erne, hvilket han har gjort med en vis fordomsfrihed i forbindelse med metode og det studerede objekt, hvor han altid har medbragt et refleksiv element og inddraget det handlende individ (Op.cit.:363). Bourdieu's tilgang til forskning betegnes som refleksiv sociologi, der står i kontrast til den traditionelle positivistiske opfattelse af, at der gennem empiriske studier kan gøres objektive fund. Sociologisk refleksivitet angiver derimod, hvordan forskellige historiske antagelser, men også fysiske, psykologiske og sociale omstændigheder, på én gang afgrænser, men også er mulighedsskabende for aktive individers praksisformer. Refleksiv sociologi omhandler således både historiske omstændigheder og individers muligheder som skaberne af den sociale verden, hvorved Bourdieu bryder med opfattelsen af, at der kan opstilles almene lovmæssigheder på tværs af historie og tid. (Mathiesen & Højberg, 2004:237f) I samme forbindelse tager Bourdieu afstand fra en skelnen mellem historie og sociologi, idet de i hans optik er afhængige af hinanden, da forskeren må kende til oprindelsen af det fænomen, som undersøges (Op.cit.:219). Dette er sigtet med specialets indledende problemfelt, hvor patientuddannelsers oprindelse samt opfattelsen af sundhed og sygdom er klarlagt. Her gengives, hvordan sundhedsansvaret i en dansk kontekst i stigende grad er flyttet fra staten til individet, hvorfor efterspørgslen af patientuddannelser er steget. Dette understreger således, at det udbytte som undersøges i specialet, er indlejret i et felt, som ikke kan forstås uafhængigt af det samlede system af relationer mellem aktører, hvilket understreger betydningen af at undersøge konteksten og den historiske udvikling af et fænomen.

Bourdieu har ligeledes et relationelt, analytisk perspektiv, idet han forholder sig til sociale skel og forskelle, der findes i et samfund (Bourdieu, 1997:20). Dette kommer til syne i hans præference for korrespondanceanalysen, der er baseret på relationer mellem forskellige egenskaber (Priour & Sestoft, 2006:225). Dette relationelle perspektiv er i høj grad strukturerende for specialets undersøgelsestilgang, idet udgangspunktet er at sætte fokus på de forskelle, der kan findes gennem mønsteridentifikation, frem for at undersøge deltagernes gennemsnitlige udbytte. Sigtet er yderligere at undersøge mønstre af udbytte i relation til sociale forskelle mellem deltagerne på tværs af forskellige traditionelle, socioøkonomiske, fysiske samt psykiske parametre, hvilket understreger det relationelle, analytiske perspektiv.

6.2 Teoretisk og empirisk forankring

Bourdieu er empirisk-teoretisk orienteret, hvorfor han stiller sig kritisk overfor forskning, der ikke inddrager det sociale. Med dette menes, at han er kritisk overfor forskning, der kun teoretiserer et felt uden forankring i empiri. Han vægter derfor den ofte altafgørende distinktion mellem empiri og teori og fremhæver i denne forbindelse, at disse to må forenes: *"Teori uden empirisk forskning er tom, empirisk forskning uden teori er blind"* (Prieur & Sestoft, 2006:212). Bourdieu anlægger således en videnskab, hvor teori skal anvendes praktisk på empiriske sammenhænge, hvorved teori og empiri er gensidigt nødvendige dele af forskning (Ibid.), idet disse er i stand til at skabe og videreudvikle hinanden (Larsen, 2010:54). Teori er således ifølge Bourdieu meningsløs uden empirisk forankring, hvorfor specialet tillægger den empiriske analyse central betydning. Dette indebærer for specialet at bevæge sig ind i en teoretisk tradition, eller det Bourdieu betegner som *"det teoretiske rum, i hvilket en forsker bevidst eller ubevidst placerer sig"* (Prieur & Sestoft, 2006:213). Det teoretiske rum er klarlagt i specialets teoriafsnit, hvor teoretiske fremstillinger er præsenteret, som har skabt den teoretiske ramme, specialets empiri forankres i. Dette er netop det essentielle budskab for Bourdieus syn på videnskab; at teori og empiri er to interdependente sider af forskning, hvorfor teori skal anvendes praktisk på empiri, hvilket er sigtet med specialet.

6.3 Subjekt og objekt

Bourdieus strukturalistiske konstruktivistiske opfattelse bevirker, at han ikke har en adskilt forståelse af subjekt/objekt-tilgangen, idet han ønsker at bygge bro mellem disse. Dette understreges af, at han både har interesse i de objektive realiteter, der er grundlagsskabende for individers liv, som ikke afhænger af deres egen forståelse, men at han også er interesseret i den subjektive forståelse af livet (Bourdieu, 1997:18f). Da Bourdieu både tager afstand fra en ren subjektiv, men også en ren objektiv vinkel til at forstå den sociale verden, mener han derfor heller ikke, at der i sociologiske undersøgelser kan skelnes mellem mikro- og makroniveau. Han understreger derimod en gensidig interdependens mellem de to niveauer, hvorved han overskrider normale sociologiske forhold. (Bourdieu, 1997:12)

Bourdieus reflektive sociologi og alternative fremlægning af subjekt-objektperspektivet bør dog ses i et kritisk lys i relation til, hvordan strukturerne, som former individers handlinger, opstår. Disse strukturer skildrer Bourdieu både som socialt skabte og objektive. Det kan derfor være svært at afgøre disse strukturers oprindelse, samt hvorvidt de er mulige at ændre, idet Bourdieu selv angiver, at strukturerne befinder sig uden for individers erfaringer herom (Frederiksen et al., 2004:9; Järvinen, 2007:363). Bourdieu benytter i denne forbindelse habitusbegrebet som bindeleddet mellem individers objektive positioner og deres handlinger og valg, idet habitus kan ses som en række af historiske relationer, som er indlejret i det enkelte individ,

hvorfor habitus er i stand til at formidle mellem struktur og aktør (Bourdieu & Warquant, 1996:28). Den konstruktivistiske strukturalisme skubber dog habitusbegrebet mod strukturelementet, hvorfor strukturerne overskygger de individuelle valg (Järvinen, 2007:360f). Flere stiller sig kritisk overfor dette, idet de mener, at subjekter bliver reduceret til handlingslammede individer (Frederiksen et al., 2004:39). Specialet stiller sig ligeledes kritisk overfor dette, idet det synes utænkeligt, at deltagere på sundhedskurser i Vejle Kommune havner i situationer, hvor de ikke reflekterer ud fra individuelle erfaringer. Dette afviser Bourdieu dog, idet han mener, at beslutninger i sidste ende altid bestemmes af individers habitus, hvorfor der ikke er tale om selvstændige beslutninger blandt enkeltindivider (Frederiksen et al., 2004:38; Bourdieu & Warquant, 1996:30). Dette virker dog ulogisk, da Bourdieus mål netop er at løsrive sig fra strukturalismen og inddrage det handlende og aktive individ (Järvinen, 2007:360). I denne forbindelse anlægger specialet en kritisk afstand til Bourdieus udlægning, som negligerer individets frie vilje. Der tages derimod afsæt i en forståelse af, at deltagerne på sundhedskurserne i Vejle Kommune er mere refleksive og bevidste i deres handlinger og mestring af eget sygdomsramt hverdagsliv, end Bourdieus perspektiv tillægger dem, hvorved udbyttet af sundhedskurserne også kan skyldes individuelle aspekter.

7. Metode og fremgangsmåde

Dette kapitel beskriver specialets metodiske tilgange. Indledningsvis opstilles en præsentation af projektdesignet samt overvejelser i forbindelse med data og datakvalitet. I forlængelse heraf præsenteres datasættet, som specialets analyse er baseret på. En introduktion til korrespondanceanalysen indgår hernæst, hvor specialets aktive og passive variable præsenteres med teoretiske og praktiske overvejelser i relation til udvalget af disse, samt hvorledes de er konstrueret til brug i analysen. Der følger herefter en præsentation af klyngeanalysen som metode, der komplimenterer korrespondanceanalysen ved at gruppere alle deltagere i et antal udvalgte klynger. Metoden bag den logistiske regression opstilles hernæst som supplement til de to foregående analyser for at undersøge, om de deskriptive fund fra korrespondance- og klyngeanalysen har mere end en isoleret effekt, hvorved de passive variables betydning i kombination undersøges. Kapitlet afsluttes med overvejelser i relation til specialets ekspertfokusgruppeinterview, som bidrager med et kvalitativt blik til den ellers primære kvantitative metodetilgang.

7.1 Projektdesign

Specialet tager form som et *casestudie*, hvor udbyttet af Vejle Kommunes sundhedskurser kan anses som den egentlige case. En case kan defineres som *"the 'object' of the study."* (De Vaus, 2001:220), hvor målet er at forstå casen som et hele (Ibid.) Casen tilgås herved holistisk, hvorved mestringsudbyttet af sundhedskurserne afdækkes bredt ved at inddrage flere mestringsdimensioner jf. afsnit 7.3.2, idet *"a well-designed case study will avoid examining just some of the constituent elements"* (De Vaus, 2001:221). Dette sker gennem forskellige analysetilgange samtidigt med, at konteksten er klarlagt i ovenstående problemfelt for at opnå en forståelse af feltet; både empirisk og teoretisk. Den overordnede indfaldsvinkel til specialet er på sin vis styret af casen, hvorfor data danner grundlag for mange metodiske, teoretiske samt analytiske beslutninger. Dette betyder, at specialet kun er i stand til at belyse en mindre del af feltet relateret til patientuddannelser og herunder Vejle Kommune sundhedskurser. Specialets konklusioner skal således ses som ét af flere mulige forklarende perspektiver i relation til mestringsudbyttet. Specialet tager desuden form som et *clinical case study*, idet ønsket ikke er at anvende casen teori-testende, men derimod at anvende teori til at forstå casen. Der anvendes således en eksplorativ tilgang til casen, hvor det teoretiske fundament benyttes som fortolkningsramme for analysens fund. Det er derfor ikke muligt at generalisere analysens resultater til andre sundhedskurser i lignende kontekster, men at give Vejle Kommune en forståelse af forskellige mestringsmønstre af de undersøgte sundhedskurser.

Specialet er endvidere longitudinal designet, idet data udgøres af to målinger på to forskellige tidspunkter for samme sample, hvorfor der er tale om *simple prospective panel design* (De Vaus, 2001:118). Der er i forlængelse heraf skabt en intervention i form af et hovedforløb

mellem de to målinger jf. kapitel 4, hvoraf udbyttet måles. Der findes således flere ligheder med det klassiske eksperimentelle design, hvor forskellen dog findes i den manglende kontrolgruppe, hvorfor konklusionerne i specialet ikke med sikkerhed entydigt kan henføres til interventionen, idet de kan være påvirket af andre udefrakommende faktorer. Dette validitetsproblem kan dog mindskes ved en tilstrækkelig stor og forskelligartet sample (Ibid.), men idet specialet ikke har en stor samplestørrelse, er der i stedet søgt mod en forskelligartet sample jf. kapitel 4.

7.2 MoEva – Monitorering og evaluering af sundhedskurser

Den primære datakilde til at måle udbyttet af patientuddannelser er *Monitorerings- og evalueringsværktøjet til sundhedskurser*, MoEva, som er et redskab til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler. Dette er en database, hvor det gennem spørgeskemaer er muligt at indsamle information om deltageres helbred og sundhedsadfærd, funktions- og mestringsevner, en følelse af sammenhæng samt baggrundsinformation. De informationer databasen er baseret på, er hovedsageligt udfyldt af deltagerne, mens en mindre datamængde er angivet fra administrativ side. (Vinther-Jensen & Jensen, 2012:3) MoEva er udviklet af CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling Region Midtjylland og er et generisk¹⁷ værktøj, der kan anvendes på tværs af sygdomsgrupper og enheder til at måle udbyttet og effekten af patientuddannelsesforløb.

MoEva er konstrueret med udgangspunkt i fire målinger; et baselinespørgeskema samt tre opfølgningsspørgeskemaer, der tilsammen danner grundlag for en evaluering af udbyttet. Spørgeskemaerne er valideret og standardiseret på tværs, hvorfor de indeholder identiske spørgsmål ved alle fire måletidspunkter (Wittrup et al., 2013:9). I Vejle Kommune udfyldes disse spørgeskemaer før påbegyndt forløb, efter hovedforløbet samt seks og tolv måneder efter start jf. Figur 2. Det er i denne forbindelse vigtigt at påpege, at udbyttet af de respektive sundhedskurser i specialet kun undersøges efter hovedforløbets afslutning, hvorfor der er tale om det umiddelbare udbytte. Spørgeskemaerne er opbygget efter fire temaer; *Helbred og Trivsel*, *Sundhedsvaner*, *En følelse af sammenhæng* samt *Funktions- og mestringsevner*, der går igen for alle målinger, mens baggrundsoplysninger alene indgår i baselinespørgeskemaet. I baggrundsoplysningerne indgår emnerne; civilstatus, børn, uddannelse og arbejde samt spørgsmål om handlende ensomhed og social støtte. (Vinther-Jensen & Jensen, 2012:22f)

Helbred og Trivsel er baseret på spørgsmål bestemt gennem fysisk og psykisk funktionsevne samt selvvurderet helbred, som er et individs personlige vurdering af egen helbredstilstand. Forskning har fundet, at et individ med ringe selvvurderet helbred samt ringe fysisk og psykisk funktionsevne besidder en større risiko for at blive ramt af flere kroniske sygdomme, nedsat

¹⁷ Ikke-sygdomsspecifikt.

funktionsevne, hyppigere brug af sundhedsvæsenet etc. Spørgsmålene under dette tema udgøres i MoEva af SF12-spørgsmålene, som er generiske mål. (Vinther-Jensen & Jensen, 2012:16f)

Sundhedsvaner måles i MoEva via KRAM-faktorerne kost, rygning, alkohol og motion. Spørgsmål forbundet med kost indbefatter blandt andet indtag af frugt, grønt, fisk og fedtstof. Temaet indeholder desuden spørgsmål om indtag af fastfood, snacks, kager og slik samt sukkerrige drikkevarer. (Vinther-Jensen & Jensen, 2012:18f) Spørgsmålene inden for rygning angiver andelen af rygende deltagere på sundhedskurserne, hyppigheden samt mængden af deltagernes tobaksforbrug (Op.cit.:19). Alkoholspørgsmålene angiver, hvor ofte deltagerne drikker, og hvor mange genstande de indtager (Vinther-Jensen & Jensen, 2012:19). På baggrund af motionsspørgsmålene, belyses deltagernes bevægelses- og aktivitetsniveau (Op.cit.:20).

Oplevelse af sammenhæng er funderet i tre spørgsmål baseret på Aaron Antonovskys teori jf. afsnit 2.2, der anvendes til at belyse vigtigheden af psykologiske og sociale ressourcer bag forståelsen af sundhed og sygdom. De tre spørgsmål repræsenterer hver deres dimension af en oplevelse af sammenhæng, som henholdsvis omhandler 'håndterbarhed', 'meningsfuld' og 'begribelighed'. Spørgsmålenes udfald anvendes til at afgøre forskelle i oplevelsen af livets stressorer og mestringsstrategier i forhold til egen sundhed og sygdom. (Vinther-Jensen & Jensen, 2012:21)

Funktions- og mestringssevner er slutteligt spørgsmål om deltagernes muligheder for at mestre egen hverdag og sygdom, idet dette anses som en central faktor i forbindelse med patientuddannelser. Til måling af dette anvendes det australske HeiQ-spørgeskema, *Health Education Impact Questionnaire*, der indgår som en del af MoEva. HeiQ er baseret på 40 spørgsmål, der kan sammenfattes i otte dimensioner, som belyser hver sin del af mestrings af egen hverdag og sygdom (Vinther-Jensen & Jensen, 2012:21). De otte dimensioner omhandler henholdsvis 'Positiv livsindstilling', 'Sundhedsprioritering', 'Sundhedsorienterede kompetencer', 'Konstruktiv indstilling', 'Håndtering og selvindsigt', 'Relation til sundhedspersonale', 'Social støtte' samt 'Følelsesmæssig tilstand'. Der er her tale om forskelligartede mestringsdimensioner, hvor disse kan måle et bredt udbytte af patientuddannelser (Ibid.).

7.2.1 Dataformat og sample

Specialets data udgøres af et udtræk fra MoEva, hvor der forud for det endelige datasæt har været en tilskæringsproces fra det spæde udtræk til det rensede, endelige data anvendt i analysen. Rensningen af rådata har været baseret på en række inklusions- og eksklusionskriterier, hvor første forudsætning har været, at deltagere både skal have besvaret baseline- samt opfølgningsspørgeskemaet efter endt hovedforløb. Et kriterium har derudover været, at deltagerne skal ha-

ve besvaret spørgsmål på tværs af alle overordnede temaer, hvor de ellers er blevet ekskluderet fra data. Deltagerne er yderligere blevet ekskluderet, hvis de ikke har fuldført tilstrækkeligt af sundhedskurset. Et inklusionskriterium har derimod været, at kun deltagere, der har deltaget på hold for enten type 2-diabetes, KOL, hjertesygdom eller livsstil er inddraget, hvorved der er sket en aktiv selektionsproces, idet Vejle Kommune har ni forskellige sygdomsspecifikke sundhedskurser. Valget om kun at medtage deltagere fra de fire hold er truffet ud fra argumentet om, at sundhedskurserne inden for disse fire hold er sammenlignelige indholdsmæssigt, samt at der er tale om hold for sygdomme af fysisk karakter, som kan have psykiske og sociale konsekvenser jf. kapitel 4. Samplen udgør efter rensning 381 deltagere. Det er centralt at påpege, at samplen også udgør selve populationen, idet specialet ikke har som mål at foretage statistiske generaliseringer til en større population, men blot undersøge udbyttet af sundhedskurserne for de 381 inkluderede deltagere. Der er således tale om intern tolkning af data med afsæt i en teoretisk generaliserbarhed og empirisk sammenligning med tidligere forskningsfund.

7.2.2 At arbejde med sekundær data og kritik af MoEva

Specialets empiri er baseret på sekundær data, hvorfor der bør knyttes visse overvejelser hertil. MoEva er et værktøj, der er udviklet til at måle udbyttet på tværs af patientuddannelser, hvorfor data ikke er indsamlet med henblik på én problemstilling, men i stedet med fokus på at foretage forskellige former for analyser. Dette udelukker således den generelle ulempe ved sekundær data omhandlende, at det som oftest er indsamlet med et andet formål end den præcise problemstilling. Ved at anvende MoEva godtgøres ligeledes de komplekse udfordringer, der kan være forbundet med selv at indsamle data. Det kan i denne forbindelse være vanskeligt at indsamle en repræsentativ sample, som er fyldestgørende nok til at bære en analyse af specialets karakter. En undersøgelse, der skulle være i stand til dette, i det samme omfang som MoEva, ville være vanskelig at opstille på samme grundlag; specielt taget i betragtning, at specialet belyser en udvikling over længere tid med udgangspunkt i to målinger. Fordelen ved at anvende MoEva er således, at det sikrer specialet en vis datamængde over tid på tværs af en række længerevarende og kroniske sygdomme.

MoEva indeholder en række relevante spørgsmål, der kan belyse specialets problemstilling via mestringsvariable og variable af traditionel og socioøkonomisk karakter, som retter specialet mod et sundhedssociologisk perspektiv. I MoEva foreligger der herved en central mulighed for at arbejde med et datamateriale, som både synes valid og reliabel. Dette underbygges af, at MoEva er baseret på validerede spørgeskemakonstruktioner, hvilket sikrer en vis konsistens i deltagerne besvarelser. Dette understreges af, at SF12 og HeiQ-spørgeskemaet er valideret i en række lande. SF12 måles ved Short Form 12 Health Survey version 2 (Kosinski et al., 2007), som blandt andet er valideret i Danmark (Christensen et al., 2010). HeiQ-spørgeskemaet

er udviklet på University of Melbourne og valideret i 2006 og herefter anvendt i forskellige sammenhænge (Osborne, 2007; Nolte & Osborne, 2013). MoEva synes således at bygge på validerede spørgeskemaer, hvilket underbygger et stærkt datagrundlag for specialet, hvormed brugen af sekundær data her ses som en fordel for analysens validitet og reliabilitet.

Der kan dog knyttes kritik mod MoEva på flere punkter, hvor det blandt andet fremgår af ekspertfokusgruppeinterview jf. afsnit 7.6, at MoEva ikke konsekvent er tilpasset målgruppen. Flere deltagere er mindre ressourcestærke jf. kapitel 4, hvorfor der bør tages hensyn til disse i forbindelse med et spørgeskema. Der er dog på et generelt plan mange forståelsesproblemer forbundet med spørgsmålsformuleringerne i MoEva, idet der indgår ord og formuleringer, som der kan være forskellige forståelser af; ikke kun for deltagerne, men også blandt fagfolk. I MoEva findes der både helt konkrete spørgsmål, hvor deltagerne eksempelvis skal angive en talværdi på et ganske simpelt spørgsmål, mens der ligeledes indgår tunge teoretiske spørgsmål, som blandt andet findes i form af HeiQ-spørgsmålene. Holdkoordinatorene i Vejle Kommune oplever i denne forbindelse, at flere deltagere ikke forstår spørgsmålenes indhold, hvilket kan skabe bias i specialet. Flere deltagere er derfor kritisk indstillet overfor MoEva, da de finder spørgsmålene svære at besvare samtidigt med, at spørgeskemaet for flere deltagere er for omfangsrigt, hvilket kan skabe en negativ indstilling overfor besvarelsen af spørgeskemaet (Bilag H, 2016:9f). Mange deltagere føler i forlængelse heraf, at de bliver stillet det samme spørgsmål flere gange, da mange spørgsmål har samme ordlyd. Holdkoordinatorene udtrykker i forlængelse heraf bekymring over, at nogle deltagere ikke konsekvent angiver valide svar, men at deres svar kan være et udtryk for et tilfældigt svar eller en gengivelse af det foregående. (Op.cit.:10) Det bliver ifølge Vejle Kommunes koordinatore således for mange deltagere en langtrukket proces, idet de i forvejen har vanskeligt ved at forstå spørgsmålene, hvilket ligeledes kan skabe bias.

I relation til den givne målgruppe MoEva er rettet mod, kan der rettes opmærksomhed mod risikoen forbundet med tidspunktet for dataindsamlingen, idet deltagerne er påvirket af en fysisk sygdom, som kan have indflydelse på deres mentale og sociale hverdagsliv (Bilag H, 2016:1), hvilket kan have betydning for den måde, hvorpå de besvarer spørgeskemaet. Det er i forlængelse heraf meget individuelt, hvordan den enkelte påvirkes af at skulle besvare et spørgeskema, idet det ifølge en holdkoordinator afhænger af deres sociale og følelsesmæssige tilstand (Bilag H, 2016:3). Der synes således at være mange faktorer, der kan have betydning for, hvordan deltagerne tilgår spørgeskemaet, hvorfor det ifølge holdkoordinatorene ofte er deltageres aktuelle situation, der kommer til udtryk i besvarelsene (Ibid.), hvilket igen kan skabe bias. Dette er dog en konstant udfordring ved spørgeskemaundersøgelser, idet besvarelses altid kan være påvirket af udefrakommende faktorer. Det er dog centralt at have ovenstående kritik-

punkter in mente, når udbyttemønstre af sundhedskurserne i Vejle Kommune undersøges, idet resultatet af analysen kan være influeret heraf.

7.3 Korrespondanceanalysen som metode

Korrespondanceanalysen udgør specialets første analysedel efter den univariate analyse. Målet med korrespondanceanalysen er at indfange kompleksiteten i sammenspillet mellem variable og herved opstille en metoderamme, der tager hensyn til dette i forståelsen af udbyttemønstre i relation til sundhedskurser i Vejle Kommune. Korrespondanceanalysen kan på flere punkter ses som et alternativ til den traditionelle regressionsanalyse. Et af de væsentligste problemer ved den logistiske regression er måden hvorpå, sammenligninger mellem enkeltfaktorer bliver bærende for fortolkningen, hvorfor denne metodetilgang ofte medfører en forsimpning af den kompleksitet, som samfundet og herunder det sundhedsfaglige felt indeholder. Korrespondanceanalysen har derimod en holistisk tilgang, hvor enkeltfaktorer ikke synes tilstrækkelige i fortolkningsrammen, da en isoleret effekt af én variabel uden at have konteksten af denne in mente, kan være problematisk, da enkelte faktorer ofte er interdependente. (Hansen, 2009:169f) Korrespondanceanalysen tages således højde for konteksten og samvariationen mellem kategorier og variable, hvorved der ikke sker en forsimpning af udbyttet af sundhedskurserne.

Korrespondanceanalysen er en velintegreret metode i Frankrig, hvor udviklingen af denne oftest sættes i relation til arbejdet *L'Analyse des Données* af franskmanden og statistikeren Jean Paul Benzécri i 1960'erne og 1970'erne (Rosenlund, 1995:56), mens den empiriske udbredelse oftest ses i Bourdieus værk *La Distinction* (Jæger, 2003:1). Korrespondanceanalysen er anvendelig i forbindelse med specialets datamængde, idet almindelige krydstabeller bliver for avancerede i målingen af flere variable, mens korrespondanceanalysen kan rumme alle variable, som kan have en effekt på én gang. Denne metode er ligeledes valgt, idet den på trods af en mindre populationsstørrelse kan illustrere små forskelle på tværs af grupper, som kommer til udtryk gennem afstande i det sociale rum (Le Roux & Rouanet, 2010:59). Korrespondanceanalysen er yderligere anvendelig i forbindelse med specialets eksplorative tilgang, idet korrespondanceanalysen fremstiller grafiske output med en mere intuitiv fortolkning. Dette betyder også, at forudindtagede forklaringer på sammenhænge ikke er nødvendige, men det er dog væsentligt på forhånd at have teoretiske argumenter for valg af aktive og passive variable jf. afsnit 7.3.2 og 7.3.3. En social kontekst skabes ud fra de aktive variable, hvor samspillet mellem alle effekter fra de inddragede variable kan undersøges på én gang, hvorfor formålet med den geometriske fremstilling er at identificere mønstre mellem bestemte karakteristika langs lineære dimensioner, som står i opposition til hinanden (Le Roux & Rouanet, 2010:52). Fortolkningen af data er derfor altid relationel, hvor specialet søger at finde mønstre af udbytte langs lineære dimensioner, som er relative i forhold til hinanden. Udgangspunktet er således at sætte fokus på de for-

skelle, der kan findes gennem mønsteridentifikation af mestringsudbytte i relation til sociale forskelle mellem deltagere på tværs af forskellige parametre, hvilket understreger det relationelle, analytiske perspektiv.

I den multiple korrespondanceanalyse (MCA) er det individerne, der er bærere af den fulde information. Med udgangspunkt i en indikatorematrice fremkommer en punktsky, hvor alle individers placering opstilles i et flerdimensionalt rum. Individer placeret tæt på hinanden i punktskyen har lignende udbytte, hvorimod individer placeret langt fra hinanden har et mere forskelligartet udbytte. Der fremkommer ligeledes en punktsky, hvor alle aktive svarkategorier¹⁸ opstilles med deres relationelle placering. Gennemsnittet for alle aktive variable er placeret i barycentret, hvorudfra modaliteterne placeres på begge sider heraf. I forbindelse med placeringen af modaliteter i rummet, forholder det sig således, at desto mindre vægt¹⁹, jo større er afstandene mellem modaliteterne, idet den relative svarfrekvens for en modalitet divideres med 1 (Le Roux & Rouanet, 2010:37), hvorved disse vil være placeret længere væk fra barycentret.

Formålet med MCA'en er at reducere punktskyens kompleksitet til det færrest mulige antal dimensioner uden tab af væsentlig information. Sigtet er således at bevæge sig fra et højdimensionalt til et lavdimensionalt rum, mens mest muligt af den samlede varians²⁰ opsummeres på det færreste antal dimensioner, som benævnes principalakser (Høyen, 2010:25). Måden hvorpå dette sker, er ved at identificere den linje, som skærer gennem punktskyen med så lille en afstand som muligt til alle punkterne. Der skabes således nye principalakser, indtil der ikke er mere inerti, hvormed den samlede inerti opsummeres langs et bestemt antal principalakser (Le Roux & Rouanet, 2010:24f). Hver principalakse har en egenverdi, hvor jo højere denne er, desto mere inerti og herunder information indfanger den af den oprindelige sky (Rosenlund, 1995:61). Første principalakse indfanger således mest inerti, anden principalakse næstmest etc., hvorfor summen af egenværdien for de respektive principalakser er lig den samlede skyinerti. De to første principalakser udgør derfor den flade, der bedst opsummerer svarmønstre i data langs to dimensioner. (Høyen, 2010:36) Egenværdierne undervurderes dog kraftigt for MCA'en i SPAD²¹, hvorfor der anvendes modificerede egenværdier i analysen.

MCA'en indbefatter opsummerende komprimering af data til det mindst mulige antal principalakser med så lidt tab af information som muligt. MCA'en gør det således muligt i spejlet at reducere et stort antal kategoriske variable til et antal principalakser, som hver især opsummerer de væsentligste mønstre af udbytte i form af sammenhænge mellem de aktive variable. Med afsæt i denne metode kan der udformes korrespondanceanalysekort, hvor tolknin-

¹⁸ Alle aktive og passive variable benævnes herefter modaliteter.

¹⁹ Antal individer.

²⁰ Benævnes herefter inerti. Den samlede inerti i MCA'en er et udtryk for den gennemsnitlige, kvadrerede afstand mellem de enkelte punkter og midtpunktet, hvilket er baseret på formlen: $(k/Q)-1$ (Antal kategorier/antal spørgsmål - 1). Den samlede inerti ses herved i forholdet mellem antallet af spørgsmål og svarkategorier (Le Roux, 2010:38).

²¹ Korrespondance- og klyngeanalyse er bearbejdet i statistiskprogrammet SPAD.

ger af indholdet i form af udbyttet af sundhedskurserne opstår gennem en undersøgelse af, hvilke modaliteter der står i opposition til hinanden. Hver pol af en principalakse kan herudfra navngives med et udbytte og herved klarlægge, hvilke former for udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune, der står i opposition til hinanden.

7.3.1 Stabilitetstjek

Der er forud for den endelige korrespondanceanalyse opstillet og gennemarbejdet tre korrespondanceanalyser inklusiv den endelige. Disse har været baseret på et udvalg af variable fra KRAM- og HeiQ-spørgsmålene på henholdsvis 12, 40 og 44 aktive variable, som har konstrueret udbytterummet af sundhedskurserne. Dette er foretaget for at identificere det mest stabile rum, idet det er centralt, at rummet er stabilt, selvom der ekskluderes eller inkluderes enkelte variable. Der er således, gennem en iterativ proces med en eksperimenterende tilgang til de aktive variable, dannet forskellige korrespondanceanalyser med hver deres udbytterum.

Den første korrespondanceanalyse er baseret på 12 variable, hvilket er et forsøg på en variabelreduktion, da der heri anvendes aktive variable i form af HeiQ-dimensioner skabt med afsæt i alle 40 HeiQ-spørgsmål reduceret til otte mestringsdimensioner²². Der er dertil inddraget fire variable for kost-, alkohol- og motionsvaner. Den anden korrespondanceanalyse er baseret på de 40 HeiQ-variable og er således kun et udtryk for udbyttet i form af forskellige mestringsstemaer. Den tredje og sidste korrespondanceanalyse med i alt 44 aktive variable, som repræsenterer den endelige for specialet, ligner den anden korrespondanceanalyse med den forskel, at der i denne er inddraget aktive KRAM-variable. Det interessante er, at alle tre korrespondanceanalyser har dannet et meget ens udbytterum for sundhedskurserne i Vejle Kommune, hvorfor disse har fungeret som et validitetstjek af, at der kan tolkes tilnærmelsesvis samme resultater med afsæt i foreningen af en række variable på tværs. Formålet med at udføre tre korrespondanceanalyser har således været at validere analysens fund, hvilket har været muligt, idet de tre separate analyser har fundet lignende resultater på tværs. Valget af sidstnævnte korrespondanceanalyse begrundes med, at denne både inddrager mestrings- og KRAM-variable samtidigt med, at den til forskel for den første korrespondanceanalyse har en mere fortolkningsegnet tredjeakse. Specialets korrespondanceanalyse bygger således på i alt 44 aktive variable.

7.3.2 Aktive variable

I forbindelse med korrespondanceanalysen er det centralt at skelne mellem aktive og passive variable, idet det kun er de aktive variable, der er med til at skabe variationen i rummet. I udvælgelse af aktive variable findes to grundlæggende principper *homogeneity* og *exhaustivity*. Homogenitet omhandler, at de aktive variable skal være kategoriske samt have tilnærmelsesvis

²² Dimensionerne er testet og valideret i en række sammenhæng, se bl.a. Osborne et al. 2006.

samme antal svarkategorier, idet variationen stiger med antallet af kategorier; herved forstået, at en variabel med flere svarkategorier påvirker konstruktionen af rummet mere end en variabel med et mindre antal svarkategorier (Le Roux & Rouanet, 2004:214). Det er således søgt, at alle aktive variable har det samme antal kategorier. Exhaustivity-princippet omhandler derimod, at udvalget af variable skal være udtømmende, hvorfor de aktive variable skal være tilstrækkeligt dækkende for det fænomen, der undersøges. Dette er centralt, idet korrespondanceanalysen og specialet netop tilsigter at fastholde virkelighedens kompleksitet. Med afsæt i de to principper er de aktive variable både tematiseret for at afdække en tilstrækkelig andel af udbyttet af sundhedskurser, mens målet ligeledes har været, at variablene har et tilnærmelsesvis ligeligt antal svarkategorier. Tabel 1 illustrerer de udvalgte 44 aktive variable fordelt på otte HeiQ-temaer og et KRAM-tema samt dertilhørende antal af svarkategorier²³. De aktive variable måler således det samlede udbytte, deltagerne kan have af sundhedskurserne i Vejle Kommune.

Tabel 1. Tematisering af aktive variable og svarkategorier

Tema	Svarkategorier	Temaets svarkategorier i alt
Positiv livsindstilling		18 svarkategorier
Forbedre helbred	3	
Kan lide	3	
Bedste liv	3	
Interessante ting	3	
For mig selv	3	
Aktiv involveret	3	
Sundhedsprioritering		9 svarkategorier
Fysisk aktiv 30 min.	3	
Tid til sundhed	3	
Fysisk aktiv 15 min.	3	
Sundhedsorienterede kompetencer		12 svarkategorier
Kompetencer	3	
Tackle	3	
Håndtering	3	
Hjælpemidler	3	
Konstruktiv indstilling		15 svarkategorier
Nyde livet	3	
Ødelægger ikke liv	3	
Godt liv	3	
Styres ikke	3	
Andre håndterer	3	
Håndtering og selvindsigt		18 svarkategorier
Tjekker selv	3	
Udløser problemer	3	
Kendskab medicin	3	
Kendskab kontrol	3	
Forblive sund	3	
Realistiske forventninger	3	
Relation til sundhedspersonale		15 svarkategorier
Positiv sundhedspersonale	3	
Tryk ved læge	3	

²³ De fulde spørgsmålsformuleringer findes i Bilag B.

Sundpersonale info	3
Sundhedstilbud	3
Samarbejder	3
Social støtte	15 svarkategorier
Regne med	3
Venner	3
Forståelse familie	3
Familieomsorg	3
Tale med	3
Følelsesmæssig tilstand	18 svarkategorier
Bekymret	3
Utilfreds	3
Vrede	3
Håbløshed	3
Foruroliget	3
Deprimeret	3
KRAM	15 svarkategorier
Sund kost	4
Usund kost	4
Motion	4
Alkohol	3

Ovenstående tabel angiver, at der er henholdsvis 15 svarkategorier tilknyttet temaet KRAM og mellem 9-18 svarkategorier tilknyttet HeiQ-temaerne, hvorved i alt 135 svarkategorier danner rummet i den multiple korrespondanceanalyse. Når mønstre af udbytte undersøges i specialet, henvises der således til, hvordan deltagerne udvikler sig i en given retning på de ovenstående aktive variable. Der er bag de udvalgte, aktive variable en række udvælgelseskriterier, der både tager afsæt i intuitive såvel som teoretiske begrundelser. De 44 variable er på et overordnet plan inkluderet, idet de kan belyse, om formålet med Vejle Kommunes sundhedskurser bliver indfriet jf. kapitel 4.

Valget af de aktive HeiQ-variable tager udover ovenstående argument afsæt i en teoretisk fundering. HeiQ er baseret på 40 spørgsmål, som afspejler en række mestringsstrategier. Mestringsstrategier kan i en teoretisk kontekst forbindes til Bourdieus habitusbegreb og individers praktiske sans som en tilegnet helhed af præferencer og opfattelser af, hvordan der skal handles i en given situation jf. afsnit 2.1.1. Individers habitus og praktiske sans er således afgørende for den måde, hvorpå et individ håndterer udfordrende livsbetingelser såsom længerevarende eller kronisk sygdom, idet de tager afsæt i indlejrede handlingsmønstre i håndteringen heraf. Valget af HeiQ-spørgsmålene er således forbundet med et teoretisk argument, hvor det interessante er at undersøge om deltagernes praksis i relation til mestringsparametre ændres under sundhedskurserne.

KRAM-variablene er udvalgt, idet sigtet med KRAM-faktorerne er at forebygge sygdom gennem gode sundhedsvaner, som kan forbedre den generelle sundhedstilstand blandt hele befolkningen (Sundhedsstyrelsen a, 2009). Med større fokus på KRAM-faktorer er sigtet således at mindske risikoen for udvikling af komplikationer og sygdomme, der kan forringe livskvalitet og

øge kroniske og længerevarende sygdomme. Indsatser forbundet med KRAM-faktorer inddrages i Vejle Kommunes sundhedskurser, for at deltagerne kan opnå bedre sundhedsvaner (Vejle Kommune, 2015), hvorfor KRAM-temaet anvendes som aktive variable i specialet. Det skal dog påpeges, at rygning ikke indgår, idet det vurderes, at denne variabel har for lav variation til at kunne give brugbare resultater.

Der er endvidere udført et kodningsarbejde i relation til de aktive variable, idet de endelige variable til brug i MCA'en er skabt ud fra to målinger. Specialet anvender alene de første to målinger fra MoEva grundet lave svarfrekvenser ved første og anden opfølgningsspørgeskema²⁴ jf. kapitel 4. Målet med analysen er således at undersøge udviklingen fra starten af forløbet (T1) og herved før sundhedskurserne til umiddelbart efter hovedforløbets afslutning (T2).

Kodningen af de aktive variable består i, at hver deltagers svar fra T1 og T2 er trukket fra hinanden: T2-T1. For hvert HeiQ-spørgsmål har deltagerne kunne svare 'Helt uenig' (1), 'Uenig' (2), 'Enig' (3) og 'Helt enig' (4), eksempelvis til spørgsmålet "*Mine helbredsproblemer ødelægger ikke mit liv*". Har en deltager til et spørgsmål ved T1 eksempelvis svaret 'Uenig' (2), men ved T2 svaret 'Enig' (3), har deltageren opnået et positivt udbytte, idet $3(T2)-2(T1)=1$ (Fremgang). Med afsæt i denne kodning har alle HeiQ-spørgsmål tre kategorier svarende til henholdsvis 'Tilbagegang' (alle negative værdier), 'Stilstand' (alle 0 værdier) og 'Fremgang' (alle positive værdier). I en korrespondanceanalyse anbefales det, at der ikke inddrages aktive svarkategorier med under 5% af det samlede antal individer (Le Roux & Rouanet, 2004:216), hvorfor flere udviklingsgrader i udbyttet ikke har været muligt at opstille. De aktive variable måler således hver deltagers udvikling fra T1 til T2 i enten positiv eller negativ retning eller uændret tilstand på samtlige inddragede variable. De nykonstruerede udviklingsvariable kan således ikke afgøre, i hvilken grad deltagerne er enige i de 40 spørgsmål, men kan derimod måle på forskellen mellem det svar, der afgives fra starten af sundhedskurset i forhold til det svar, der afgives efter hovedforløbet. Det er dermed ikke muligt at afgøre deltagernes mestringsniveau, men specialet kan i stedet afgøre, hvorvidt deltagerne udvikler sig i en given retning relativt i forhold hinanden.

Variablene under KRAM-temaet er kodet på samme vis som HeiQ-spørgsmålene, hvorved der ligeledes er dannet udviklingsvariable, hvor svaret fra T1 er trukket fra T2. Disse variable har dog oprindeligt haft flere svarkategorier, hvorved deltagerne lettere har kunne udvikle sig mere end blot én kategori, hvorfor disse variable har fire udviklingskategorier. Disse nye udviklingsvariable har således svarkategorier svarende til 'Tilbagegang' (alle minus værdier), 'Stilstand' (alle nul værdier), 'Fremgang' (1-3) og "Meget fremgang" (4 og opefter). Dette er med undtagelse af alkoholvariablen, der kun har tre kategorier grundet for lav variation i svarfrekvensen. Variablene 'sund kost' og 'usund kost' er dannet ud fra en indeksskonstruktion af hen-

²⁴ MoEva er først implementeret i Vejle Kommune i august 2014.

holdsvis tre spørgsmål omhandlende deltagernes indtag af grøntsager for 'sund kost' og fire spørgsmål omhandlende indtag af kager og slik, snack, fastfood og læskedrikke for 'usund kost'. Der er beregnet en Cronbachs Alpha²⁵ på ,674 for 'sund kost' og ,558 for 'usund kost'. Cronbachs Alpha tester et mønsters interne reliabilitet, hvor det forholder sig således, at des mere delt varians, desto bedre er skalaen for de valgte spørgsmål, da dette udtrykker, at deltagernes svar kan begrundes med det bagvedliggende fænomen. En værdi over ,7 er ønskværdig, mens værdier ned til ,5 er tilstrækkelige for at kunne slutte, at en stor del af spørgsmålenes varians kan begrundes med det bagvedliggende fænomen, hvorfor CA er et statistisk mål, som kan bedømme den interne konsistens ved et mønster (Pallant, 2010:97). Den interne reliabilitet er således søgt øget ved tilstrækkelig høje værdier for de to indeksskonstruktioner. Der er således under KRAM-temaet to variable for kost, én for motion og én for alkohol.

7.3.3 Passive variable

De passive variable anvendes som supplementærpunkter i korrespondanceanalysen og henvises derfor til som supplementærvariable. Supplementærvariable karakteriseres som punkter med en position i et konstrueret rum, men uden en vægt, hvorfor de ikke bidrager til dannelsen af principalakserne og deres orientering i rummet (Le Roux & Rouanet, 2010:42). Supplementære variable, som i dette speciale består af en række udvalgte baggrunds- og helbredsvariable, indgår i analysen ved passivt at blive projiceret ind i rummet på en aktuel flade. Punkterne visualiseres ved et gennemsnitspunkt langs akserne, hvor formålet er at undersøge, hvordan karakteristika, der er forbundet med deltagere, kan have betydning for udbyttet af sundhedskurserne i Vejle Kommune. Ved inddragelse af supplementære variable inddrages omstændigheder således fra individskyen i fortolkningen af de forskelle og modsætninger, der kan findes i rumkonstruktionen (Hansen, 2009:197). Supplementærvariable er på denne måde med til at understøtte og viderebygge analysen af rummet. Der er i alt udvalgt 16 supplementære variable, som er en kombination af traditionelle og socioøkonomiske karakteristika samt spørgsmål relateret til temaet 'En følelse af sammenhæng' og 'Helbred & Trivsel', der også betegnes SF12. De inddragede 16 supplementære variable med tilhørende spørgsmål og svarkategorier ses i nedenstående tabel.

Tabel 2. Oversigt over supplementære variable

Variabelnavn	Spørgsmålsformulering	Svarkategorier
Køn	Angivet manuelt	Kvinde Mand
Alder	Angivet manuelt	18-29 år 30-45 år

²⁵ Se Bilag E.

		46-60 år 61-70 år 71-86 år
Holdnavn	Angivet manuelt	Diabeteshold KOL-hold Hjertehold Livsstilshold
Uddannelse	Har du fuldført en erhvervsuddannelse?	Nej Et/fl. kurser Faglært/KVU MVU LVU Anden uddannelse
Indkomst (1)	Hvilken indkomstkilde har du for tiden? - Lønindkomst	Ja Nej
Indkomst (2)	Hvilken indkomstkilde har du for tiden? - Indkomst der ikke kommer fra erhverv	Ja Nej
Social kapital	Indekskonstruktion	Lav social kapital Moderat social kapital Høj social kapital Meget høj social kapital
Håndterbarhed	Plejer du at være god til at finde en løsning på problemer eller vanskeligheder, som umiddelbart virker håbløse?	Nej En gang i mellem For det meste
Begribelighed	Oplever du tit, at ting som du kommer ud for i din dagligdag er vanskelige at forstå?	Nej En gang i mellem For det meste
Meningsfuldhed	Plejer du at opleve din dagligdag som en kilde til personlig tilfredsstillelse?	Nej En gang i mellem For det meste
SF12-01	Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?	Helbred -1 Helbred 0 Helbred +1
SF12-04	Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit <i>fysiske helbred</i> ? - Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	Fys. nået mindre -1 Fys. nået mindre 0 Fys. nået mindre +1
SF12-05	Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit <i>fysiske helbred</i> ? - Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde, eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	Fys. begrænset -1 Fys. begrænset 0 Fys. begrænset +1
SF12-06	Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af <i>følelsesmæssige problemer</i> ? - Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	Føl. nået mindre -1 Føl. nået mindre 0 Føl. nået mindre +1
SF12-07	Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af <i>følelsesmæssige problemer</i> ? - Jeg har udført mit arbejde eller an-	Føl. udført arb. -1 Føl. udført arb. 0 Føl. udført arb. +1

	dre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer	
SF12-10	Hvor stor en del af tiden af de seneste 4 uger har du:	Energi -1
	- Været fuld af energi	Energi 0
		Energi +1

De første supplementære variable tager karakter af traditionelle, sociologiske baggrundsvariable, som omhandler køn, alder, uddannelse, indkomst, social kapital samt hvilket hold, deltagerne har været på. Der er ikke forbundet konkrete teoretiske betragtninger med valget af de to førstnævnte, da specialet generelt ønsker at undersøge, hvorvidt der findes differentiering på tværs af mænd og kvinder samt forskellige alderskategorier. Rent kodningsmæssigt kræver den nominelle, dikotome kønsvariabel ingen yderligere uddybelse, mens aldersvariablen oprindeligt er angivet manuelt med CPR-nummer. Der er herudfra skabt en ordinalskaleret variabel i fem aldersintervaller baseret på en intuitiv inddeling på baggrund af samplen.

Supplementærvariablene indkomst, uddannelse og social kapital har sit teoretiske argument i Bourdieus tre kapitalformer jf. afsnit 2.1. Indkomstvariablen kan være indikator for den økonomiske kapital og er derfor udvalgt for at undersøge, om deltagerens rådighed over penge og materielle goder, kan være en afgørende faktor for udbyttet af sundhedskurserne. Den kulturelle kapital, i form af uddannelse inddrages for at undersøge, hvorvidt deltagerens uddannelsesniveau og heraf mestring af naturens koder kan have betydning herfor. Det kan således undersøges, om oparbejdede ressourcer i form af økonomisk kapital eller en kropsliggjort kapital i form af uddannelse, kan være differentierende for forskellige udbytteformer. Med den sociale kapital er ønsket at undersøge, hvorvidt deltagerens sociale relationer kan være af betydning for deres udbytte. De tre kapitalformer er således med til at afgøre, om de egenskaber og ressourcer deltagerne besidder, har betydning for deres forudsætninger for at opnå et givent udbytte af sundhedskurserne. Den økonomiske kapital angives ved to ud af tre variable fra det oprindelige datasæt omhandlende, hvorvidt deltagerne har en lønindkomst eller en indkomst, der ikke kommer fra erhverv (overførselsindkomst), hvorfor disse ikke er rekodet. Uddannelsesvariablen er derimod rekodet til seks svarkategorier, hvor kategorier med et mindre antal deltagere er sammenlagt for at opnå en højere frekvens. Variablen for social kapital er baseret på en indekskonstruktion af de to oprindelige spørgsmål; *"Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?"* og *"Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du har mest lyst til at være sammen med andre?"* som i kombination har en tilstrækkelig høj Cronbachs Alpha²⁶ på ,615. Variablen indeholder således spørgsmål omhandlende social støtte og ensomhed, hvor indekskonstruktionen har mindsket variabelantallet via et samlet mål for social kapital med fire ordinalskalerede kategorier. Holdvariablen anvendes som en supplementærvariabel for at un-

²⁶ Se Bilag E.

dersøge, hvorvidt det har betydning for udbyttet, hvilket hold deltagerne har været på. Variablen er på forhånd nominelskaleret og administrativt angivet, hvorfor der ikke er foretaget rekodninger af denne.

Efter de seks sociologisk, klassiske variable, følger tre supplementære variable baseret på Aaron Antonovskys begreber håndterbarhed, begribelighed og meningsfuldhed jf. afsnit 2.2.1. Der er ikke foretaget yderligere rekodninger af disse spørgsmål, hvorfor de i analysen fremstår i deres oprindelige, ordinale form med tre svarkategorier. Disse variable anvendes som supplementærvariable på trods af, at de ligeledes kunne have fungeret som aktive variable, men grundet deres sproglige spørgsmålsformulering, som henviser tilbage i tiden, anses disse i specialet som et statistisk parameter, der kan være en udslagsgivende faktor for udbyttet. Disse statistiske parametre underbygges ligeledes af Antonovskys forståelse af, at en oplevelse af sammenhæng skabes i barn- og ungdommen og ikke ændres væsentligt herefter (Antonovsky, 2000:123). Det teoretiske argument for at udvælge de tre spørgsmål, funderes i et ønske om at undersøge, hvorvidt disse parametre har betydning for udbyttet af sundhedskurserne. Håndterbarhed, som måles gennem spørgsmålet *"Plejer du at være god til at finde en løsning på problemer eller vanskeligheder, som umiddelbart virker håbløse?"*, kan belyse, hvorvidt deltagerens omfang af tilstrækkelige ressourcer til håndtering af de stimuli, de udsættes for, har betydning for deres udbytte af sundhedskurserne. I denne henseende er der tale om ressourcer, som det enkelte individ selv har, eller ressourcer en anden person kan besidde, som individet har tiltro til jf. afsnit 2.2. Spørgsmålet *"Oplever du tit, at ting som du kommer ud for i din dagligdag, er vanskelige at forstå?"* indfanger begrebet begribelighed, hvor det teoretiske argument for at anvende dette, er baseret på, hvorvidt intern og ekstern stimuli er forudsigelige og begribelige for deltagerne, og herunder hvorvidt dette har betydning for deres udbytte. Begrebet meningsfuldhed tager afsæt i spørgsmålet *"Plejer du at opleve din dagligdag som en kilde til personlig tilfredsstillelse?"*. Dette spørgsmål afspejler, hvorvidt deltagerne oplever, at tilværelsen og livets problemstillinger anses som værdifulde at bruge tid og energi på, og herved om dette har betydning for udbyttet af sundhedskurserne.

SF12-spørgsmålene anvendes ligeledes som supplementærvariable. Formålet med de udvalgte SF12-spørgsmål har været at måle deltagerens helbred og trivsel med afsæt i relevante fysiske og psykiske parametre. De anvendes dog som en udviklingsvariable baseret på T2-T1, hvorved de er konstrueret på samme vis som de aktive variable jf. afsnit 7.3.2. Ud af de tolv oprindelige spørgsmål er der udvalgt seks, idet de er i stand til at belyse forskellige aspekter af deltagerens helbred. Udvalget af disse variable er således ikke teoretisk funderet, men i stedet valgt for at kunne afdække deltagerens helbred på flest mulige parametre og herved helbredets sammenhæng med udbyttet af sundhedskurserne.

7.4 Klyngeanalyse

Klyngeanalysen opstilles som anden analysedel med henblik på at udvide resultaterne fra korrespondanceanalysen, idet formålet er at inddele individer i klynger med afsæt i deres placering i korrespondancekortet. Klyngeanalysen kan således med afsæt i de aktive variable opstille grupperinger af deltagere, som har et lignende udbytte og orientering i rummet, hvor klyngerne kan beskrives i forhold til størrelse, udbytteform og sociale karakteristika. En klynge kan derfor karakteriseres som en gruppe af individer, der internt ligner hinanden mest muligt samt eksternt adskiller sig mest muligt fra andre i forhold til de aktive variable (Le Roux & Rouanet, 2004:106). En klyngeanalyse kan foretages på alle typer data²⁷ og gennemføres i dette tilfælde med afsæt i alle korrespondanceanalysens principalakser, hvorudfra afstanden mellem individerne beregnes. Det der afgør, hvor meget individer ligner hinanden, er hvor tæt, de er placeret på akserne samlet set, hvorudfra de grupperes efter deres placering i relation til hinanden i rummet. Individer der er placeret tæt på hinanden langs akserne har lignende svarprofiler på de udvalgte spørgsmål, hvorfor individerne grupperes herefter (Op.cit.:106f), hvorved sigtet er at identificere forskelle og ligheder mellem de individbaserede klynger. Klyngeanalysen supplerer således korrespondanceanalysen ved at opstille uddybende resultater, da klyngerne konstrueres med afsæt i alle principalakserne, hvorfor der ikke kun analyseres enkeltvis på disse, som i korrespondancen. Klyngerne indeholder således hver især komprimeret viden fra korrespondanceanalysens akser, som kan supplere med nye tolkningsnuancer.

I konstrueringen af klyngerne anvendes *Wards Kriterium*, der søger at mindske den interne varians i klyngerne, således de internt er så homogene som muligt. Herved maksimeres den eksterne varians modsat, hvorved klyngerne eksternt er så heterogene som muligt. (Le Roux & Rouanet, 2004:109) Metoden *Agglomerativ hierarkiske klyngeanalyse* anvendes desuden, hvor fremgangsmåden er, at individer grupperes i klynger, indtil der kun er én samlet klynge (Op.cit.:108). Det metodiske udgangspunkt for den hierarkiske klyngeanalyse består i at beregne afstande mellem alle individer i datasættet og finde de to med mindst afstand, hvorved disse sammenlægges, idet de minder mest om hinanden. (Le Roux & Rouanet, 2004:108f) Afstanden beregnes herefter igen mellem den nydannede gruppe og alle andre individer, hvorefter de to, der minder mest om hinanden, sammenlægges. Denne proces fortsætter, indtil et ønsket antal klynger opnås, hvorved der for hver ny agglomeration²⁸ sker en stigning i den interne varians i klyngerne og tilsvarende et fald i den eksterne. Det fastslås herved, hvilke individer der er placeret tættest på hinanden, som er afgørende for, hvilke individer der klynkes sammen på et givent tidspunkt, hvilket illustreres ved et dendrogram og et histogram (*Curve of level indexes*)²⁹.

²⁷ Nominel, ordinal og intervalskaleret data.

²⁸ Sammenlægning.

²⁹ Se Bilag I.

Antallet af relevante klynger bestemmes ved at vælge den sammenlægning, hvor der tabes en markant andel af ekstern varians (Op.cit.:114). Klyngerne bør derudover have en passende størrelse, hvor mindst 5% af individerne bør indgå i hver klynge, mens mere end 50% i en klynge bør undgås (Le Roux & Rouanet, 2004:109). Deltagerne inddeles således i klynger alt efter, hvem de har flest fællestræk med, hvorved der er tale om en variansanalytisk tilgang, der optimerer homogeniteten internt i klyngere samt den eksterne forskel mellem dem.

Den ideelle løsning for antallet af klynger i specialet er afgjort af det grafiske output, hvor der skæres ved seks klynger, da der her er et markant skel i tabet af den eksterne varians jf. Bilag I. SPAD er desuden i stand til at fastslå et antal klynger, hvor der her angives løsninger med henholdsvis tre, fire og seks klynger. Den første løsning er stærkt forbundet med individskyens spredning for flade 1-2 jf. afsnit 8.2.2, da klyngerne heri hovedsageligt er karakteriseret ved udbytte i form af fremgang, stilstand og tilbagegang. Det problematiske ved klyngeanalysen er, at der kan gå forskelle og varians tabt mellem disse, når individerne grupperes. Der bør derfor ikke anvendes for store klynger, hvor det kan risikeres, at der komprimeres for meget viden. Tre-klyngeløsningen fravælges derfor, da det ligeledes er begrænset, hvor meget denne kan bidrage yderligere til analysen, da udbyttømønstrene fra korrespondanceanalysen blot gengives heri. Løsningen med fire klynger vurderes ligeledes ikke at bidrage markant til en yderligere tolkning, hvorfor det er valgt at anvende løsningen med i alt seks klynger. Heri indgår de nævnte tre iøjnefaldende klynger for tilbagegang, stilstand og fremgang som udbytte af sundhedskurserne, der kan være med til at validere og underbygge korrespondanceanalysens fund samt give nye perspektiver på disse udbyttømønstre, som i korrespondanceanalysen er påvirket af en stærk Guttman-effekt jf. afsnit 8.2.2. I denne klyngeløsning indgår yderligere tre andre klynger, som kan indfange nye tendenser af det oplevede udbytte af sundhedskurserne, hvorved en mere nuanceret tolkning af data kan ske gennem klyngeanalysen.

7.5 Logistisk regression

Den logistiske regressionsanalyse anvendes i den tredje analysedel for at validere og udvide resultaterne fra korrespondance- og klyngeanalysen. Der er med afsæt i de tre akser fra korrespondanceanalysen konstrueret tre afhængige, dikotome variable, hvilket afgør regressionsanalysen som binær³⁰. I korrespondanceanalysen navngives hver pol af akserne som nævnt med et udbytte og angiver herved, hvilke former for udbytte der relativt set står i opposition til hinanden på den pågældende akse. Det er ud fra denne navngivning, akserne er inddelt dikotomt med afsæt i individernes placering langs akserne, hvor individer med negative fortegn placeres i én kategori, mens individer med positive fortegn placeres i en anden. Individer på hver side af ba-

³⁰ De logistiske regressioner er bearbejdet i statistiskprogrammet SPSS.

rycentret udgør således hver deres kategori for hver pågældende akse. Det er vigtigt at påpege, at individer, der befinder sig på den ene side af barycentret som eksempelvis tilbagegangssiden, ikke nødvendigvis er gået tilbage på alle parametre, men blot er dette relativt set i forhold til individer på fremgangssiden. Individernes placering på en given akse er således et udtryk for deres gennemsnitlige score på samtlige aktive variable, hvorved der altid er tale om en relationel tolkning.

Argumentet for at anvende binære logistiske regressioner, og hermed omdanne de tre akser til dikotome variable, er funderet i et ønske om at undersøge de passive variables isolerede effekt, men ligeledes undersøge disse i kombination, idet korrespondance- og klyngeanalysen blot kan beskrive de passive variables placering i rummet, men ikke interne sammenhænge mellem disse. Den binære regressionsanalyse anvendes yderligere, idet de afhængige variable tager kategorisk karakter, hvorfor denne regressionstilgang synes mere anvendelig frem for den lineære. Ved at anvende den binære logistiske regressionsanalyse kan fortolkningsretningen i forbindelse med udbytteformerne fra korrespondanceanalysen ligeledes fortsættes.

I analysen rettes blikket mod regressionskoefficienten, som er et udtryk for logits-estimatet og herunder, hvor positiv eller negativ effekt en given uafhængig variabel har på den afhængige set i relation til en referencekategori. Det statistiske mål for dette er Odds Ratio, der angiver, hvad oddsene er for at opnå succes i en gruppe i forhold til referencegruppen. Odds Ratio er således sandsynligheden for at opnå succes divideret med sandsynligheden for at opnå fiasko, hvilket afgør forholdet mellem to Odds³¹. (Agresti & Finlay, 2009:487) Regressionsanalysens formål er således at klarlægge sandsynlighederne for, at deltagerne opnår et givent udbytte baseret på aksernes udfald med afsæt i de passive variables isolerede og samlede effekt samt undersøge interne sammenhænge mellem de passive variable. Den logistiske regressions egentlige formål er gennem forskellige modelløsninger at finde en endelig model, der bedst kan forklare variansen for hver af de tre afhængige variable. Det statistiske mål for forklaringskraften er Nagelkerke, som antager en værdi mellem 0-1, hvor værdien 1 angiver en perfekt model. Der søges derfor en værdi så tæt på 1, idet jo tættere Nagelkerke-værdien er på 1, desto stærkere forklaringskraft har den givne regressionsmodel. Nagelkerke afhænger dog af kompleksiteten i den givne regressionsmodel, herunder antallet af variable i modellen (Agresti & Finlay, 2009:333), hvorfor det kan være vanskeligt at opnå en høj Nagelkerke-værdi. Som afslutning på de logistiske regressionsmodeller opstilles en *Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit Test*, hvor der søges en p-værdi $> ,05$, idet denne angiver, at modellen passer til datasættet, hvorved gyldigheden ikke kan betvivles. (Pallant, 2010:176)

³¹ Specialet anlægger i arbejdet med de binære, multiple logistiske regressioner et signifikansniveau med en grænseværdi på $p \leq ,05$.

7.6 Ekspertfokusgruppeinterview

Ekspertfokusgruppeinterviewet kan anses som specialets fjerde analysedel og anvendes til en yderligere tolkning af data dog uden et selvstændigt afsnit, da resultaterne herfra løbende sættes i relation til analysens resultater. Ekspertfokusgruppeinterviewet er foretaget med specialister inden for sundhedsområdet i Vejle Kommune, hvor sigtet har været at supplere de statistiske resultater med kvalitative forklaringer. Formålet har herved været at opnå en dybere forståelse for de sammenhænge, der opstilles for deltagernes udbytte af sundhedskurserne.

Ekspertfokusgruppeinterviewet kombinerer ekspertinterviews med fokusgruppeinterviews. Grundlæggende indgår der i et ekspertinterview informanter, som har en vis ekspertise inden for et bestemt område (Kvale & Brinkmann, 2009:167), mens fokusgruppeinterviewet har til sigte at udnytte interaktionen i grupper (Morgan, 1997:4). Selve interviewsituationen har været baseret på fremlagte problemstillinger og resultater i relation til specialets statistiske analyse. De fremlagte problemstillinger og resultater har eksperterne forholdt sig til gennem udveksling af perspektiver, hvorved de har kunne supplere hinanden og skabe vidensdeling på tværs. Der er således ikke udformet en stringent interviewguide, da et udvalg af specialets statistiske fund i stedet er blevet præsenteret. Fokusgruppeinterviewet har herved taget karakter af et lavt struktureret interview, hvor målet har været at berøre bestemte temaer i relation til analysens fund, hvorved eksperterne frit har kunne udtrykke deres umiddelbare holdninger og erfaringer i relation hertil. Den løse dialog har herved været rettet mod mulige fortolkninger af de mønstre, der identificeres i de kvantitative analyser.

Kombinationen af ekspert- og fokusgruppeinterview tillader specialet at anvende en gruppes samlede ekspertinput, som opstår i interaktionen, hvor der kan opnås en væsentlig mængde koncentreret viden i relation til specialets problemstilling (Bloksgaard & Andersen, 2012:35). Formålet med eksperternes interaktion har været at opnå et supplerende perspektiv på de mønstre af udbytte, som fremkommer i analysen, da data kun belyser deltagernes oplevelse og synspunkter. Ved inddragelse af eksperterne kan der således fremkomme andre perspektiver på udbyttet af sundhedskurserne, hvorved de to synspunkter kan supplere hinanden med forskelligartede vinkler, idet der er tale om viden på forskellige niveauer. Sigtet med ekspertfokusgruppeinterviewet er således at opnå større viden på et mere overordnet plan og herved opnå forklaringer på de statistiske sammenhænge, der findes i analysen.

I ekspertfokusgruppeinterviewet indgår seks eksperter, hvor antallet heraf er afvejet mellem det, at et lavt antal informanter kan forårsage komplikationer i opretholdelsen af en dynamisk diskussion, mens et højt antal informanter kan skabe forvirring, hvor informanter ikke kommer til orde (Bloksgaard & Andersen, 2012:30). Med seks eksperter har gruppeprocessen og meningsudvekslingen mellem disse været i stand til at skabe et dynamisk forum med forskellige synspunkter i relation til udbyttet af sundhedskurserne. Ekspertfokusgruppeinterviewet er

således velegnet i forbindelse med metodetriangulering og korrespondanceanalysen, idet interaktionen kan fremprovokere dybere viden om sundhedskurserne samt eksperternes holdninger og oplevelser heraf. Ekspertfokusgruppeinterviewet har ligeledes den funktion, at det, med afsæt i kvalitative fund, kan være med til at validere resultaterne fra den ellers kvantitative analyse. Eksperterne kan supplere med en sundhedsfaglig og praktisk viden, hvorfor denne viden kan supplere de statistiske resultater gennem forklaringer i relation til udbyttemønstrene og de sammenhænge, der er forbundet hermed.

De seks eksperter er alle rekrutteret gennem specialets gatekeeper, som er leder af sundhedskurserne i Vejle Kommune, hvorfor udvælgelsen af eksperterne er sket med udgangspunkt i gatekeeperens relevansvurdering. De seks udvalgte eksperter er tilknyttet et eller flere sundhedskurser, hvor fire af dem er uddannet fysioterapeuter, mens to er uddannet sygeplejersker. Gruppen af eksperter er sammensat således, at der er holdkoordinatorer for alle fire holdtyper, mens andre besidder stillinger inden for administrationen af sundhedskurserne, hvorfor de har varieret kontakt med deltagerne. Der er således en vis diversitet i gruppens sundhedsfaglige profiler, hvilket har skabt dynamiske diskussioner og perspektiver på de fremlagte problemstillinger og resultater, idet en række delte, men også forskellige erfaringer fra arbejdssfæren er diskuteret. Efter interviewsituationen er interviewet transskriberet, hvorefter kodning og kategorisering er benyttet, således datamaterialet er blevet systematiseret i temaer i relation til analysens fund. Ekspertfokusgruppeinterviewet anvendes herved løbende i analysen, hvorfor udtalelser herfra i kombination med specialets teoretiske og empiriske perspektiver kan underbygge og forklare de statistiske fund.

7.6.1 Refleksioner over ekspertfokusgruppeinterview

Det kan i forbindelse med fremgangsmåden for ekspertfokusgruppeinterviewet diskuteres, hvorledes dette har haft indflydelse på resultaternes validitet og reliabilitet. Ekspertfokusgruppeinterviewet er som nævnt udformet således, at eksperterne har kommenteret på en række problemstillinger og resultater fra analysen, således fokus har været rettet mod kvalitative forklaringer på analysens fund. Der har således været en vis form for styrende guidelines, hvorfor det på sin vis har været muligt at kontrollere diskussionen blandt fokusgruppedeltagerne. Der kan herved rettes kritik mod, i hvilket omfang eksperterne er blevet styret og ledt til at besvare spørgsmål i en bestemt retning eller kontekst; herunder om deres refleksionsramme er blevet indskrænket af på forhånd opstillede diskussionsemner. Interviewsituationen har således, på trods af den ellers løse samtale, været præget af en vis form for styring. Denne styring sikrer på den ene side, at deltagerne har diskuteret relevante emner rettet mod dataindsamlingens formål, men kan modsat have påvirket eksperternes svar i en bestemt retning. Dette kan have hæmmet den frie refleksion og diskussion, da faktiske resultater allerede på forhånd er givet.

Den ellers eksplorative tilgang, som specialet ønsker at anlægge, og som ofte er forbundet med fokusgruppeinterviews, kan således være påvirket af de styrende emner, hvorved givende resultater kan være blevet overset.

Tilgangen til fokusgruppeinterviewet kan begrundes med, at Vejle Kommune endnu ikke selv anvender datamængden fra MoEva til at udføre analyser, hvorfor interviewsituationen af samme grund er opstillet således, at udvalgte resultater og problemstillinger i relation til specialet har været styrende undervejs. Det var således ikke på forhånd givet, at eksperterne havde indsigt i, hvordan MoEva kunne anvendes, samt hvilket resultater analysen heraf kunne udmunde i, hvorfor det er valgt at anvende konkrete resultater som strukturerende emner under fokusgruppeinterviewet. Det har derfor været nødvendigt at lade ekspertfokusgruppeinterviewet styre af en række bestemte emner for at fokusere interviewet omkring udvalgte problemstillinger, selvom dette kan have haft konsekvenser for resultaterne. Interviewsituationen har således været emnebestemt på forhånd, hvor der kan være risiko for, at vigtige perspektiver er blevet udeladt, idet mindre opmærksomhed har været rettet mod at studere deltagernes gruppedynamik, som blot er anvendt til at skabe udtalelser til brug i analysen. Med denne tilgang til ekspertfokusgruppeinterviewet er en mængde valide udtalelser dog blevet indsamlet til gavn for tolkningen af specialets statistiske resultater, hvorved denne fordel synes at opveje ovenstående kritikpunkter, som dog skal holdes in mente, når udtalelserne anvendes i analysen.

8. Analyse

Dette kapitel præsenterer analysens resultater. I kapitlet fremstilles først en indledende, univariat analyse af de overordnede statistiske fund. Korrespondanceanalysen indgår hernæst med det formål at undersøge, hvilke mønstre der kan findes i udbyttet af sundhedskurserne i Vejle Kommune. Supplementære variable inddrages herefter i en yderligere tolkning af, hvorvidt bestemte karakteristika ved deltagerne kan være relateret til specifikke mønstre af udbytte. Klyngeanalysen opstilles efterfølgende med det sigte at gruppere deltagerne med afsæt i deres placering i korrespondancekortet, hvor klyngerne beskrives i forhold til størrelse, udbytteform og sociale karakteristika. De binære, logistiske regressioner præsenteres afslutningsvis som supplement til korrespondance- og klyngeanalysen for at undersøge de supplementære variables isolerede og kombinerede effekter. Ekspertfokusgruppeinterviewet sammenholdes i samspil med en teoretisk og empirisk kontekst løbende med analysens fund for at uddybe de statistiske resultater. Formålet er som nævnt ikke at generalisere analysens resultater til en større population, men at undersøge mønstre af udbytte efter afsluttet hovedforløb på Vejle Kommunes sundhedskurser for den respektive sample.

8.1 Univariat analyse

I det følgende præsenteres deltagerens fordeling i forhold til traditionelle og socioøkonomiske variable samt Antonovskys tre elementer for en oplevelse af sammenhæng for at give en introduktion til deltagerne på sundhedskurserne i Vejle Kommune. SF12-variablene præsenteres herefter for at klarlægge, hvorvidt deltagerne har udviklet sig i en given retning i forhold til disse. De aktive variable i form af KRAM- og HeiQ-spørgsmålene præsenteres dernæst for at klarlægge den generelle udviklingstendens på tværs af disse parametre. Denne indledende analyse del opstiller således et overordnet billede af deltagerne og de forskellige mønstre af udbytte af sundhedskurserne, der gør sig gældende umiddelbart efter afsluttet hovedforløb.³²

Der ses en ligelig fordeling mellem kvinder og mænd, som udgør henholdsvis 52%³³ og 48%. Der er derimod en mere spredt aldersfordeling, hvor 4% af deltagerne er 18-29 år, 14% er 30-45 år, 24% er 46-60 år, mens 36% af deltagerne er 61-70 år og slutteligt er 22% 71-86 år. Data indeholder således en naturlig aldersfordeling, når problemstillingen tages i betragtning, idet kroniske og længerevarende sygdomme ofte er mest udslagsgivende i den sidste del af livet (Lorig et al., 1996:1; Sundhedsstyrelsen b, 2009:19). I forhold til uddannelsesniveau er 37% faglærte eller har en kort videregående uddannelse. Dertil har 20% af deltagerne ingen erhvervsuddannelse, mens 9% har et eller flere kurser. 21% har en mellemlang videregående uddannel-

³² Se Bilag F for samtlige tabeller.

³³ Alle tal rundes op til nærmeste hele.

se, 4% har en lang videregående uddannelse og endeligt har 9% en anden uddannelse. I forbindelse med deltagernes indkomst har 35% en almindelig lønindkomst, mens 65% ikke har. 70% har modsat en indkomst, som ikke kommer fra erhverv, hvilket henviser til overførselsindkomster fra det offentlige, mens 30% ikke har. Dette stemmer overens med aldersfordelingen, hvor der antages at være en stor andel pensionister, hvilket forklarer den høje frekvens med indkomst, der ikke kommer fra erhverv. I forhold til social kapital, har bare 8% af deltagerne en lav grad, mens 21% har en moderat grad af social kapital. 40% har modsat en høj grad, mens 31% har en meget høj grad af social kapital. Yderligere har 23% deltaget på et diabeteshold, 24% har været KOL-holddeltagere, mens 26% har deltaget på et hjertehold og 27% på et livsstilshold. Der er således en tilnærmelsesvis ligelig fordeling af deltagerne på tværs af de fire holdtyper.

Deltagernes grad af oplevelse af sammenhæng i tilværelsen måles gennem håndterbarhed, meningsfuldhed og begribelighed, hvor der ses en nogenlunde ensartet fordeling blandt disse. 74% af deltagerne plejer for det meste at være gode til at finde løsninger på problemer, som umiddelbart virker håbløse, mens 22% en gang imellem er gode til dette. Til dette spørgsmål svarer bare 4%, at de ikke er gode til at finde en løsning, hvorved størstedelen af deltagerne vurderer, at de som oftest er gode til at håndtere problemer. Den samme tendens tegner sig for meningsfuldhed, hvor 71% af deltagerne for det meste oplever deres dagligdag som en kilde til personlig tilfredsstillelse, mens 21% oplever dette en gang imellem. 8% oplever modsat ikke deres dagligdag som kilde til personlig tilfredsstillelse, hvorved hovedparten af deltagerne oplever hverdagen som meningsfuld. Dertil oplever 45% af deltagerne aldrig, at ting som de kommer ud for i deres dagligdag, er svære at forstå, mens 49% en gang imellem oplever dette. Det kan hertil knyttes, at kun 6% af deltagerne for det meste oplever, at ting i hverdagen er svære at forstå. Det kan ud fra ovenstående umiddelbart udledes, at et flertallet af deltagerne har en høj oplevelse af sammenhæng i tilværelsen, idet kun en mindre andel oplever en lav grad af håndterbarhed, meningsfuldhed og begribelighed.

Deltagernes udbytte i relation til deres helbred og trivsel er karakteriseret ved, at 8% angiver, at deres selvvalgte helbred er blevet ringere efter sundhedskurset, mens 37% angiver, at deres helbred er blevet bedre. 56% vurderer dog, at deres helbred er på samme niveau som før sundhedskurserne. I forhold til deltagernes fysiske helbred, angiver 15% at de i højere grad har nået mindre, mens 15% ligeledes angiver, at de har været mere begrænsede i hvilket slags arbejde eller hvilke aktiviteter, de har kunne udføre på grund af deres fysiske helbred. 43% har i samme grad nået mindre, mens 44% i samme grad har været begrænsede i hvilket slags arbejde eller hvilke aktiviteter, de har kunne udføre på grund af deres fysiske helbred. 42% har modsat oplevet en positiv udvikling, idet de i mindre grad har nået mindre grundet fysisk helbred, mens

41% også føler sig mindre begrænsede grundet deres fysiske helbred. 30% har derudover fået mere energi, mens 43% oplever samme energiniveau. 18% har modsat fået mindre energi efter hovedforløbet, hvorved en mindre andel oplever tilbagegang på dette parameter. Et lignende billede tegner sig for deltagernes følelsesmæssige helbred, idet 15% i højere grad end før kurset føler, at de har nået mindre grundet følelsesmæssige problemer. 16% angiver, at de har udført deres arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt end normalt grundet følelsesmæssige problemer, mens henholdsvis 48% og 52% angiver en uændret tilstand på disse parametre. 37% angiver derimod, at de i lavere grad har været påvirket af følelsesmæssige problemer, idet de i mindre grad har nået mindre, mens 31% ligeledes i mindre grad har været begrænsede i at udføre arbejde eller andre aktiviteter grundet følelsesmæssige problemer.

I forhold til KRAM-faktorerne drikker 18% af deltagerne mindre alkohol efter hovedforløbet, 74% drikker uændrede mængder, mens 9% drikker mere. 31% af deltagerne spiser hertil mindre sund kost, 27% spiser samme mængde af sund kost som før kurset, mens en større andel svarende til 36% spiser mere sund kost og 6% spiser markant mere sundt. I forlængelse heraf dyrker 33% mere motion, mens 11% dyrker markant mere motion. Det er dog bemærkelsesværdigt, at 25% dyrker mindre motion og 32% af deltagerne motionerer i samme grad som før kurset. Det kan hertil knyttes, at 27% af deltagerne spiser uændrede mængder usund kost, mens 26% spiser mere usundt. 40% spiser dog modsat mindre usundt, mens 7% spiser meget mindre usundt. I forbindelse med KRAM-faktorerne ses der således en tendens til, at minimum en tredjedel har uændrede vaner, mens en mindre andel oplever negativ udvikling og en større andel er blevet sundere på alle fire parametre.

For de første fem mestringstemaer 'Positiv livsindstilling', 'Sundhedsprioritering', 'Sundhedsorienterende adfærd', 'Konstruktiv indstilling' samt 'Håndtering og selvindsigt' ses en tilnærmelsesvis ligelig fordeling af deltagernes udbytte. Tendensen er, at mellem 50-64% af deltagerne inden for ovenstående temaer ikke udvikler sig i hverken positiv eller negativ retning, hvorved de i samme grad som før hovedforløbet har en positiv livsindstilling, at de i samme grad prioriterer deres sundhed og har en sundhedsorienteret adfærd. De har dertil en uændret konstruktiv indstilling samt håndteringsmuligheder og selvindsigt. I relation til dette oplever mellem 22-36% positiv fremgang på ovenstående temaer, mens det er vigtigt at påpege, at 10-18% modsat oplever tilbagegang på disse. Sundhedskurserne i Vejle Kommune synes herved ikke at have et entydigt positivt udbytte for deltagerne efter endt hovedforløb.

Temaerne 'Relation til sundhedspersonale' og 'Social støtte' har en nogenlunde ligelig fordeling, idet mellem 16-27% oplever, at de i højere grad end før hovedforløbet har fået en bedre relation

til sundhedspersonalet, mens de ligeledes oplever mere social støtte. Det skal dog knyttes hertil, at mellem 57-68% har en uændret relation til sundhedspersonalet og grad af social støtte, mens 13-19% oplever, at de får en dårligere relation til sundhedspersonalet og får mindre social støtte end før kurset. Overordnet kan det således udledes, at der inden for disse to temaer er en større tendens end ved de foregående fem temaer til, at deltagerne ikke oplever udvikling i nogen retning, mens en mindre andel oplever positiv og negativ udvikling. I det sidste tema 'Følelsesmæssig tilstand' ses en overordnet tendens til, at 21-31% af deltagerne er blevet mindre negative omkring deres helbredstilstand, mens 49-59% oplever samme grad af negative følelser. 15-23% oplever derimod, at de er blevet mere negative omkring deres helbredstilstand.

Det synes umiddelbart interessant, at der ikke er et entydigt billede af udbyttet af sundhedskurserne i Vejle Kommune i form af fremgang eller tilbagegang, idet flere tendenser inden for de forskellige temaer gør sig gældende. Sundhedskurserne synes dog generelt at være et brugbart værktøj, idet en større andel oplever udvikling i form af fremgang fremfor tilbagegang. Deltagerne har dog ikke et entydigt positivt udbytte, hvorfor det findes relevant at undersøge, hvilke reelle mønstre der findes i det udbytte, deltagere kan have af sundhedskurserne i Vejle Kommune og hvem der opnår disse, hvilket belyses i korrespondance- og klyngeanalysen.

8.2 Korrespondanceanalyse

I følgende korrespondanceanalyse tolkes der på specialets aktive variable, som udgøres af henholdsvis 40 mestringsvariable fra HeiQ-spørgeskemaet samt fire spørgsmål i forbindelse med KRAM-faktorerne; herunder kost, motion og alkohol. Forud for tolkningen af korrespondanceanalysens fund argumenteres for valg af principalakser, hvorefter den reelle analyse fremstilles. Der opstilles herefter en yderligere tolkning med inddragelse af supplementærvariable for at undersøge, om forskellige karakteristika ved deltagerne kan være relateret til specifikke mønstre af udbytte af de respektive sundhedskurser.

8.2.1 Antallet af principalakser

Førend der kan foretages en tolkning af korrespondanceanalysens resultater, afgøres antallet af principalakser. Målet er at opsummere mest mulig information langs så få principalakser som muligt, hvor det er dog vigtigt at acceptere, at al kompleksitet i data ikke kan opsummeres langs én såvel som tre akser. En tommelfingerregel lyder, at der skal medtages principalakser, indtil mindst 80% af den samlede inerti kan forklares (Høyen, 2010:57). Andelen af den samlede inerti, der opsummeres langs principalakserne, underdrives dog kraftigt i SPAD³⁴, hvorfor der er udregnet modificerede egenverdier ($\lambda'\ell$) for de principalakser, der har en egenverdi ($\lambda\ell$) over

³⁴ Se bilag G.

gennemsnittet ($1/Q^{35}$). I beregningen af de modificerede egenverdier anvendes formelen (Le Roux & Rounet; 2010:39):

$$\lambda'_e = (\frac{Q}{Q-1})^2 (\lambda_e - \bar{\lambda})^2$$

Der er beregnet modificeret egenverdier for de første 36 akser, da disse har en egenverdi, der overstiger gennemsnittet³⁶. Det kan ud fra egenverdierne udledes, at de første to principalakser skal inddrages, før over 80% af den samlede inerti er forklaret, hvilket illustreres i Tabel 3. Det er således tilstrækkeligt kun at tolke på de to første akser, men ved at inkludere den tredje principalakse, kan der opnås en mere dybdegående analyse, hvorved en mere nuanceret tolkning af data kan fremkomme. Der tolkes således på de tre første principalakser, hvilket ligeledes begrundes med, at der umiddelbart er tegn på en Guttman-effekt for flade 1-2 jf. afsnit 8.2.2, hvorfor andenaksen ikke nødvendigvis bibringer megen ny viden.

Tabel 3. Modificerede egenverdier

Akse	Egenverdi	Modificeret egenverdi	Modificeret forklaret varians	Kumuleret modificeret forklaret varians
1	0,161	0,0287	0,5548	0,5548
2	0,117	0,0134	0,2593	0,8141
3	0,063	0,0024	0,0463	0,8604

Der tolkes således på de første tre principalakser i korrespondanceanalysen, hvor det dog er centralt at påpege, at tredjeaksen blot forklarer 4,5% af den samlede variation i punktskyen. De forskelle der findes langs denne akse, er således ikke generelle for den samlede punktsky. De to første akser kan derimod anses som generelle akser, idet disse bidrager med henholdsvis 56% og 25% af variationen, hvorfor der kan findes væsentlige forskelle mellem deltagerne, idet forskellene er gennemgående for hele individskyen. Tredjeaksen er derimod en specifik akse, der indfanger forskelle mellem enkelte modaliteter eller grupper af modaliteter, hvorved der kan være tale om bestemte deltagergrupper (Le Roux & Rouanet, 2004:49). Så længe der kan findes essentielle forskelle langs en akse, kan der findes relevante resultater og herved kan principalakser, der opsummerer en mindre andel af den samlede variation, stadig medvirke til en analyse af data (Hansen, 2009:205). I korrespondanceanalysen tolkes således på de tre første principalakser, hvorved 86% af den samlede variation vil blive forsøgt forklaret.

8.2.2 Indledende tjek

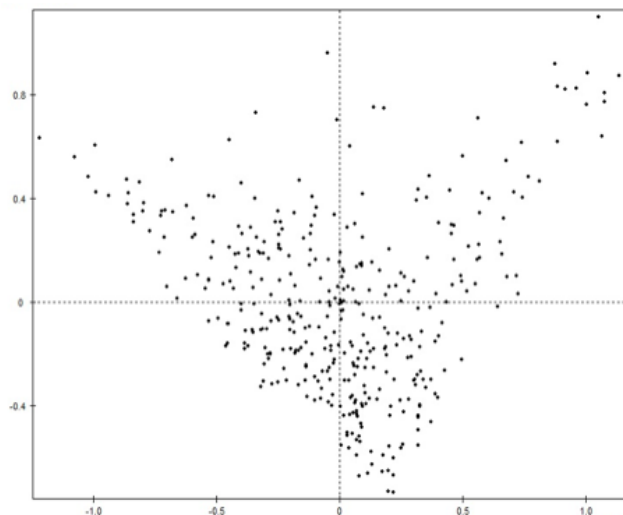
Der er foretaget tjek af spredningen for individ- og kategoriskyen for flade 1-2 og 1-3 inden tolkningen af korrespondanceanalysen, idet disse flader indgår i analysen. Det ideelle er en jævn

³⁵ Q = totale antal aktive variable

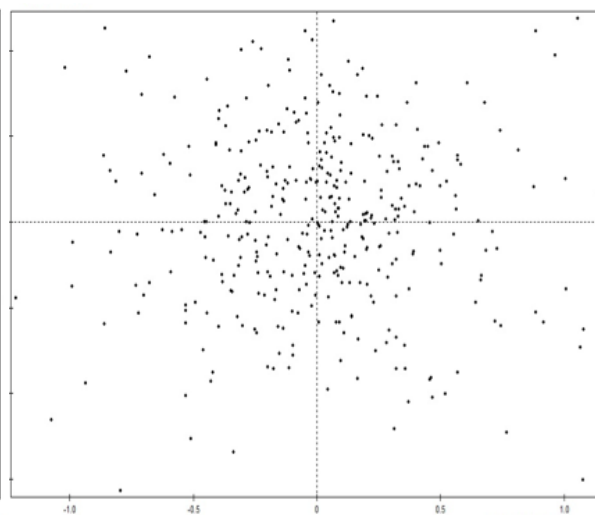
³⁶ $1/44 = 0,023$

spredning omkring barycentret, hvilket er tilfældet for flade 1-3 i Figur 5, mens der for flade 1-2 ses en hesteskoformet sky i Figur 4, hvilket benævnes Guttman-effekten (Høyen, 2010:61).

Figur 4. Individsky for flade 1-2

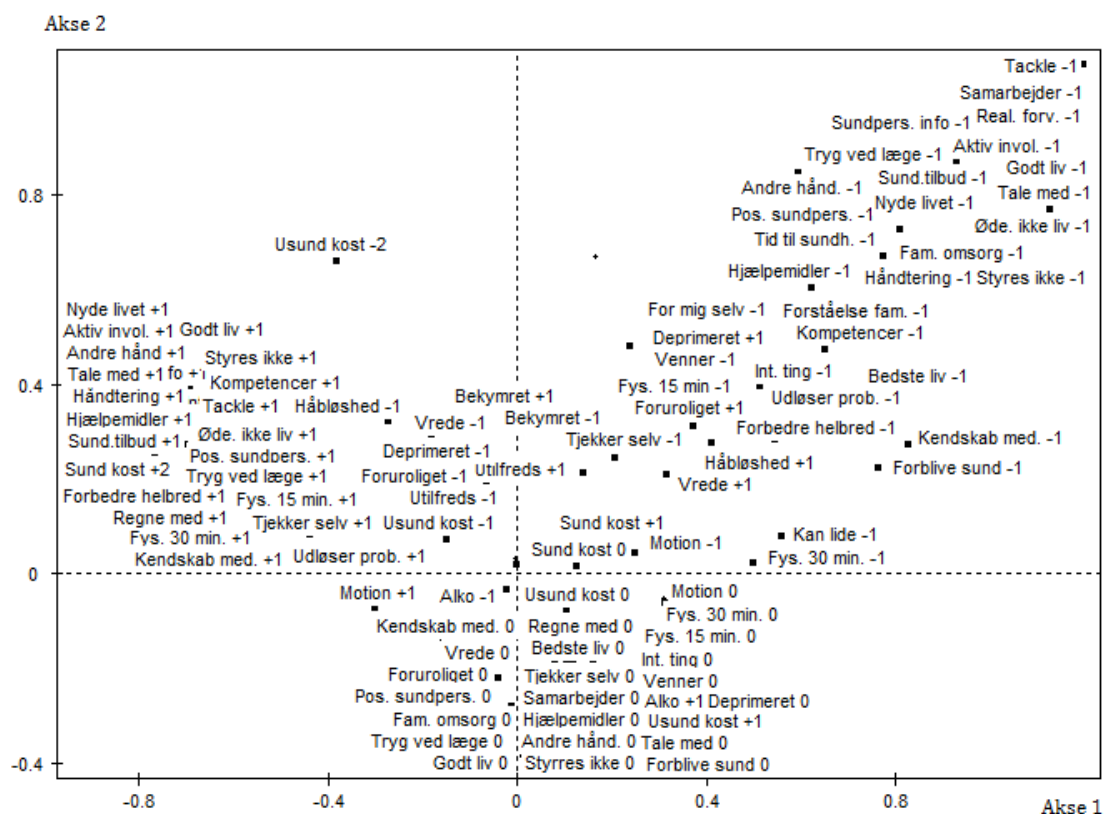


Figur 5. Individsky for flade 1-3



Den ulige spredning for flade 1-2 er dog ikke usædvanlig for specialets type af datasæt og til tider kan denne spredning endda opstille betydelig information om det fænomen, der undersøges. Dette synes at være tilfældet for flade 1-2, idet Guttman-effekten illustrerer tre forskellige mønstre af udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune, hvilket ses i kategoriskyen i Figur 6.

Figur 6. Kategorisky for flade 1-2



Guttman-effekten kan forklares ved en tredeling af udbyttet, som henholdsvis indebærer fremgang på mestrings- og KRAM-modaliteter til venstre i korrespondancekortet, stilstand i bunden og tilbagegang til højre, hvorfor spredningen synes at indikere værdifuld viden. Guttman-effekten fremkommer, når to akser er relateret på en ikke lineær måde, hvilket eksempelvis sker, hvis to variable er logisk ordnet i relation til hinanden (Høyen, 2010:61). Idet der er tale om Guttman-effekt for flade 1-2, er der som nævnt en vis risiko for, at anden principalakse ikke viser fundamentale nye fund, da der i stedet kan være tale om elaborering for fundene fra den første principalakse³⁷. De følgende afsnit indeholder tolkningen af de tre principalakser, hvor fremgangsmåden forklares i relation til førsteaksen, hvorefter anden og tredje principalakse fortolkes på samme vis.

8.3 Tolkning af 1. principalakse

Første principalakse kan forklare 55% af den samlede inerti i det sociale rum. I tolkningen af denne akse undersøges både det numeriske og grafiske output. Det numeriske output bidrager til en beskrivelse af de enkelte modaliteters bidragsværdier til aksens samt deres orientering. Bidragsværdier er et udtryk for hvor meget af egenværdien langs aksens, der kan henføres til en bestemt modalitet (Høyen, 2010:35), mens orienteringen beskriver, hvor modaliteterne er placeret i korrespondanceanalysekortet (Le Roux & Rouanet, 2010:48). På baggrund heraf er nedenstående numeriske skema udarbejdet, hvor alle variable med modaliteter, som bidrager over gennemsnittet³⁸, er inkluderet. Variable med størst bidragsværdi er rangeret øverst i skemaet, idet de bidrager mest til aksens orientering i rummet (Le Roux & Rouanet, 2010:52). Flere variable har dog ikke to modaliteter, der bidrager over gennemsnittet med henholdsvis positive og negative koordinater, hvorfor modaliteter, som bidrager tættest på gennemsnittet, inkluderes for at undersøge, hvilke der står i opposition til hinanden. Målet med det numeriske output er således at undersøge, hvilke variable der bidrager mest til variationen langs førsteaksen og dens orientering, hvilket er illustreret i nedenstående tabel.

Tabel 4. Numerisk output for 1. akse

Variable	Variabel-bidrag %	Modaliteternes orientering		Modaliteternes bidrag (ctr.) %	
		Venstre	Højre	Venstre	Højre
Godt liv	4,82	Godt liv +1	Godt liv -1	2,17	2,64
Sundhedstilbud	4,80	Sund. tilbud +1	Sund. tilbud -1	2,55	2,17
Nogen at tale med	4,34	Tale med +1	Tale med -1	2,25	2,07

³⁷ Kategoriskyen er efterset for yderliggende modaliteter med høje bidragsværdier for at undersøge, hvorvidt nogle af disse kan ekskluderes, således en bedre spredning i skyen kan opnås. Da der ikke synes at være yderliggende modaliteterne med bemærkelsesværdige bidragsværdier, er alle modaliteter dog bibeholdt i analysen, hvorfor alle indgår i den følgende analyse.

³⁸ $100/\text{antal aktive modaliteter} = 100/135=0,74$

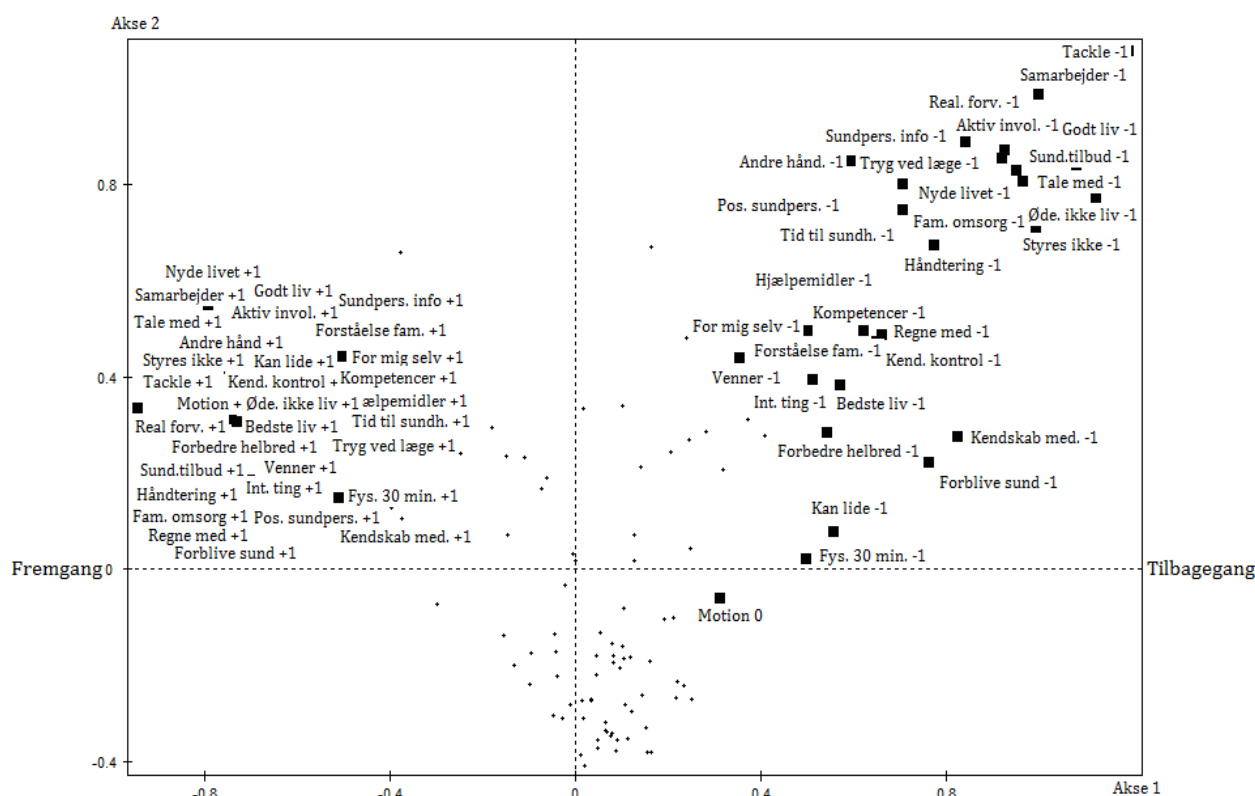
Aktiv involvering	4,30	Aktiv invol. +1	Aktiv invol. -1	2,49	1,61
Ødelægger ikke liv	4,26	Øde. ikke liv +1	Øde. ikke liv -1	1,54	2,71
Tackle problemer	4,0	Tackle +1	Tackle -1	1,95	1,91
Styres ikke af	3,78	Styres ikke +1	Styres ikke -1	1,78	1,95
Samarbejder	3,73	Samarbejder +1	Samarbejder -1	1,95	1,74
Familieomsorg	3,64	Fam. omsorg +1	Fam. omsorg -1	1,89	1,74
Forblive sund	3,64	Forblive sund +1	Forblive sund -1	2,30	0,93
Realistiske forv.	3,43	Real. forv. +1	Real. forv. -1	1,76	1,63
Sundhedsinfo	3,29	Sundp. info +1	Sundp. info. -1	1,74	1,55
Nyde livet	3,13	Nyde livet +1	Nyde livet -1	1,72	1,39
Håndtering	2,83	Håndtering +1	Håndtering -1	1,82	0,82
Forbedre helbred	2,72	Forbedre helbred +1	(Forbedre helbred -1)	1,69	(0,61)
Tid til sundhed	2,64	Tid til sundh. +1	Tid til sundh. -1	1,48	1,98
Regne med andre	2,52	Regne med +1	Regne med -1	1,44	1,06
Interessante ting	2,48	Int. ting. +1	(Int. ting -1)	1,74	(0,52)
Andre håndterer	2,48	Andre hånd. +1	Andre hånd -1	1,61	0,80
Venner	2,44	Venner +1	(Venner -1)	1,80	(0,28)
Kendskab kontrol	2,36	Kend. kontrol +1	Kend. kontrol -1	1,43	0,82
Kendskab medicin	2,30	Kend. med.. +1	Kend. med. -1	0,77	1,52
Forståelse familie	2,24	Forståelse fam. +1	Forståelse fam. -1	1,55	1,60
Kan lide	2,23	Kan lide +1	Kan lide -1	1,36	1,78
Bedste liv	2,21	Bedste liv +1	(Bedste liv -1)	1,45	(0,64)
Hjælpemidler	2,21	Hjælpemidler +1	(Hjælpemidler -1)	1,37	(0,66)
Tryk ved læge	2,16	Tryk ved læge +1	Tryk ved læge -1	0,97	1,19
Kompetencer	2,06	Kompetencer +1	Kompetencer -1	1,18	0,85
Fys. aktiv 30 min	2,00	Fys. 30 min +1	(Fys. 30 min -1)	1,24	(0,50)
Motion	1,87	Motion +2	(Motion 0)	0,87	(0,41)
Positiv sundpers.	1,85	Pos. sundpers. +1	Pos. sundpers. -1	1,08	0,76
For mig selv	1,47	For mig selv +1	(For mig selv -1)	0,87	(0,55)
Mellemsum				51,81	38,22
					(41,39)
Total				90,03	(93,70)

I ovenstående tabel ses 32 variable, som har modaliteter, der bidrager over gennemsnittet. Her er tale om 64 modaliteter, hvor ti af disse dog ikke bidrager over gennemsnittet. De seks vigtigste variable, som bidrager mest til den første principalakses orientering i rummet, er, om deltagerne *'synes, at de har et rigtig godt liv, også når de har helbredsproblemer'*, om de får *'dækket deres behov gennem eksisterende sundhedstilbud'* samt hvorvidt de *'har muligheder nok for at tale om deres helbredsproblemer med folk, som forstår'*. Hertil hører, hvorvidt deltagerne *'synes, at de er aktivt involveret i livet'*, om de *'synes, at deres helbredsproblemer ikke ødelægger deres liv'* samt hvorvidt de har *'en god fornemmelse for, hvordan de tackler deres helbredsproblemer'*. De seks variable bidrager sammenlagt med 27% af variansen.

I relation til førsteaksen er motionsvariablen samt 31 ud af de 40 HeiQ-variable repræsenteret, hvorfor der er tale om et bredt udbytte i form af syv ud af de otte mestringstemaer; herunder *'Positiv livsindstilling'*, *'Sundhedsprioritering'*, *'Sundhedsorienterede kompetencer'*, *'Konstruktiv indstilling'*, *'Håndtering og selvindsigt'*, *'Relation til sundhedspersonale'* og *'Social*

støtte'. Temaerne bidrager i ensartet grad, men de tre temaer, der bidrager mest er 'Konstruktiv indstilling', 'Relation til sundhedspersonale' og 'Positiv livsindstilling', som bidrager med henholdsvis 18%, 15,8% og 15,4% af variansen. Dette giver dog ikke et fyldestgørende billede af variationen langs første principalakse, hvorfor modaliteternes placering i korrespondancekortet undersøges i det grafiske output. Her er alle modaliteter fra det numeriske output indtegnet, hvorudfra første principalakse navngives med to yderpoler definerende herfor.

Figur 7. 1. akse med modaliteter over gennemsnit



I det grafiske output ses et tydeligt skel mellem alle fremgangsmodaliteter i venstre side af kortet modsat tilbagegangsmodaliteter til højre. I venstre side af kortet ses eksempelvis fremgang i forbindelse med, at deltagerne i højere grad *'ikke lader sig styre af deres helbredsproblemer'* og i højere grad *'føler, at deres venner og familie tager sig godt af dem'*. De oplever desuden i højere grad, at de *'har mere realistiske forventninger i relation til deres helbred'* og at de *'ikke lader helbredsproblemer forhindre dem i at nyde livet'*. I venstre side er der således tale om et fremgangsudbytte på en lang række parametre i forbindelse med mestrings- samt motionsvariablen. I højre side oplever deltagerne modsat tilbagegang, hvilket blandt andet ses i forhold til, at de i lavere grad *'indgår i samarbejde med læge og andet sundhedspersonale'* og i mindre grad *'holder nøje øje med deres helbred, og gør hvad der skal til for at deres sundhedstilstand forbliver så god som muligt'*. De oplever desuden i lavere grad, at de *'er trygge ved at give sundhedspersonalet de informationer, som er nødvendige for at hjælpe dem'* samt at de i mindre grad *'har kompetencer der*

sætter dem i stand til at håndtere deres helbredsproblemer'. Højre side synes således at indikere et tilbagegangsudbytte på en lang række parametre i forbindelse med mestringsvariablene, mens deltagerne dyrker motion i samme grad som før sundhedskurserne. Første principalakse synes således at indfange variationen mellem bedre mestring i relation til eget sygdomsramt hverdagsliv og hyppigere motion overfor dårligere mestring og stilstand for motionsniveauet.

8.4 Tolkning af 2. principalakse

Den anden principalakse forklarer 25% af den samlede inerti og er herved af mindre betydning end første principalakse. I denne sammenhæng er det vigtigt at påpege, at der på grund af Guttman-effekten ikke nødvendigvis er fundamentale forskelle mellem første- og andenaksen. I tolkningen af anden principalakse er fremgangsmåden identisk med første principalakse, hvor variable med modaliteter med bidragsværdier over gennemsnittet er rangeret efter deres betydning for akse samt deres placering i korrespondancekortet, herunder om de er placeret i toppen eller bunden af kortet, idet der analyseres på den lodrette akse.

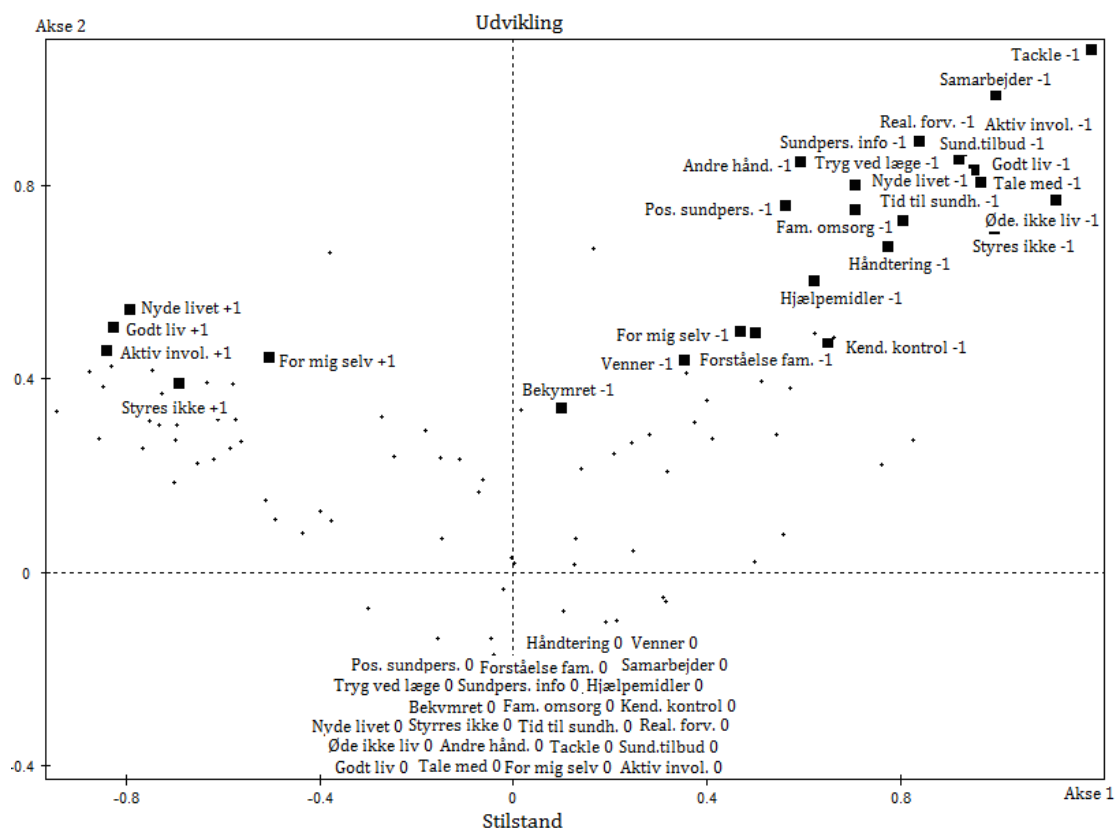
Tabel 5. Numerisk output for 2. akse

Variable	Variabel-bidrag %	Modaliteternes orientering		Modaliteternes bidrag (ctr.) %	
		Top	Bund	Top	Bund
Godt liv	5,16	Godt liv +1 Godt liv -1	Godt liv 0	1,11 2,18	1,93
Aktiv involvering	4,56	Aktiv invol. +1 Aktiv invol. -1	Aktiv invol. 0	1,01 1,89	1,63
Nyde livet	4,45	Nyde livet +1 Nyde livet -1	Nyde livet 0	1,10 1,82	1,53
Andre håndterer	4,41	Andre hånd. -1	Andre hånd. 0	2,23	1,49
Samarbejder	4,29	Samarbejder -1	Samarbejder 0	2,33	1,27
Tackle	4,25	Tackle -1	Tackle 0	2,12	1,44
Nogen at tale med	4,17	Tale med -1	Tale med 0	1,97	1,57
Sundhedstilbud	4,16	Sund. tilbud -1	Sund. tilbud 0	2,27	1,53
Sundhedsinfo	4,12	Sundpers. info -1	Sundpers. info 0	2,37	2,22
Ødelægger ikke liv	3,84	Øde. ikke liv -1	Øde. ikke liv 0	1,74	1,54
Realistiske forv.	3,68	Real. forv. -1	Real. forv. 0	1,97	1,30
Styres ikke	3,45	Styres ikke +1 Styres ikke -1	Styres ikke 0	0,77 1,35	1,33
Familieomsorg	3,41	Fam. omsorg -1	Fam. omsorg 0	1,92	1,17
Tid til sundhed	3,37	Tid til sundh. -1	Tid til sundh. 0	1,50	1,40
Tryk ved læge	3,22	Tryk ved læge -1	Tryk ved læge 0	2,01	0,96
For mig selv	2,97	For mig selv +1 For mig selv -1	For mig selv 0	0,91 0,84	1,22
Hjælpemidler	2,54	Hjælpemidler -1	Hjælpemidler 0	0,85	1,13
Positiv sundpers.	2,96	Pos. sundpers. -1	Pos. sundpers. 0	1,89	0,89
Håndtering	2,26	Håndtering -1	Håndtering 0	0,85	0,82
Forståelse familie	2,18	Forståelse fam. -1	Forståelse fam. 0	0,79	0,90
Kendskab kontrol	2,11	(Kend. kontrol -1)	Kend. kontrol 0	(0,59)	0,93
Bekymret	1,93	(Bekymret -1)	Bekymret 0	(0,55)	0,90

Venner	1,73	(Venner -1)	Venner 0	(0,58)	0,77
Mellemsum				39,79	29,87
				(41,51)	
Total				(73,10)	71,38

I tabellen indgår 23 variable med modaliteter, der bidrager over gennemsnittet. Der er herunder 51 modaliteter, hvor tre af disse ikke bidrager over gennemsnittet. De fire vigtigste variable for denne akse er, om deltagerne 'synes, at de har et rigtig godt liv, også når de har helbredsproblemer', hvorvidt de synes, at de er 'aktivt involveret i livet', om de 'prøver ikke at lade deres helbredsproblemer forhindre dem i at nyde livet' samt om de oplever, 'at hvis andre kan håndtere lignede problemer, så kan de også'. De fire variable bidrager sammenlagt med 19% af variansen til andenaksen. Det er centralt, at disse fire variable også er de variable, der bidrager mest til førsteaksen, hvilket underbygger Guttman-effekten jf. afsnit 8.2.2. Alle otte temaer er repræsenteret langs andenaksen, hvor de mest betydningsfulde er 'Konstruktiv indstilling' og 'Relation til sundhedspersonalet', som bidrager med henholdsvis 21,3% og 14,6% af variansen. Andenaksen synes dog at indeholde en anden udviklingstendens end førsteaksen, hvilket ses i Figur 8.

Figur 8. 2. akse med modaliteter over gennemsnit



Korrespondancekortet for andenaksen illustrerer forandring som udbytte af sundhedskurserne i toppen for samtlige modaliteter over gennemsnittet. Dette gælder eksempelvis modaliteter der omhandler, at deltagerne i mindre grad 'indgår i et samarbejde med deres læge og andet sund-

hedspersonale' samt i mindre grad mener, at de *'har muligheder nok, hvor de kan tale om deres helbredsproblemer med folk, som forstår'*, mens de ligeledes i mindre grad *'er trygge ved at give sundhedspersonalet de informationer, som er nødvendige for at hjælpe dem'* og *'har realistiske forventninger til, hvad de kan og ikke kan, deres helbred taget i betragtning'*. Toppen af korrespondancekortet illustrerer således modaliteter, der overvejende omhandler tilbagegang på en række mestringsparametre, men der er dog også seks variable, som indikerer fremgang. I toppen ses således både udviklingsvariable i positiv og negativ retning, hvor negativ udvikling som udbytte dog er mest dominerende. I bunden af korrespondancekortet ses derimod stilstand som udbytte på samtlige modaliteter over gennemsnittet. Deltagerne har således ikke udviklet sig på parametrene i forhold til mestring af eget sygdomsramt hverdagsliv, hvorfor de som før hovedforløbet oplever samme tilstand på disse. Her er eksempelvis tale om, at deltagerne i samme grad som tidligere føler, at de *'har en ret god fornemmelse for, hvordan de tackler deres helbredsproblemer'*, *'får dækket deres behov gennem eksisterende sundhedstilbud'* mens de ligeledes i samme grad oplever, at *'deres helbredsproblemer ikke ødelægger deres liv'* og at de *'ikke lader sig styre af deres helbredsproblemer'*. Anden principalakse opstiller således et udbyttømønster i form af forandring overfor stilstand, hvorved akse indfanger en række af de samme variationer som førsteaksen, men en anden udviklingstendens. Andenaksen viser således nye fund, idet den illustrerer midtercentrerede modaliteter overfor mere ekstreme udviklingstendenser.

8.5 Differentiering i udbyttet for akse 1 og 2

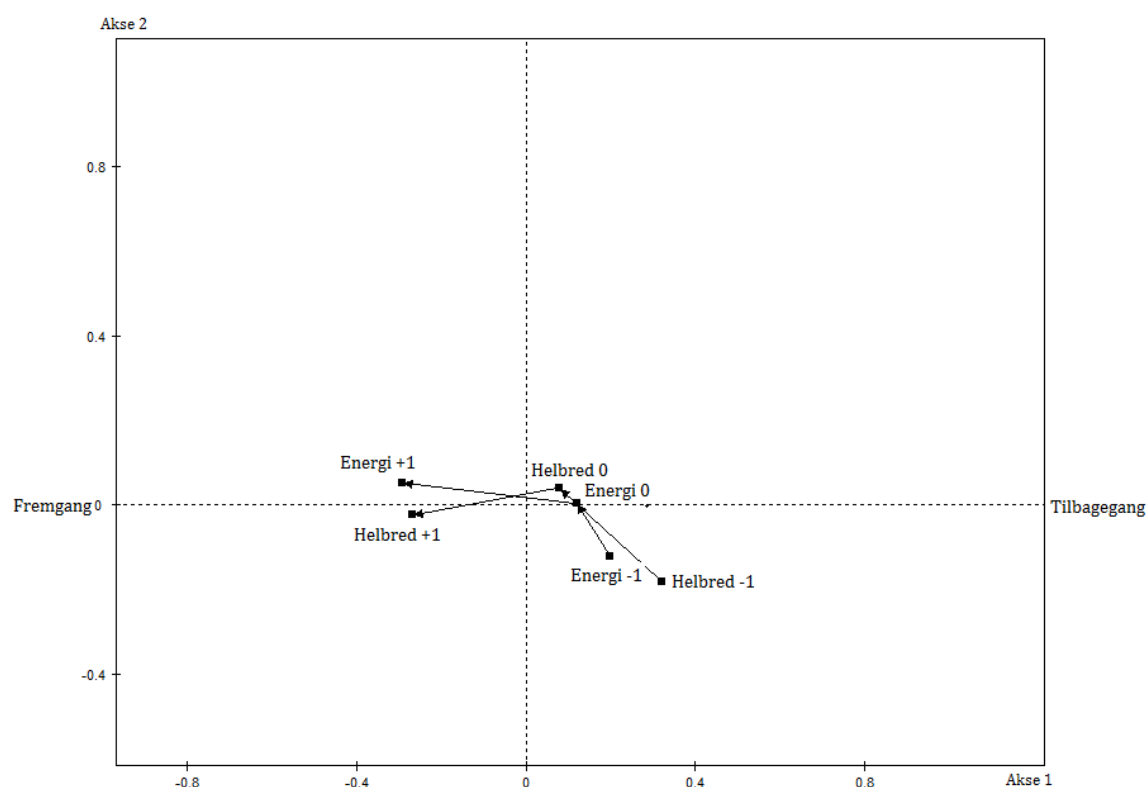
I ovenstående er det udledt, at første principalakse udtrykker skellet mellem udbytte i form af fremgang overfor tilbagegang på en række mestringsvariable samt motionsvariablen, mens anden principalakse er et udtryk for stilstand overfor forandring på mestringsvariablene. Det interessante er hernæst, om bestemte karakteristika ved deltagerne er relateret til disse mønstre af udbytte. SupplementærvARIABLE inddrages derfor, hvorved der foretages en yderligere analyse af korrespondancekortet, hvor nye variable tilføjes, uden at disse påvirker skabelsen af rummet. Supplementære variable angiver gennemsnitspunktet for udvalgte karakteristika med udgangspunkt i individskyen. De tilføjes i de allerede konstruerede flader, hvor formålet er at inddrage ekstra viden fra individskyen til tolkning af de oppositioner, akserne opstiller. (Le Roux & Rouanet, 2010:42) Der er i en løbende proces testet for specialets 16 supplementære variable, men i nedenstående kommenteres kun på de variable, som kan forklare differentieringen i henhold til første- og andenaksen. Supplementære variable i relation til første principalakse inddrages først, hvorefter supplementære variable i relation til anden principalakse inddrages.³⁹

³⁹ For at eksemplificere fremgangsmåden for tolkningen af de supplementære variable og korrespondanceanalysens metodiske rækkevidde inddrages variablen køn i Bilag C. Det fulde omfang af korrespondanceanalysens rækkevidde er dog ikke anvendt i specialet, idet de logistiske regressioner udgør specialets signifikansanalyse.

8.5.1 Supplementære variable af betydning for 1. akse

I relation til førsteaksen er det interessant at undersøge, hvad der har betydning for, om deltagerne oplever henholdsvis fremgang eller tilbagegang i forhold til mestringsvariablene samt motionsvariablen som udbytte af sundhedskurserne. Det er essentielt at påpege, at traditionelle og socioøkonomiske variable⁴⁰ ikke synes at have betydning for, om deltagerne opnår et bestemt udbytte af kurserne på førsteaksen. Indikatorer for deltagernes helbred, energiniveau og fysiske tilstrækkelighed⁴¹ synes derimod at kunne forbindes med udbyttet langs førsteaksen.

Figur 9. Flade 1-2. Selvvurderet helbred og energiniveau



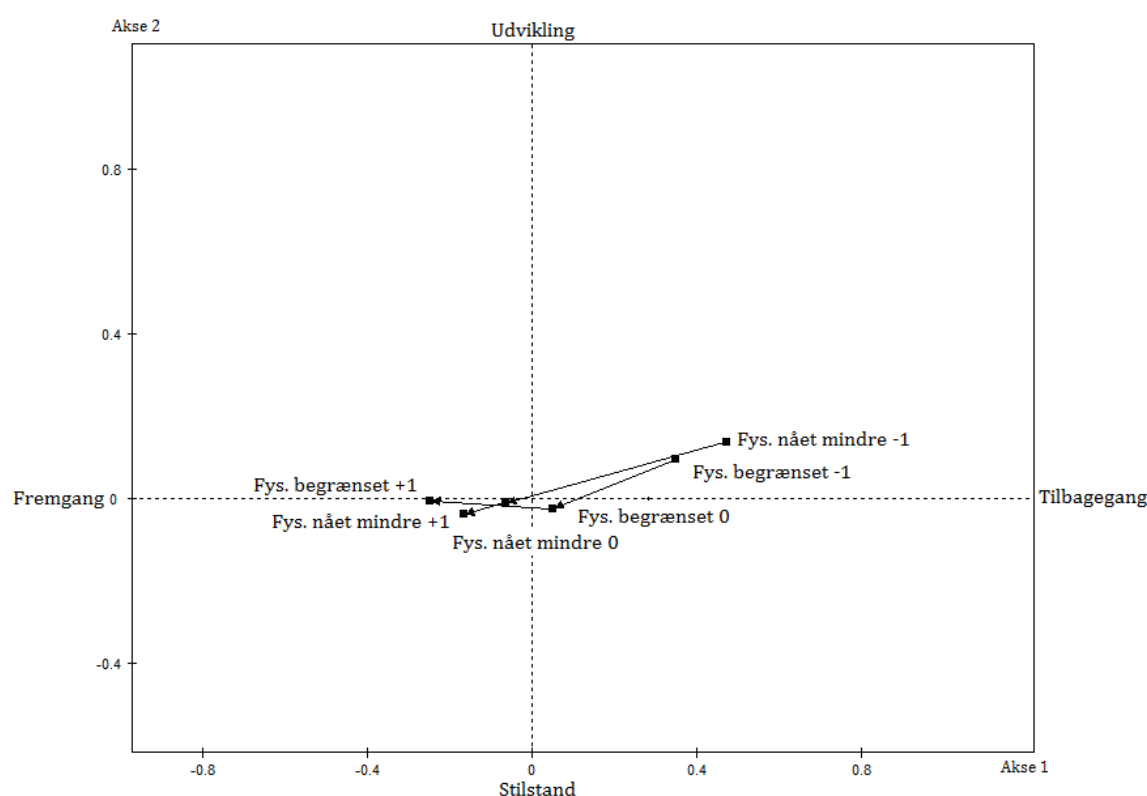
Variablene 'selvvurderet helbred' samt 'energiniveau' kan anses som betydningsfulde faktorer for, hvilke deltagere der oplever et udbytte i form af fremgang over for tilbagegang på mestringsmodaliteterne samt fremgang overfor stilstand for motionsmodaliteten. Der ses i ovenstående figur en stigningstakst fra venstre mod højre for begge supplementærvARIABLE således, at deltagere, der føler, at de har fået et bedre helbred og mere energi efter hovedforløbet, ligeledes oplever fremgang i forhold til mestring af eget hverdagsliv med sygdom. Det forholder sig omvendt for deltagere, der føler, at de har fået et dårligere helbred og mindre energi, idet disse oplever ringere mestringssevner. Dette understreges af en forholdsvis markant spredning mellem modaliteterne, hvor afstande over 1, ifølge Le Roux & Rouanet, betragtes som store forskel-

⁴⁰ Der er testet for alder, uddannelse, social kapital og indkomst, som ikke relaterer sig til førsteaksen.

⁴¹ Variablene 'fysisk nået mindre' og 'fysisk begrænset' benævnes sammenlagt fysisk tilstrækkelighed.

le, mens afstande på mindre end 0,5 anses som små⁴² (Le Roux & Rouanet, 2010:59). Afstanden mellem de to ekstreme modaliteter for 'selvvurderet helbred' er 0,5⁴³, mens den for 'energiniiveau' er 0,587⁴⁴, hvilket anses som moderate afstande (Ibid.). Udviklingen i deltagernes selvvurderede helbred og energiniveau synes således at være interdependent med udbyttet i relation til førsteaksen.

Figur 10. Flade 1-2. Fysisk nået mindre og fysisk begrænset



I Figur 10 er variablene 'fysisk nået mindre', der beskriver, hvorvidt deltagerne inden de seneste fire uger har nået mindre, end de gerne ville på grund af deres fysiske helbred og 'fysisk begrænset' som beskriver, hvorvidt deltagerne inden for de seneste fire uger har følt sig fysisk begrænset, inddraget. Der ses for begge variable en stigningstakst fra venstre mod højre således, at deltagere, som i mindre grad føler, at de har nået mindre på grund af deres fysiske helbred og deltagere, der i mindre grad føler, at de har været fysisk begrænset efter hovedforløbet oplever fremgang på mestringsparametrene, mens det forholder sig omvendt for deltagere, der har følt sig mere fysisk begrænset og nået mindre på grund af deres fysiske helbred. Dette underbygges af moderate afstande mellem de ekstreme modaliteter, hvor afstande mellem disse for 'fysisk

⁴² Afstande mellem to modaliteter kan beregnes direkte fra koordinatoutputtet ved at lægge afstande til barycenter sammen for begge modaliteter. Her behandles alle koordinater som positive afstande, hvorved den reelle afstand mellem to modaliteter findes (Le Roux & Rouanet, 2010:59).

⁴³ $0,200+0,301=0,5$

⁴⁴ $0,320+0,267=0,587$

begrænset' er 0,594⁴⁵, mens den er 0,638⁴⁶ for 'fysisk nået mindre'. I hvilket omfang deltagerne har følt sig fysisk begrænset og om deres fysiske helbred har resulteret i, at de har nået mindre, synes således at være interdependent med, om deltagerne oplever udvikling i positiv eller negativ retning på mestrings- samt motionsmodaliteten som udbytte af sundhedskurserne.

Det kan ud fra ovenstående udledes, at det specielt er udviklingen i deltagernes selv vurderede helbred, energiniveau og fysiske tilstrækkelighed, der synes at være afhængige af, om de oplever fremgang eller tilbagegang i forbindelse med udbyttet langs førsteaksen. Udbyttet langs førsteakse er som nævnt ikke differentieret på tværs af traditionelle og socioøkonomiske variable. Dattalo et al. (2012) finder lignede resultater, idet alder, køn, socioøkonomiske parametre samt race ikke har betydning for deltagelse på patientuddannelser, mens fysisk stærke deltagere derimod har dobbelt så stor sandsynlighed for at deltage (Dattalo et. al., 2012:1074). I et studie af deltagere med mindst én kronisk sygdom påvises det af Jerant et al. (2005), at en af de mest hyppige barrierer for self-management og herunder håndtering af egen sygdom under et patientuddannelsesforløb, er deltagernes fysiske helbred (Jerant et al., 2005:303f). Det bekræftes desuden af Vejle Kommunes koordinatore, at deltagernes fysiske tilstand ofte er betydningsfuld for deres formåen og herunder udbytte af sundhedskurserne (Bilag H, 2016:2). I forlængelse heraf viser Bonsaksen et. al. (2012) i et norsk studie med overvægtige og KOL-patienter, at højere fysisk aktivitet er direkte forbundet med bedre mestringsevner (Bonsaksen, 2012:335).

I forbindelse med de traditionelle og socioøkonomiske variables manglende betydning påpeger Disler (2012) endvidere, at socioøkonomisk status ved KOL-deltagere på patientuddannelseshold kun er svagt diskuteret, hvorfor påvirkning heraf på self-management ikke er kendt (Disler, 2012:238). De traditionelle og socioøkonomiske variable genfindes også i et studie af Melchior et al. (2014), som har til formål at evaluere den kortsigtede effekt af et patientuddannelsesforløb efter 6 uger i naturlige omgivelser for ældre deltagere med mindst én kronisk sygdom. Her findes insignifikante sammenhænge i forbindelse med demografiske variable (Melchoir et al., 2014:442), hvorfor denne undersøgelse i kombination med specialet kan være med til at stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt variable som disse er af betydning for udbyttet af sundhedskurser på kort sigt i relation til bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv. Det kan umiddelbart ses som en logisk slutning, idet der er tale om deltagere, som oplever store helbredsmæssige problemer i forbindelse med deres sygdom, hvorfor helbredet og den fysiske tilstrækkelighed kan være en større belastning sammenlignet med effekten fra en række udvalgte socioøkonomiske faktorer. Det er desuden centralt at fremhæve, at specialet udelukkende tager udgangspunkt i målingen lige efter hovedforløbet på sundhedskurserne, hvorfor et argument

⁴⁵ $0,349+0,245=0,594$

⁴⁶ $0,473+0,165=0,638$

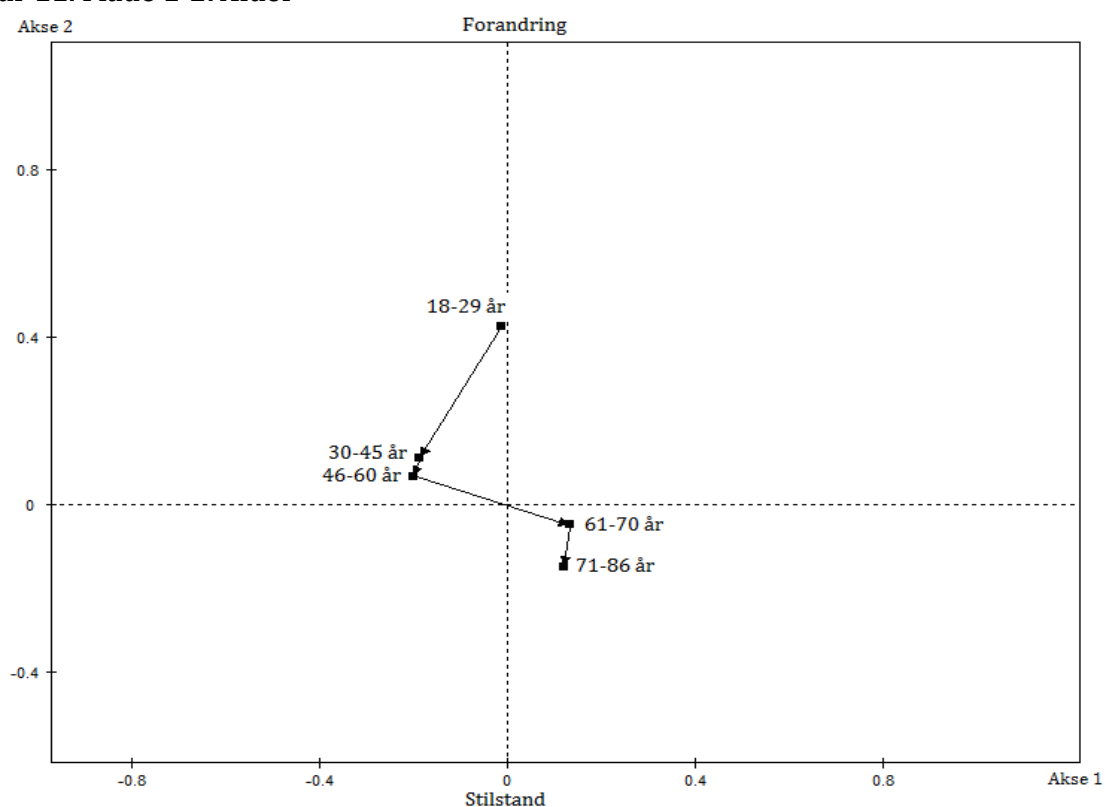
kan lyde, at deltagerne endnu ikke har haft mulighed for selv at arbejde med den ny erhvervede viden. Traditionelle og socioøkonomiske parametre kan herved spille en mindre væsentlig rolle, idet disse som oftest først har betydning, når ressourcer anvendes aktivt jf. afsnit 2.1.

Det synes således at være deltageres udvikling på fysiske parametre, som har betydning for, hvordan de formår at mestre egen sygdom. Dette kan være et udtryk for forskellige ressourcer til at imødekøbe et sundhedskursus, hvor førsteaksens udbytte afhænger af deltageres ressourcer i form af udvikling i deres fysiske helbred. Deltageres håndteringsgrad synes således at være interdependent med deres fysiske tilstrækkelighed og herved fysiske ressourcer.

8.5.2 Supplementærvariable af betydning for 2. principalakse

Udbyttet langs andenaksen kan modsat første principalakse forklare ved inddragelse af flere traditionelle og socioøkonomiske variable. Udbyttet langs de to første akser er relateret til hinanden grundet Guttman-effekten, hvorfor det kan virke modstridende, at traditionelle og socioøkonomiske variable har betydning for udbyttet langs andenaksen. Andenaksen viser dog reelt nye fund i form af midtercentrerede udbytteformer overfor mere ekstreme udviklingstendenser, hvilket kan forklare, hvorfor forskellige supplementære variable synes at have betydning for udbyttet langs akserne. Andenaksen angiver, hvorvidt deltagerne oplever forandring i en given retning i forbindelse med mestringsparametrene eller modsat oplever stilstand og herved i samme grad som før sundhedskurset formår at håndtere et sygdomsramt hverdagsliv. De relevante variable for udbyttet langs andenaksen er alder, uddannelsesniveau samt social kapital.

Figur 11. Flade 1-2. Alder



Alder inddrages som første supplementærvariabel til en uddybende forklaring af andenaksen. I ovenstående figur ses en kontinuerlig stigningstakst fra top mod bund således, at jo ældre deltagerne er, desto mere stilstand som udbytte af sundhedskurserne oplever de. Det er de to ældste grupper (71-86-årige og 61-70-årige), der har størst sandsynlighed for at mestre deres sygdomsramte hverdagsliv i samme grad som før kurset og herved ikke oplever forandring i en given retning som udbytte heraf. Det kan således konkluderes, at jo yngre deltagere er, desto lettere har de ved at opleve forandring som udbytte, hvilket underbygges af en moderat afstand på 0,573⁴⁷ mellem de to yderliggende modaliteter i top og bund. Det er dog vigtigt at påpege, at der i alderskategorien med de 18-39-årige kun er 4% af deltagerne. Denne fordeling skal derfor holdes in mente, når det udledes, at alder kan anses som en strukturerende faktor for udbyttet af sundhedskurserne langs andenaksen, idet den lave andel kan overdrive afstandene mellem modaliteterne.

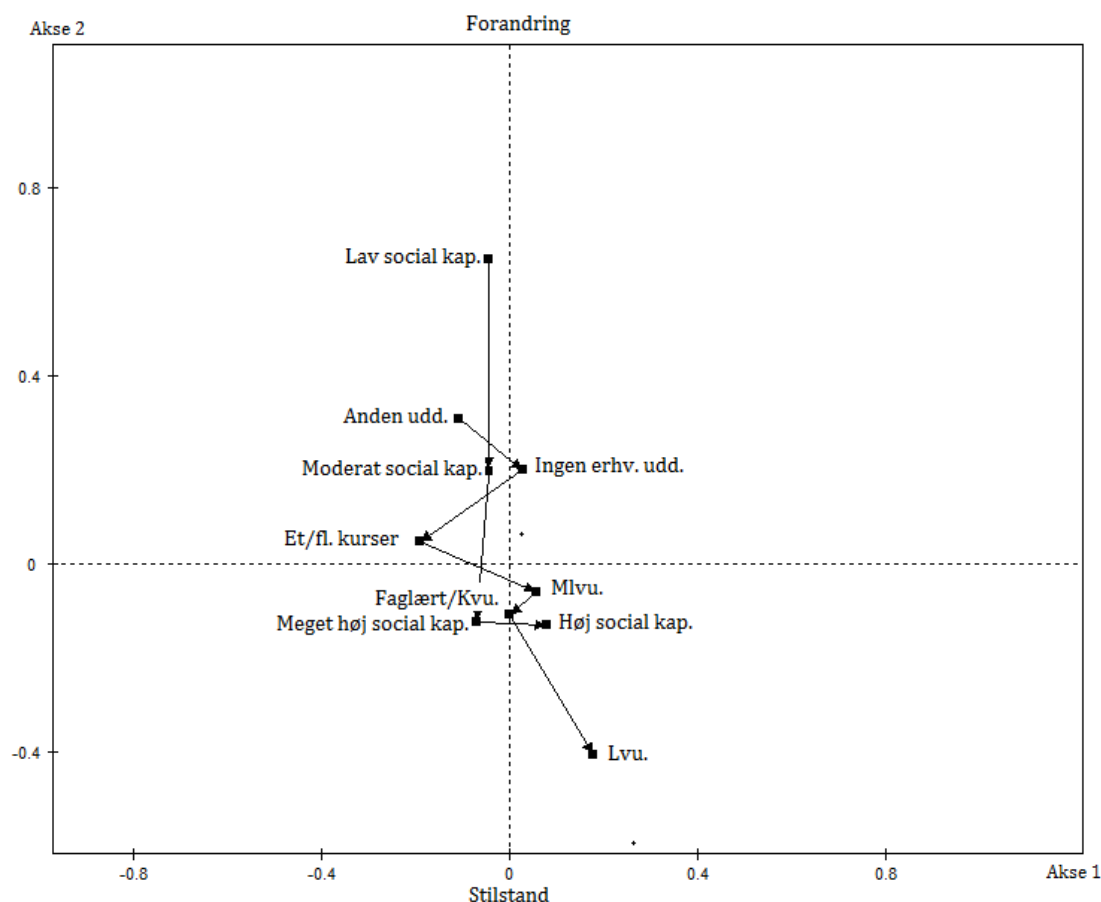
Alders betydning for udbyttet langs andenaksen, kan forklares ved, at det først er i en ældre alder, at længerevarende og specielt kroniske sygdomme bliver fremtrædende og skaber helbredsforstyrrende problemer (Lorig et al., 1996:1; Sundhedsstyrelsen b, 2009:18). Ældre kan herved i større grad end yngre være helbredsmæssigt belastet, hvorved de kan have svære ved at forandre deres mestringsevner i relation til eget sygdomsramt hverdagsliv. Et udbytte i form af stilstand for de ældre deltagere bør herved ikke nødvendigvis anses som et negativt resultat, idet ældre deltagere med en længerevarende eller kronisk sygdom netop har større helbredsmæssige problemer. Det at opretholde og mestre hverdagslivet i samme grad som før sundhedskurset skal derved ses i relation til sygdomsgraden og et stigende antal komplikationer med alderen. En koordinator i Vejle Kommune udtaler i relation hertil: *"Der kan også være så mange andre problematikker, de kæmper med, så det kan godt være, at de er her på et hjertehold, men i virkeligheden også har diabetes eller noget andet, som de kæmper med. Men det gør dem også sværere at rykke på, fordi der er så mange ting, man skal tage højde for i den ældre udgave"* (Bilag H, 2016:3). Dette bekræfter således, at der er flere komplikationer forbundet med ældres opretholdelse af et hverdagsliv, hvilket kan afspejles i stilstand som udbytte af sundhedskurserne.

Sammenhængen mellem alder og udbyttet langs andenaksen kan teoretisk forklares med Bourdieus habitusbegreb, idet habitus er med til at konstruere rammerne for et individs adfærd, hvorudfra vaner dannes (Bourdieu & Wacquant 1996:29f). Yngre kan i forlængelse heraf have lettere ved at tillære ny viden og ændre vaner, idet ældre som oftest har mere indgroede værdier og sundhedsvaner (Madsen et al., 2007:56;), hvorved der kan være mere træghed i deres muligheder for at ændre disse. Yngre og ældre er derfor typisk defineret ved forskellige tilgange til deres livsførelse, hvorfor opfattelsen af sundhed og sygdom også er forskelligartet

⁴⁷ 0,424+0,149=0,573

(Bourdieu, 1995:217; Järvinen, 2007:350), hvilket kan forklare hvorfor, ældre har en større tendens til at opleve stilstand. Dette bekræfter koordinaterne i Vejle Kommune ligeledes: *"Der kan jo sagtens være noget i, at hvis man i 70 år har øvet sig på én ting, så er det lidt sværere at lave om på, end hvis man kun har gjort det i 30 år"* (Bilag H, 2016:2). Der er ligeledes en række forhold, som der må tages hensyn til, når ældre deltagere undersøges: *"(...) det er vores fine opgave at gå ind og vurdere hver især, hvor meget mening giver det for dem at rykke sig. Måske er det bare helt fint og at de kommer op og ned af nogle trapper, at de kan komme omkring (...). Så derfor vil en på 80 år ikke rykke sig nær så meget"* (Bilag H, 2016:3). Dette kan således være en mulig forklaring på, hvorfor ældre har større tendens til at opleve stilstand som udbytte af sundhedskurserne, hvorved det at forblive i status quo under visse omstændigheder kan anses som et tilfredsstillende resultat i sig selv.

Figur 12. Flade 1-2. Uddannelse og social kapital



I figur 12 inddrages deltagernes erhvervsuddannelse samt social kapital for at klarlægge, hvorledes disse supplementære variable har betydning for udbyttet langs andenaksen. For uddannelsesgraden ses en ikke-kontinuerlig stigningstakst fra top mod bund, idet 'mellemlang videregående uddannelse' er placeret før 'faglært/kort videregående uddannelse'. Det kan dog overordnet konkluderes, at deltagere med en 'lang videregående uddannelse' oplever mere stilstand

som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med deltagere, der ikke har en erhvervsuddannelse, en 'anden uddannelse' eller 'et eller flere kurser'. Uddannelsesniveaue synes således at have betydning for udbyttet, idet jo højere uddannelsesniveau, desto større er tendensen til at opleve stilstand frem for forandring i en given retning. Dette underbygges af koordinatafstandene, hvor der mellem de laveste uddannelsesniveauer og lang videregående uddannelse er mindst en koordinatafstand, mens der er en moderat afstand mellem de to mest ekstreme uddannelsesmodaliteter på 0,714⁴⁸. Det er dog vigtigt at påpege, at der i uddannelseskategorien 'lang videregående uddannelse' kun er 4% af deltagerne. Denne fordeling skal derfor holdes in mente, når det udledes, at uddannelsesniveaue kan anses som en forklarende faktor for udbyttet af sundhedskurserne langs andenaksen, idet den lave andel kan overdrive afstandene.

Ingen tidligere forskning har efter specialets overbevisning beskæftiget sig med udbyttet af sundhedskurser på samme vis, hvorfor der ikke er fundet studier, som har undersøgt udbyttet i form af forandring overfor stilstand og herunder uddannelsesniveaues betydning herfor. Marthedal et al. (2011) har dog i sit studie af KOL-, diabetes- og hjertepatienters udbytte af patientuddannelser fundet, at uddannelse ikke har signifikant betydning (Marthedal et al., 2011:28f), hvilket står i kontrast til Sundhedsstyrelsens MTV-rapport, der netop angiver, at patientuddannelser generelt appellerer mere til veluddannede individer (Marthedal et al., 2011:7). Dette underbygger Vinther-Jensen & Jensen (2012) ligeledes i deres kvantitative evaluering af MoEva, idet flertallet af deltagerne på et patientuddannelseshold havde et mellem uddannelsesniveau, hvorfor de udviklede sig positiv på en række parametre i relation til mestring af eget hverdagsliv (Vinther-Jensen, 2012). Siabani et al. (2013) har dog understreget vigtigheden af mere forskning på området, idet uddannelsesniveaues betydning ikke er undersøgt tilstrækkeligt (Siabani et al., 2013:12). Siabani et al. (2013) angiver dog, at en af de væsentligste barrierer, der er forbundet med self-management, er manglende ressourcer til at omdanne viden (Siabani et al., 2013:12), hvorved der kan trækkes paralleller til Bourdieus kulturelle kapitalbegreb.

Kulturel kapital dækker over individers uddannelse og herunder viden til mestring af kulturens koder (Järvinen 2007:352). Denne kapital kan anses som en kulturel begrebsliggørelse af de egenskaber og ressourcer, et individ kan have, som i denne henseende kan have betydning for deltagernes forudsætninger for mestring af eget sygdomsramt hverdagsliv. Dette kan ses i relation til, at højtuddannede individer har en højere kulturel kapital, hvorved de i Bourdieus perspektiv har flere ressourcer og viden til mestring, hvilket netop påtales i et studie af Siabani et al. (2013) som afgørende for, at patienter kan varetage eget sygdomsramt liv tilstrækkeligt (Siabani et al., 2013:12). I analysen ses dog en tendens til, at højtuddannede deltagere oplever et udbytte i form af at mestre et sygdomsramt hverdagsliv i samme grad som før kurset, mens lav-

⁴⁸ $0,307+0,407=0,714$

tuddannede derimod oplever forandring som udbytte. Den kulturelle kapital kan være et udtryk for, at lavtuddannede besidder en mindre grad af viden, hvorfor den øgede mængde af viden gennem sundhedskurserne kan resultere i et forandringsudbytte hos disse. Sygdomsramte individer synes dog generelt at være velinformerede om deres sygdom (Sångren & Hvas, 2009:397), hvorfor ovenstående resultat i stedet kan være et udtryk for deltagernes praksis frem for mængden af viden. Dette kan ses i relation til, at højtuddannede i kraft af deres kulturelle kapitalvolumen før et sundhedskursus, kan have en handlingspraksis, som er mere orienteret mod håndtering af deres situation, hvorfor disse ikke oplever forandring som umiddelbart udbytte, idet de allerede fra udgangspunktet kan have besiddet bedre ressourcer til aktiv handlen. Dette er modsat de lavtuddannede, som kan have besiddet samme viden, men grundet en lavere kulturel kapital først igennem kurserne kan have ændret praksis mod bedre håndtering af deres situation, hvilket kan være en forklaring på, at de oplever forandring i form af fremgang som udbytte.

Det kan for individer med lavere kulturelle ressourcer modsat være vanskeligt på kort sigt at omdanne nyerhvervede ressourcer til reel, aktiv handlen, hvorfor lavtuddannede ikke udelukkende oplever positiv forandring som udbytte af sundhedskurserne. Der kan i denne forbindelse være tale om forskellige sundhedskompetencer, hvor uddannelsesniveaue kan have betydning for mængden af disse og herved måden hvorpå sygdomsramte individer formår at handle og håndtere deres sygdom. I relation hertil kan der ligeledes ifølge Bourdieu være tale om forskellig former for praksis, hvor det for lavtuddannede kan tage længere tid at ændre denne, idet flere nye vaner og måder at tænke på skal inkorporeres i tidligere praksis, hvorved implementering af de nyerhvervede værktøjer kan kræve tid. I forlængelse heraf italesættes det af koordinatorerne i Vejle Kommune: *"Vi præsenterer for dem, der måske ikke selv kan søge noget viden og ikke selv kan fange dem, der får vi præsenteret på en spiselig måde kontra dem, der selv kan gå ind og google et resultat og læse en brochure og hvad Diabetesforeningen har udsendt"* (Bilag H, 2016:4). Det uddybes endvidere om de højtuddannede: *"De kan ikke rykke sig helt så meget, fordi de har den viden, så det er nogle andre parametre de rykker sig på. Men hvis du ikke har egenskaber og muligheder for at undersøge og finde viden selv, så får du det serveret her."* (Bilag H, 2016:4) Dette kan således understrege uddannelsesniveaueets betydning, hvor det herved er vigtigt at påpege, at det ikke nødvendigvis er manglende viden som har betydning for udbyttet, men i stedet hvordan denne viden omsættes til reel handlen. Dette kan således forklare, hvorfor lavere uddannede kan opleve forandring i begge retninger, da det kan omhandle, hvorvidt disse deltagere formår at ændre praksis indlejret i deres hverdagsliv.

Deltagernes grad af social kapital har ligeledes betydning for udbyttet langs andenaksen, idet jo mere social kapital den enkelte deltager besidder, desto mere stilstand opleves som udbytte af

sundhedskurserne. Denne tendens underbygges af en moderat afstand mellem de to yderliggende modaliteter på 0,771⁴⁹. Det er dog vigtigt at påpege, at meget høj grad af social kapital er placeret på linje med høj grad af social kapital, hvorfor differentieringen mellem deltagere med de to høje grader af social kapital ikke har betydning. Det er yderligere vigtigt at påpege, at 71% af deltagerne som minimum har en høj grad af social kapital, mens kun 8% har en lav grad, hvorfor ovenstående tolkning skal ske med forsigtighed, da denne kan være påvirket af den skæve fordeling.

Et studie af Disler et al. (2012) har påvist, at sociale determinanter som social isolation og social støtte har betydning for KOL-patienters styring af egen sygdom (Disler et al., 2012:238), mens Vinther-Jensen & Jensen (2012) i deres kvantitative evaluering af MoEva understreger, at flertallet af deltagere på et patientuddannelseshold har høj social kapital, hvor de udvikler sig positivt på en række parametre i relation til mestring af eget hverdagsliv (Vinther-Jensen, 2012). Den sociale kapitals betydning underbygges ligeledes af Jerant et al. (2005) i et studie af blandt andet diabetikere og patienter med kronisk hjertefejl, hvor en af de største barrierer for self-management er lav familiestøtte (Jerant et al., 2005:303f), mens Siabani et al. (2013) ligeledes angiver manglende støtte fra omgivelserne som en afgørende barriere for self-management (Siabani et al., 2013:12).

Det kan ud fra ovenstående tyde på, at deltagernes sociale netværk har betydning for udbyttet, hvilket underbygges af koordinatorene i Vejle Kommune: *"Det der med at blive anerkendt, altså når de kommer her, at de oplever, at de er okay, som de er. Altså, der er mange, der sådan rykker sig helt vildt og synes, at det var fantastisk og at de trives rigtig godt."* (Bilag H, 2016:4) Her fremhæves det, hvordan nyerehvervede sociale relationer gennem sundhedskurserne med lignende andre, kan have en positiv betydning for udbyttet. I forlængelse af dette nævner en koordinator: *"Det kan være, at man er blevet super glad for at have mødt nogle ligestillede og endelig, så har man nogen at tale med to gange om ugen ved at være kommet på kursus. (...) Der er jo mange, der oplever følelsen af sammenhørighed med gruppen og hvis du ikke har et stort socialt netværk, så det kan være rigtig, rigtig givtigt at komme på hold"* (Bilag H, 2016:4), hvilket kan forklare, hvorfor deltagere med lav social kapital kan opleve positiv forandring som udbytte af sundhedskurserne, idet de via sundhedskurserne kan opnå et større socialt netværk. Andre kan derimod opleve negativ forandring: *"(...) Det kan være en lidt sårbar gruppe, der har siddet derhjemme og lukket deres egen dør og ikke kommet så meget ud. Og så det her med at være i forløb med nogle andre, det har givet dem rigtig, rigtig meget socialt. Og når det så stopper, så er de enormt ensomme igen (...)"* (Bilag H, 2016:4). Deltagere med lavere social kapital kan således også opleve negativ forandring efter afsluttet hovedforløb, idet de her kan have erfaret, at hverdagen kan være anderledes, hvorfor det kan være vanskeligt at vende tilbage til det gamle net-

⁴⁹ $0,646+0,131=0,771$

værk eller mangel på samme. (Op.cit.:5) I forlængelse heraf tilføjer en koordinater: *"Der er rigtig mange specielt på livsstilskurser, der føler den der ensomhed efter at de her tre måneder, de slutter. Hvor de pludselig finder ud af; "hvad er det så, jeg vil?" Der er det nemt for dem at falde tilbage i sofaen og ikke komme videre. Så mange oplever et dyk efter, at de stopper på kurse."* (Bilag H, 2016:5). Den umiddelbare negative forandring som udbytte kan således forklares ved, at deltagerne kan have haft en række positive oplevelser med andre i en lignende situation, hvor de ved hovedforløbets afslutning bliver konfronteret med deres hverdag, som højst sandsynligt ikke har ændret sig, hvorfor de vender tilbage til de samme sociale omgivelser.

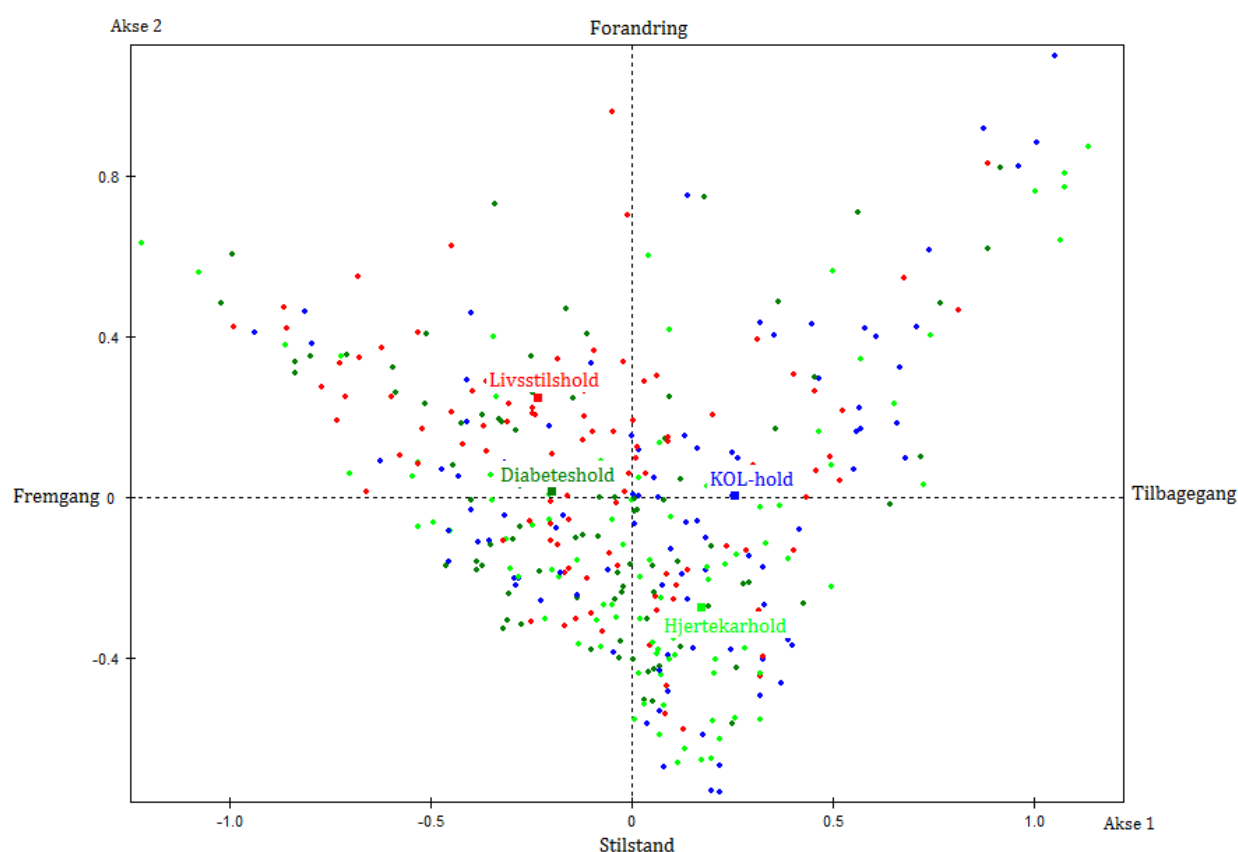
Social kapital og herunder støtte i forskellige henseender synes således at have betydning for udbyttet af sundhedskurserne langs andenaksen. En teoretisk tolkning kan ses med udgangspunkt i Bourdieus sociale kapitalbegreb, der dækker over et individs omgangskreds og sociale relationer og herved de ressourcer der findes i relationerne (Järvinen, 2007:352). Hvis deltagerne allerede inden sundhedskurset oplever social støtte, kan dette være en forklaring på, hvorfor de ikke oplever et umiddelbart udbytte, idet de allerede har haft den fornødne støtte til at håndtere et sygdomsramt hverdagsliv. Deltagere med lav social kapital kan modsat have utilstrækkelig støtte, men idet de deltager i sundhedskurset, kan de, som beskrevet ovenfor, opnå mere social støtte, hvilket kan resultere i et positivt udbytte i form af bedre mestring af hverdagslivet. Lav grad af social kapital kan derimod også betyde, at selvom deltagerne oplever mere støtte gennem sundhedskurserne, oplever de stadig lav støtte fra deres omgivelser, hvorfor det kan være svært at opnå et positivt udbytte, idet det er påvist, at sociale relationer er afgørende for udbyttet af patientuddannelser (Jerant et al., 2005; Siabani et al, 2013; Vinther-Jensen. 2012). Dette kan således forklare, hvorfor deltagere med lav social kapital både kan opnå at mestre et sygdomsramt hverdag bedre, mens andre deltagere derimod mestrer dette i ringere grad.

Der er opsummerende umiddelbart den største forandring i udbyttet for deltagere med en kortere uddannelse og lavere social kapital, men idet forandringspolen for andenaksen både kan være en indikation på negativ og positiv forandring, kan MCA'en ikke give et entydigt billede af disse supplementærvariables betydning, hvorfor klyngeanalysen supplerer med yderligere fortolkning.

5.5.3 Holdtype som supplementær variabel

I ovenstående findes tolkninger af henholdsvis første- og andenaksen med inddragelse af hver deres betydningsfulde supplementære variable. Variablen, som angiver hvilket hold deltagerne har været en del af, har dog betydning for udbyttet langs både første- og andenaksen, hvorfor den fremstilles særskilt i nedenstående Figur 13.

Figur 13. Flade 1-2. Holdtype



I relation til førsteaksen kan det udledes, at livsstilshold og diabeteshold synes at opleve fremgang som udbytte af sundhedskurserne, mens KOL-hold oplever tilbagegang og herved bliver dårligere til at mestre et sygdomsramt hverdagsliv. Hjertehold placerer sig ligeledes nærmere tilbagegangssiden, men mere centreret mod midten. Rettes fokus i stedet mod andenaksen understreger dette hjerteholdenes placering, idet disse placerer sig nederst i kortet, hvorved hjerteholdsdeltagere har en større tilbøjelighed til at håndtere deres sygdom i samme grad som før sundhedskurserne. De tre resterende holdtyper placerer sig i toppen af kortet, som indikerer forandring i en given retning, hvilket underbygger deres placering langs førsteaksen. Livsstilshold er placeret nærmere toppen sammenlignet med diabeteshold, hvorved livsstilshold har større tilbøjelighed til at opleve forandring som mestringsudbytte af sundhedskurserne end diabetesdeltagere. Holdtypernes forskellige betydning for udbyttet underbygges af en moderat afstand på 0,519⁵⁰ mellem de to yderliggende modaliteter på andenaksen. Holdtypen synes således at have betydning for mestringsudbyttet langs første- og andenaksen, hvor deltagere på diabetes- og livsstilshold opnår det mest positive udbytte, mens KOL-deltagere opnår det mest negative udbytte. Hold-modaliteterne skal dog ses som gennemsnitpunkter for deltagernes placering i korrespondancekortet, hvorfor deltagere tilhørende de fire holdmodaliteter er indtegnet i rummet. Der ses her ikke samme entydige placering af individerne, som gennemsnitspunk-

⁵⁰ $0,246 + 0,273 = 0,519$

terne for modaliteterne ellers umiddelbart udtrykker, idet der ses en større spredning mellem individerne, hvilket skal holdes in mente, når der tolkes i relation til holdtypen. På trods af denne ikke entydige spredning af individerne nær holdmodaliteterne, synes den alligevel at være tilnærmelsesvis tilfredsstillende, hvorfor der kan findes flere mulige forklaringer på ovenstående udlægning og differentiering holdene imellem.

Bonsaksen et al. (2012) konkluderer, at kun minimal forskning har været rettet mod, hvilke faktorer der har betydning for livskvalitet og mestringsstrategier for svært overvægtige og KOL-patienter (Bonsaksen et al., 2012:337). Det understreges dog, at svært overvægtige individer som resultat af et patientuddannelsesforløb kan opnå vægttab og forbedre deres sundhed med afsæt i kost, fysisk aktivitet samt mestringsstrategier. Personer med KOL skal modsat forenes med en livslang sygdom, hvorfor de snarere håber på at opnå en mere effektiv måde at mestre deres sygdom, idet de ikke som overvægtige i samme omfang kan forbedre deres helbredstilstand. KOL-deltagere har således en længere sygdomsudsigt uden mulighed for helbredelse og dermed mindre tiltro til behandling end overvægtige (Bonsaksen et al., 2012:335), hvilket underbygger specialets fund. Koordinatorerne fremhæver under fokusgruppeinterviewet ligeledes KOL-deltagere som en udfordret gruppe: *"(...) lige nøjagtig dem med KOL de får virkelig den der helt store øjenåbner. (...) Det er sådan set mine lunger, der bare bliver mere og mere ødelagt. Så der er rigtig mange af dem, der er nede og dykke som afslutning"* (Bilag H, 2016:1). De mener ligeledes, at sygdomsgraden kan være en forklarende faktor, idet KOL-deltagere står overfor en mere invaliderende tilstand, hvor sygdomscyklussen forværres, mens diabetes- og livsstilsdeltagere reelt kan få det bedre (Op.cit.:3). Dette kan være med til at forklare, hvorfor KOL-deltagere typisk ikke udvikler sig positivt på alle mestringsparametrene, da de oftest stadig vil være udfordret af en række symptomer (Bilag H, 2016:7). Det er i denne hensigt påvist, at mange KOL-patienter mister tilliden til deres egne evner til håndtering af deres sygdom (Bentsen et al., 2010:604). En koordinator underbygger dette med, at KOL-deltagere har en alvorlig sygdom, mens deltagere på diabetes- og livsstilshold ikke opfatter deres sygdom som specielt alvorligt (Bilag H, 2016:7), hvorfor de ikke opfatter sig selv som værende igennem et sygdomsforløb. De oplever herved ikke deres sygdom som invaliderende, hvilket kan være en væsentlig barriere for at opnå et positivt udbytte, hvorfor disse deltagere netop bedre kan opnå et mere positivt udbytte af sundhedskurserne. En forklaring, der mere specifikt kan henvises til diabetesdeltagerne, er, at de via sundhedskurserne kan lære at reflektere over, hvordan de skal håndtere deres sygdom. En holdkoordinator beskriver det således: *"Der er deltagere, som har levet med diabetes i 10 år, som finder ud af, at man faktisk godt kan leve lidt mere loose. De har måske sagt nej til alt, men man kan for eksempel godt spise lidt sukker, man skal bare være opmærksom på mængden. Så fra at have været sort/hvid, så kan de få nogle flere nuancer ind"* (Bilag H, 2016:13). Deltagere på diabeteshold bliver således gjort opmærksomme på, at de kan leve et

mere afbalanceret liv, hvor det ikke er nødvendigt at leve under stringente regler, men at der er plads til udskejelser. Deltagerne kan herved blive bedre i stand til at handle problemfokuseret, idet udbyttet af sundhedskurserne kan have reguleret deres ressourcer via tillærte værktøjer, som deltagerne kan anvende aktivt i håndteringen af deres sygdom.

Rettes fokus mod deltagerne på hjertehold, er disse generelt mere ressourcestærke jf. kapitel 4, idet de har et højt udgangspunkt forud for forløbet, hvorfor det kan være vanskeligt for disse deltagere at udvikle sig yderligere. Dette underbygges af koordinatorene i Vejle Kommune: *"Hjertehold ligger også højt i forvejen, så måske de heller ikke har så meget brug for hjælp til at mestre deres hverdagsliv, som de andre hold har (...)"* (Bilag H, 2016:14). En anden forklaring på hvorfor hjertehold oplever stilstand bekræftes hos en koordinator fra hjerterehabilitering: *"Men der er også mange, der kommer meget, meget letskindet igennem – de har knapt opdaget, at de havde en hjertefejl eller en blodprop i hjertet og kommer ind og får lavet en ballonudvidelse og det er en forholdsvis hurtig, skønsom operation og ud igen. Så der er mange, der udtrykker, at de ikke har oplevet, at de har været syge som sådan. (...) Så jeg tænker, at udgangspunktet kan også godt være, at de ikke har set, eller oplevet sig selv som syge"* (Bilag H, 2016:6). Disse deltagere har modsat KOL-deltagere ikke oplevet en hverdag, som har været sygdomspræget i en længere periode, hvilket kan være en mulig forklaring på udbyttet i form af stilstand, da de har været inde og ude af forløbet ganske hurtigt uden en række komplikationer. De kan således i højere grad vende tilbage til det hverdagsliv, de havde før.

Sygdomsbyrden og herved sygdomsgraden synes således at være en differentierende faktor for deltagernes udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune. Dette kan bekræftes af Bentsen et al. (2010), som konkluderer, at graden af selvtillid en person har til egne evner for at opnå et bestemt resultat, afhænger af, hvor meget personen forsøger at håndtere en vanskelig situation (Bentsen et al., 2010:607), hvor det synes sværere at håndtere et livslangt sygdomsforløb og kæmpe for dette uden udsigt til helbredelse. Self-management er derfor mindre kendetegnende for KOL-patienter i forhold patienter med kroniske sygdomme, hvor det centrale i et patientuddannelsesforløb er at skabe balance mellem funktionelle begrænsninger samt sygdom og hverdagsliv (Disler et al., 2012). Sygdomsgraden synes herved at være en betydelig faktor, der kan forklare deltagernes håndteringsevne, hvor des sværere sygdomsgrad, desto sværere kan det være at håndtere den ubalance en længerevarende sygdom kan skabe.

8.6 Tolkning af 3. principalakse

Den tredje principalakse forklarer blot 4,5% af den samlede inerti og er herved af mindre betydning end de to første akser jf. afsnit 8.1. Tredjeaksen forklarer således en mere specifik tendens, idet denne indikerer forskelle mellem et færre antal modaliteter. I tolkningen af den tredje

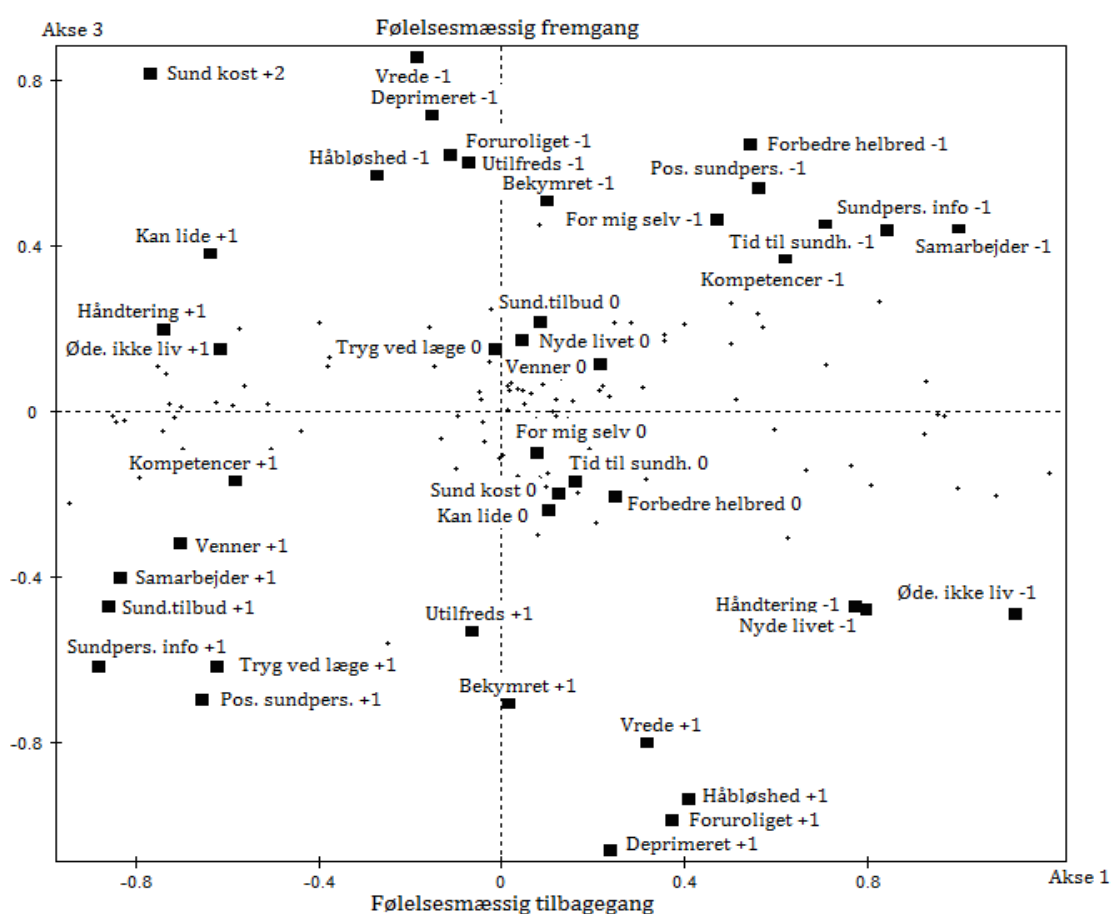
principalakse er fremgangsmåden identisk med de to foregående, hvor der her tolkes på den lodrette akse.

Tabel 6. Numerisk output for 3. akse

Variable	Variabel- bidrag %	Modaliteternes orientering		Modaliteternes bidrag (ctr.) %	
		Top	Bund	Top	Bund
Deprimeret	12,13	Deprimeret -1	Deprimeret +1	5,86	5,82
Vrede	9,99	Vrede -1	Vrede +1	5,28	4,70
Foruroliget	9,73	Foruroliget -1	Foruroligeret +1	4,15	5,48
Håbløshed	9,17	Håbløshed -1	Håbløshed +1	3,38	5,79
Utilfreds	6,42	Utilfreds -1	Utilfreds +1	3,89	2,09
Bekymret	6,35	Bekymret -1	Bekymret +1	2,31	3,99
Pos. sundpers.	5,02	Pos. sundpers. -1	Pos. sundpers. +1	3,15	1,80
Sundhedsinfo.	3,36	Sundpers. info -1	Sundpers. info +1	2,22	1,08
Tryk ved læge	3,07	(Tryk ved læge 0)	Tryk ved læge +1	(0,51)	2,48
Sundhedstilbud	2,94	Sund. tilbud 0	Sund. tilbud +1	0,94	2,00
Forbedre helbred	2,92	Forbedre helbred -1	Forbedre helbred 0	2,17	0,75
Kan lide	2,78	Kan lide +1	Kan lide 0	1,28	1,15
Nyde livet	2,16	(Nyde livet 0)	Nyde livet -1	(0,65)	1,30
Samarbejder	2,08	Samarbejder -1	Samarbejder +1	0,85	1,18
Sund kost	1,80	Sund kost +2	(Sund kost 0)	1,33	(0,38)
Ødelægger ikke liv	1,64	(Øde. ikke liv +1)	Øde ikke liv -1	(0,24)	1,32
For mig selv	1,63	For mig selv -1	(For mig selv 0)	1,36	(0,20)
Tid til sundhed	1,58	Tid til sundh. -1	Tid til sundh. 0	1,02	(0,52)
Venner	1,41	(Venner 0)	Venner +1	(0,25)	0,96
Håndtering	1,13	(Håndtering +1)	Håndtering -1	(0,34)	0,78
Kompetencer	1,07	Kompetencer -1	(Kompetencer +1)	0,78	(0,25)
Mellemsum				39,47	46,51
				(41,46)	(47,86)
Total				85,98	(89,32)

I Tabel 6 fremgår 21 variable, der har modaliteter med en bidragsværdi over gennemsnittet. Der er her tale om 42 modaliteter, hvor syv af disse dog ikke har en bidragsværdi over gennemsnittet. De seks variable, der bidrager mest til akse, er variablene under temaet 'Følelsesmæssig tilstand'. Herunder hører hvorvidt deltagerne *'bliver deprimeret, hvis de tænker på deres helbred'*, om de *'ofte føler vrede, når de tænker på deres helbred'* samt om de *'bliver foruroligede, når de tænker på deres helbred'*. Der indgår desuden, hvorvidt deltagerne *'har en følelse af håbløshed på grund af deres helbredsproblemer'*, om de mener, at deres *'helbredsproblemer gør dem meget utilfredse med deres liv'* samt hvorvidt de *'ofte bekymrer sig om deres helbred'*. Temaet som beskriver graden af følelsesmæssig tilstand har således afgørende betydning for tolkningen af principalaksen, hvilket underbygges af, at disse seks variable bidrager til 54% af variansen langs denne. I nedenstående er alle modaliteter med bidragsværdier over gennemsnittet indtaget i korrespondancekortet.

Figur 14. 3. akse med modaliteter over gennemsnit



Korrespondancekortet illustrerer, som ved de to andre akser, at der er tale om udviklingstendenser baseret på modaliteternes fortegn, men langs tredjeaksen synes der dog ikke at være en ligeså entydig udviklingstendens, idet denne både indeholder udbytte i form af fremgang, tilbagegang og stilstand på forskellige parametre i opposition til hinanden. Blandt modaliteterne som befinder sig i toppen af kortet kan der spores en tendens til, at deltagerne oplever positiv følelsesmæssig udvikling således, at de oplever et bedre følelsesmæssigt velbefindende. De spiser yderligere meget mere sund kost, mens de oplever, at de i højere grad *'har kompetencer der sætter dem i stand til at håndtere helbredsproblemer'*, de føler i højere grad, at *'deres helbredsproblemer ikke ødelægger deres liv'* samt at *'de fleste dage gør noget, som de virkelig godt kan lide'*. De oplever desuden i samme grad som før kurset, at de *'får dækket deres behov gennem eksisterende sundhedstilbud'*, at de *'har venner, som kan hjælpe med at håndtere helbredsproblemer'* mens de ligeledes i samme udstrækning *'prøver ikke at lade deres helbredsproblemer forhindre dem i at nyde livet'*. Deltagerne oplever til gengæld også, at de bliver ringere til at *'holde nøje øje med helbredet'* samt at de i mindre grad *'har kompetencer til at undgå, at deres helbredsproblemer begrænser livet'* og *'planlægger at gøre noget for dem selv, som de godt kan lide'* samt er blevet ringere til at *'afsætte tid til at gøre noget for deres sundhed'*. Deltagerne er herved mindre tilbøjelige til at håndtere deres sygdom. Udviklingen i negativ retning er yderligere forbundet

med, at de har et mindre *'positivt forhold til det sundhedspersonale, de har kontakt til'*, de føler sig mindre *'trygge ved at give sundhedspersonalet de informationer, som er nødvendige for at hjælpe dem'* samt i mindre grad *'samarbejder med læge og sundhedspersonale'*. Det skal dog tilføjes, at deltagerne i uændret grad er *'trygge ved at tale med deres læge om behandlingsbehov'*. Toppen af korrespondancekortet viser således et udbytte i form af en mere positiv indstilling til egen sygdom, men modsat en tilbagegang på flere parametre i relation til sundhedspersonale.

Bunden af korrespondancekortet synes at illustrere modsatte tendens, således at der er tale om deltagere, der oplever tilbagegang på temaet *'Følelsesmæssig tilstand'*, hvorved de oplever mindre følelsesmæssigt velbefindende. De prøver i mindre grad *'ikke at lade deres helbredsproblemer forhindre dem i at nyde livet'*, de oplever i mindre grad, at de *'har kompetencer der sætter dem i stand til at håndtere helbredsproblemer'* samt at deres *'helbredsproblemer ødelægger deres liv'*. De spiser dog i samme grad sund kost, mens de i uændret grad *'afsætter tid til at gøre noget for deres sundhed'* og *'planlægger at gøre noget for sig selv, som de godt kan lide'*. De holder i samme grad *'øje med deres helbred og gør hvad der skal til for at deres sundhedstilstand forbliver så god som muligt'*. Deltagerne oplever derimod fremgang i relation til sundhedspersonalet, hvor de i højere grad *'indgår i samarbejde med læge og andet sundhedspersonale'* og føler sig i højere grad *'trygge ved at give sundhedspersonalet de informationer, som er nødvendige for at hjælpe dem'*. De oplever dertil, at være mere *'trygge ved at tale med deres læge om behandlingsbehov'*, og at få *'dækket deres behov gennem eksisterende sundhedstilbud'* mens de ligeledes i højere grad oplever, at de *'har kompetencer til at undgå, at deres helbredsproblemer begrænser deres liv'*. Det kan endvidere nævnes, at deltagerne i højere grad føler, at de *'har venner, som kan hjælpe dem med at håndtere deres helbredsproblemer'*. Bunden af korrespondancekortet indeholder således følelsesmæssig tilbagegang, men derimod fremgang i forhold til deltagerens relation til sundhedspersonalet.

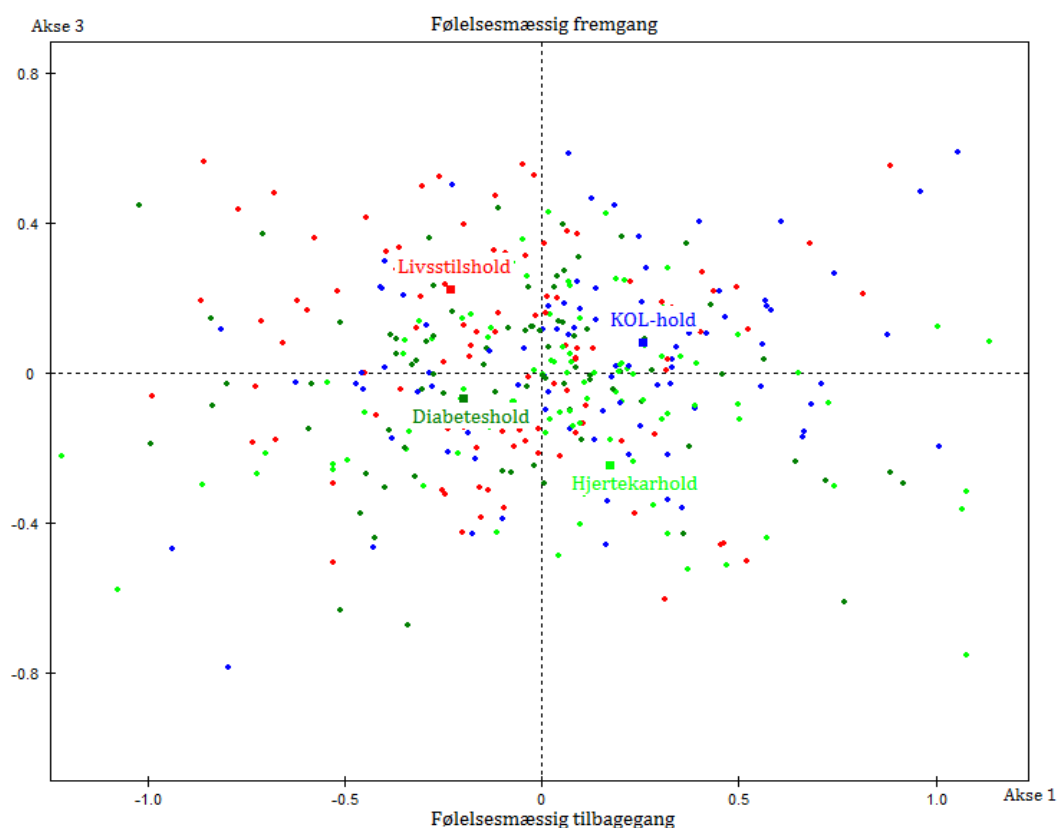
Tredjeaksen indfanger opsummerende forholdet mellem følelsesmæssig fremgang overfor tilbagegang i forbindelse med egen sygdom samt positiv og negativ udvikling i forbindelse samarbejdsvillighed overfor sundhedspersonale. Tredjeaksen angiver således en overordnet kontrast mellem de to temaer *'Følelsesmæssig tilstand'* og *'Relation til sundhedspersonale'*, som henholdsvis bidrager med 53,8% og 16,5% af variansen.

8.6.1 Supplementære variable af betydning for 3. principalakse

Det interessante er, i relation til ovenstående beskrivelse af udbyttet langs tredjeaksen, at undersøge, hvad der karakteriserer de deltagere, der oplever følelsesmæssig fremgang overfor følelsesmæssig tilbagegang, som beskrevet ovenfor er et udtryk for en mere specifik tendens. Variable som kan forbindes med udbyttet tredjeaksen er holdtype, deltagerens følelsesmæssige

tilstrækkelighed⁵¹ samt deres selv vurderede helbred.

Figur 15. Flade 1-3. Holdtype

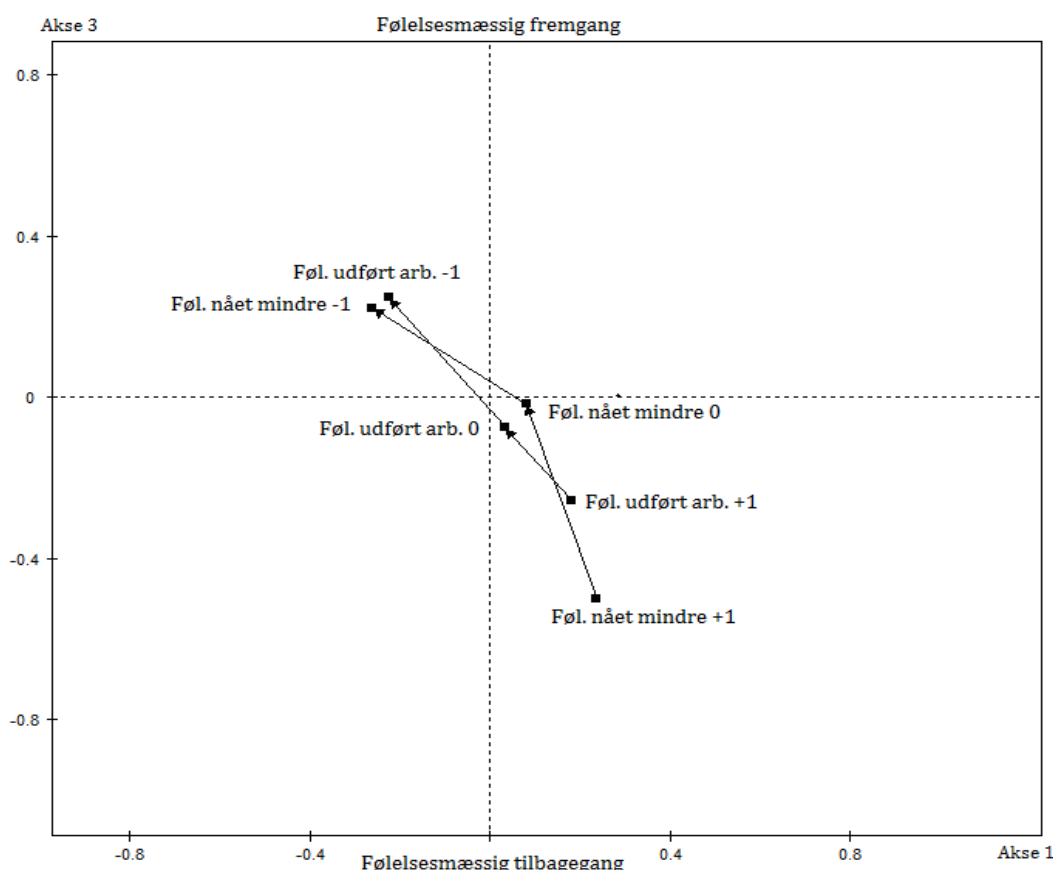


I figuren er holdvariablen inddraget som supplementærvariabel, hvor det kan udledes, at hjerte- og diabeteshold befinder sig i den nederste del af kortet, således disse oplever mere følelsesmæssig tilbagegang, men samtidigt bliver mere samarbejdsvillige overfor sundhedspersonalet som udbytte af sundhedskurserne. KOL- og livsstilshold er modsat placeret i den øvre del af kortet, hvorved disse oplever følelsesmæssig fremgang, men til gengæld bliver mindre samarbejdsvillige. Afstanden mellem de to yderliggende modaliteter, livsstilshold og hjertehold, er dog lille på 0,468⁵², hvorved holdtypen ikke umiddelbart kan anses som en strukturerende faktor for udbyttet langs tredjeaksen. Dette underbygges ligeledes af, at holdmodaliteterne skal ses som gennemsnitpunkter. Deltagere tilhørende de fire holdmodaliteter er placeret på tværs af rummet, som det fremgår i Figur 15. Der ses herved ikke en centralisering af punkterne nær hver holdmodalitet, men derimod en jævn spredning i store dele af rummet, idet deltagerne på de forskellige hold placerer sig bredt. Dette underbygger således, at holdtypen ikke umiddelbart synes at være af større betydning for udbyttet langs tredjeaksen, da gennemsnitspunktet ikke kan siges at være et reelt udtryk for deltagernes placering i rummet.

⁵¹ Variablene 'følelsesmæssigt nået mindre' og 'følelsesmæssigt udført arbejde' benævnes sammenlagt følelsesmæssig tilstrækkelighed.

⁵² $0,245+0,223=0,468$

Figur 16. Flade 1-3. Følelsesmæssigt nået mindre og udført arbejde



I ovenstående kort er variablene 'følelsesmæssigt nået mindre' og 'følelsesmæssigt udført arbejde' indtegnet, som henholdsvis henviser til, hvorvidt deltagerne inden for de seneste fire uger har nået mindre på arbejdet eller derhjemme på grund af følelsesmæssige problemer, samt hvorvidt deltagerne inden for de seneste fire uger har udført deres arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt end de plejer grundet følelsesmæssige problemer. Begge variable har en stigningstakst fra bund mod top således, at deltagere som i lavere grad føler, at de har nået mindre og i lavere grad føler, at de har udført arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, oplever følelsesmæssig fremgang, men de bliver derimod mindre samarbejdsvillige med sundhedspersonalet. Tendensen er modsat, at deltagere, der i højere grad føler, at de har nået mindre på grund af følelsesmæssige problemer og i højere grad føler, at de har udført arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, oplever følelsesmæssig tilbagegang, men de bliver til gengæld mere samarbejdsvillige med sundhedspersonalet. Afstanden mellem de to mest ekstreme modaliteter er for den første variabel 0,720⁵³, mens den er 0,503⁵⁴ for sidstnævnte, hvorved der er tale om moderate afstande. Begge variable synes således at være forbundet med, hvorvidt deltagerne oplever følelsesmæssig fremgang eller tilbagegang som et udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune.

⁵³ $0,500 + 0,220 = 0,720$

⁵⁴ $0,255 + 0,248 = 0,503$

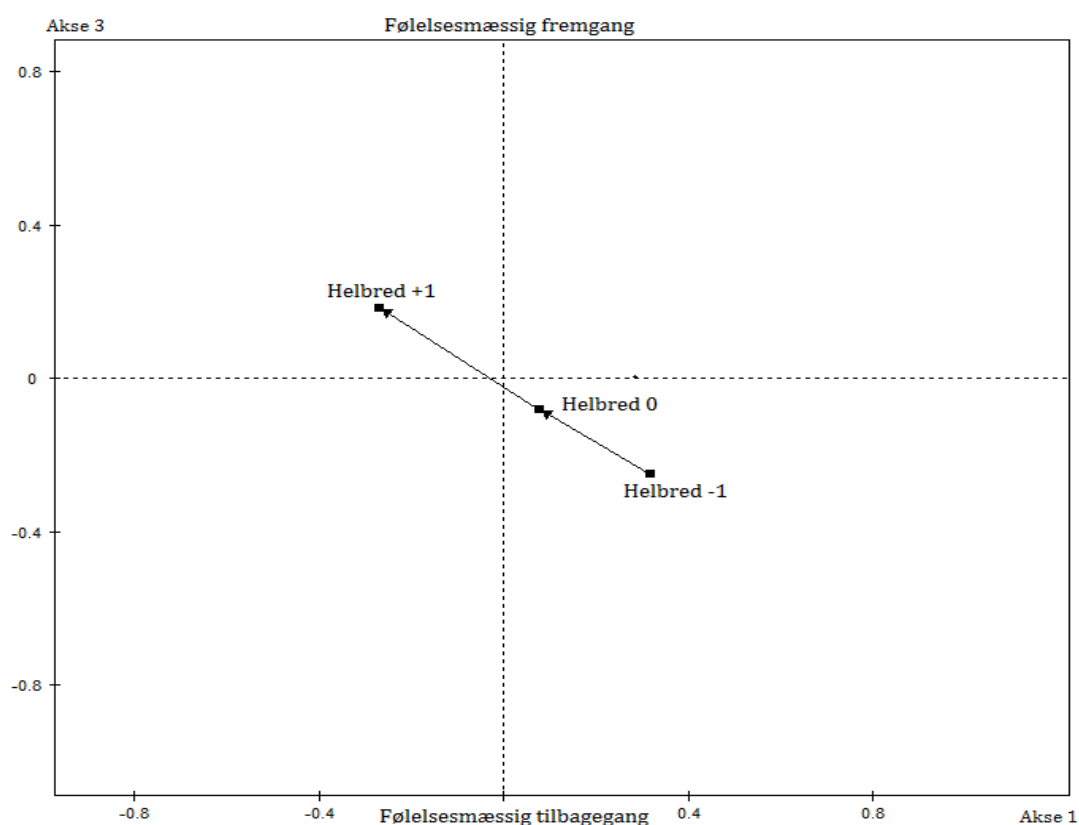
Dette synes umiddelbart at være en logisk sammenhæng, idet det at lide af en kronisk eller længerevarende sygdom ofte kan medføre følelsesmæssige problemer, hvor det er vigtigt at identificere disse og håndtere dem på en hensigtsmæssig måde (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2016). Dette kan dog være vanskeligt, hvorfor der fra patienters side er et ønske om, at patientuddannelser bør omfatte håndtering af de følelsesmæssige aspekter, der er forbundet med at leve med en kronisk sygdom, idet en kronisk og længerevarende sygdom netop kan medføre negative emotionelle reaktioner samtidigt med, at det kan ændre livsperspektivet (Sundhedsstyrelsen b, 2009:93). Der synes således at være en kobling mellem følelsesmæssigt velbefindende og længerevarende sygdomme. Deltagere der bliver mindre følelsesmæssigt hindret, oplever således også følelsesmæssig fremgang, mens de i mindre grad har interesse i at samarbejde med sundhedspersonale. Dette bekræftes af en holdkoordinator i Vejle Kommune: *"(...) jeg afslutter mange borgere, som tænker; "det her, det kører og nu kan vi sagtens selv. Vi tager den herfra. Og dem hører jeg ikke mere fra"* (Bilag H, 2016:9), hvilket kan bekræfte, hvorfor disse deltagere kan blive mindre samarbejdsvillige overfor sundhedspersonalet. Dette kan modsat også forklares med, at deltagerne kan føle en form for flovhed, chok, skyld etc. efter hovedforløbet, idet deltagerne bliver opmærksomme på, at de kunne have håndteret deres sygdom bedre (Bilag H, 2016:9). En yderligere forklaring på, at disse deltagere bliver mindre samarbejdsvillige kan ses i, at det er sundhedspersonalet, som informerer deltagerne om deres sygdom, hvorfor deltagerne kan blive negative overfor personalet, idet de bliver mere oplyste om sygdommens konsekvenser (Ibid.).

Deltagere som derimod oplever et mindre følelsesmæssig velbefindende, oplever ligeledes følelsesmæssig tilbagegang som udbytte, men bliver modsat mere samarbejdsvillige overfor sundhedspersonale som udbytte af sundhedskurserne. Dette kan ifølge Vejle Kommunes koordinators være et udtryk for, at deltagerne bliver opmærksomme på konsekvenserne af deres sygdom, hvorfor de søger mere hjælp ved sundhedspersonalet (Bilag H, 2016:11). Til dette udtaler en koordinator i Vejle Kommune: *"(...) dem der har størst brug for os, de suger lidt mere fast"* (Bilag H, 2016:9), hvilket således understreger, hvorfor disse deltagere modsat kan blive mere samarbejdsvillige. En anden forklaring herpå, kan ud fra Vejle Kommunes koordinators udtalelser underbygges af, at deltagerne gennem sundhedskurserne kan blive mere opmærksomme på, at de lever med alvorlig sygdom, som de selv har ansvaret for, hvorfor de kan blive mere følelsesmæssigt påvirket, da de skal acceptere en kronisk tilstand (Ibid.). Når deltagerne oplever mindre følelsesmæssigt velbefindende og de herved oplever følelsesmæssig tilbagegang som udbytte af sundhedskurserne, kan de således også have et større behov for at samarbejde med sundhedspersonalet for herigennem at håndtere deres sygdom.

Graden af følelsesmæssigt velbefindende synes således at være forbundet med, om deltagerne oplever følelsesmæssig fremgang eller tilbagegang som udbytte af sundhedskurserne, og

heraf hvorvidt de aktivt håndterer deres situation. Der kan i relation hertil være tale om følelsesrelateret handlen, idet negative emotioner reguleres, hvorved deltagerne kan revidere deres opfattelse af eget liv gennem kurserne ved hjælp af læring i relation til deres sygdom. Der kan således være tale om, deltagere, som oplever et større følelsesmæssig velbefindende, kan have fået nye kompetencer, hvorved de kan blive bedre i stand til at håndtere deres sygdom på egen hånd uden brug af sundhedspersonalet, hvorfor der kan argumenteres for, at de allerede undervejs i sundhedskurserne handler mere aktivt med deres situation. Mindre følelsesmæssigt velbefindende deltagere kan modsat i højere grad ønske at samarbejde med sundhedspersonalet, hvorfor der kan argumenteres for, at de kan handle aktivt i samarbejde med sundhedspersonalet efter hovedforløbet. Der kan således i Bourdieus optik være tale om forskellige praksisformer, idet det for nogle deltagere kan være sværere at inkorporere nye vaner og måder at tænke på grundet tidligere praksis (Järvinen, 2007:347f). Implementering af nyerhvervede redskaber kan således være en længere proces for nogle deltagere end for andre, hvilket kan været påvirket af deltagernes følelsesmæssige velbefindende.

Figur 17. Flade 1-3. Selvvurderet helbred



I figur 17 kan det udledes, at supplementærvARIABLEN for deltagernes selvvurderede helbred har en mindre stigningstakst fra bunden af kortet mod toppen. Dette indikerer en tendens til, at jo mere positiv udvikling der sker i deltagernes selvvurderede helbred, desto mere følelsesmæssig fremgang oplever de som udbytte af sundhedskurserne, men jo mindre samarbejdsvillige bliver

de ligeledes overfor sundhedspersonalet. Udvikling i deltagerne helbred og deres følelser relateret hertil synes således at være forbundet med hinanden, men idet afstanden mellem de to yderliggende modaliteter er lille på 0,431⁵⁵, kan det kun varsomt udledes, at selvvurderet helbred har betydning for udbyttet langs tredjeaksen. Det kan dog alligevel ses som en logisk slutning, at udviklingen i selvvurderet helbred er interdependent med, om deltagerne oplever følelsesmæssig fremgang eller tilbagegang, samt hvorvidt de ønsker at samarbejde med sundhedspersonale eller ej, idet et hverdagsliv med alvorlig sygdom er forbundet med en række følelsesmæssige aspekter og helbredsmæssige udfordringer (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2016). Dette bekræfter holdkoordinatorerne i Vejle Kommune, idet de oplever, at deltagere der angiver, at deres helbred bliver bedre, ligeledes bliver mindre følelsesmæssigt påvirket, hvilket kan forklare, hvorfor deltagerne ikke i samme grad som før kurset føler behov for at samarbejde med sundhedspersonalet (Bilag H, 2016:11). En bedre helbredsmæssig tilstand synes således at være forbundet med deltagerne følelser relateret hertil, samt i hvilken grad de samarbejder med sundhedspersonalet og håndterer deres sygdom.

Der kan i relation hertil være tale om, at deltagerne formår at handle problemløsende som udbytte af sundhedskurserne, idet de i samspillet mellem egne egenskaber og relationer til sundhedspersonalet gennem sundhedskurserne, regulerer deres handlinger i en sundhedsrelateret retning og dermed aktivt håndterer deres sygdom. Måden hvorpå denne håndtering foregår afhænger dog af, om deltagerne oplever henholdsvis fremgang eller tilbagegang i deres selvvurderede helbred. Deltagere, der oplever et bedre selvvurderet helbred og herved følelsesmæssig fremgang, kan opleve at være i stand til undervejs i sundhedskurset at håndtere deres sygdom, hvor de oplever følelsesmæssig fremgang og i mindre grad har behov for at samarbejde med sundhedspersonalet umiddelbart efter hovedforløbet. Der kan modsat også være tale om, at deltagere, der oplever tilbagegang i deres selvvurderede helbred og herved oplever følelsesmæssig tilbagegang, ligeledes handler problemløsende, idet de i højere grad ønsker at afhjælpe deres situation gennem samarbejde med sundhedspersonalet. Samarbejdet med sundhedspersonalet medfører dog, at deltagerne bliver gjort opmærksomme på konsekvenserne af deres reelle helbred, hvilket kan resultere i følelsesmæssig tilbagegang som udbytte, hvorfor de har mere behov for at samarbejde med sundhedspersonalet. En koordinator udtaler hertil, at deltagere inden et kursus kan have mange undskyldninger: *"Man har for eksempel før et kursus tillagt sig, at det måske er fordi, de er blevet ældre, eller har haft influenza, at de er blevet dårligere, men så finder de ud af, at det er deres helbred og sygdom der i stedet har betydning herfor. Før var det nogle mere acceptable undskyldninger, nu er det pludselig ens sygdom, som i stedet er skyld i det. Man finder ud af, at man faktisk kunne have gjort noget ved noget før"* (Bilag H, 2016:11), hvorfor alvoren pludselig kan gå op for deltagerne, som kan resultere i et ringere

⁵⁵ 0,248+0,183=0,431

selvvurderet helbred og herved følelsesmæssig tilbagegang, idet de er blevet informeret om deres faktiske helbredsstilstand. Deltagerne i både bunden og toppen af kortet synes således at forsøge at handle problemløsende med deres situation, men deres selvvurderede helbred er af betydning for, hvordan håndteringen indtræder.

8.7 Opsummering

Den første akse i korrespondanceanalysen viser et tydeligt skel mellem alle fremgangsmodaliteter overfor alle tilbagegangsmodaliteter, hvorved denne akse indfanger variationen mellem bedre mestringsevner i relation til egen sygdom og motion samt modsat ringere mestringsevner og stilstand for motion. Specielt udviklingen i deltagernes selvvurderede helbred, energiniveau og fysisk tilstrækkelighed er betydningsfulde for, hvorvidt deltagerne oplever fremgang eller tilbagegang i mestringsudbyttet af de undersøgte sundhedskurser. Traditionelle og socioøkonomiske forhold synes derimod ikke at være strukturerende faktorer for udbyttet og konkluderes herved ikke at have betydning for, hvorvidt deltagerne har gavn af deres respektive forløb i relation til udbyttet langs førsteaksen.

Andenaksen viser en række af de samme variationer som førsteaksen, men denne akse indfanger en anden udviklingstendens, hvor udbyttet kommer til udtryk gennem henholdsvis forandring i en given retning modsat stilstand i mestringsevner. I forhold til andenaksen kan det modsat førsteaksen udledes, at det netop er deltagernes traditionelle og socioøkonomiske karakteristika, der har betydning for mestringsudbyttet. Det viser sig således, at jo ældre deltagerne er, jo højere uddannet eller jo højere social kapital de besidder, desto mere tilbøjelige er de til at opleve stilstand som udbytte, idet de i samme grad som før sundhedskurserne mestrer deres hverdagsliv med sygdom. Holdtypen synes yderligere at være en strukturerende faktor herfor, hvor deltagere på livsstils- og diabeteshold oplever et positivt udbytte, mens KOL-deltagere opnår et negativt udbytte, idet de i mindre grad er i stand til at mestre deres sygdomsramte hverdagsliv. Hjertedeltagere oplever modsat et udbytte i form af status quo, hvorved de i samme grad mestrer deres sygdomsramte hverdagsliv som før hovedforløbet.

Tredjeaksen indfanger slutteligt en kontrast mellem følelsesmæssig fremgang i forbindelse med egen sygdom, men mindre samarbejdsvillighed i relation til sundhedspersonalet overfor følelsesmæssig tilbagegang, men mere samarbejdsvillighed overfor sundhedspersonale. I relation hertil kan det ikke entydigt udledes, at holdtypen har væsentlig betydning for udbyttet langs denne akse, mens deltagernes følelsesmæssige tilstand modsat har betydning for, om de oplever henholdsvis følelsesmæssig fremgang eller tilbagegang som udbytte af de respektive sundhedskurser. Der kan modsat ikke udledes et entydigt resultat af deltagernes selvvurderede helbreds betydning for udbyttet langs tredjeaksen, hvorfor det kun varsomt udledes, at en positiv udvikling i selvvurderet helbred er interdependent med følelsesmæssig fremgang som udbytte.

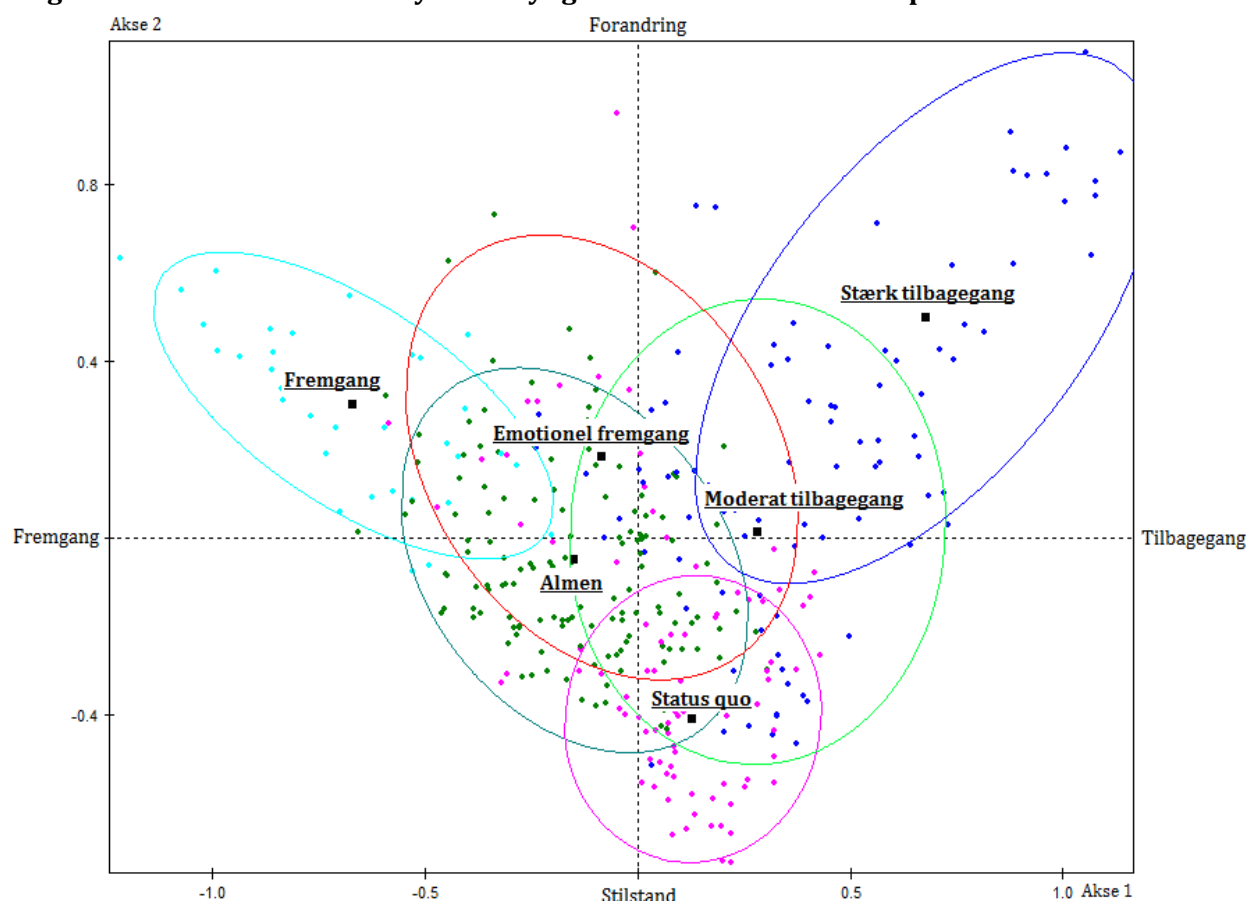
8.8 Klyngeanalyse

Det følgende afsnit indeholder specialets klyngeanalyse og udgør således den anden analysedel. Formålet med klyngeanalysen er at gruppere individer med udgangspunkt i deres svar på de aktive variable for at karakterisere deltagere, som har et lignende udbytte og orientering i korrespondancekortet. I det følgende præsenteres de seks udvalgte klynger, hvor størrelse, udbytteform og karakteristika ved deltagerne fremstilles. I fortolkningen af klyngerne nævnes de mest signifikante egenskaber for hver klynge, hvorfor der ikke nødvendigvis kommenteres på underrepræsenterede modaliteter. Modaliteter med størst testværdier introduceres først, hvilket angiver deres betydning for den respektive klynge. Testværdier på 2 eller derover, svarende til 1,96 standardafvigelse, anses som signifikante på det normale 5 procentniveau (Skjøtt-Larsen, 2008:72), hvorfor der kun kommenteres på aktive og supplementære modaliteter, der har en testværdi på 2 eller derover jf. Bilag I.

8.8.1 Præsentation af klyngerne

I nedenstående individsky for flade 1-2 er koncentrationsellipserne for de seks klynger indtegnet, således klyngernes placering langs de to første akser fremkommer. Aksernes indhold modsvare fortolkningen fra korrespondanceanalysen, hvorved klyngernes placering kan være med til at validere fortolkningen af disse.

Figur 18. Flade 1-2. Individsky med klyngernes koncentrationsellipser



Figur 18 viser, at klyngerne har en nogenlunde spredning, som indeholder værdifulde fund, omend der er overlap mellem disse. Klyngeanalysen kan, modsat korrespondanceanalysen, bedre differentiere mellem de forskellige udbytteformer langs principalakserne, og idet korrespondanceanalysen er præget af en Guttman-effekt, kan det være vanskeligt at skelne mellem særligt første- og andenaksens udfald. Relevansen af klyngeanalysen understreges således, da denne kan opsplitte effekten heraf. Det bliver i klyngeanalysen således mere intuitivt, hvilke faktorer der relaterer sig til de tre aksers udbytteformer, idet klyngeanalysen bedre kan nuancere dette.

Klynge 1: Status quo

I klynge 1 indgår 18% af individerne, hvor der ses en tydelig overrepræsentation af deltagere, som generelt oplever status quo på omtrent samtlige HeiQ-spørgsmål svarende til 34 spørgsmål. Dette stemmer overens med klyngens placering i bunden af kortet, der indikerer stilstand. I denne klynge oplever deltagerne stilstand inden for syv af de otte temaer; 'Positiv indstilling', 'Sundhedsorienterede kompetencer', 'Konstruktiv indstilling', 'Relation til sundhedspersonale', 'Social støtte' samt til dels 'Håndtering og selvindsigt' og 'Følelsesmæssig tilstand', hvor over 60% af klyngen oplever stilstand. Det der specielt karakteriserer denne klynge, er, blandt andet at 97% i samme grad som før sundhedskurserne synes, at de er *'aktivt involveret i livet'*, mens 94% ligeledes i samme grad *'er trygge ved at give sundhedspersonalet de informationer, som er nødvendige for at kunne hjælpe'*. 94% af deltagerne i klyngen mener yderligere i samme grad, at de *'har en ret god fornemmelse for, hvordan de tackler deres helbredsproblemer'*, mens 91% ligeledes uændret mener, at de *'har muligheder nok, hvor de kan tale om deres helbredsproblemer med folk, som forstår'*. I denne klynge er der yderligere to KRAM-modaliteter, der er overrepræsenteret, idet 46% af klyngen dyrker motion i samme grad som før hovedforløbet, mens 40% hverken spiser mere eller mindre usundt. Dette indikerer, at deltagerne i klyngen kan anses som velfungerende og privilegerede individer, der mestrer eget sygdomsramt hverdagsliv og det kan derved anses som en succes i sig selv, at de opretholder samme standard. Det kan modsat virke problematisk, at sundhedskurserne ikke umiddelbart har den ønskede effekt på denne klynge, idet kost, motion og mestringsstrategier netop er emner, der er tilrettelagt i undervisningen på kurserne, hvilket kan være et udtryk for, at deltagerne er mindre modtagelige overfor vejledning.

I denne klynge ses en overrepræsentation af mænd svarende til 67%, mens 41% af deltagerne i klyngen er tilknyttet et hjertehold. Mænd og hjerteholdsdeltagere oplever således i udbredt grad status quo i forhold til mestring af eget hverdagsliv og de to KRAM-faktorer efter hovedforløbet. Dette synes at kunne sammenlignes med tidligere studier, hvor kvinder generelt opsøger patientuddannelser hyppigere og får et større udbytte af disse end mænd (Marthedal et al. 2011; Vinther-Jensen & Jensen, 2012; Vestager 2013). Marthedal et al. (2011) finder dertil, at

patientuddannelser generelt appellerer til kvinder frem for mænd (Marthedal et. al., 2011:7), mens Vestager et al. (2013) i en undersøgelse af udbyttet af patientuddannelser for diabetikere samt hjerte- og KOL-patienter konkluderer, at kvinder får et sundere udbytte i form af kost og motion end mænd (Vestager et al., 2013), hvilket kan være en af forklaringerne bag, at særligt mænd oplever stilstand. 33% af klyngen har desuden en mellemlang videregående uddannelse, mens 41% har meget høj social kapital⁵⁶, hvilket kan være et udtryk for hjertedeltageres høje udgangspunkt forud for sundhedskurserne jf. kapitel 4. Dette synes dog at stå i modstrid til et studie Vinter-Jensen & Jensen (2012), hvor MoEva anvendes til evaluering af blandt andet hjertedeltageres udbytte af patientuddannelser. Den overordnede tendens heri er, at deltagere med et mellem uddannelsesniveau samt høj social kapital oplever en positiv udvikling i forhold til parametre forbundet med mestring af hverdagslivet (Vinter-Jensen & Jensen, 2012). En forklaring på de divergerende fund kan muligvis findes i de forskellige måleintervaller, hvor Vinther-Jensen (2012) har målt på udbyttet efter seks og tolv måneder, mens specialet tager udgangspunkt i det umiddelbare udbytte efter afsluttet hovedforløb. En teoretisk forklaring bag, hvorfor højtuddannede og deltagere med høj social kapital oplever status quo, kan underbygges med paralleller til Bourdieus kapitalformer. Med en høj kapitalvolumen som udgangspunkt for sundhedskurserne i relation til kulturel og social kapital (Järvinen 2007:352), kan der i Bourdieus optik argumenteres for, at deltagerne i denne klynge har flere ressourcer til håndtering af deres sygdom samt mere støtte fra deres omgivelser før sundhedskursernes start. Dette kan forklare den manglende udvikling og heraf den mindre modtagelighed for vejledning, idet det formodes, at deltagerne har været bedre til at mestre et hverdagsliv med sygdom før kurset, hvorfor der ikke ses en umiddelbar effekt af sundhedskurserne jf. Figur 12.

I forbindelse med Antonovskys begreber om en oplevelse af sammenhæng oplever 87% af klyngen 'for det meste' at være gode til at finde en løsning på problemer eller vanskeligheder, som umiddelbart virker håbløse, mens 57% af deltagerne i denne klynge sjældent oplever, at ting som de kommer ud for i deres dagligdag er vanskelige at forstå. 81% af klyngen plejer desuden 'for det meste' at opleve deres dagligdag som en kilde til personlig tilfredsstillelse, hvorved der ses en overrepræsentation af deltagere, der har en høj oplevelse af sammenhæng i tilværelsen. En høj oplevelse af sammenhæng og et udbytte i form af status quo virker dog umiddelbart modstridende med, hvad der ellers kunne forventes. Dette er ikke umiddelbart studeret empirisk, men teoretisk sætter Antonovsky lighedstegn mellem sunde individer og evnen til at håndtere udfordringer (Antonovsky, 2000:167). Antonovsky understreger i forlængelse heraf, at grunden til at nogle individer formår at være sunde, mens andre er usunde eller syge, selvom de udsættes for samme stressorer, er, at nogle formår at håndtere stressorer bedre end andre, hvor oplevelsen af sammenhæng i tilværelsen i form af håndterbarhed, meningsfuld og begribelighed

⁵⁶ Social kapital har en test-værdi på 1,981

har betydning herfor (Antonovsky, 2000:35). Det vil med afsæt i Antonovskys optik således lyde, at jo højere oplevelse af sammenhæng i tilværelsen, desto bedre vil deltagerne kunne håndtere de udfordringer, der gør sig gældende i et hverdagsliv med sygdom. Der kan således søges til samme forklaring som ovenfor, hvor det stabile udgangspunkt før sundhedskurserne i form af en høj oplevelse af sammenhæng kan forklare, hvorfor deltagerne ikke oplever udvikling efter hovedforløbet, idet de på forhånd kan have været bedre til dette sammenlignet med deltagere, som har haft en lavere grad af sammenhæng i tilværelsen som udgangspunkt. Det er derfor ikke nødvendigvis negativt, at disse deltagere forbliver i status quo, da det kan være et udtryk for et solidt udgangspunkt, hvorved sundhedskurset ikke har en umiddelbar effekt. Dette kan være udtryk for, at deltagerne forud for sundhedskurset har flere ressourcer til at håndtere udfordringer forbundet med deres sygdom gennem et relativt højt håndteringsniveau.

Klynge 1 indeholder overvejende deltagere, som ikke har udviklet sig på de inddragede mestrings- samt KRAM-parametre, hvorfor klyngen benævnes: *Status quo*. Der ses heri en overrepræsentation af mænd, hjerteholdsdeltagere samt deltagere med en mellemlang videregående uddannelse. Klyngen har derudover en overrepræsentation af deltagere med meget høj social kapital og deltagere, der har en høj grad af oplevelse af sammenhæng i tilværelsen.

Klynge 2: Moderat tilbagegang

I klynge 2 indgår 16% af individerne, hvor der ses en overvægt af deltagere, som har oplevet tilbagegang på 20 af HeiQ-spørgsmålene. Dette gælder på tværs af seks af de otte mestringsmaer; 'Positiv livsindstilling', 'Sundhedsprioritering', 'Konstruktiv indstilling', 'Håndtering og selvindsigt' samt til dels 'Færdigheder og hjælpemidler' og 'Relation til sundhedspersonale'. Dette underbygger klyngens placering i korrespondancekortet, idet den er centreret langs midten mod højre, hvilket indikerer tilbagegang. På de fire mest overrepræsenterede modaliteter, oplever deltagerne dog stilstand. 75% af klyngen oplever i samme grad som før kurset, at de *'har realistiske forventninger til, hvad de kan og ikke kan, deres helbred taget i betragtning'*, mens 80% oplever stilstand i forbindelse med, at de *'indgår i et samarbejde med deres læge og andet sundhedspersonale'*. 68% oplever i samme grad, at de *'har et positivt forhold til sundhedspersonale'*, mens 66% af klyngen uændret føler, at de *'de fleste af ugens dage gør noget, som de virkelig godt kan lide'*. I denne klynge er yderligere to af de fire indikatorer for KRAM repræsenteret, hvor 28% af deltagerne heri har nedsat deres alkoholforbrug, mens 42% dog dyrker mindre motion. Dette synes at bekræfte tidligere studier, som finder en positiv sammenhæng mellem at dyrke mere motion og at opleve et positivt udbytte af patientuddannelser (Melchoir et al. 2014; Bonsaksen et al. 2012). Klyngen bekræfter lignende sammenhæng, dog med modsatvendt fortegn, således at mindre motion er forbundet med et negativt udbytte af sundhedskurserne.

Det ses endvidere, at 38% af deltagerne i klyngen har en moderat social kapital. Studier har fundet, at høj social kapital og herved støttende relationer er af betydning for at opnå et positivt udbytte af patientuddannelser (Disler, 2012; Vinther-Jensen & Jensen, 2012; Jerant et al., 2005; Siabani et al., 2013). Graden af social kapital synes således at have betydning for udbyttet af sundhedskurserne, hvor en lavere grad af dette i forbindelse med denne klynge resulterer i ringere mestring som udbytte. En teoretisk tolkning heraf kan ses med udgangspunkt i Bourdieus sociale kapitalbegreb, der dækker over et individs omgangskreds og sociale relationer (Järvinen, 2007:352). En udlægning herfra kan således være, at deltagere, der inden sundhedskurset oplever en mindre grad af social støtte, kan have vanskeligere ved at opnå et positivt udbytte, idet deltagere med lav støtte kan have vanskeligt ved at omsætte det lærte efter kurset til egen kontekst.

I denne klynge har 65% af deltagerne en uændret selv vurderet helbredstilstand efter hovedforløbet. Dette kan ses i relation til troen på egne evner, hvor positiv udvikling i helbredstilstand er forbundet med bedre tro på egne evner og herunder mestring (Lorig & Holman 2003:4). Dette underbygger specialets fund, idet deltagernes helbredstilstand ikke udvikler sig, hvorfor de også har lavere sandsynlighed for at opleve et positivt udbytte. Det synes i forlængelse heraf interessant, at der i denne klynge er en underrepræsentation af deltagere, som føler, at de har fået et højere energiniveau, som i nogle henseender kan være forbundet med den generelle helbredstilstand. Dette stemmer overens med tidligere studier, hvor der findes sammenhæng mellem højere energiniveau og positivt udbytte af patientuddannelser (Siu et al. 2007, Swerrison et al. 2006; Marthedal et al. 2011), hvor en lignende sammenhæng, blot med omvendt fortegn, kan bekræftes i denne klynge, idet lavere energiniveau er forbundet med tilbagegang i mestringsevner som udbytte af sundhedskurserne.

Klynge 2 indfanger således deltagere, der overordnet oplever tilbagegang på en række mestringsparametre samt tilstand på få parametre, hvorfor den benævnes: *Moderat tilbagegang*. Der kan i denne klynge findes deltagere, som har en moderat social kapital og deltagere med uændret selv vurderet helbredstilstand, mens deltagere med et højere energiniveau er underrepræsenteret.

Klynge 3: Emotionel fremgang

Den tredje og mindste af de seks klynger indeholder 7% af deltagerne, hvor der ses en overvægt af fremgang på 22 af HeiQ-variablene. De overordnede temaer, hvor der især ses fremgang, er 'Følelsesmæssig tilstand', 'Sundhedsorienterede kompetencer', 'Sundhedsprioritering' samt til dels 'Håndtering og selvindsigt'. Dette stemmer overens med klyngens placering i korrespondancekortet, idet den er centreret langs midten, men dog tenderer mod venstre, hvilket indikerer fremgang. Modaliteterne med størst betydning angiver, at 84% af deltagerne i klyngen føler

sig mindre deprimeret, 76% oplever mindre håbløshed, 56% føler mindre vrede, mens 68%, 56% og 60% af deltagerne føler sig henholdsvis mindre utilfredse, bekymret og foruroliget efter hovedforløbet. Deltagerne i denne klynge oplever således en generel forbedring i forhold til negative følelser forbundet med deres helbred, hvorfor denne klynge synes at relatere sig til udbyttet langs tredjeaksen omhandlende følelsesmæssig fremgang. I relation hertil kan der være tale om, at deltagerne formår at handle følelsesorienteret, idet de regulerer negative emotioner forbundet med konsekvenserne af en længerevarende sygdom. Deltagere der formår at regulere de negative emotioner forbundet hermed, oplever således et bedre følelsesmæssigt velbefindende, som er forbundet med bedre mestring af et hverdagsliv med sygdom. Et bedre følelsesmæssigt velbefindende synes således at være interdependent med, hvorledes deltagerne formår at håndtere deres respektive sygdom efter hovedforløbet. Dette underbygges ligeledes af tidligere studier, hvor Siabani et. al (2013) konkluderer, at blandt andet depression og angst kan ses som barrierer for bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv, hvorfor en forbedring i forhold til disse parametre kan være forbundet med et positivt udbytte af patientuddannelser (Siabani et al., 2013:12), som netop er tilfældet i denne klynge. Dette stemmer overens med et studie af Melchoir et al. (2014), hvor det efter seks ugers patientuddannelsesforløb blandt andet konkluderes, at deltagerne blev bedre til at håndtere deres følelser (Melchoir et al., 2014:445), mens Bonsaksen et al. (2012) på tværs af to sygdomsgrupper konkluderer, at mindre følelsesmæssig reaktion forbundet med sygdom, færre opfattede konsekvenser og mere følelsesmæssig forståelse for sygdom er direkte forbundet med bedre mestringsevner (Bonsaksen et al., 2012:335).

Deltagerne i klyngen oplever dog også tilbagegang i forhold til udvalgte modaliteter. Dette indebærer, at 40% af klyngen i mindre grad *'forsøger at få det bedste ud af deres liv'*, mens 36% i lavere grad angiver, at de *'de fleste af ugens dage gør noget, som de virkelig godt kan lide'*. Dette kan umiddelbart virke modstridende med den generelle fremgang, men idet 48% af deltagerne i klyngen har deltaget på et livsstilshold, er det vigtigt at holde deltagernes referenceramme in mente. I relation til dette udtaler en holdkoordinator: *"(...) måske det at skulle dyrke motion for dem ikke er noget, de godt kan lide. Det har måske taget noget af tiden fra de ting, som de godt kan lide at lave. Det er jo hårdt at skulle være i bevægelse. Hvis de nu bare i stedet kunne spise en pille og så tabe sig"* (Bilag H, 2016:12). Til dette tilføjer en anden holdkoordinator: *"Det kommer igen an på, hvad deres reference er. Hvis det de rigtig godt kan lide, er at spise usundt, jamen så gør de jo mindre af det efter kurset."* (Ibid.) Det kan således være afgørende, hvilken referenceramme deltagerne besvarer spørgsmålet ud fra og deraf, hvad de forbinder med det gode liv og positive oplevelser. Der kan herved opleves tilbagegang på disse parametre, da det, som forbindes med gode oplevelser for nogle deltagere, reelt er af negativ karakter i en sundhedsmæssig kontekst.

I denne klynge oplever 32% af deltagerne yderligere negativ udvikling i forhold til *'at have kendskab til at få helbredsproblemer under kontrol'*, mens 28% oplever, at de i lavere grad *'holder nøje øje med deres helbred, og gør hvad der skal til for at deres sundhedstilstand forbliver så god som muligt'*. Dette kan forklares med, at deltagere på livsstilshold i bund og grund ikke oplever sig selv som syge (Bilag H, 2016:12), hvorfor de heller ikke føler, at de skal holde nøje øje med deres helbred og have kendskab til dette. En koordinator udtaler: *"Mange af livsstilsholddeltagerne siger, at de ikke føler sig syge. De ser ikke sig selv som syge. De spørger tit, hvorfor der bliver spurgt ind til sygdom, for de er jo ikke syge. Der er det jo ligesom noget mere konkret på KOL, diabetes og hjerte. Det er ikke en sygdom for dem, idet de jo bare skal tage sig og spise mindre"* (Bilag H, 2016:12). Deltagerne mener således ikke, at de får større kendskab til deres sygdom igennem sundhedskurset, idet de reelt ikke ser sig selv som syge, hvilket kan være en mulig forklaring på, at de oplever tilbagegang på ovenstående parametre.

I forhold til det negative udbytte ses det endvidere, at 36% af deltagerne i klyngen i mindre grad føler, at de har *'kompetencer i forhold til at undgå, at deres helbredsproblemer begrænser dem i, hvad de kan gøre med deres liv'*. En mulig forklaring herpå kan ses med udgangspunkt i en holdkoordinators udtalelse: *"De har jo fået meget ud af kurserne, men alligevel får de en øjenåbner, hvorfor de måske ikke kan magte alle de nye indtryk og ting, de skal gøre"* (Ibid.). Deltagerne kan således blive konfronteret med, at ansvaret for håndtering af deres sygdom hviler på dem selv. En koordinator udtaler i forlængelse heraf: *"Deltagere på livsstilshold får også at vide, at de må alt, de skal bare være opmærksomme på mængderne. Og for mange af dem kan det være kæmpe stort og svært at få at vide, fordi der står jo ikke nogen med en løftet pegefinger. De får jo ikke nogle konkrete retninger for, hvad de præcis må og ikke må"* (Bilag H, 2016:13). Det, at deltagerne oplever tilbagegang i forhold til deres kompetencer, kan således være bestemt af mangel på konkrete retningslinjer. Deltagerne opnår en større mængde viden samt muligheder, men de skal selv navigere mellem, hvordan disse mestres, hvilket kan være vanskeligt. Deltagerne bliver dertil opmærksomgjort på deres eget ansvar, som kan være overvældende, hvilket kan være en mulig forklaring på den umiddelbare tilbagegang i forhold til dette parameter.

To af de fire indikatorer for KRAM er yderligere overrepræsenteret i denne klynge, hvor 20% oplever en yderst positiv fremgang i forhold til motion, mens 60% af deltagerne oplever en positiv udvikling i forhold til at spise sundere. Dette bekræfter andre studier ligeledes, idet hyppigere motion og bedre kostvaner anses som et almindeligt udbytte af patientuddannelser, mens højere fysik aktivitet er blevet direkte forbundet med bedre mestringsevner (Melchoir et al., 2014, Bonsaksen et al., 2012).

I forhold til oplevelsen af sammenhæng i tilværelsen, er 48% af klyngen en gang i mellem gode til at finde en løsning på problemer, hvilket indikerer en moderat grad af håndterbarhed. 76% af klyngen oplever yderligere en gang imellem, at ting som de kommer ud for i deres dag-

ligdag, er vanskelige at forstå, hvilket angiver en moderat grad af meningsfuldhed, hvor en teoretisk forklaring kan findes i Antonovskys teori. Deltagere som ikke besidder en høj oplevelse af sammenhæng i tilværelsen, kan have færre tilstrækkelige ressourcer og mod på at håndtere de udfordringer, der følger en alvorlig sygdom sammenlignet med deltagere med en høj grad af oplevelse af sammenhæng. Dette ses i lyset af, at Antonovsky som tidligere nævnt forbinder sunde individer med evnen til at håndtere udfordringer (Antonovsky, 2000:164). Deltagere med en moderat oplevelse af sammenhæng i tilværelsen kan således opnå et positivt udbytte af sundhedskurserne, idet de her kan opnå bedre håndtering og mening med deres sygdomsramte hverdagsliv gennem ny viden og mestringsstrategier, hvilket kan være en forklarende faktor for, at deltagerne i denne klynge oplever fremgang som udbytte.

I denne klynge er det særligt relevant at rette blikket mod SF12-faktorerne, hvor der opleves positiv fremgang på et følelsesmæssigt plan. 60% af klyngen har inden for de seneste fire uger i mindre grad oplevet, at de har udført deres arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end de plejer grundet følelsesmæssige problemer, mens 56% af deltagerne i klyngen i mindre grad har nået mindre, end de gerne ville på grund af følelsesmæssige udfordringer. Det følelsesmæssige helbreds betydning for udbyttet af sundhedskurser, undersøger Bonsaksen et al. (2012) ligeledes, hvor mindre følelsesmæssig reaktion på sygdom er direkte forbundet med bedre mestringsevner blandt overvægtige (Bonsaksen et al., 2012:335). Dette kan ses i relation til, at det at lide af en kronisk eller længerevarende sygdom ofte kan medføre vanskelige følelsesmæssige problemer, hvor det er vigtigt at identificere og håndtere disse på en hensigtsmæssig måde (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2016). Dette kan opnås gennem sundhedskurser, hvilket medfører bedre mestring, som denne klynge er et udtryk for. Deltagerne i klyngen har ligeledes på det fysiske plan oplevet en positiv udvikling, idet 60% inden for de seneste fire uger i mindre grad har nået mindre end de gerne ville, mens 60% ligeledes i mindre grad har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, de har kunne udføre på grund af deres fysiske helbred. I denne klynge er fremgang i det fysiske helbred således forbundet med bedre mestringsevner, hvilket ligeledes konkluderes i tidligere studier (Dattalo et al., 2012; Jerant et al., 2005; Bonsaksen, 2012). I denne henseende kan der således være tale om, at et positivt udbytte er betinget af deltagerens fysiske forbedrede ressourcer, hvilket også konkluderes i korrespondanceanalysen jf. Figur 10. Dette kan således være et udtryk for, at deltagerne i denne klynge revurderer deres sygdomsramte situation, hvorved de gennem forbedrede fysiske og følelsesmæssige ressourcer fra sundhedskurserne har ændret praksis, hvorved de har fået et positivt udbytte.

Det er yderligere interessant at nævne, at der i denne klynge er en stor underrepræsentativitet af deltagere mellem 71-86 år, idet bare 4% indgår heri. Dette stemmer overens med den tidligere tolkning af alders betydning for udbyttet af sundhedskurser fra korrespondanceanaly-

sen, hvor ældre deltagere i højere grad oplever stilstand som udbytte af sundhedskurserne jf. Figur 11, mens deltagerne i denne klynge netop oplever fremgang og dermed bedre mestrings-evner i relation til egen sygdomsramt hverdagsliv.

Klynge 3 indeholder deltagere, der oplever en mindre tilbagegang på få mestringsmodaliteter, mens de modsat oplever fremgang på over halvdelen af disse, som specielt omhandler deres følelsesmæssige tilstand, hvorfor denne klynge benævnes: *Emotionel fremgang*. Denne klynge indeholder specielt livsstilsholddeltagere samt deltagere der oplever mere fysisk og følelsesmæssig velbefindende. Flere deltagere i klyngen er engang imellem gode til at finde løsninger på problemer og har herved en moderat af håndterbarhed, mens andre deltagere engang imellem oplever, at ting kan være svære at forstå i hverdagen, hvorved de har en moderat grad af meningsfuldhed i tilværelsen.

Klynge 4: Almen

Den fjerde og største af de seks klynger indeholder 39% af individerne. Deltagerne i denne klynge oplever fremgang på otte af de aktive HeiQ-spørgsmål, der går på tværs af de overordnede otte temaer. Placeringen af klyngen stemmer overens med dette, idet den placerer sig til venstre i korrespondancekortet, hvilket indikerer fremgang som udbytte. Det forholder sig overordnet således, at 44% af deltagerne i klyngen i højere grad *'holder nøje øje med deres helbred, og gør hvad der skal til for, at deres sundhedstilstand forbliver så god som muligt'*, mens 46% *'de fleste af ugens dage gør mere af det, som de virkelig godt kan lide'*. 36% af deltagerne i klyngen oplever desuden, at de er blevet bedre til at *'tackle deres helbredsproblemer'* samt blevet mere *'involveret i livet'*. 31% i denne klynge oplever deslige, at de i højere grad har *'realistiske forventninger til, hvad de kan og ikke kan, deres helbred taget i betragtning'*, mens 37% i forlængelse heraf i mindre grad oplever, at deres *'helbredsproblemer ødelægger deres liv'*. 29% af klyngen oplever desuden, at de i højere grad *'har muligheder nok, hvor de kan tale om deres helbredsproblemer med folk, som forstår'*, mens 41% i højere grad *'laver mindst én slags fysisk aktivitet i mindst 30 min. hver dag'*.

Med afsæt i disse spørgsmål er der i denne klynge et forhøjet fokus på specielt håndtering og mestringssevner, hvilket netop er målet for sundhedskurserne i Vejle Kommune (Vejle Kommune, 2015). Dette skal ses i relation til, at deltagerne blandt andet retter mere opmærksomhed mod deres sygdom, søger at optimere deres livskvalitet, aktivt tackler deres helbredsproblemer og involverer sig mere i livet. Der kan herved være tale om, at der er sket en regulering af deltageres egenskaber, hvilket har resulteret i bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv som udbytte, idet deltagerne i denne klynge er blevet bedre til at håndtere udfordringer forbundet med deres helbred. I relation hertil er det i empiriske sammenhænge konkluderet, at evnen til at kunne forstå og tackle symptomer, støttende omgivelser, positive copingstrategier, tillid til

sundhedspersonale og generel optimisme er positivt givende faktorer for at opnå mestring (Siabani et al. 2013). Dette bekræftes ligeledes i studiet af Marthedal et al. (2011), hvor flere deltagere nævner, at de har lært at opstille realistiske mål, der resulterer i succesoplevelser (Marthedal et al. 2011;26), mens Melchoir et al. (2014) finder, at tiltroen til egne evner i relation til håndtering af egen sygdom og håndtering af følelser er et udbytte, som kan opnås efter blot 6 uger i et patientuddannelsesforløb (Melchoir et al., 2014:445).

I relation til KRAM-faktorerne, dyrker 42% af deltagerne i denne klynge mere motion, men bemærkelsesværdigt er det dog, at 36% af klyngen oplever tilbagegang i forhold indtag af sund kost, hvorfor deltagerne i mindre grad spiser forskellige former for grøntsager end før kurset. Dette umiddelbare divergerende resultat kan forklares ud fra en holdkoordinators udtalelse: *"Jeg synes, vi er ekstremt opmærksomme på det her med balancen mellem, hvor let det er at spise et antal kalorier, men hvor svært det er at forbrænde dem igen. Jeg tror mere, det handler om ærligheden"* (Bilag H, 2016:13). Denne ærlighed omhandler, at deltagerne gennem sundhedskurserne gøres opmærksomme på, hvad de i virkeligheden spiser, hvilket underbygges af følgende: *"Måske de lyver lidt overfor sig selv, når de starter på et hold. Det, at gå i en proces på et kursus kan gøre, at man tænker; 'hov, jeg troede, jeg spiste en marsbar til jul, men jeg gør det faktisk hver lørdag'"* (Bilag H, 2016:13). Større opmærksomhed på spisevaner og ærligheden overfor sig selv kan således være mulig forklaring på, hvorfor deltagerne i denne klynge umiddelbart spiser mere usund kost. Der behøver således ikke være tale om, at de reelt spiser mere usundt, men at de ved baseline ikke har haft den samme indsigt i deres kostvaner og herved været i stand til at angive det reelle indtag af usund kost. En holdkoordinator udtaler i forlængelse heraf: *"Jeg tror ikke, der er mange af deltagerne, der reelt begynder at spise mere usundt, men de bliver opmærksomme på deres spisevaner og måske også mere opmærksomme på, hvad der er sund og usund kost. Jeg tror generelt, det omhandler, at ærligheden spiller ind. Og det er jo et kæmpe skridt i den sunde retning, at de ikke lyver så meget overfor sig selv, som de gjorde før"* (Ibid.). Deltagernes referenceramme kan herved være af betydning for, hvordan spørgsmål besvares, hvor denne kan være ændret markant i forbindelse med angivelsen af kostvaner fra baselinespørgeskemaet til opfølgningsspørgeskemaet. Deltagernes usunde spisevaner kan således være et resultat af nye kostopfattelser frem for reel større indtag af usund kost.

Der er ingen overrepræsentativitet af supplementære variable, hvorfor denne klynge udtrykker en mere generel og broget tendens på tværs af holddeltagerne. Det kan dog udledes, at deltagerne i klyngen i høj grad er stand til at håndtere deres situation og hermed fanger en positiv mestringstendens som udbytte efter hovedforløbet. Den fjerde klynge synes således at indfange en generel fremgangstendens for over en tredjedel af deltagerne, hvorfor denne klynge benævnes: *Almen*.

Klynge 5: Fremgang

Den femte klynge indeholder 10% af deltagerne, hvor der i denne ses en fremgang på 33 af HeiQ-variablene. Dette gør sig gældende på tværs af syv ud af de otte overordnede temaer, hvor deltagerne oplever fremgang i forhold til 'Positiv livsindstilling', 'Sundhedsprioritering', 'Sundhedsorienterede kompetencer', 'Konstruktiv indstilling', 'Relation til sundhedspersonale', 'Social støtte' og til dels 'Håndtering og selvindsigt'. Klyngen placerer sig i højre, øverste kvadrant i korrespondancekortet, hvilket underbygger det positive udviklingsudbytte. Modaliteter som specielt er overrepræsenteret, omhandler, at 78% af deltagerne i denne klynge i stigende grad oplever, at de *'får dækket deres behov gennem eksisterende sundhedstilbud'* samt at de *'de fleste af ugens dage gør noget, som de virkelig godt kan lide'*. Derudover afsætter 75% af klyngen *'de fleste af ugens dage mere tid til at gøre noget for deres sundhed'*, mens 65% i højere grad *'forsøger at få det bedste ud af deres liv'*. 70% af klyngen oplever desuden fremgang i forhold til, at de selv mener, at *'de er aktivt involveret i livet'*. I denne klynge ses således en større orientering mod generelt at leve bedre med alvorlig sygdom, hvorved der kan være tale om problemløsende handlen, idet deltagerne i denne klynge gennem regulering af egenskaber tillært fra sundhedskurserne, synes at opnå bedre mestringsevner og derfor har formået at ændre praksis mod mere sundhedsorienteret adfærd jf. afsnit 2.1.1. I denne klynge er to indikatorer for KRAM-faktorerne overrepræsenteret, hvor 30% oplever en 'ekstrem fremgang' i forhold til at dyrke motion, mens 28% af deltagerne heri oplever en 'ekstrem fremgang' i forhold til at spise sundere kost. Dette bekræfter tidligere studier som udbytte af patientuddannelser (Melchoir et al. 2014, Bonsaksen et al. 2012).

Det ses yderligere, at denne klynge er overrepræsenteret af to SF12-variable omhandlende deltagernes følelsesmæssige og fysiske helbred. På det fysiske plan har 58% af deltagerne i klyngen inden for de seneste fire uger i mindre grad været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, de har kunnet udføre på grund af deres fysiske helbred. 53% af klyngen har ligeledes i mindre grad inden for de seneste fire uger følt, at de har udført arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end de plejer på grund af følelsesmæssige problemer. Disse fund stemmer overens med ovenstående empiriske kontekstualisering i klynge 3, hvor deltagerne ligeledes oplever fremgang på fysiske og psykiske parametre samt bedre mestring som udbytte af sundhedskurserne. Her ses det, at det at lide under alvorlig sygdom ofte medfører følelsesmæssige problemer (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2016), men håndteres disse gennem sundhedskurser, kan deltagerne opnå bedre mestringsevner, hvilket understreges i denne klynge. I relation til det fysiske helbred, konkluderer studier, at forbedring heraf er forbundet med bedre mestring og herunder håndtering af egen sygdom (Dattalo et al., 2012; Jerant et al., 2005; Bonsaksen, 2012), hvilket ligeledes bekræftes i denne klynge. Der kan således være

tale om, at et positivt udbytte er betinget af deltagernes fysiske og psykiske forbedrede ressourcer, som ligeledes konkluderes i korrespondanceanalysen jf. Figur 9 og Figur 16.

Den femte klynge synes således overvejende at omhandle deltagere med et positivt udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune, hvorfor den benævnes: *Fremgang*. Det er specielt følelsesmæssige og fysiske forhold som har betydning for det positive udbyttet i relation til denne klynge.

Klynge 6: Stærk tilbagegang

Den sjette og sidste klynge med 10% af individerne favner deltagere, der oplever tilbagegang på 30 af HeiQ-variable. Der er i denne klynge ingen KRAM-faktorer, som er overrepræsenteret, mens de overrepræsenterede HeiQ-variable fordeler sig på tværs af samtlige otte temaer; 'Positiv livsindstilling', 'Sundhedsprioritering', 'Sundhedsorienterede kompetencer', 'Konstruktiv indstilling', til dels 'Håndtering og selvindsigt', 'Relation til sundhedspersonale', 'Social støtte' samt 'Følelsesmæssig tilstand'. Dette stemmer overens med klyngens placering i højre, øverste kvadrant i korrespondancekortet, hvilket indikerer forandring i form af tilbagegang. De modaliteter, der især er overrepræsenteret, er, at 76% af klyngen i mindre grad føler, at *'de får dækket deres behov gennem eksisterende sundhedstilbud'*. Siabani et al. (2013) understreger relationen til sundhedspersonalet som en afgørende faktor for et positivt udbytte af patientuddannelser, idet tillid til sundhedspersonale har betydning for bedre mestringsevner (Siabani et al. 2013). I denne klynge bekræftes en lignende sammenhæng, dog med modsat fortegn således, at manglende relationer til sundhedspersonalet forbindes med manglende udbytte. 78% af klyngen oplever desuden i mindre grad, at de *'i det store hele har venner og familie, som tager sig godt af dem'*. 68% oplever dertil i mindre grad, at de *'har muligheder nok, hvor de kan tale om deres helbredsproblemer med andre'*, mens 60% af klyngen i lavere grad *'indgår i et samarbejde med deres læge og andet sundhedspersonale'*. Der er således to temaer, som specielt gør sig gældende i forhold til deltagerne i denne klynge, hvilket er relateret til henholdsvis sundhedspersonalet og social støtte, hvilket som ressource er bevist afgørende for udbyttet af patientuddannelser (Bonsaksen et al. 2012; Disler, 2012; Vinther-Jensen & Jensen, 2012; Jerant et al., 2005; Siabani et al., 2013).

Rettes fokus mod de supplementære variable, har 41% af deltagerne i klyngen deltaget på et KOL-hold, mens 22% har 'anden uddannelse' end erhvervsuddannelse. Der er i forlængelse heraf i denne klynge en tydelig overvægt af deltagere på 89%, som er på overførselsindkomst. I denne klynge kan der således være tale om, at deltagerne besidder en lavere grad af kulturel og økonomisk kapital med afsæt i deres uddannelsesniveau og indkomst. Kapitaler er som tidligere nævnt ifølge Bourdieu en begrebsliggørelse af et individs ressourcer (Järvinen 2007:352), som kan have betydning for deltagernes forudsætninger for at handle efter opstillede retningslinjer,

hvilket kan være afgørende for udbyttet af sundhedskurserne. En teoretisk forklaring på, hvorfor lavere uddannede og deltagere med lavere økonomisk kapital oplever tilbagegang, kan i Bourdieus optik omhandle, at deltagerne i denne klynge har færre kulturelle og økonomiske ressourcer til at omsætte tillærte færdigheder i praksis, når de vender hjem til deres almindelige hverdagsliv, hvorfor de som udbytte kan have sværere ved at opnå et positivt udbytte af sundhedskurserne. Dette synes at kunne underbygges af Disler et al. (2012), hvor lavere social status anses som en negativ faktor for adgang til sundhedsydelser og et positivt udbytte af patientuddannelser. Det understreges dog, at kun få studier direkte har diskuteret virkningen af socioøkonomisk status på deltageres udbytte af patientuddannelser (Disler et al., 2012; Dattalo et al., 2012; Siabani et al., 2013). Klyngen er yderligere karakteriseret ved, at 27% af deltagerne oplever, at de inden for de seneste fire uger har nået mindre, end det de gerne ville grundet deres fysiske helbred. Det fysiske helbreds betydning for et udbytte af patientuddannelser bekræfter Dattalo et al. (2012), idet der findes positiv sammenhæng mellem fysisk stærke deltagere og sandsynlighed for at deltage i patientuddannelser og få et positivt udbytte heraf (Dattalo et al., 2012:1074). I denne klynge findes lignende sammenhæng, men med omvendte fortegn, idet flere deltagere heri føler sig mere fysisk begrænsede, hvorved de også oplever ringere mestringssevner.

Deltagerne i den sjette og sidste klynge oplever således generelt en tilbagegang på de fleste HeiQ-parametre, hvorfor denne klynge benævnes: *Stærk tilbagegang*. I denne klynge indgår generelt deltagere på KOL-hold samt deltagere på overførselsindkomst og deltagere med anden uddannelse end en erhvervsuddannelse. Denne klynge indeholder således deltagere med en lavere grad af kulturel eller økonomisk kapital, samt deltagere der ofte føler sig fysisk begrænsede.

8.9 Opsummering

Den overordnede tendens er, at klyngerne 3, 4 og 5 oplever generel fremgang i forhold mestrings af eget sygdomsramt hverdagsliv som udbytte af sundhedskurserne, klynge 1 oplever tilstand, mens klyngerne 2 og 6 oplever tilbagegang. Fælles for fremgangsklyngerne er, at der ses en høj grad af håndtering, hvorfor deltagerne i disse klynger således i højere grad er i stand til at mestre deres sygdomsramte hverdagsliv sammenlignet med deltagere i de resterende klynger. Socioøkonomiske faktorer synes ikke at være forbundet med bedre mestringssevner som udbytte af sundhedskurserne, idet udbyttet i stedet er bestemt af deltageres fysiske og følelsesmæssige helbred.

Stilstand i den første klynge kan forklares ved, at deltagerne heri har et solidt udgangspunkt før sundhedskursernes start i form af gode ressourcer i form af en generel oplevelse af sammenhæng samt høj kulturel og social kapital, hvor det høje startniveau kan forklare den

manglende udvikling. I klynge 2 og 6 er der derimod ikke den samme grad af håndtering til stede, idet der opleves tilbagegang på modaliteter, som reflekterer dette. Det kan derfor synes essentielt, at der opretholdes fokus på disse deltagergrupper, således de på sigt også kan opnå et mere positivt udbytte og dermed bedre mestring af eget hverdagsliv. Klynge 2 oplever en mindre markant grad af tilbagegang og indeholder specielt deltagere med et uændret helbreds-niveau samt en moderat grad af social kapital. Deltagerne i klynge 6 oplever derimod en stærkere grad af tilbagegang og er karakteriseret ved lavere kulturel og økonomisk kapital samtidigt med, at de har været påvirket negativt af deres fysiske helbred. Fælles for disse to klynger er således den lave kapitalmængde, dog i forskellige afskygninger.

8.10 Multiple binære logistiske regressioner

De eksplorative fund fra korrespondance- og klyngeanalysen videreføres i denne tredje analysedel for at nuancere og validere resultaterne herfra. Denne analyse er baseret på binære logistiske regressioner med afsæt i akse 1, 2 og 3, som udgør hver sin afhængige, dikotome variabel. Formålet er at kontrollere for de supplementære variables isolerede effekt samt variabelnes effekter i kombination og derved teste forklaringskraften af disse. Forud for de følgende afsnit er der under en korrektion af variabelantallet testet for samtlige supplementære variable for hver akse for at afgøre, hvorvidt kombinationen af flere variable kan skabe givende udfald. I det følgende præsenteres den isolerede effekt af alle relevante supplementærvariable for hver akse, hvorefter den samlede model for hver akse fremgår. Den endelige model er udarbejdet gennem en løbende modelkonstruktion, hvor den mest forklaringsstærke anvendes som den endelige model⁵⁷.

8.10.1 Akse 1: Fremgang vs. tilbagegang

I dette afsnit beskrives den multiple, binære logistiske regression for førsteaksen, som angiver hvorvidt deltagerne har oplevet fremgang eller tilbagegang på mestringsparametre og motionsvariablen i relation til udbyttet af sundhedskurserne i Vejle Kommune. Den afhængige variabel er binær kodet, hvor 0 = tilbagegang og 1 = fremgang, hvorved deltagerens odds for at opleve fremgang overfor tilbagegang testes i relation til følgende 11 supplementære variable, som er af betydning for førsteaksen; køn, alder, holdnavn, håndterbarhed, meningsfuldhed, selv vurderet helbred, fysisk nået mindre, fysisk begrænset, følelsesmæssigt nået mindre, følelsesmæssigt udført arbejde samt energiniveau⁵⁸.

⁵⁷ Der er i arbejdet med regressionsanalysen mod den endelige model opstillet en række løsningsmodeller, hvor de supplementære variable er testet på tværs og i forskellige kombinationer, som ikke vil blive gennemgået specifikt, da de findes mindre relevante. Samtlige modelløsninger fremgår af Bilag J.

⁵⁸ Af fortolkningsmæssige årsager er referencekategorien for hver af de supplementære variable konsekvent den kategori af de to yderliggende inden for variabelen, som har den højeste frekvens.

Tabel 7. Akse 1: Logistisk regression

Isoleret effekt			Samlet model		
Variabel	Odds Ratio	Sig.	Nagelkerke	Odds Ratio	Sig.
Køn			0,016		
<i>Mand</i>	1,000				
Kvinde	1,547	0,036			
Alder			0,050		
<i>71-86 år</i>	1,000				
18-29 år	1,821	0,288			
30-45 år	2,391	0,014			
46-60 år	2,139	0,015			
61-70 år	,987	0,962			
Hold			0,083		
<i>Livsstil</i>	1,000				1,000
Diabetes	0,841	0,561		1,043	0,896
KOL	0,309	0,000		0,346	0,001
Hjerte	0,355	0,000		0,434	0,011
Håndterbarhed			0,037		
<i>For det meste</i>	1,000				1,000
Nej	1,212	0,718		1,134	0,836
En gang imellem	2,278	0,001		2,261	0,005
Meningsfuldhed			0,035		
<i>For det meste</i>	1,000				
Nej	2,321	0,036			
En gang imellem	1,960	0,009			
Selvvrurderet helbred			0,029		
<i>Helbred +1</i>	1,000				
Helbred -1	0,391	0,030			
Helbred 0	0,588	0,022			
Fysisk nået mindre			0,034		
<i>Fys. nået mindre +1</i>	1,000				1,000
Fys. nået mindre -1	0,379	0,004		0,401	0,012
Fys. nået mindre 0	0,692	0,116		0,808	0,397
Fysisk begrænset			0,024		
<i>Fysisk begrænset +1</i>	1,000				
Fysisk begrænset -1	0,459	0,019			
Fysisk begrænset 0	0,692	0,116			
Føl. nået mindre			0,032		
<i>Føl. nået mindre +1</i>	1,000				
Føl. nået mindre -1	0,435	0,014			
Føl. nået mindre 0	0,570	0,017			
Føl. udført arbejde			0,020		
<i>Føl. udført arb. +1</i>	1,000				
Føl. udført arb. -1	0,660	0,208			
Føl. udført arb. 0	0,577	0,024			
Energi			0,041		
<i>Energi +1</i>	1,000				1,000
Energi -1	0,560	0,059		0,598	0,123
Energi 0	0,459	0,001		0,550	0,023
				Nagelkerke:	0,166

Ovenstående tabel angiver, at kvindelige deltagere har en signifikant Odds Ratio-værdi på 1,547, hvorved de har halvanden gange større odds for at opleve fremgang sammenlignet med

mandlige deltagere⁵⁹. Aldersvariablen har to signifikante værdier, hvor 30-45-årige har en Odds Ratio-værdi på 2,391, mens 46-60-årige har en Odds Ratio-værdi på 2,139. Begge alderskategorier har således over dobbelt så høje odds for at opleve fremgang som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med de ældste deltagere mellem 71-86 år⁶⁰. Holdtype har den højeste forklaringskraft af de elleve variable på 8,3% af variansen, hvilket stemmer overens med variabelens betydning både i korrespondance- og klyngeanalysen. Der ses to signifikante kategorier, hvor KOL-hold har en Odds Ratio-værdi på ,309, mens hjertehold har en Odds Ratio-værdi på ,355. Deltagere på KOL- og hjertehold har derved henholdsvis 69% og 64,5% lavere odds for at opleve fremgang som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med deltagere på livsstils- hold. Dette resultat i kombination med, at der ikke er signifikant forskel mellem livsstils- og diabeteshold, stemmer overens med de to foregående analysede.

Variablen håndterbarhed er baseret på, om deltagerne plejer at være gode til at finde en løsning på problemer, der umiddelbart virker håbløse. Her ses en signifikant Odds Ratio-værdi på 2,278 for deltagere, der 'en gang imellem' er gode til dette, hvorfor disse deltagere har over dobbelt så høje odds for at opleve bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv sammenlignet med deltagere, der 'for det meste' er gode til at finde løsninger. Variablen meningsfuldhed, der omhandler, om deltagerne plejer at opleve deres dagligdag som en kilde til personlig tilfredsstillelse, har to signifikante kategorier. Deltagere der ikke plejer at opleve meningsfuldhed, har en Odds Ratio-værdi på 2,321, mens deltagere der 'en gang imellem' oplever meningsfuldhed, har en Odds Ratio-værdi på 1,960. Deltagerne har således henholdsvis over dobbelt så høje og omtrent dobbelt så høje odds for at opleve fremgang som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med deltagere, der 'for det meste' oplever meningsfuld. Graden af meningsfuldhed og til dels håndterbarhed synes således at have betydning i den forstand, at jo lavere grad af dette, jo større er oddsene for at opleve fremgang som udbytte⁶¹, hvilket stemmer overens med klyngeanalysen jf. klynge 1, 3 og 4. I relation til 'selvvurderet helbred' fremgår det, at deltagere som har oplevet tilbagegang i forhold til deres helbred, har en Odds Ratio-værdi på ,391, mens deltagere, der har et uændret selvvurderet helbred, har en Odds Ratio-værdi på ,588. Deltagere der vurderer deres helbred dårligere, har således 61% lavere odds for at opleve bedre mestring som udbytte, mens deltagere der ikke oplever helbredsmæssig udvikling i en given retning, har 41% lavere odds for dette sammenlignet med deltagere, der vurderer deres helbred bedre. Korrespondanceanalysens fund bekræftes herved, idet jo dårligere selvvurderet helbred, desto dårligere mestring som udbytte af sundhedskurserne jf. Figur 9.

⁵⁹ Denne effekt forsvinder ved inddragelse af en vilkårlig variabel, hvorfor korrespondanceanalysens fund bekræftes. Ovenstående angiver blot den isolerede effekt, hvor der således kan være tale om en spuriøs sammenhæng.

⁶⁰ Se fodnote 53.

⁶¹ Der er dog tale om den isolerede effekt, som forsvinder ved inddragelse af en vilkårlig variabel for meningsfuldhed, hvorved der kan være tale om en spuriøs sammenhæng. Korrespondanceanalysens fund bekræftes herved, idet Antonovskys begreb ikke synes at have betydning for udbyttet langs førsteaksen.

Variablen der angiver, hvorvidt deltagerne inden for de seneste fire uger har nået mindre, end de gerne ville på grund af deres fysiske helbred, har én signifikant kategori. Dette er deltagerne, som har oplevet tilbagegang på dette parameter med en Odds Ratio-værdi på ,379, hvorved disse deltagere har 62% mindre odds for at opleve fremgang sammenlignet med referencekategorien. Variablen der angiver, hvorvidt deltagerne inden for de seneste fire uger har været begrænset i arbejde eller andre aktiviteter på grund af fysisk helbred, har ligeledes én signifikant kategori. Deltagere der oplever tilbagegang på dette parameter, har en Odds Ratio-værdi på ,459. Disse deltagere har derfor 54% mindre odds for at opleve bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv som udbytte sammenlignet med referencekategorien, som i mindre grad oplever, at de har været begrænset grundet deres fysiske helbred efter hovedforløbet. Dette bekræfter korrespondanceanalysens fund, hvor deltagerne fysiske tilstrækkelighed har betydning for udbyttet langs førsteaksen. Det er dog i denne model kun de to yderliggende modaliteter, som er signifikant forskellige fra hinanden, hvilket underbygger den logistiske regressions væsentlige rolle som supplement til korrespondanceanalysen, da der med denne kan findes mere nuancerede resultater. Der skal således være en vis forskel i niveauet af den fysiske tilstrækkelighed, førend det kan slutes, at dette er forbundet med hvilket type af udbytte, deltagerne oplever.

I forhold til variablen omhandlende, hvorvidt deltagerne inden for seneste 4 uger har oplevet, at de har nået mindre, end de gerne ville på grund af deres følelsesmæssige helbred, ses to signifikante kategorier. Deltagere som i højere grad har nået mindre og dermed oplever tilbagegang på dette parameter, har en Odds Ratio-værdi på ,435, mens deltagere, der forbliver i en uændret tilstand, har en Odds Ratio på ,507. Disse deltagere har herved omtrent 50% lavere odds for at opleve fremgang sammenlignet med deltagere, som i mindre grad oplever, at de har nået mindre på grund af deres følelsesmæssige helbred. I forhold til hvorvidt deltagerne inden for seneste 4 uger har udført deres arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end de gerne ville grundet deres følelsesmæssige helbred, er der signifikant forskel for deltagere, der forbliver i uændret tilstand med en Odds Ratio på ,577. Deltagere som uændret har udført arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, har således 42% lavere odds for at opleve bedre mestring sammenlignet med deltagere, der i mindre grad oplever, at de har udført arbejde eller aktiviteter mindre omhyggeligt grundet følelsesmæssigt helbred. Deltagere med et uændret energiniveau, har en Odds Ratio-værdi på ,459, hvorfor disse deltagere har 54% lavere odds for at opleve fremgang som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med deltagere, der har opnået et højere energiniveau. Dette afviger fra korrespondanceanalysens resultater, hvor der findes markant forskel mellem de to yderliggende modaliteter for energiniveau jf. Figur 9, mens der her ikke er signifikant forskel mellem disse. Den logistiske regression kan således teste signifikansen af korrespondanceanalysens resultater, hvor den umiddelbare forskel i

korrespondanceanalysen mellem de tre modaliteter her mindskes til en enkelt forskel mellem deltagere, der oplever et uændret energiniveau og de, der oplever en fremgang i dette.

I den endelige model inddrages henholdsvis holdnavn, håndterbarhed, fysisk nået mindre og energiniveau, som det ses i Tabel 7. Denne model er den mest forklaringsstærke, idet den forklarer 16,6% af variansen langs førsteaksen. I modellen har holdvariablen stadig to signifikante kategorier, hvor KOL-hold har en Odds Ratio-værdi på ,346, mens hjertehold har en Odds Ratio-værdi på ,434. Deltagere på KOL-hold og hjertehold har herved henholdsvis 65% og 56% lavere odds for at opleve bedre mestringsevner som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med deltagere på livsstilshold. I relation til håndterbarhed har deltagere, der 'en gang imellem' oplever dette en Odds Ratio på 2,261, hvorfor disse deltagere har over dobbelt så høje odds for at opleve fremgang sammenlignet med deltagere, som 'for det meste' oplever håndterbarhed. Dette synes at være et interessant fund for førsteaksen, idet håndterbarhed ikke relaterer sig til førsteaksen i korrespondanceanalysen, hvilket understreger den logistiske regressions supplerende funktion for korrespondanceanalysen. At en lavere grad af håndterbarhed resulterer i et positivt udbytte af sundhedskurserne, bekræftes dog i klyngeanalyse jf. klynge 3 og 4, hvorved resultatet validerer klyngeanalysens fund. Rettes fokus i stedet mod, hvorvidt deltagerne inden for de seneste fire uger har nået mindre, end de gerne ville på grund af deres fysiske helbred, ses det, at deltagere, som har nået mindre grundet fysisk helbred, har en Odds Ratio-værdi på ,401. Disse deltagere har således 60% mindre odds for at opleve bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv som udbytte sammenlignet med referencekategorien, der er deltagere, som i mindre grad oplever, at de har nået mindre på grund af deres fysiske helbred. I forhold til deltageres energiniveau, har deltagere med uændret energiniveau en Odds Ratio-værdi på ,550, hvorfor disse har 45% lavere odds for at opleve fremgang sammenlignet med deltagere, som har fået et højere energiniveau.

Der er testet for, hvor godt regressionsmodellen stemmer overens med datasættet, hvor resultatet angiver en insignifikant Hosmer-værdi (.433), hvorfor modellens gyldighed ikke kan betvivles. En lavere grad af håndterbarhed synes således at have størst betydning for bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv som udbytte, mens deltagere på et hjerte- og KOL-hold ligeledes har lavere odds for at opleve dette. Specielt deltageres fysiske helbreds indflydelse på, hvorvidt de når mindre og deres energiniveau synes hertil at være af betydning, hvorfor disse resultater validerer resultaterne fra korrespondance- og klyngeanalysen.

8.10.2 Akse 2: Forandring vs. stilstand

I dette afsnit beskrives den multiple, binære logistiske regression i forhold til andenaksen, som angiver, hvorvidt deltagerne oplever forandring i en given retning eller stilstand som udbytte af

sundhedskurserne i Vejle Kommune. Variablen for andenaksen er som førsteaksen kodet binært med værdierne 0 = forandring og 1 = stilstand, hvorved der testes for deltagernes odds for at opleve stilstand overfor forandring. Følgende syv supplementære variable har en isoleret, signifikant betydning herfor; køn, alder, uddannelse, social kapital, holdnavn, håndterbarhed og meningsfuldhed.

Tabel 8. Akse 2: Logistisk regression

Isoleret effekt			Samlet model		
Variabel	Odds Ratio	Sig.	Nagelkerke	Odds Ratio	Sig.
Køn			0,018		
Mand	1,000				
Kvinde	0,629	0,026			
Alder			0,064		
71-86 år	1,000			1,000	
18-29 år	0,207	0,011		0,484	0,305
30-45 år	0,277	0,001		0,415	0,046
46-60 år	0,692	0,236		0,904	0,771
61-70 år	0,767	0,357		0,767	0,385
Erhvervsuddannelse			0,044		
Nej	1,000			1,000	
Et/fl. kurser	0,932	0,869		0,812	0,650
Faglært/KVU	1,833	0,039		1,716	0,097
MVU	1,546	0,183		1,191	0,625
LVU	6,211	0,008		4,707	0,036
Anden uddannelse	1,433	0,388		1,171	0,724
Social kapital			0,057		
Meget høj social kapital	1,000				
Lav social kapital	0,315	0,008			
Moderat social kapital	0,465	0,011			
Høj social kapital	0,774	0,774			
Holdnavn			0,077		
Livsstilhold	1,000			1,000	
Diabeteshold	2,375	0,004		2,071	0,034
KOL-hold	2,058	0,015		1,439	0,316
Hjertehold	3,941	0,000		2,393	0,014
Håndterbarhed			0,052		
For det meste	1,000			1,000	
Nej	0,415	0,123		0,835	0,774
En gang i mellem	0,394	0,000		0,494	0,012
Meningsfuldhed			0,089		
For det meste	1,000				
Nej	0,146	0,000			
En gang i mellem	0,442	0,002			
			Nagelkerke	,134	

Tabel 8 angiver, at kvinder har en signifikant Odds Ratio-værdi på ,629, hvorved de har 37% lavere odds for at opleve stilstand sammenlignet med mænd⁶². Aldersvariablen har to signifikante kategorier, hvor de 18-29-årige og 30-45-årige har en Odds Ratio-værdi på henholdsvis

⁶² Denne effekt forsvinder ved inddragelse af en vilkårlig variabel, hvorfor korrespondanceanalysens fund bekræftes. Ovenstående angiver blot den isolerede effekt, hvor der således kan være tale om en spuriøs sammenhæng.

,207 og ,277. De to alderskategorier har således henholdsvis 76% og 72% mindre odds for at opleve stilstand i deres mestringsevner som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med den ældste alderskategori med de 71-86-årige, hvilket stemmer overens med kategoriernes placering i korrespondancekortet. I forhold til deltagernes uddannelsesniveau har denne ligeledes to signifikante kategorier. Deltagere, som er faglærte eller har en kort videregående uddannelse, har en Odds Ratio-værdi på 1,833, hvorved de har omtrent dobbelt så høje odds for at opleve stilstand som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med deltagere, der ikke har en erhvervsuddannelse. Deltagere med en lang videregående uddannelse har derimod en Odds Ratio-værdi på 6,211, hvorved disse har mere end seks gange så høje odds for at forblive i en uændret tilstand som udbytte sammenlignet med deltagere, som ikke har en erhvervsuddannelse. Dette stemmer overens med korrespondanceanalysen, hvor jo højere uddannelsesniveau deltagerne har, desto større er tendensen til at opleve stilstand på mestringsparametrene. Flere uddannelseskategorier er dog insignifikante i modellen, hvilket skal holdes in mente, når ovenstående konkluderes.

Variablen social kapital har to signifikante kategorier, hvor deltagere med lav social kapital har en Odds Ratio-værdi på ,315, mens deltagere med moderat social kapital har en Odds Ratio-værdi på ,465. Deltagerne har således henholdsvis 68% og 53% mindre odds for at opleve stilstand i deres mestringsevner som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med referencekategorien, som har meget høj social kapital. Dette stemmer overens ved kategoriernes markante lodrette fordeling i korrespondancekortet, hvor jo lavere social kapital, jo større er tendensen til, at deltagerne oplever forandring i en given retning som udbytte af sundhedskurserne. Differentieringen mellem høj og meget høj social kapital er dog ikke af betydning, hvilket også bekræftes i korrespondanceanalyse jf. Figur 12. I forbindelse med holdtypen har diabeteshold en Odds Ratio-værdi på 2,375, mens KOL-hold har en på 2,058 og hjertehold har en på 3,941. Diabetesdeltagere har således omtrent 2,5 gange større odds for at opleve stilstand, KOL-holddeltagere har omtrent dobbelt så store odds, mens hjertedeltagere har næsten fire gange så høje odds for at opleve stilstand i deres mestringsevner som udbytte sammenlignet med deltagere på livsstilshold. Hjertehold har således den højeste sandsynlighed for at opleve stilstand, hvilket stemmer overens med korrespondanceanalysen jf. Figur 13. Der synes herved at være store forskelle holdene imellem, hvilket kan underbygges af ovenstående forklaring fra korrespondanceanalysen om differentiering mellem holdtyperne jf. Figur 13.

I forhold til håndterbarhed har deltagere som 'en gang i mellem' plejer at være gode til at finde en løsning på problemer eller vanskeligheder, som umiddelbart virker håbløse en Odds Ratio-værdi på ,394. Disse deltagere har således 61% lavere odds for at opleve stilstand som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med referencekategorien, som 'for det meste' er gode til at finde løsninger. Variablen meningsfuldhed, som er baseret på, hvor ofte deltagerne

plejer at opleve deres dagligdag som en kilde til personlig tilfredsstillelse, har den højeste isolerede forklaringskraft på 8,9% af den samlede varians, hvorfor denne specielt er væsentlig for udbyttet langs andenaksen. Denne variabel har to signifikante kategorier, hvor deltagere der ikke plejer at opleve deres dagligdag som kilde til personlig tilfredsstillelse har en Odds Ratio-værdi på ,146, mens deltagere der 'en gang imellem' oplever dette, har en Odds Ratio-værdi på ,442. Deltagerne har således henholdsvis 85% og 56% mindre odds for at opleve stilstand som udbytte af sundhedskurserne sammenlignet med referencekategorien. Graden af håndterbarhed og meningsfuldhed har således betydning i den forstand, at jo lavere grad af håndterbarhed og meningsfuldhed, desto lavere er oddsene for at opleve stilstand ligeledes, hvilket stemmer overens med udlægningen i klyngeanalysen jf. klynge 1, 3 og 4.

I den endelige model inddrages henholdsvis alder, uddannelse og holdnavn, som ses i Tabel 9. Denne regressionsmodel er den mest forklaringsstærke langs andenaksen, idet den kan forklare 13,4% af den samlede varians. De supplementærvariable, der inddrages i den samlede model stemmer overens med korrespondance- samt klyngeanalysens resultater, mens betydningen af social kapital, som ligeledes fremhæves heri, ikke længere er af signifikant betydning. Modellen kan herved synliggøre dele af de karakteristika, som i kombination kan have signifikant betydning for differentieringen langs andenaksen. I modellen har aldersvariablen kun én signifikant kategori⁶³, hvor de 30-45-årige har en Odds på ,415, hvorved disse har omtrent 58% mindre odds for at opleve stilstand i udbyttet sammenlignet med de ældste deltagere. Erhvervsuddannelse har ligeledes én signifikant kategori⁶⁴, hvor deltagere med en lang videregående uddannelse har en Odds Ratio-værdi på 4,707 og har dermed omtrent fem gange så store odds for at opleve uændret mestringsevner sammenlignet med deltagere uden en erhvervsuddannelse. Der ses således en markant forskel på de højtuddannede og øvrige deltagere, hvorved det bekræftes, at specielt uddannelsesniveauet har betydning for udbyttet af sundhedskurserne i relation til andenaksen. I den samlede model har holdtypen to signifikante kategorier, hvor diabeteshold har en Odds Ratio-værdi på 2,071, mens hjertehold har en Odds Ratio-værdi på 2,393⁶⁵. Deltagere på diabeteshold har således dobbelt så høje odds for at opleve stilstand på deres mestringsevner sammenlignet med livsstilsdeltagere, mens deltagere på et hjertehold har tæt på 2,5 gange større odds for dette. Hjertehold har således stadig de højeste odds for at opleve uændret mestring af deres sygdomsramte hverdagsliv, hvilket stemmer overens med korrespondanceanalysens fund jf. Figur 13.

⁶³ En af alderskategorierne bliver insignifikante ved inddragelse af flere variable, hvorved der kan være tale om spuriøs sammenhæng.

⁶⁴ En af uddannelseskategorierne bliver insignifikante med inddragelse af flere variable, hvorved der kan være tale om spuriøs sammenhæng.

⁶⁵ Odds Ratio-værdien ændrer sig markant for de to signifikante holdkategorier, hvorfor der er testet for samtlige interaktionskombinationer, som dog ikke gav signifikante resultater.

Der er testet for, hvor godt denne regressionsmodel stemmer overens med data, hvor der angives en insignifikant Hosmer-værdi (.078), hvorfor modellens gyldighed ikke kan betvivles, idet datasættet reelt passer hertil. Uddannelsesniveau er specielt bemærkelsesværdig, idet denne variabel har størst betydning for at mestre et sygdomsramt hverdagsliv i samme grad som før hovedløbet, mens deltagere på et hjertehold ligeledes har størst odds for dette. De 30-45-årige har modsat lavere odds for at mestre et sygdomsramt hverdagsliv i samme grad som før hovedforløbet sammenlignet med de ældste deltagere. Disse resultater synes således på én gang at validere resultaterne fra korrespondance- og klyngeanalysen, idet de genfindes heri, hvor denne multiple, binære logistiske regression yderligere underbygger faktorerne i kombination og angiver et mere nuanceret billede af, hvad der har betydning for at opnå et udbyttet langs andenaksen.

8.10.3 Akse 3: Følelsesmæssig fremgang vs. tilbagegang

Der er, som for de to første akser, foretaget en multipel, binær regressionsanalyse for den tredje principalakse, der angiver deltagernes udbytte af sundhedskurserne i form af følelsesmæssig fremgang overfor tilbagegang. Den afhængige variabel for tredjeaksen er kodet binært med værdien 0 = følelsesmæssige tilbagegang og 1 = følelsesmæssig fremgang, hvorfor der testes for deltagernes odds for at opleve følelsesmæssige fremgang overfor tilbagegang i relation til eget helbred. De fire supplementære variable, der har en isoleret betydning herfor er; holdnavn, selvvurderet helbred, følelsesmæssigt nået mindre og følelsesmæssigt udført arbejde.

Tabel 9. Akse 3: Logistisk regression

Isoleret effekt			Samlet model		
Variabel	Odds Ratio	Sig.	Nagelkerke	Odds Ratio	Sig.
Holdnavn			0,021		
<i>Livsstil</i>	1,000				
Diabetes	0,671	0,180			
KOL	0,768	0,369			
Hjerte	0,507	0,020			
Selvvurderet helbred			0,041		
<i>Helbred +1</i>	1,000			1,000	
Helbred -1	0,357	0,017		0,470	0,093
Helbred 0	0,507	0,004		0,608	0,045
Føl. nået mindre			0,064		
<i>Føl. nået mindre +1</i>	1,000			1,000	
Føl. nået mindre -1	0,348	0,000		0,303	0,001
Føl. nået mindre 0	0,623	0,050		0,673	0,108
Føl. udført arbejde			0,024		
<i>Føl. udført arbejde +1</i>	1,000				
Føl. udført arbejde -1	0,451	0,018			
Føl. udført arbejde 0	0,663	0,097			
			Nagelkerke	0,083	

Den første relevante variabel er holdnavn, som har én signifikant kategori i form af hjertehold, der har en Odds Ratio-værdi på ,507. Hjerteholdsdeltagere har således 49% lavere odds for at opleve følelsesmæssig fremgang forbundet med deres helbred sammenlignet med deltagere på livsstilshold. At holdvariablen kun har én signifikant værdi stemmer overens med korrespondanceanalysens fund, idet der her ses en stor spredning af individerne i korrespondancekortet tilhørende de fire hold jf. Figur 13, hvorfor det heri konkluderes, at hold ikke har betydning for udbyttet langs tredjeaksen. Dette kan yderligere underbygges af, at den isolerede effekt mellem hjerte- og livsstilshold forsvinder ved inddragelse af en vilkårlig anden variabel, hvorved ovenstående blot kan være udtryk for en spuriøs sammenhæng. Selvvurderet helbred har to signifikante kategorier, hvor deltagere, der har fået et dårligere selvvurderet helbred, har en Odds Ratio-værdi på ,357, mens deltagere, der oplever samme helbredstilstand, har en værdi på ,507. Deltagerne har således henholdsvis 64% og 49% lavere odds for at opleve følelsesmæssig fremgang forbundet med deres helbred sammenlignet med referencekategorien, der oplever fremgang i selvvurderet helbred. Dette genfindes i korrespondanceanalysen, hvor selvvurderet helbred og følelsesmæssig fremgang som udbytte anses som interdependente jf. Figur 17.

Variablen der angiver, hvorvidt deltagerne inden for seneste 4 uger har oplevet, at de har nået mindre, end de gerne ville på grund af deres følelsesmæssige helbred, har to signifikante kategorier samt den største isolerede forklaringskraft på 6,4% for udbyttet langs tredjeaksen. Denne variabel kan således isoleret set forklare 6,4% af den samlede varians af udbyttet langs tredjeaksen, hvilket gør den til den mest betydningsfulde variabel. Deltagere, som har oplevet tilbagegang i forhold til denne variabel, har en Odds Ratio-værdi på ,348, mens deltagere, der i samme grad har nået mindre end før hovedforløbet, har en Odds Ratio-værdi på ,623. Disse deltagere har således henholdsvis 65% og 38% lavere odds for at opleve følelsesmæssig fremgang sammenlignet med deltagere, som i mindre grad har nået mindre grundet deres følelsesmæssige helbred. Variablen der omhandler, hvorvidt deltagerne inden for de seneste 4 uger har udført deres arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end de gerne ville på grund af deres følelsesmæssige helbred, har én signifikant kategori. Deltagere der oplever tilbagegang i forbindelse med denne variabel, har en Odds Ratio-værdi på ,451, hvormed de har 55% lavere odds for at opleve følelsesmæssig fremgang forbundet med deres helbred sammenlignet med deltagere, som i mindre grad har udført deres arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt. Dette stemmer overens med korrespondanceanalysen, hvor følelsesmæssig tilstrækkelighed og følelsesmæssig fremgang findes interdependente jf. Figur 16.

I den endelige model inddrages selvvurderet helbred og følelsesmæssigt nået mindre, som er illustreret i Tabel 9. Dette angiver den mest forklaringsstærke model for tredjeaksen, som kan forklare 8,3% af den samlede varians. I modellen har selvvurderet helbred én signifikant kate-

gori⁶⁶, hvor deltagere, som ikke oplever en ændring i deres selv vurderede helbred, har en Odds Ratio-værdi på ,608, hvorfor disse har 39% lavere odds for at opleve følelsesmæssig fremgang sammenlignet med deltagere, der har oplevet fremgang i selv vurderet helbred. Variablen, der angiver, om deltagerne inden for de seneste fire uger har oplevet, at de har nået mindre, end de gerne ville på grund af deres følelsesmæssige helbred, har også én signifikant kategori. Deltagere der oplever tilbagegang i forhold til denne variabel, har en Odds Ratio-værdi på ,303, hvorfor disse har knapt 70% lavere odds for at opleve følelsesmæssig fremgang sammenlignet med referencekategorien, som har været mindre følelsesmæssigt påvirket og dermed i mindre grad nået mindre.

Der er testet for, hvor godt denne regressionsmodel stemmer overens med data, hvor resultatet angiver en insignifikant Hosmer-værdi (.971), hvorfor modellens gyldighed ikke kan betvivles. Variable der har betydning for at opleve følelsesmæssig fremgang overfor tilbagegang som udbytte af sundhedskurserne er især positiv udvikling i deltagernes følelsesmæssige velbefindende og deres selv vurderede helbred. Dette validerer således resultaterne fra korrespondance- og klyngeanalysen, idet de samme resultater genfindes heri. Den logistiske regression supplerer ligeledes analysen ved at afgøre, at deltagernes følelsesmæssige velbefindende er af størst betydning for udbyttet langs tredjeaksen.

8.11 Opsummering

Elleve variable har opsummerende en isoleret effekt på udbyttet langs førsteaksen omhandlende fremgang overfor tilbagegang i forbindelse med mestring af et sygdomsramt hverdagsliv. De elleve variable er køn, alder, holdnavn, håndterbarhed, meningsfuldhed, selv vurderet helbred, fysisk nået mindre, fysisk begrænset, følelsesmæssigt nået mindre, følelsesmæssigt udført arbejde samt energiniveau. De signifikante resultater for køn, alder og meningsfuldhed kan dog fremkomme grundet spuriøse sammenhænge. Den mest forklaringsstærke model indeholder henholdsvis holdnavn, håndterbarhed, fysisk nået mindre og energiniveau og har en forklaringskraft på 16,6% af variansen. En lavere grad af håndterbarhed har specielt betydning for at opnå bedre mestringsevner, mens deltagere på et hjerte- og KOL-hold har lavere odds for dette. Deltagernes fysiske helbred i relation til om de når mindre i hverdagen og deres energiniveau har yderligere betydning for, om de opnår bedre mestring, hvor positiv udvikling på disse parametre er forbundet med et positivt mestringsudbytte.

Syv variable har isoleret betydning for udbyttet langs andenaksen omhandlende mestring i samme grad af et sygdomsramt hverdagsliv overfor forandring i en given retning. De syv vari-

⁶⁶ En af kategorierne for selv vurderet helbred bliver insignifikante med inddragelse af flere variable, hvorved der kan være tale om spuriøs sammenhæng.

able er køn, alder, uddannelse, social kapital, holdnavn, håndterbarhed og meningsfuldhed, hvor det signifikante resultat for køn igen indbefatter en spuriøs sammenhæng. Den mest forklaringsstærke model for andenaksen er ved inddragelse af alder, uddannelse og holdnavn, som har en forklaringskraft på 13,4%. Det fremkommer her, at specielt et højt uddannelsesniveau og deltagere på et hjertehold har størst odds for opleve tilstand som udbytte af sundhedskurserne, mens de 30-45-årige har lavere odds for at mestre et sygdomsramte hverdagsliv i samme grad som før hovedforløbet sammenlignet med de ældste deltagere.

For tredjeaksen er der fire relevante variable, som har en isoleret effekt på udbyttet af følelsesmæssige fremgang overfor tilbagegang i relation til deltagernes helbred. Disse fire variable er holdnavn, selv vurderet helbred, følelsesmæssigt nået mindre og følelsesmæssigt udført arbejde. Den mest forklaringsstærke model for tredjeaksen kan forklare 8,3% af variansen, hvor udviklingen i deltagernes følelsesmæssige velbefindende og deres selv vurderede helbred indgår. En forbedring på disse to parametre synes således at være af størst betydning og interdependent med et udbytte langs tredjeaksen, hvorved disse resultater validerer, men også supplerer fundne fra korrespondance- og klyngeanalysen, idet det fremkommer, at deltagernes følelsesmæssige velbefindende er af størst betydning for udbyttet langs tredjeaksen.

9. Specialets begrænsninger

Dette kapitel indeholder en række kritiske refleksioner over specialets resultater og herunder hvilke forbehold der må tages i relation til specialets validitet. I det følgende opstilles således en kritisk diskussion af specialets metodiske tilgange, hvor opmærksomheden rettes mod, hvorvidt metodiske valg kan have betydning for, at flere deltagere ikke oplever et umiddelbart positivt udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune.

9.1 Måleinterval

I relation til analysens resultater kan der stilles spørgsmål ved, hvorfor alle deltagere ikke opnår et positivt udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune trods gode intentioner herfor. Der kan søges en forklaring i det relativt korte måleinterval, som specialet tager udgangspunkt i, idet resultaterne af analysen kan være et udtryk for, at nogle deltagere har brug for mere tid end blot hovedforløbet til at leve op til ambitionerne om bedre mestring af et hverdagsliv med længerevarende sygdom. Samtlige deltagere får undervisning i deres sygdom, mestring af denne samt træning i motion og kost, hvorfor de skal tillære sig en ny praksis, som for nogle deltagere kan være en længere proces end for andre. Ambitionen for sundhedskurserne i Vejle Kommune er at skabe større handlekompetence og mestringsevner, således deltagerne med tiden kan lære at leve mere fordelagtigt med deres sygdom jf. kapitel 4. Det kan dog være sværere end som så at inkorporere nye vaner og måder at tænke på grundet tidligere praksis, hvorved implementering af nyerhvervede værktøjer kan kræve mere tid end specialets korte måleinterval. Dette kan, ifølge Nielsen (2012), forklares med udgangspunkt i, at kroppen bedst tillærer teknikker gennem øvelse og rutiner, hvorfor det kræver vedholdenhed og tid at ændre fysik og psykisk praksis (Nielsen, 2012:70). Dette kan yderligere underbygges af Bourdieus habitusbegreb og herunder at hverdagslivets vaner ofte er indgroede og træge at forandret. Individer har med afsæt i deres praktiske sans tilegnet en helhed af præferencer og opfattelser af, hvordan der skal handles i en given situation jf. afsnit 2.1.1, hvilket kan understrege behovet for et længere målesinterval, førend der kan opstilles et mere validt deltagerudbytte af sundhedskurserne. Dette kan yderligere understreges ved, at self-management og herunder mestring af et sygdomsramt hverdagsliv, ifølge Lawn (2011), skal ansues som en proces, idet det kræver tilvænning gennem en læringsperiode at opnå dette (Lawn, 2011:7).

Det er ligeledes væsentligt at være opmærksom på, at sundhedskurserne opstilles i rammerne af en række menneskers møde, hvor samme sygdom deles, men deltagernes oplevelse af at leve med en kronisk eller længerevarende sygdom samt deres sociale og faglige omgivelser, kan være dybt forskellige. Dette italesætter Bourdieu gennem hans habitusbegreb, idet habitus opererer inde fra et individ, som kan anses som til dels faste, men også foranderlige dispositioner, der danner ramme for, hvordan individer, herunder deltagerne, erfarer og agerer i verden

(Bourdieu & Wacquant 1996:29f). Deltagerne kan, i kraft af deres forskelligheder på tværs af parametre derfor have forskellige motivationer for at handle, hvilket betyder, at de kan have forskellige opfattelser af, hvilke ændringer det giver mening at foretage. Der kan således på den ene side stilles spørgsmålstegn ved, om deltagerne kan opnå et positivt udbytte af sundhedskurserne under de rammer, der opstilles, men modsat kan analysens resultater blot være et udtryk for måleintervallet i specialet, som kan have betydning for, at flere deltagere fremstår med et mere negativt udbytte, end virkeligheden på sigt kan være. Der kan derfor diskuteres, hvorvidt det korte måleinterval er tilstrækkelig til at måle udbyttet af de respektive sundhedskurser og herved give valide resultater, eller om specialets resultater i højere grad er en tilkendegivelse af, hvilke deltagere Vejle Kommune med fordel kan rette fokus mod de efterfølgende måneder efter hovedforløbet, således de kan opleve bedre mestring af et hverdagsliv med sygdom, idet det for nogle deltagere kan tage længere tid at ændre praksis end blot det første måleinterval.

En anden kritik, der kan rettes mod måleintervallets betydning for analysens resultater, kan ses i relation til, hvilke parametre der fremstår afgørende for udbyttet i analysen. I analysen fremstår de traditionelle og socioøkonomiske variable af mindre betydning for det første udbytte i form af bedre mestringsevner overfor ringere mestringsevner. Det kunne i denne sammenhæng være interessant, hvorvidt disse variable på sigt har betydning herfor. I relation til både uddannelsesniveau samt økonomisk og social kapital kan det formodes med afsæt i Bourdieus optik, at højtuddannede, økonomisk velstillede og deltagere med en høj social kapital har større sandsynlighed for at opleve et positivt udbytte på længere sigt i form af bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv. Disse privilegerede deltagere vil i Bourdieus optik være henholdsvis bedre til at omsætte viden og færdigheder fra kurset i praksis end lavtuddannede grundet bedre ressourcer, have bedre økonomiske ressourcer til at leve sundt samt opleve mere støttende relationer, således færdigheder fra kurset kan omsættes og opretholdes i praksis, idet kapitalvolumen er med til at differentiere individer i forhold til hinanden (Järvinen, 2007:352). Tidsintervallet er således væsentligt at gøre opmærksom på i relation til specialets fund og er herunder en mulig forklarende faktor for, hvorfor økonomisk, kulturel og social kapital ikke fremstår som betydningsfulde for bedre eller ringere mestringsevner.

De overfor nævnte faktorer har derimod betydning for, hvorvidt deltagerne oplever stilstand og herved mestrer deres sygdomsramte hverdagsliv i samme grad som før hovedforløbet. Det kan derfor diskuteres, om det er givtigt at tilbyde sundhedskurser til deltagere med høj kapitalvolumen, da dette kan være et udtryk for, at de allerede besidder de relevante ressourcer, idet de ikke udvikler sig i en given retning på deres mestringsevner. Det korte målingsinterval må dog modsat anvendes som argumentation herfor i kombination med andre studier, som påviser, at disse parametre på sigt netop har positiv betydning for deltageres udbytte af patient-

uddannelser (Marthedal et al., 2011; Vinther-Jensen & Jensen, 2012; Bonsaksen et al., 2012). Den samme opmærksom i forhold til måleintervallets betydning bør rettes mod variablene håndterbarhed, meningsfuldhed og begribelighed, hvor det ud fra Antonovsky teori på sigt vil være deltagere med en høj oplevelse af sammenhæng, som oplever et positivt udbytte, da Antonovsky mener, at disse er bedre til at håndtere udfordringer (Antonovsky, 2000:33f), som en længerevarende eller kronisk sygdom kan medføre. Måleintervallet kan således også i denne sammenhæng ses som en faktor, der kan have negativ indflydelse på specialets validitet, men det er dog modsat vigtigt at påpege, at specialet netop ikke har haft til formål at måle det langsigtede udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune. Specialets resultater skal i stedet anses som det umiddelbare udbytte, hvorfor der synes at være tale om valide resultater, omend disse ikke må forveksles med det langsigtede udbytte.

9.2 Måling på tværs af holdtype

Der kan i forlængelse af ovenstående refleksioner rettes opmærksomhed mod specialets måske mest afgørende metodiske kritik; respondentgruppens kombinationen af deltagere på tværs af sundhedskurser. Specialets analyse er opstillet på tværs af flere sundhedskurser i Vejle Kommune, hvor måleenheden er baseret på deltagere på KOL-, diabetes-, hjerte- eller livsstilshold. Dette er valgt for at opnå en større måleenhed at udføre analysen på, da der ellers ville indgå ganske få (>100) deltagere i undersøgelsen jf. kapitel 4, hvilket ville påvirke specialets validitet.

Deltagerne kan sammenlignes, da de alle lider af en kronisk eller længerevarende sygdom, som præger deres hverdagsliv jf. kapitel 4. Sygdommene kan modsat ikke fuldstændig sammenlignes på tværs, idet der er forskellige symptomer forbundet med disse. Sundhedskurserne er derfor ikke konstrueret med identisk indhold, da der her tages hensyn til den specifikke sygdom, således deltagerne tillærer redskaber direkte forbundet med denne. Sundhedskurserne er herved på nogle punkter indholdsmæssigt forskellige, hvorfor der ikke er tale om identiske interventioner. Der kan herudfra stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt der er et tilstrækkeligt sammenligningsgrundlag på tværs af holdene, hvilket kan påvirke specialets validitet, idet der kan være flere divergerende faktorer forbundet med hver sygdom. Kroniske- og længerevarende sygdomme forårsager dog lignende problemer relateret til hverdagslivet, interaktion med sundhedsvæsenet og håndtering af negative følelser såsom frustration, angst og depression (Lorig, 1996:3), hvilket underbygger en sammenligning på tværs af holdene.

Der kan herved argumenteres for, at idet der tages udgangspunkt i håndtering af et sygdomsramt hverdagsliv samt kost, alkohol og motion, måles der på generelle parametre på tværs af sygdomme, hvorved der ikke undersøges faktorer forbundet med symptomer i relation til enkelte sygdomme, hvilket skaber større sammenlignelighed på tværs af kurserne. Dette underbygges ligeledes af, at MoEva er et fælles måleredskab, som anvendes på tværs af holdtyper,

hvorfor der ikke tages højde for deltagernes specifikke sygdomme. MoEva behandler deltagerne på samme vis uanset sygdom, hvorfor spørgsmål og indhold er sammenlignelige på tværs. Vejle Kommunes sundhedskurser er yderligere justeret, således de fire holdtyper er af sammenlignelig grad i henhold til længde, antal mødegange og måleintervaller. Undervisningsforløbene har dertil lignende indhold jf. kapitel 4, hvor forskellen mellem disse dog kommer til udtryk ved, at undervisningen i mestring samt KRAM-faktorerne er relateret til den specifikke sygdom. På den ene side synes der således at være kritiske forhold forbundet med specialets analyseenhed, som kan skade resultaternes validitet, idet deltagere på tværs af sundhedskurser sammenlignes med afsæt i uidentiske interventioner. På den anden side behandles sygdommene på tværs på et generelt plan i MoEva, hvor der ikke skelnes mellem disse samtidigt med, at interventionerne til en vis grad er ensrettede med afsæt i samme faktorer for måling af sundhed, hvorved specialets validitet opretholdes i en tilstrækkelig grad til, at udlægninger fra analysen kan anses som pålidelige i en tilfredsstillende grad.

9.3 Designets betydning

Der kan i relation til de metodiske begrænsninger yderligere rettes kritik mod specialets designmæssige valg, som kan have betydning for analysens validitet. I specialet har målet været at mønsteridentificere forskellige former for udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune og afklare, hvorvidt bestemte karakteristika er relateret hertil. Specialet har således bevæget sig inden for en begrænset ramme ved at undersøge, for hvem sundhedskurserne virker og herved om det er et givtigt værktøj eller ej. I relation hertil kan der diskuteres to metodiske udfordringer, hvor der er tale om henholdsvis specialets design og kodningsarbejde.

Rettes fokus først mod designets betydning for resultaternes validitet, kan dette ses i relation til, at specialet er longitudinal designet med simple prospective panel design, da data udgøres af to målinger på to forskellige tidspunkter for samme sample, hvor specialet har målt på interventionens betydning. Simple prospective panel design har mange ligheder med det klassiske eksperimentelle design, men en væsentlig forskel, som kan påvirke specialets validitet, kan ses ved en manglende kontrolgruppe (De Vaus, 2001:118). Analysens resultater kan derfor ikke med sikkerhed entydigt henføres til interventionen, idet de kan være påvirket af andre udefrakommende faktorer. Dette validitetsproblem er som tidligere nævnt forsøgt sikret ved en forskelligartet sample jf. afsnit 7.1, hvilket af De Vaus i kombination med en tilstrækkelig stor samplestørrelse kan mindske usikkerheder (Ibid.), men dette design kan dog stadig skabe validitetsproblemer i relation til specialets konklusioner. Idet der i specialet ikke indgår en kontrolgruppe, kan slutningerne fra analysen ikke entydigt henføres til kurserne, idet der er tale om en række parametre, som i forbindelse med længerevarende og kroniske sygdomme kan udvikle sig i takt med forløbene samtidigt med, at disse parametre kan være påvirket af andre udefra-

kommende faktorer. Specialets resultater skal således på den ene side ikke anses som generelle, isolerede forklaringer på, hvilke karakteristika der har betydning for et givent udbytte af sundhedskurserne, men kan modsat anses som valide indikatorer herfor. En manglende kontrolgruppe forringer således specialets validitet, idet resultaterne fra analysen ikke entydigt kan ses som de eneste forklarende parametre, da udefrakommende faktorer i udbredt grad kan have haft indflydelse på disse. Specialet kan således på den ene side ikke med sikkerhed udlede, om kurserne reelt er mere givtige for bestemte deltagere frem for andre, men kan modsat opstille valide indikatorer, som synes væsentlige herfor.

I relation hertil er det endvidere essentielt at stille sig kritisk overfor specialets kodningsarbejde forud for analysen, som ligeledes kan have betydning for analysens resultater og herunder udlægning af, hvem sundhedskurserne i Vejle Kommune umiddelbart er mest givende for. I specialet er alle aktive variable og flere passive variable kodet som udviklingsvariable, hvorved de udtrykker en forskel. Dette kan påvirke specialets validitet i den forstand, at der ikke kan udledes noget om deltagernes start eller slutniveau, idet variablene blot er et udtryk for forskellen mellem to målinger og herved ikke et udtryk for deltagernes generelle mestringsniveau. Det kan således ikke konkluderes, hvorvidt eksempelvis fremgang reelt er et positivt udbytte, idet deltagere stadig kan være placeret lavt på skalaerne over mestring af eget hverdagsliv med alvorlig sygdom efter hovedforløbet. Der skal derfor tages forbehold for udtrykket fremgang, da det som nævnt er en relativ udvikling. Der kan derimod heller ikke udledes, om stilstand er et negativt udbytte, idet stilstand for deltagerne som i udgangspunktet før kurset var i stand til at mestre deres sygdomsramte hverdagsliv i høj grad, kan være udtryk for et positivt udbytte, da der stadig er tale om gode mestringssevner. Disse deltagere har blot et højt udgangspunkt, hvorved det kan være vanskeligt for disse at udvikle sig yderligere, hvis de allerede har en høj score. Der kan således rettes kritik mod specialets kodningsarbejde, idet dette kan give misvisende resultater i form af termene, der angiver udviklingstendenserne for udbyttet af sundhedskurserne. Specialets validitet i relation hertil øges dog modsat ved, at det stadig kan udledes, hvorvidt der sker en udvikling i en given retning. Oplever en deltager eksempelvis at blive bedre til at mestre et sygdomsramt hverdagsliv, må dette anses som et positivt resultat på trods af, at startniveauet for deltagerens mestringssevner ikke kendes. Dette underbygges af, at en deltager, som oplever fremgang, altid vil blive bedre til at mestre et hverdagsliv med alvorlig sygdom, således at deltageren mestrer hverdagslivet bedre end før kurset og herved reelt opnår et positivt udbytte.

10. Konklusion

Dette speciale har haft til formål at mønsteridentificere forskellige former for udbytte af Vejle Kommunes sundhedskurser på tværs af forskellige mestrings- og KRAM-parametre. Specialet tager udgangspunkt i 381 deltageres udbytte på tværs af en ligelig fordeling af KOL-, diabetes-, hjerte- og livsstilsdeltagere. Et sundhedskursus forløber over 12 måneder, hvor hovedforløbet, som indeholder mestrings- og læringsforløbene, er placeret i de første tre måneder, hvilket specialet måler udbyttet af. Specialets sigte har i forlængelse heraf været at undersøge, om bestemte karakteristika ved deltagerne er relateret til specifikke mønstre af udbytte samt at klarlægge, hvorvidt bestemte deltagere kan grupperes i henhold til deres udbytte for herved at opnå en forståelse af, hvilke deltagere der har et lignende udbytte på tværs af sundhedskurserne. Specialets formål udspringer af tidligere studiers manglende evidens for, hvorvidt sundhedskurser indfrier de tilsigtede mål, hvor disse for Vejle Kommunes sundhedskurser er, at den enkelte deltagers egenomsorg samt mestringssevner skal øges, hvorved handlekompetencer i forhold til egen sygdom kan forbedres (Vejle Kommune, 2015).

Specialet finder, at sundhedskurserne i Vejle Kommune generelt er et givtigt værktøj, idet over en tredjedel af deltagerne angiver, at de er blevet bedre til at mestre deres sygdomsramte hverdagsliv. Der kan dog ikke opstilles et entydigt billede af udbyttet af sundhedskurserne på tværs af mestrings- og KRAM-parametrene, idet mere end halvdelen af deltagerne hverken opnår bedre eller ringere mestringssevner, mens lidt under en tredjedel af deltagerne bliver dårligere til at mestre deres sygdomsramte hverdagsliv, hvorfor flere tendenser gør sig gældende i specialet.

I specialet findes tre forskellige mønstre af udbytte, hvor det første viser sig i form af et skel mellem deltagere, som bliver bedre til at mestre deres hverdagsliv med sygdom og hyppigere dyrker motion, overfor deltagere der bliver ringere til at mestre deres sygdomsramte hverdagsliv og dyrker samme motionsmængde som før hovedforløbet. Udviklingen i deltageres helbred på tværs af forskellige parametre er specielt af betydning for at opnå dette udbytte. Dette indebærer deltagerens energiniveau, deres selv vurderede helbred samt parametre i relation til deres fysiske tilstrækkelighed, hvor en positiv udvikling på disse parametre er forbundet med bedre mestringssevner og hyppigere motion, mens omvendte tendens ligeledes gør sig gældende.

Det andet udbyttemønster deltagerne kan opnå af sundhedskurserne, skildrer deltagere der oplever forandring i en given retning, således de bliver bedre eller ringere til at håndtere deres hverdagsliv med sygdom modsat deltagere, der oplever stilstand således, at de mestrer et sygdomsramt hverdagsliv i samme grad som før hovedforløbet. Specialet konkluderer, at jo ældre deltagerne er, jo højere uddannet eller jo højere social kapital deltagerne besidder, desto mere tilbøjelige er de til i samme grad som før sundhedskurserne at mestre deres hverdagsliv

med sygdom. Sammenhængen mellem alder og udbyttet langs andenaksen kan forklares med, at yngre deltagere kan have lettere ved at tillære ny viden og ændre vaner, idet ældre som oftest har mere indgroede værdier og sundhedsvaner, hvorved der kan være mere træghed i deres forandringsmuligheder. At deltagere med henholdsvis et højt uddannelsesniveau og solide, støttende relationer oplever tilstand som udbytte af sundhedskurserne, kan forklares ved, at disse kan besidde flere ressourcer i form af højere kapitalvolumen, der understøtter deltagernes mestringsevner, hvorved de kan have sværere ved at opleve forandring som udbytte, idet de allerede før sundhedskurserne har et stabilt handlingsorienteret udgangspunkt.

Specialet finder desuden, at holdtypen er betydningsfuld for både første og andet udbyttemønster, hvor deltagere på diabetes- og livsstilshold bliver bedre til at håndtere deres sygdomsramte hverdagsliv, mens KOL-deltagere i ringere grad er i stand til at mestre dette. Hjertedeltagere oplever derimod, at de i samme grad mestrer deres sygdomsramte hverdagsliv som før hovedforløbet. Disse divergerende resultater kan underbygges af, at KOL-deltagere står overfor en invaliderende tilstand, mens diabetes- og livsstilsdeltagere har udsigt til sygdomsforbedring. Deltagere på hjertehold er i relation hertil generelt mere ressourcestærke end de resterende deltagere med et bedre udgangspunkt forud for sundhedskurserne, hvorfor det kan være vanskeligt for disse at udvikle sig yderligere. Sygdomsgraden er herved en betydelig faktor, hvor det konkluderes i specialet, at des sværere sygdomsgrad, desto vanskeligere er det at håndtere den ubalance en længerevarende sygdom kan skabe.

Det sidste udbyttemønster deltagerne kan opnå af sundhedskurserne, angiver deltagere, der oplever følelsesmæssig fremgang i relation til egen sygdom, men som modsat bliver mindre positiv indstillede overfor sundhedspersonale og omvendt deltagere, der oplever følelsesmæssig tilbagegang i relation til egen sygdom, men modsat bliver mere positiv indstillede overfor sundhedspersonale. Deltagernes følelsesmæssige tilstrækkelighed og selvvaluerede helbred er forbundet med dette udbytte, idet jo mindre begrænset deltagerne har været grundet følelsesmæssige problemer, jo mere de har nået trods følelsesmæssige problemer, eller jo bedre de vurderer udviklingen deres helbred, desto mere følelsesmæssig fremgang oplever de som udbytte, mens de modsat bliver mindre samarbejdsvillige. Dette kan ses som en logisk slutning, idet individer der lider under en kronisk eller længerevarende sygdom, ofte oplever følelsesmæssige og helbredsmæssige problemer. Det tredje udbyttemønster kan således forklares med, at deltagere som oplever en større følelsesmæssig tilstrækkelighed eller opnår et bedre selvvalueret helbred gennem hovedforløbet, også bliver bedre i stand til at håndtere deres følelsesmæssige problemer på egen hånd, hvorfor de i mindre grad samarbejder med sundhedspersonalet. Mindre følelsesmæssigt tilstrækkelige deltagere, eller deltagere som opnår et dårligere selvvalueret helbred oplever modsat, at de bliver dårligere i stand til at håndtere deres følel-

sesmæssige problemer, hvorved de i højere grad ønsker at samarbejde med sundhedspersonalet.

Specialet identificerer desuden seks grupper af deltagere, som oplever forskellige mønstre af udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune. I specialet findes tre fremgangsgrupper, der er defineret ved deltagere, som får bedre evner til at håndtere deres sygdom, idet de bliver bedre til at regulere egne ressourcer via sundhedskurserne. Traditionelle og socioøkonomiske faktorer er ikke relateret til gruppernes fremgangsudbytte, idet dette for to af grupperne derimod er betinget af deres fysiske og følelsesmæssige tilstrækkelighed. Det forholder sig således, at jo mere positiv udvikling deltagerne oplever på deres fysiske eller følelsesmæssige tilstrækkelighed, desto bedre bliver de ligeledes til at mestre deres sygdomsramte hverdagsliv. De to fremgangsgrupper differentierer sig ved, at den ene indeholder en overvægt af livsstilsdeltagere, mens den anden gruppe specielt oplever emotionel fremgang som udbytte. Den sidste gruppe er en generel fremgangsgruppe for den almene deltager, som ikke er betinget af bestemte karakteristika.

Det, at én gruppe af deltagere oplever stilstand og herved mestrer et sygdomsramt hverdagsliv i samme grad som før hovedforløbet, kan forklares ved, at disse deltagere hovedsageligt er hjerteholdsdeltagere og herved deltagere, som har et solidt udgangspunkt for håndtering af deres sygdomsramte hverdagsliv før sundhedskursernes start. Det er desuden deltagere, som har en høj kulturel og social kapital samt en generel høj oplevelse af sammenhæng i tilværelsen, hvorfor de før et sundhedskursus kan have haft lettere ved at handle aktivt, idet de har besiddet væsentlige ressourcer herfor. De to sidste grupper oplever modsat, at de i ringere grad formår at mestre deres sygdomsramte hverdagsliv, hvorved der ikke kan genfindes samme grad af håndtering, som hos deltagere der oplever fremgang. Den ene gruppe af deltagere opnår en mindre markant tilbagegang i relation til mestring af eget sygdomsramt hverdagsliv og indeholder deltagere, som har et uændret helbreds niveau samt en moderat grad af social kapital. Den anden gruppe er modsat karakteriseret ved en stærk tilbagegang i deres mestringsevner, hvor faktorer forbundet med dette udbytte i specialet konkluderes at være deltagelse på KOL-hold, lav kulturel kapital, lav økonomisk kapital samt forværring af det fysiske helbred.

Det kan opfattes relativt kritisk, at flere deltagere ikke oplever et positivt udbytte af sundhedskurserne i Vejle Kommune, hvilket der kan være en række metodiske forklaringer på. Der kan søges en forklaring i specialets relative korte måleinterval, idet de divergerende udbytteformer blot kan være et udtryk for, at nogle deltagere har brug for mere tid end blot hovedforløbet til at leve op til ambitionen om bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv. Specialets tidsinterval kan desuden have betydning for, hvilke variable der fremstår betydningsfulde for udbyttet. I

relation til både uddannelsesniveau samt økonomisk og social kapital kan det formodes, at højtuddannede, økonomisk velstillede og deltagere med en høj social kapital har større sandsynlighed for at opleve bedre mestring af et sygdomsramt hverdagsliv på sigt, da de kan være bedre til at omsætte viden og færdigheder fra sundhedskurserne i praksis, idet kapitalvolumen er med til at differentiere individer i forhold til hinanden. Den samme opmærksomhed skal rettes mod variablene håndterbarhed, meningsfuldhed og begribelighed, hvor deltagere med en høj oplevelse af disse på sigt vil opleve et mere positivt udbytte, idet de vil være bedre til at håndtere udfordringer. En yderligere metodisk forklaring kan findes i specialets design, hvor en manglende kontrolgruppe kan problematisere, hvorvidt analysens resultater entydigt kan henføres til interventionen, idet de kan være påvirket af udefrakommende faktorer. Specialets resultater kan herved ikke ses som isolerede forklaringer på, hvilke karakteristika der har betydning for et givent udbytte af sundhedskurserne, men er derimod indikatorer på, hvilket deltagere sundhedskurserne er mest givtige for på kort sigt. Sundhedskurserne kan dog ikke sammenlignes fuldstændig, da de ikke er konstrueret med identisk indhold, idet der her tages udgangspunkt i deltagernes specifikke sygdom. Der er herved ikke tale om et identisk sammenligningsgrundlag, men idet kroniske og længerevarende sygdomme har lignende konsekvenser, og specialet måler på generelle mestrings- og KRAM-parametre på tværs af sygdomme, opnås en tilfredsstillende sammenlignelighed på tværs af holdene og herved valide resultater i relation til det kortsigtede udbytte af sundhedskurserne.

11. Perspektivering

Specialet arbejder ud fra den tilgang, at patientuddannelser er måden hvorpå, individer med en længerevarende eller kronisk sygdom kan blive sunde, hvorfor specialet holder sig inden for en begrænsning af at undersøge, hvorvidt patientuddannelser gennem håndtering giver et udbytte eller ej. Dette betyder, at specialet er afgrænset fra en række perspektiver, som er væsentlige i forståelsen af patientuddannelser. Sundhedskurserne i Vejle Kommune kan således anskues ud fra perspektiver, der ikke udelukkende behandler konkret håndtering af sygdom, som dette speciale har fokus på, hvorfor måden hvorpå individer håndterer en længerevarende sygdom, kan være influeret af andet end blot individets ressourcer. Dette kan blandt andet omhandle grundlæggende opfattelser af ansvar for egen sundhed, og hvad det sunde liv indebærer, samt hvor og hvordan denne opfattelse skabes og internaliseres i samfund og individ.

Et perspektiv der kan belyse dette, kan findes i den britiske sociolog Nikolas Roses (f. 1947-) fokus på samfundets styringsmekanismer, der afspejler, hvordan individer kan præges og skabes som bestemte subjekter med afsæt i deres egen overbevisning. Rose ser med den neo-liberale økonomiske tænkning en fremkomst af nye styringsstrategier, der er kendetegnet ved en styring på afstand, hvor formålet er at styre selvstyrende individer via deres egen frihed. Dette betegner Rose som *'governing at a distance'* (Rose & Miller, 1992:186f), hvor det at styre individer implicerer *"not to crush their capacity to act, but to acknowledge it and to utilize it for one's own objectives."* (Rose, 1999:4). Styring udføres således ifølge Rose som appel til de egenskaber, de styrende ønsker, at borgere besidder, hvorved når borgere oplyses om sundhed, forventes det ligeledes, at der handles herudfra (Vallgård, 2003:15). Roses tilgang er dermed en udvidelse af Foucaults governmentality-perspektiv, som henviser til forskellige praksisser og institutioner, som producerer disciplinære kroppe ved at tilpasse det regerende sundhedsregime i samfundet (Rysst, 2010:72). Der er således i Roses optik tale om en spredt magt og en villighed til at internalisere opfattelser fra generaliserede andre. Disse opfattelser kan dog skabe følelser som usikkerhed, skam eller angst ved individet (Vallgård, 2003:15), hvorved subjektiv for dømmende blikke fra generaliserede andre i Roses optik er i stand til at disciplinere kroppe efter de forventninger, der reflekteres i diskurser på sundhedsområdet (Op.cit.:79). Individet har således ikke kun frihed til at vælge, men er forpligtet til det (Vallgård, 2003:163).

Patientuddannelser som fænomen kan således, som alternativ til hvordan det hovedsageligt fremlægges i specialet, ud fra ovenstående perspektiv betragtes som en metode, der kan skole og udvikle individer i en bestemt retning (Storm, 2012:1; Lawn et al., 2011:5). Roses perspektiv kan sættes i relation til patientuddannelser som et udtryk for styring gennem krav til individet med afsæt i normative, samfundsskabte forventninger til ageren i relation til egen sundhed. Roses fokus på individets ansvarliggørelse i forhold til sundhed i en neoliberalistisk tid, kan diskuteres i relation til patientuddannelsesforløbene, hvor der eksisterer et normativt

perspektiv, der angiver, at individer bør tage ansvar og få et positivt udbytte. Roses perspektiv kan således ses som et modspil til specialets fokus på, at individer på et samfundsmæssigt plan er opdraget til at agere aktivt og håndtere udfordringer forbundet med sygdom med afsæt i et sundhedsbillede, som er præget af et individorienteret perspektiv med afsæt i empowerment og det frie, autonome individ (Bodenheimer et al., 2002:2470; Verwohlt, 2010:89). Der er i Roses perspektiv modsat tale om en indirekte styring af individers mulighedsfelter gennem samfundets sundhedsdiskurser, som er med til at danne en bestemt sundhedsopfattelse. Roses perspektiv problematiserer således det frie individ og kan herved i specialets kontekst bidrage med et anderledes syn på, hvorledes opfattelser af ansvar for egen sundhed opstår og hvorledes denne opfattelse skabes og internaliseres i samfund og individ.

I forlængelse af ovenstående kobler Rose sundhed til en indirekte styring via selvledelse: *"To dominate is to ignore or to attempt to crush the capacity for action of the dominated. But to govern is to recognize that capacity for action and to adjust oneself to it. To govern is to act upon action"* (Rose, 1999:4). Rose betegner denne styring i forbindelse med sundhed for *healthism*, der anses som en grundlæggende forudsætning, der forener statens optagethed af sundhed med individets eget ønske. Konceptet bag *healthism* stammer fra folkesundheden og den medicinske sociologi, hvor Rose har taget begrebet til sig og beskrevet det som *"a doctrine that links the public objectives for the good health and good order of the social body with the desire of individuals for health and well-being"* (Rysst, 2010:72). Rose mener med afsæt heri, at tvang er unødvendig i det kapitalistiske samfund, idet individer selv har et ønske om at være sunde. Staten kan herved udnytte dette til at stimulere sunde livsstile, da kommercielle medier samt andre kapitalistiske tiltag ifølge Rose internaliserer denne *healthism* i individer uden grund til statslig intervention. Med afsæt i en række forskellige kommunikationskanaler informeres individet således ifølge Rose, hvorved det identificerer og internaliserer givne sundhedsforståelser og handler på basis heraf. Individet underkaster sig herved i Roses optik samfundets forståelse og tillægger sig en ønsket adfærd. (Ibid.) Ifølge Rose opfordres individer således til at disciplinere deres kroppe gennem refleksioner om, hvordan det sunde liv bør leves, hvilket er influeret af samfundets overordnede diskurser. Individer er herved på den ene side ifølge Rose interesseret i at være sunde, men de er modsat styret af givne normative udlægninger af, hvordan livet bør leves, som er afledt af magtstrukturer, som forskellige instanser og diskurser i samfundet er bestemt af.

Roses Foucault-inspirerede tilgang afspejler således den moderne magtstrukturens indre modsætningsforhold, der både søger mod individets frigørelse, men samtidig skaber grænser for friheden gennem samfundsskabte retningslinjer. Shore og Wright (1997) beskriver i relation hertil, hvordan strukturerne tilsløres, således at disse naturaliserer den dominerende sundhedsopfattelse og bekendtgør denne som sund fornuft. Dette bliver, ifølge Shore & Wright

(1997), umuligt at modarbejde, da der ikke findes andre reelle muligheder, uden individet bliver opfattet som en byrde for samfundet. (Shore & Wright, 1997:24) Den moderne magt er således i Shore og Wright optik effektiv i dens produktion af disciplinerede individer (Ibid.), hvorved der med Roses samt Shore og Wrigts udlægninger kan stilles spørgsmålstejn ved, hvor meningen og forestillinger om det sunde liv udgår fra, hvilket specialet ikke berør, idet det blot accepteres, at sundhedskurserne i Vejle Kommune er måden hvorpå, individer med en længerevarende eller kronisk sygdom kan blive sunde. I relation hertil er det dog netop fremadrettet interessant at diskutere, hvorvidt efterstræbelsen af det sunde liv, som sundhedskurserne i Vejle Kommune omhandler, er baseret på individuelle ønsker eller forceret af samfundet, samt hvorvidt deltagerne konstruerer sig selv ud fra de internaliserede normer, som samfundet bygger på, eller de i stedet handler som autonome og frie individer, som det fremlægges i specialets problemfelt.

12. Litteraturliste

- Agresti, Alan; Finlay, Barbara (2014):
Statistical Methods for the Social Sciences. Fourth Edition. Harlow: Pearson Education Limited.
- Andersen, M. L. et al. (2000):
Empowerment på dansk. 1. udgave, 1. oplag. Frederikshavn: Dafola A/S.
- Andersen, P.T. (2010):
"Empowerment som frigørelse?" i Andersen, P. T & Tim, H. *Sundhedssociologi: En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Antonovsky, A. (2000):
Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask. 3. oplag. København: Hans Reitzels Forlag.
- Barlow, J. H et al. (2002):
Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48: 177-187.
- Bodenheimer, T. (2002):
Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *Journal of the American Medical Association*, 288 (19): 2469-2475.
- Bentsen, S. B. et al. (2010):
The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES): a validation and reliability study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24; 600-609.
- Bonsaksen, T. et al. (2012):
Health and Disability. Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness. *Scandinavian Journal of Psychology*. (53): 333-339.
- Bourdieu, P. (1994):
"Socialt rum og symbolsk magt" i Callewaert, S et al. (red.): *Pierre Bourdieu – Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København: Akademisk Forlag.
- Bourdieu, P. (1995):
Distinksjonen. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1996):
Refleksiv sociologi. 4. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (1997):
Af praktiske grunde. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bro, N. (2012):
300 flere bliver kronikere. *Dagens Medicin*. Lokaliseret d. 05.02.2016 på:
<http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/300000-flere-bliver-kronisk-syge/>
- Christensen A. I. et al. (2010):
Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen.

- Danmarks Statistik (2016):
BEV107: Befolkningens udvikling efter kommune, bevægelsesart og køn. København: Statistiskbanken.
- Danske Regioner (2007):
Gruppebaserede patientuddannelser i regioner og kommuner. København: Danske Regioner.
- Dattalo, M. et al., (2012):
Who Participates in Chronic Disease Self-management (CDSM) Programs? Differences Between Participants and Nonparticipants in a Population of Multimorbid Older Adults. *Medical Care*, 50(12): 1071-1075.
- De Vaus, D. (2001):
Research Design in Social Research. London: SAGE Publications Ltd.
- Disler et al., R. T. (2012):
Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (2): 230-242.
- Elzen, H. et al., (2007):
Evaluation of the chronic disease self-management program (CDSMP) among chronically ill older people in the Netherlands. *Social Science & Medicine*. 64 (9):1832-1841.
- Frederiksen, B. et al. (2004):
En kritik af Pierre Bourdieus sociologi. *LEO-serien nr. 20*. Aalborg: LEO-gruppen.
- Hansen, C. D. (2009):
En sociologisk fortælling om sygefravær. Arbejdsmedicinsk Klinik, Regionshospital Herning. Aalborg: Institut for Sociologi, Socialt arbejde og Organisation. PhD.-afhandling.
- Hoving, C. et al. (2010):
A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education *Patient Education and Counseling*, 78: 275-281.
- Høyen, M. (2010):
Introduktion til Korrespondanceanalyse. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Iversen, L. et. al. (2004)
Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom. 1. udgave, 3. oplag. København: Munksgaard.
- Jerant, A. F. Et al. (2005):
Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, (57): 300-307.
- Jørgensen, T. (2011):
"Forebyggelse af kroniske sygdomme – den næste store medicinske triumf?" i *Bibliotek for læger 3: Tidsskrift for medicinens historie, kultur, filosofi og metode*. Lægeforeningen 203. Årgang.

- Järvinen, M. (2007):
 "Kapitel 19 Pierre Bourdieu" i Andersen, H & Kaspersen, L.B. (red.): *Klassisk og Moderne Samfundsteori*. 4. udgave, 5. oplag. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jæger, M. M. (2003):
Korrespondanceanalysen - et sociologisk værktøj. Socialforskningsinstituttet.
- Krebs, H. et. al. (2007):
Public Health: Ethical Issues. London: Nuffield Council on Bioethics.
- Komiteen for Sundhedsoplysning (2016):
Lær at tackle en kronisk sygdom – om kurset. Lokaliseret d. 03.05.16 på:
<http://patientuddannelse.info/kr-sy/om-kurset.aspx>
- Kosinski M. et al. (2007):
User's manual for the SF-12v2 health survey: with a supplement documenting the SF-12® health survey. Lincoln: Quality Metric incorporated.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009):
Interview – introduktion til et håndværk. 2. udgave. København, Hans Reitzels Forlag.
- Lawn, S. et al. (2011):
 Chronic Condition self-management: Expectations og responsibility. *Patient Education and Counseling*. 84: 5-8.
- Larsen, K. (2010):
 "Kapitel 3: Pierre Bourdieu" i Andersen, P.T. & Timm, H.: *Sundheds sociologi - En grundbog*. 1. udgave. 2. oplag. København: Hans Reitzels Forlag.
- Le Roux, B. & Rouanet, H. (2004):
Geometric Data Analysis. From Correspondence Analysis til Structured Analysis. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Le Roux, B. & Rouanet, H. (2010):
Multiple Correspondence Analysis. California: SAGE Publications, Inc.
- Lorig, K. R. et al. (1996):
Outcome Measures for Health Education and other Health Care Intervention. California: SAGE Publications, Inc.
- Lorig, K. R. & Holman, H. R., (2003):
 Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals Behavioral Medicine*, 26(1): 1-7.
- Madsen, C. et al. (2007):
Ældres sundhed. Forebygges og sundhedsfremme i kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen.
- Marthedal, A. B. et. al. (2011):
Lær at leve med kronisk sygdom: evaluering af udbytte, selvvurderet effekt og rekruttering. København: Dansk Sundhedsinstitut.

- Mathiesen, A. & Højberg, H. (2004):
 "Sociologisk feltanalyse" i Fuglsang, L. & Olsen, P. B. (red.): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Melchior, M. A., et al., (2014):
 Intermediate Outcomes of Chronic Disease Self-Management Program Offered by Members of the Healthy Aging Regional Collaborative in South Florida. *Research of Aging*, 36 (4): 431-449.
- Morgan, D. L. (1997):
Focus Groups as Qualitative Research. California: Sage Publications Inc.
- Nielsen, M. (2012):
Hvorfor er I bare nogle gode selvhjælpere. En antropologisk analyse af patientuddannelse som moralsk rum. Aarhus: Aarhus Universitet.
- Nolte S & R. H. Osborne (2013):
 A systematic review of outcomes of chronic disease self-management interventions. *Quality of Life Research*, 22: 1805-1816.
- Nye, R. A. (2003):
 "The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century" *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39 (2):115-129.
- Ong et al. (2014):
 Behaviour change and social blinkers? The role of sociology in trials of self-management behaviour in chronic conditions *Sociology of Health & Illness*. 36 (2): 226-238.
- Osborne R. H. et al. (2007):
 The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education Counseling*, 66: 192-201.
- Pallant, J. (2010):
SPSS – Survival Manual. Berkshire: Open University Press. McGraw-Hill Education. 4th Edition.
- Pedersen, I. K. (2010):
 "Michel Foucault" i Andersen, P. T. og Timm, T.: *"Sundhedssociologi: En grundbog"* København: Hans Reitzels Forlag.
- Regeringen (2002):
Sundt hele livet: De nationale mål og strategier for folkesundheden, København: Indenrigs- og sundhedsministeriet.
- Reinbacher, G. S. & Verwohlt, B. (2010):
Kan vi leve længere, hvis vi problematiserer ansvaret for sundhed på en ny måde? En undersøgelse af relationen mellem folkesundhedsprogrammer og middelalderet i et komparativt perspektiv. Aalborg: Paper uden forlag.
- Rose, N. & Miller, P. (1992):
 Political Power Beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology*, 43 (2): 173-205.

- Rose, N. (1999):
Powers of Freedom - Reframing Political Thought. United Kingdom: Cambridge University.
- Rosenlund, L. (1995):
 Korrespondanceanalyse. Dataanalysens magiske øye. *Sociologisk tidsskrift*, 1: 55-78.
- Prieur, A. & Sestoft, C. (2006):
Pierre Bourdieu. En introduktion. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rysst, M. (2010):
 "Healthism" and looking good: Body ideals and body practices in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38: 71-80.
- Tønnesen, H. et al. (2005):
Terminologi: forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 1. udgave. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.
- Siabani, S. et al. (2013):
 Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *SpringerPlus*, 2: 1-14.
- Shore, C. & Wright, S. (1997):
 "Introduction. Policy: A new field of anthropology", in: Shore, C. and S. Wright (eds.): *The Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power*, Abingdon: Routledge.
- Skjøtt-Larsen, J. (2008):
Klasse, Kultur og Politik: Social differentiering i det postindustrielle Aalborg. Ph.d. Afhandling, Aalborg Universitet.
- Siu, A. M. H. et al., (2007):
 Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. *Patient Education and Counseling*, 65 (1): 42-50.
- Storm, I. M. S. (2012):
 Når patientuddannelse øger ulighed i sundhed. *Sygeplejersken* (4): 90-93.
- Sundhedsstyrelsen (1999):
Folkesundhedsprogrammet 1999-2008. Tidsskrifte om forebyggelse. København. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen a (2009):
De fire KRAM-faktorer. Lokaliseret. D. 19.02.16 på:
http://www.si-folkesundhed.dk/upload/resultat_final_bagside_web.pdf
- Sundhedsstyrelsen b (2009):
Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen. Medicinsk Teknologivurdering.
- Sundhedsstyrelsen (2010):
Sundhed og trivsel på arbejdspladsen. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.

- Sundhedsstyrelsen a (2012):
Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. 1. udgave. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen b (2012):
Kvalitetssikring af patientuddannelse. 1. udgave. København: Sundhedsstyrelsen.
- Swerissen, H. et al. (2006)
 A randomised control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. *Patient Education and Counseling*, 64: 360–368.
- Sågren, H. & Hvas, L. (2009):
 Den moderne patient – myte eller kendsgerning? *Månedsskrift for Praktiserende Lægegern*. 87: 389-398.
- Vallgård, S. (2003):
Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige 1930 til i dag. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Vejle kommune (2015):
Beskrivelse af patientuddannelser i Vejle kommune. Udleveret materiale.
- Vesterager, L. et al. (2013):
Forbedret kronikerindsats i Syddjurs Kommune. Djursland: Syddjurs Kommune.
- Vinther-Jensen, K. & Jensen, A. M. S. (2012):
Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser – kvantitativ evaluering. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- Verwohlt, B. (2010):
Kan vi leve længere, hvis vi problematiserer ansvaret for sundhed på en ny måde? En undersøgelse af relationen mellem folkesundhedsprogrammer og middellevetid i et komparativt perspektiv. Aalborg: Paper uden forlag.
- Verwohlt, B. (2013):
Den rygende rEvolution: Interdependent medikalisering mellem stat, borger og epidemiologi. Aalborg: Institut for Kultur og Globale Studier, Aalborg Universitet. SPIRIT Ph.D. Series: (4).
- Warsi, A. et al., (2004):
 Self-management Education Programs in Chronic Disease. *Archive of Internal Medicine*, 164: 1641–1649.
- Weingarten, S.R. et al., (2007):
 Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness- which ones work? Meta-analysis of published reports. *British Medical Journal*, 325: 1-8.
- Wittrup, I. et. al. (2013):
MoEva – monitorering og evaluering af patientuddannelser. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetssikring.

WHO (1948):

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health conference. New York: Official Records of the World Health Organization, no. 2.

WHO (2005):

Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective. World Health Organization.

WHO (2009):

The European Health Report 2009: Health and health systems, World Health Organization, European Office.

Zakrisson, A.-B., Theander, K., & Anderzén-Carlsson, A. (2014):

How life turned out one year after attending a multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme in primary health care. *Primary Health Care Research & Development*, 15 (3): 302–11.

Bilagsoversigt

Bilag A: Systematisk litteraturstudie – Del 1

Bilag B: HeiQ-spørgsmål

Bilag C: Køn som supplementær variabel

Bilag D: Datasæt (CD)

Bilag E: SPSS – Syntax (CD)

Bilag F: SPSS Output - Idealtyper og univariat analyse (CD)

Bilag G: SPAD – Korrespondanceanalyse (CD)

Bilag H: Transskription af ekspertfokusgruppeinterview (CD)

Bilag I: SPAD – Klyngeanalyse (CD)

Bilag J: SPSS Output - Logistisk regression (CD)

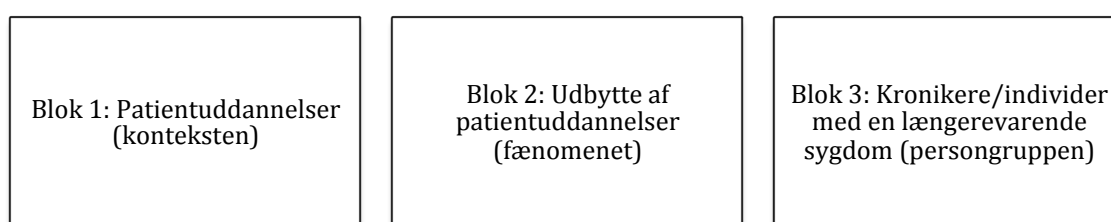
Bilag K: Systematisk litteraturstudie – Del 2 (CD)

Bilag L: MoEva-manual (CD)

Bilag A - Systematisk litteratursøgning – del 1

Litteratursøgningsstudiet er rettet mod at finde empiriske studier inden for patientuddannelser og herunder hvorledes udbyttet af disse er blevet belyst tidligere; specielt i forhold til patienter med diabetes og KOL samt deltagere med hjertesygdomme og svært overvægtige. Med udgangspunkt i dette, er inklusionskriterierne i litteratursøgningen for relevant litteratur udformet med afsæt i problemformuleringen jf. kapitel 3. Bloksøgning har dannet udgangspunktet for litteratursøgningen, hvor der ud fra problemformuleringen er dannet tre blokke til at beskrive henholdsvis konteksten, det sociale fænomen samt persongruppen:

Figur 1: Litteraturstudiets tre blokke



De tre kernelementer har virket retningsgivende for den fremadrettede litteratursøgning, men litteraturen har dog ikke skulle indeholde alle blokke for at være relevant. Der har ikke været anvendt inklusions- og eksklusionskriterier i forhold til tidsperiode eller årstal, da fænomenet og konteksten anses som værende af nyere karakter. Inklusionskriterierne har været følgende:

- Bøger og videnskabelige artikler
- Studier og teoretiske diskussioner
- Dansk og nordisk litteratur har været ønsket
- Begreber i relation til patientuddannelser i forbindelse med sundhed og kronikere

Databaser

Patientuddannelser begribes ud fra den bio-psykosociale sygdomsmodel, hvorfor der anlægges et medicinsk, sociologisk perspektiv på sundhed og sundhedsfremme i form af individers håndtering af en sygdomsramt hverdag. Det synes derfor særligt relevant at søge litteratur via medicinske såvel som sociologiske databaser. I denne forbindelse er den internationale medicinske database PubMed anvendt, som dækker emner indenfor medicin, sygepleje og sundhedsvæsenet. Databasen Sociological Abstracts, der indekserer international sociologisk litteratur samt relaterede discipliner i de sociale og adfærdsmæssige videnskaber, er yderligere anvendt. Der er derudover søgt i SCOPUS, som både er en artikelbase og et citationsindeks, der blandt andet dækker sundheds- og samfundsvidenskab, mens der ligeledes er søgt i ProQuest, som søger i 38

databaser på tværs af fagdiscipliner. Google Scholar er desuden anvendt til supplerende friso-
gning.

Søgeord

Med udgangspunkt i ovenforstående tre blokke og de definerede inklusions- og eksklusionskri-
terier, er relevante søgeord udvalgt. I litteratursøgningen er der blevet anvendt henholdsvis fri-
tekst samt kontrollerede emneord. Alle søgeord og kontrollerede emneord er blevet oversat til
engelsk. Mellem hvert søgeord er der blevet anvendt booleske operationer såsom "AND" og
"OR". Foruden booleske operatører er der blevet anvendt trunkering ved søgeord for at sikre, at
flere variationer af det pågældende term er blevet inkluderet på alle tænkelige endelser. Neden-
stående tabel illustrerer de søgeord, der er fundet relevante for specialets problemformulering.

Tabel 1. Udvalgte søgeord

Konteksten: Patientuddannelser	Fænomenet: Udbytte af patientuddannelser	Persongruppen: Kronikere/individer med en længerevarende sygdom
CDSMP	Empower*	Chronic disorder
Patient educat*	Self efficacy	Chronic illness
Patient school*	Self care	Chronic patients
Chronic care model*	Coping	Chronic*
Self-management program*	Self manag*	Diabetes
	Health	Heart disease/illness
	Outcome*	Obesity
		Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Søgeordene er blevet anvendt i alle relevante kombinationer på tværs af databaserne. Der er
først søgt på hver enkel blok for at opnå brede søgninger til en forståelse af feltet, hvorefter alle
tre blokke er blevet inddraget i samlede søgninger for at indsnævre søgningen til specialets
problemformulering. Eksempler på søgestrengene fra Sociological Abstracts og antal resultater:

1. Self-management program* = 159
2. Patient educat* = 2026
3. Self-management program* AND Empower* = 16
4. Patient educat* AND self-mange* = 28
5. Self-management program* AND Empower* AND Diabetes = 2
6. Patient educat* AND self-efficacy AND Chronic* = 8

Samme søgestrengte anvendt i PubMed og antal resultater:

1. Self-management program* = 1116
2. Patient educat* = 85673
3. Self-management program* AND Empower* = 48
4. Patient educat* AND self-mange* = 13565
5. Self-management program* AND Empower* AND Diabetes = 15
6. Patient educat* AND self-efficacy AND Chronic* = 2288

Artikler der er fundet interessante ud fra søgeordene, er blevet lagret, hvor sortering og udvælgelse af litteratur er sket på baggrund af relevans og gyldighed. Sorteringen er baseret på en selektionsmetode på baggrund af litteraturens overskrift eller titel. Hvis artiklen har vakt interesse, er abstractet blevet læst og vurderet. Hvis den pågældende litteratur er vurderet gyldig og relevant for projektet, er indholdet i artiklen blevet læst og gennemgået for at uddrage essensen. Der er udvalgt 56 artikler til gennemlæsning, hvorudfra 26 er udvalgt som de mest relevante for specialets kontekst jf. Bilag K.

Bilag B - HeiQ-spørgsmål

Positiv livsindstilling

De fleste af ugens dage gør jeg noget, som jeg virkelig godt kan lide
De fleste dage gør jeg noget, som jeg virkelig godt kan lide
Jeg forsøger at få det bedste ud af mit liv
Jeg foretager mig interessante ting i mit liv
Jeg planlægger inden for de nærmeste dage, at gøre noget for mig selv, som jeg godt kan lide
Jeg synes selv, jeg er aktivt involveret i livet

Sundhedsorienteret adfærd

Jeg laver mindst én slags fysisk aktivitet i mindst 30 min. hver dag
De fleste af ugens dage afsætter jeg tid til at gøre noget for min sundhed
For at få motion går jeg en tur på mindst 15 min. de fleste af ugens dage

Sundhedsorienterede kompetencer

Jeg har kompetencer til at undgå, at mine helbredsproblemer begrænser, hvad jeg kan gøre med mit liv
Jeg har en ret god fornemmelse for, hvordan jeg tackler mine helbredsproblemer
Når jeg har helbredsproblemer, så har jeg kompetencer der sætter mig i stand til at håndtere dem
Jeg har et godt kendskab til, hvilke hjælpemidler der kan gøre mit liv lettere

Konstruktiv indstilling

Jeg prøver på ikke at lade mine helbredsproblemer forhindre mig i at nyde livet
Mine helbredsproblemer ødelægger ikke mit liv
Jeg synes selv, jeg har et rigtig godt liv, også når jeg har helbredsproblemer
Jeg lader mig ikke styre af mine helbredsproblemer
Hvis andre kan håndtere problemer som mine, så kan jeg også

Håndtering og selvindsigt

Ud over lægebesøg, tjekker jeg selv regelmæssigt, om der er ændringer i min helbredstilstand
Jeg ved, hvad der udløser mine helbredsproblemer og gør dem værre
Jeg har et rigtig godt kendskab til, hvornår og hvorfor jeg bør tage min medicin
Når jeg har helbredsproblemer, har jeg et rigtig godt kendskab til, hvad jeg skal gøre for at få dem under kontrol
Jeg holder nøje øje med mit helbred og gør hvad der skal til for, at min sundhedstilstand forbliver så god som muligt
Jeg har realistiske forventninger til, hvad jeg kan og ikke kan mit helbred taget i betragtning

Relation til sundhedspersonale

Jeg har et meget positivt forhold til det sundhedspersonale, jeg har kontakt til
Jeg er meget tryk ved at tale med min læge om mine behandlingsbehov
Jeg er tryk ved at give sundhedspersonalet de informationer, som er nødvendige for at hjælpe mig
Jeg får dækket mine behov gennem eksisterende sundhedstilbud
Jeg indgår i et samarbejde med min læge og andet sundhedspersonale

Social støtte

Hvis jeg har brug for hjælp, er der flere, jeg kan regne med
Jeg har venner, som kan hjælpe mig med at håndtere mine helbredsproblemer
Når jeg føler mig syg, forstår min familie og andre omkring mig virkelig, hvad jeg går igennem
I det store hele føler jeg, at mine venner og familie tager sig godt af mig
Jeg har muligheder nok, hvor jeg kan tale om mine helbredsproblemer med folk, som forstår

Følelsesmæssig tilstand

Jeg bekymrer mig ofte om mit helbred

Mine helbredsproblemer gør mig meget utilfreds med mit liv

Jeg føler ofte vrede, når jeg tænker på mit helbred

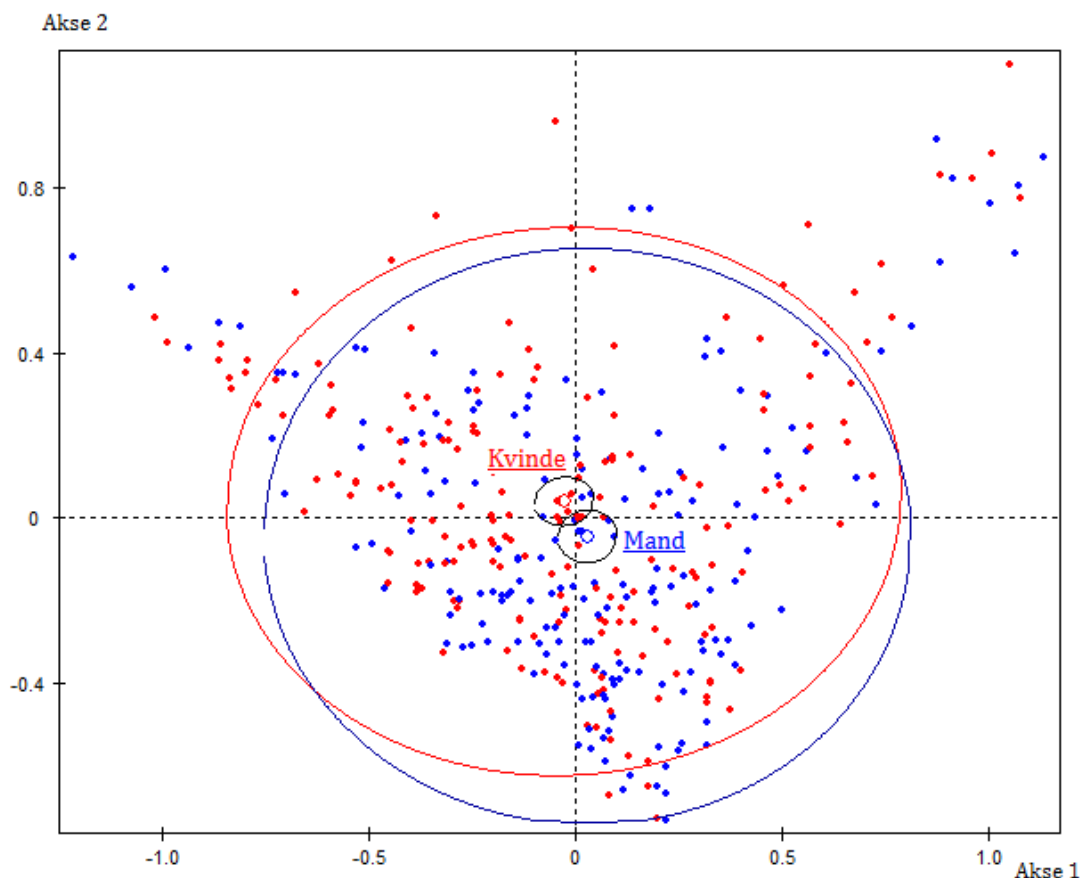
Jeg har en følelse af håbløshed på grund af mine helbredsproblemer

Jeg bliver foruroliget, når jeg tænker på mit helbred

Hvis jeg tænker på mit helbred, bliver jeg deprimeret

Bilag C – Køn som supplementærvariabel

Figur 1. Flade 1-2. Køn inddraget som supplementærvariabel



Det fremgår af ovenstående figur, at køn ikke har betydning for, om deltagerne oplever fremgang overfor tilbagegang eller stilstand overfor forandring på mestringsparametrene som udbytte af sundhedskurserne, idet begge modaliteter er centreret om midten med en snæver afstand. Dette underbygges af de indtegnede koncentrationsellipser, der er et deskriptivt værktøj, som illustrerer, hvor flertallet af individerne, der hører under en bestemt gruppe (her mand eller kvinde), placerer sig i fladen. Hvis individerne er jævnt fordel om gennemsnittet, vil koncentrationsellipserne være cirkelformede, som er tilfældet i ovenstående. Køns manglende betydning understøttes ligeledes af de indtegnede konfidensellipser. Konfidensellipser⁶⁷ er et mål for, om supplementærpunkterne reelt er forskellige fra hinanden og angiver det område, hvor inden for det med 95% sikkerhed kan udledes, at barycentret for punktet af individer er placeret. Overlapper konfidensellipserne, betyder det, at der ikke med sikkerhed er signifikant forskel mellem punkternes barycenter, hvorfor det ikke kan konkluderes, at forskellen mellem supplementærpunkterne ikke skyldes tilfældigheder. (Hansen, 2009:214f) Idet konfidensellipserne for mænd og kvinder overlapper hinanden, er køn således ikke en strukturerende faktor for de forskelle, der kan observeres langs første og anden akse. Dette bekræfter et tidligere studie, hvor

⁶⁷ Koncentrations- og konfidensellipser anvendes ikke i korrespondanceanalysen, idet sigtet med denne er en deskriptiv fortolkning af analysens resultater, mens de logistiske regressioner supplerer med signifikanstests.

det konkluderes, at køn ikke har betydning for kroniske syge patienters deltagelse i patientuddannelsesforløb (Dattalo et al., 2012:1074), mens det yderligere er konkluderet, at variable som køn ikke er blevet tilstrækkeligt undersøgt, hvorfor der kun findes få og modstridende resultater herfor (Siabani, 2013:12). Der synes således ikke at være evidens for køns betydning for udbyttet af patientuddannelser, men idet ønsket ikke er at generalisere specialets fund til en bredere kontekst, konkluderes det blot, at køn ikke synes at være en forklarende faktor for udbyttet langs de to første akser.