



# Sundhedskommunikation med baggrund i forskellige sundheds- og trivselopfattelser

Speciale i kommunikation om sundhedsprofessionelles og  
patienters opfattelser af sundhed og trivsel ved type 2 diabetes

Philip Andreas Arpe Klepke og Marianne Lang Mignon  
Vejleder: Thomas Borchmann



**AALBORG UNIVERSITY**  
STUDENT REPORT

**Aalborg Universitet**  
**Kommunikation og**  
**Digitale Medier**  
Rendsburggade 14  
9000 Aalborg

**Uddannelse:** Kandidat i Kommunikation

**Projekt:** Specialeafhandling, 10. semester

**Titel:** Sundhedskommunikation med baggrund i forskellige sundheds- og trivselsopfattelser.  
Speciale i kommunikation om sundhedsprofessionelles og patienters opfattelser af sundhed og trivsel ved type 2 diabetes

**Afleveringsdato:** 24. maj 2017

**Studerende:**

---

Philip Andreas Arpe Klepke

---

Marianne Lang Mignon

**Vejleder:** Thomas Borchmann

**Antal anslag:** 331.856

**Normalsider:** 138 sider

## FORORD

Dette speciale er skrevet i det forsømte forår 2017. Det tager udgangspunkt i sundheds- og trivselsopfattelser for type 2 diabetikere og sundhedsprofessionelle med henblik på at opkvalificere sundhedskommunikationen på diabetesfeltet. Ved hjælp af individuelle interviews og et fokusgruppeinterview har syv diabetikere og fem sygeplejersker bidraget til at gøre os klogere på deres forskellige virkeligheder.

Specielearbejdet har undervejs været langsommeligt, fornøjeligt, dybt spændende, inspirerende og frustrerende. Sådan skal det nok være.

Vi vil gerne benytte forordet til at rette en tak til vores vejleder Thomas Borchmann for præcis, konstruktiv og kritisk vejledning gennem specialeperioden. Derudover vil vi gerne rette en særlig tak til de syv diabetikere, som har lukket os ind i deres hjem og vist os verden fra deres perspektiv. Vi vil naturligvis også rette en stor tak til den gruppe af sygeplejersker, som blev på arbejdspladsen en onsdag efter fyraften. Her delte de deres erfaringer og viden om diabetesområdet med os og bidrog dermed med en uundværlig sundhedsfaglig vinkel. Afslutningsvis vil vi gerne rette en tak til vore respektive nærmeste, som har holdt os ud og stået os bi. Vi har været frygtelige. Vi ved det.

## ABSTRACT

An increasing amount of people in the Danish society are diagnosed with type 2 diabetes (sundhed.dk; diabetes.dk). At the same time, studies suggest a relationship between bad well-being and type 2 diabetes (Johnson et. al., 2016). In this light, it is in the interest of the both the Danish society and the diabetics to investigate how diabetics and health-care professionals view health and well-being in order to find appropriate communications solutions, which can contribute to the health and well-being of diabetics.

In this thesis, we explore the views or perceptions *health* and *well-being* among type 2 diabetics and health-care professionals through semi-structured interviews and a focusgroupinterview, respectively. By using a qualitative content analysis, we seek to identify different of *health* and *well-being* among both diabetics and health-care professionals and compare them not only to their own group, but also to each other. We take a Bourdieu inspired approach, because we consider the perceptions of the participants to be more than substantialistic in nature. Rather their perceptions should be seen as a product of a system of relations.

Our results are a wide array of perceptions on health among both diabetics and health-care professionals ranging from *medical-biological health*-perception, which refers to the perception of health in medical terms often expressed through numbers all the way to *relative health* perception, which refers to the perception of health being an individual phenomenon, that should be treated accordingly in terms of health-care assistance. Both the diabetics and the health-care professionals also display a wide array of perceptions of well-being ranging from well-being in *community* to well-being in *ease* and *feeling good about oneself*.

Based on our findings we have created a set of communication proposals for health-care professionals in their work with diabetics to increase health and well-being. Each of which consists of a description the problem, which aims to equip the health-care professional with insights. A communications solution, which aims to equip the health-care professional with insight and inspiration as to what can be done in order to resolve the problem. Finally, we have presented elements, which can be used in the communications solutions or at the very least serve as inspiration or example, if the health-care professionals deem other methods more appropriate.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1. OM SPECIALET</b> .....	1
Indledning .....	1
Problemformulering.....	2
Begrundelse for valg af specialets undersøgelsesfelt .....	2
Projektets fremgangsmåde .....	3
Indplacering under studieordning for kommunikation .....	3
Videnskabsteoretisk afsæt .....	4
Læsevejledning .....	5
<b>2. SUNDHEDSPERSPEKTIVER</b> .....	7
Sundhedskommunikation og betydningen af sundhedsperspektiver .....	7
Sundhed i et medicinsk-biologisk perspektiv .....	8
Sundhed i et sundhedspolitisk perspektiv .....	9
Sundhed i lægmandsperspektiver .....	11
Sundhed i et relativt perspektiv .....	13
Sundhed i et livsstilsrelateret perspektiv .....	14
Sundhed i et mentalt perspektiv .....	16
Sundhed i et socialt ulighedsperspektiv .....	18
De forskellige sundhedsperspektiver .....	20
<b>3. TYPE 2 DIABETES, SUNDHED OG TRIVSEL</b> .....	22
Type 2 diabetes .....	22
Forskning i diabetes og fysisk og mental sundhed.....	25
<b>4. PIERRE BOURDIEUS REFLEKSIVE SOCIOLOGI</b> .....	29
Pierre Bourdieus relevans for sundhedsområdet .....	29
Bourdieu's tilgang: konstruktivistisk strukturalisme / strukturalistisk konstruktivisme .....	29
Det sociale rum .....	30

Habitus .....	31
Felt og kapital .....	32
Sundhedsforskning med en Bourdieu inspireret tilgang .....	34
<b>5. UNDERSØGELSESDSIGN</b> .....	37
Desk research .....	37
Valg af deltagere .....	37
Dataindsamlingsmetoder .....	39
Individuelle kvalitative interviews (A) .....	39
Fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle (B) .....	43
Analyse af undersøgelsens data .....	47
Analysestrategi for forskningsinterviews .....	48
Kvalitativ indholdsanalyse – metode .....	48
Nvivo .....	51
Kodning af meningsenheder i analysetrin 1 .....	51
Kodning af meningsenheder i analysetrin 2 .....	52
Etiske overvejelser .....	53
<b>6. ANALYSETRIN 1 - DIABETIKERNE</b> .....	55
De syv informanter .....	55
Resultater fra analysen af diabetikerinterviews .....	59
Diabetikerne om sundhed .....	59
Diabetikerne om sygdom .....	70
Diabetikerne om trivsel .....	74
Sammenfatning af analysen af diabetikernes forståelser .....	84
<b>7. ANALYSETRIN 2 - SYGEPLEJERSKERNE</b> .....	86
Deltagerne i fokusgruppen .....	86
Sygeplejerskerne om sundhed .....	87
Sygeplejerskerne om sygdom .....	95
Sygeplejerskerne om trivsel .....	100
Sammenfatning af analysen af sundheds- personalets forståelser .....	104

<b>8. TVÆRGÅENDE ANALYSERESULTATER</b> .....	106
Mønstre i sundhedsperspektiver.....	106
Mønstre i sygdomsbegrundelser.....	111
Mønstre i trivselsopfattelser.....	113
Et feltteoretisk blik på analysen.....	114
<b>9. OPKVALIFICERING AF KOMMUNIKATIONEN</b> .....	119
Et tæt pakket informationslandskab.....	119
Viden er ikke lig med accept.....	120
De blinde vinkler .....	120
Kommunikationsforslag.....	121
<b>10. DISKUSSION</b> .....	124
<b>11. KONKLUSION</b> .....	128
Litteratur .....	129

# 1. Om specialet

I specialets indledende kapitel redegøres der for problemfelt, problemformulering, begrundelse for valg af specialets særlige undersøgelsesfelt samt fremgangsmåden til indløsning af problemformuleringen. Dernæst følger indplacering af specialet i forhold til fagets studieordning og angivelse af specialets videnskabsteoretiske afsæt. Kapitlet afsluttes med en læsevejledning for rapporten.

## INDLEDNING

Type 2 diabetes er en af de mest udbredte livsstilssygdomme i Danmark med ca. 250.000 ramte. Antallet er fordoblet på 10 år og Diabetesforeningen estimerer, at yderligere 750.000 danskere er i fare for at udvikle type 2 diabetes på baggrund af u hensigtsmæssig livsstil (sundhed.dk; diabetes.dk). Der bruges omfattende samfundsressourcer på rådgivning, behandling og rehabilitering af patienter med type 2 diabetes for at sikre disses sundhed og trivsel og undgå følgesygdomme, og også en mængde ressourcer i bestræbelser på at motivere danskerne til at leve sundere, så de helt undgår livsstilssygdomme.

Kommunikation er en integreret del af sundhedsfeltet og dermed også diabetesområdet. God kommunikation er omdrejningspunkt for patientkontakten hos den praktiserende læge, på sygehuset, hos speciallæger, hos diætisten, hos fysioterapeuten, på det kommunale diabeteskursus, hos diabetesforeningen og mange andre aktører. Sideløbende med den personlige kontakt udgives der naturligvis masser af kommunikationsprodukter i form af pjecer, kampagner, kogebøger, kostplaner og informationsmaterialer, som kan findes på nettet til læsning og download. Tilsyneladende er det ikke nok. Meget tyder på, at store dele af kommunikationen enten ikke når hverken risikogrupper eller målgruppen af diabetikere eller ikke har den ønskede effekt på sundhedsadfærd og diabetikernes trivsel. Type 2 diabetikere har ofte andre livsstilsrelaterede sygdomme i tillæg til diabetes. De har dobbelt så mange hospitalskontakter som andre og en overdødelighed på ca. 57%<sup>1</sup> (Sundhedsstyrelsen, 2010). Både befolkningsundersøgelser og kvalitative studier påviser en sammenhæng mellem mistrivsel og type 2 diabetes (Johnson et. al, 2016; si-folkesundhed.dk; sst.dk). Med andre ord; vi får flere og flere diabetikere og på trods af de massive indsatser på området, er deres sundhed og trivsel dårligere end den gennemsnitlige danskers. Der er derfor et betydeligt samfundsmæssigt grundlag for at beskæftige sig med dette område, når vi taler sundhedskommunikation.

Et omdrejningspunkt i behandlingen af type 2 diabetikere er overladt til den enkelte i form af ændringer i livsstilen. Diabetikere skal leve sundt; dyrke motion, spise sund mad og tabe sig ved overvægt.

---

<sup>1</sup> Overdødelighed på 57% i 2008 (Sundhedsstyrelsen, 2010).



Forskellige grupper af sundhedsprofessionelle er beskæftiget med at rådgive og motivere dem i dette. Men hvad betyder det i praksis at leve sundt? Og hvad betyder det for den enkelte at trives? Og hvordan sikrer vi os, at parterne i denne kommunikationssituation deler den samme opfattelse af, hvad fænomener som sundhed og trivsel betyder og hvad der er livskvalitet og sundhed for den enkelte patient med type 2 diabetes?

Med dette speciale ønsker vi at udarbejde et vidensbidrag til belysning af problematikkerne i forbindelse med type 2 diabetikers nedsatte trivsel og den mulige sammenhæng med sundhedsadfærd i relation til sygdommen. På baggrund af denne opnåede viden er det hensigten at anwise forslag til ændrede kommunikationspraksisser i relation til målgrupper af type 2 diabetikere, sundhedsprofessionelle eller andre aktører på diabetesfeltet.

## PROBLEMFORMULERING

Opstillet som egentlig problemformulering er de to spørgsmål, som specialet søger at besvare henholdsvis:

**Hvilke opfattelser af sundhed og trivsel i relation til sygdommen type 2 diabetes findes hos henholdsvis de deltagende diabetespatienter og gruppen af sundhedsprofessionelle?**

**Hvordan kan kortlægning af disse opfattelser bringes i anvendelse til at opkvalificere kommunikationstiltag på diabetesområdet?**

## BEGRUNDELSE FOR VALG AF SPECIALETS UNDERSØGELSESFELT

Fagligt har valget af specialets emne afsæt i et 8. semesters projekt om mænds liv med diabetes i et praksisteoretisk perspektiv (Klepke, Mølgaard & Mignon, 2016). Dette arbejde havde fokus på mændenes diabetespraksis i et felt af krydsende praksisser af familie, madkultur, tradition og havde et kønnet perspektiv med særlig interesse for mænds sygdomshåndtering. Projektet konkluderede, at der fandtes kommunikationsproblemer i forhold til mændenes kontakt til almen praksis.

Vi har derfor fundet det særligt interessant nu at kunne gå i dybden med at undersøge forståelser af sundhed og trivsel hos sygeplejersker i almen praksis på den ene side og diabetespatienter på den anden med det mål at opnå en større viden om arten af disse forståelser. En viden, som har iboende muligheder for optimering af kommunikationsindsatser på området.

## PROJEKTETS FREMGANGSMÅDE

Forud for vores egne undersøgelser vil vi foretage en teoretisk belysning af området. Dette særligt med henblik på belysning af konkurrerende offentlige, private og sundhedsprofessionelle optikker på fysisk og mental sundhed. Den teoretiske belysning vil indledningsvist omfatte en redegørelse for sundhedsbegrebet i et medicinsk-biologisk perspektiv, et sundhedspolitisk perspektiv, et lægmandsperspektiv, et relativt perspektiv, et livsstilsrelateret perspektiv, et mentalt perspektiv og et politisk ulighedsperspektiv.

Dernæst vil vi stille ind i forhold til sygdommen type 2 diabetes og diabetesfeltet, herunder en orientering i kendte trivselsproblematikker og sundhedsmyndighedernes tiltag til afhjælpning af disse. Desuden præsenteres et udsnit af eksisterende forskning i form af case-studier fra sundhedsfeltet vedrørende type 2 diabetes og problematikker med kronisk sygdom.

Vi har fundet det relevant at inddrage Pierre Bourdieus feltteori med begreberne habitus, kapitaler og felt som en sociologisk forståelsesramme i undersøgelsen. Dette sociologiske blik indbefatter, at diabetes ikke udelukkende betragtes som en sygdom, der er afstedkommet af det enkelte menneskes idiosynkratiske præferencer og livsstil. Nærmere ses livsstilen og sygdommen som en syntese af egne erfaringer – mentalt eksplicite og kropsliggjort implicite – samt de relationer, felter og strukturer, som påvirker det enkelte menneske.

Problemformuleringens spørgsmål om opfattelser af sundheds og trivsel hos henholdsvis de medvirkende diabetikere og en gruppe af sundhedsprofessionelle søges besvaret gennem en undersøgelse af empiriske data fra to typer af informanter. Empirien består af syv individuelle kvalitative interviews med diabetespatienter samt et fokusgruppeinterview med fem sygeplejersker fra en lægepraksis i Aalborg Øst. Analysen af den indhentede empiri og informanternes sundhedsopfattelser falder i flere analysetrin med det formål at kortlægge meningsindhold, mønstre, ligheder og forskelle i begge grupper samt varianser på tværs af grupperne, samt at relatere disse til den sociologiske forståelsesramme. Den valgte analysemetode er kvalitativ indholdsanalyse.

Resultaterne af den empiriske undersøgelse udmøntes i retningsangivelser til opkvalificering af sundhedskommunikation på diabetesområdet, enten i form af tiltag indenfor folkesundhedsområdet eller målrettede indsatser i forhold til patienter eller sundhedsprofessionelle.

## INDPLACERING UNDER STUDIEORDNING FOR KOMMUNIKATION

Specialet falder under studieordningens §27 – kandidatspecialet. Specialet analyserer meningsindhold og mønstre hos henholdsvis patienter med type 2 diabetes og sundhedsprofessionelle på området med henblik på at skabe kommunikationsløsninger, som tager højde for diabetikernes egen forståelse

af sundhed og trivsel i forbindelse med sygdommen. Specialet inddrager teori og forskningslitteratur på området, som indikerer sammenhænge mellem sundhed, trivsel og type 2 diabetes. Undersøgelsen tilrettelægges ved hjælp af forskellige interviewformer, individuelle kvalitative interviews og fokusgruppinterview, og kvalitativ indholdsanalyse afdækker de forståelseskategorier, der er på spil i de to empiriske grupper. I overensstemmelse med studieordningen tager indeværende speciale udgangspunkt i eksisterende forskning, samt redegør for og gennemfører en systematisk undersøgelse med henblik på at generere viden til optimering af en fremtidig kommunikationsindsats på området. Undervejs reflekteres over egen rolle og metodiske og teoretiske valg og fravalg identificeres og begrundes.

## VIDENSKABSTEORETISK AFSÆT

Specialets videnskabsteoretiske afsæt er *strukturalistisk konstruktivisme*. Dette med inspiration fra Pierre Bourdieu, som vi bringer i anvendelse som specialets valgte sociologiske blik på undersøgelsesfeltet. Strukturalistisk konstruktivisme er Bourdieus eget forsøg på at samtænke subjektivismen og objektivisme. Konstruktivismen udgør det subjektivistiske blik, som giver adgang til de betydninger, opfattelses- og handlemønstre, som er af betydning for opnåelse af ny viden på undersøgelsesområdet. Dette subjektivistiske blik udgør imidlertid kun det ene ben i forståelsen af, hvad der er på spil i feltet. Det andet ben udgøres af det objektivistiske i form af de sociale systemer og objektive strukturer, som eksisterer uafhængigt af den enkeltes bevidsthed, men er formende for denne.

En uddybning af de videnskabsteoretiske elementer samt en grundig introduktion til Pierre Bourdieus position og relevans for sundhedsfeltet og dette speciale findes i kapitel 4.

## LÆSEVEJLEDNING

I kapitel 2, **Sundhed og sundhedsbegreber** introduceres til et bredt udsnit af sundhedsperspektiver, som anvendes indenfor sundhedsvæsen og sundhedskommunikation. Flere af disse aktualiseres og trækkes på i specialets egen empiriske undersøgelse.

Kapitel 3, **Type 2 diabetes, sundhed og trivsel** redegør for sygdommen type 2 diabetes, kommunikation på området og diabetikers mentale sundhed. Desuden inddrages relevant forskning om diabetikers fysiske og mentale sundhed.

Kapitel 4 introducerer til **Pierre Bourdieus refleksive sociologi**, som specialets valgte sociologiske teori, Bourdieus relevans for sundhedsfeltet og de centrale teoretiske elementer. Kapitlet suppleres med emnerelevant sundhedsforskning, som bygger på Pierre Bourdieus teoretiske arbejder.

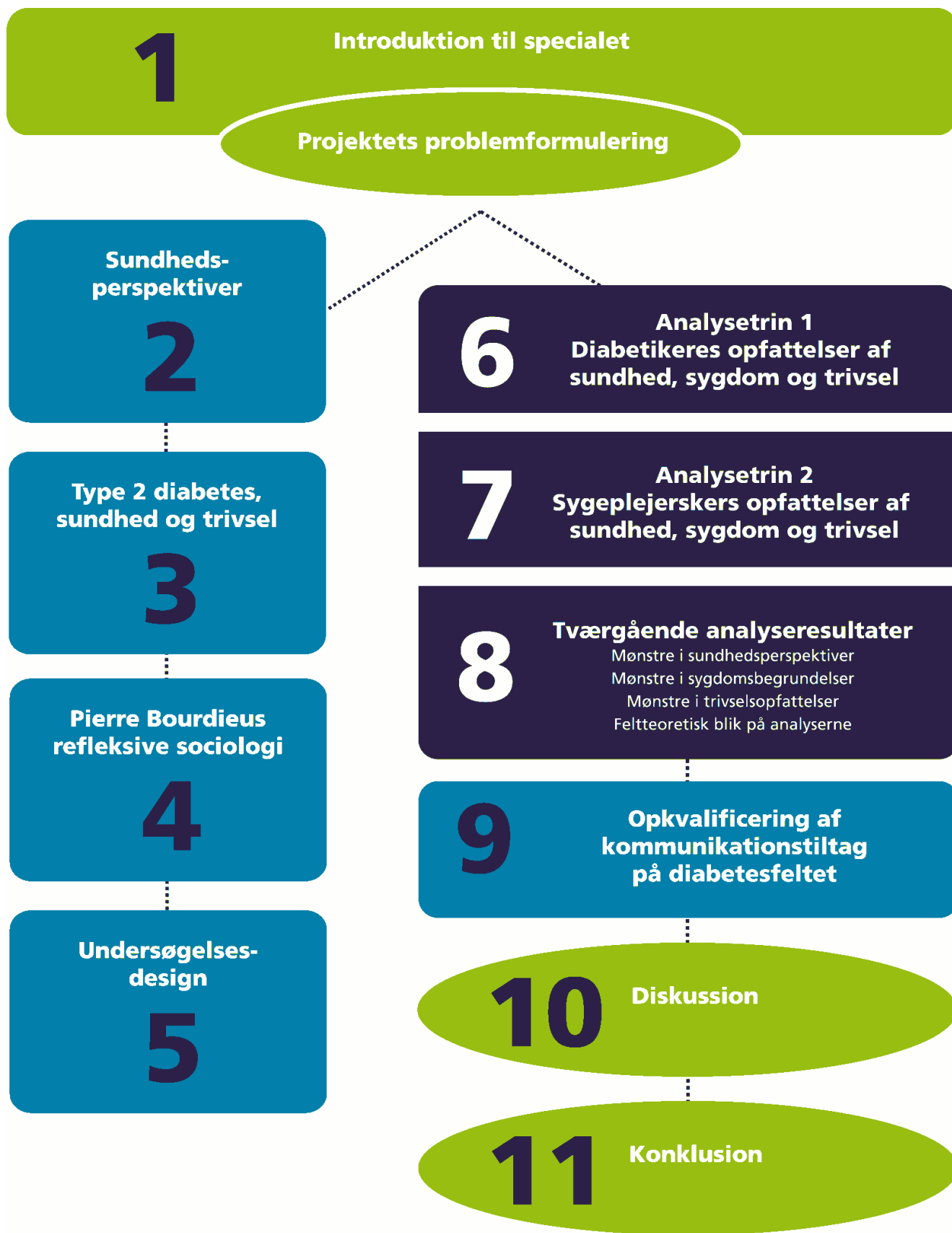
Kapitel 5, **Undersøgelhedsdesign** indeholder metodiske overvejelser om desk research, valg af deltagere, dataindsamling i form af kvalitative interviews og fokusgruppeinterview, databehandling i form af kvalitativ indholdsanalyse og etiske overvejelser.

Kapitel 6 og 7 indeholder specialets **Analyser**. Først analysetrin 1 i kapitel 6 med en tværgående gennemgang af analyseresultaterne i de syv individuelle kvalitative interviews med diabetespatienter. Dernæst i kapitel 7 en gennemgang af analysetrin 2 med en gennemgang af analyseresultaterne for fokusgruppeinterviewet med gruppen af sygeplejersker.

Kapitel 8, **Tværgående analyseresultater** er diskussion af analysernes tværgående mønstre med forskelle og ligheder. Analysernes fund relateres til teori, eksisterende forskning samt kontekstualiseres sociologisk i den bourdieuske optik.

I kapitel 9, **Kommunikationstiltag** opridses, hvordan de forskellige fund fra analysen kan danne grundlag for eller inspiration til ændre tiltag for kommunikationen i diabetesfeltet.

Kapitel 10 er en samlet **Diskussion** af specialearbejdets forløb, valg og resultater og følges af en **Konklusion** på arbejdet i kapitel 11.



## 2. Sundhedsperspektiver

Dette kapitel præsenterer nogle overordnede sundhedsperspektiver og udgør en referenceramme for specialets egne kvalitative undersøgelser. Fra et afsæt i sundhedskommunikation belyses fænomenet sundhed i et medicinsk-biologisk perspektiv, et sundhedspolitisk perspektiv, et lægmandsperspektiv, et relativt perspektiv, et livsstilsrelateret perspektiv, et mentalt perspektiv og endelig et politisk ulighedsperspektiv.

### SUNDHEDSKOMMUNIKATION OG BETYDNINGEN AF SUNDHEDSPERSPEKTIVER

Sundhedskommunikation er en samlebetegnelse for mange forskellige kommunikationsdiscipliner. Samtaler mellem patient og læge eller sygeplejerske i almen praksis er sundhedskommunikation. Det samme gælder intern fagrelateret kommunikation mellem sundhedsfaglige personalegrupper, patientvejledning hos diætister, holdundervisning for kronikere på det kommunale rehabiliteringskursus, oplysninger på indlægssedlerne i medicinpakker og kampagner om livsstilsændringer fra Sundhedsstyrelsen m.v. Med afsæt i ønsket om at levere viden til opkvalificering af professionel sundhedskommunikation, betragter vi i resten af kapitlet fænomenet sundhed ved hjælp af nogle forskellige perspektiver, som indikerer bestemte betydninger af sundhed hos både sundhedsmyndigheder, sundhedsprofessionelle og patienter.

Svend Brinkmann betegner sundhed som samfundets superdiskurs, som vi alle er påvirkede af og forholder os til. Denne superdiskurs fylder medierne med emner som opdagelse af nye gener, sygefraværets indflydelse på BNP og risikofaktorer for udvikling af forskellige sygdomme. Sundhedsdiskursen bruges, ifølge ham, til at skelne mellem sunde og usunde borgere på henholdsvis A-holdet og B-holdet. Sundhed opfattes ikke længere som et middel til at kunne leve et godt liv. Sundhed *er* det gode liv i sig selv. (Brinkmann, 2010, s. 18).

Gennemgangen af de efterfølgende perspektiver på betydningen af sundhed, sker ud fra en antagelse om, at forskellige sundhedsperspektiver hos parterne i en kommunikationssituation kan lede til misforståelser og påvirke kvaliteten af kommunikationen negativt, når parterne taler forbi hinanden. Sundhedsbegreber er et emne, som fylder adskillige hylde-meter i litteraturen og er genstand for stadi-gede diskussioner. Vi vil i de følgende afsnit begrænse os til at skitsere hovedtræk i nogle af de mest gængse sundhedsperspektiver.

## SUNDHED I ET MEDICINSK-BIOLOGISK PERSPEKTIV

Det medicinske sundhedsperspektiv har traditionelt defineret sundhed negativt - som fravær af sygdom; altså sundhed i betydningen *rask* (Bury, 2007). Rask er man før sygdom opstår, eller når sygdommen regnes for helbredt. Dette perspektiv har tendens til at tænke i årsager til sygdom og sundhed (Otto, 2005).

Det medicinsk-biologiske perspektiv på sundhed og sygdom kendes også som fundamentalistisk eller som 'apparatfejl-modellen' (Otto, 2005, Wackerhausen, 2005). Læger leder efter årsager til sygdom og derved handlemuligheder i form af behandling. Denne tankegang har dog aldrig styret alene, da risikofaktorer for udvikling af sygdom også har hjemme i strukturelle forhold og menneskers sociale liv. Disse risikofaktorer, som truer borgerne og deres sundhed, er i princippet næsten uendelige (Otto, 2005).

Den medicinske model med diagnosticering går i udgangspunktet ud på at finde kausale sammenhænge mellem symptomer og deres grundlæggende årsag – selve sygdommen. Dette medicinske blik er i sin essens individorienteret med sit snævre fokus på kroppens indre funktioner og har været dominerende indenfor lægevidenskabelig forskning siden omkring 1920 (Bury, 2007, Foucault, 1973). Lægeprofessionen fik fra det tidspunkt, med denne medicinske model, magt og autonomi til egenrådigt at diagnosticere, afgøre og tilrettevise patienten om dennes sygdom og sundhed (Bury, 2007).

Gennem de seneste ca. 20 år har billedet af den enerådige lægestand dog ændret sig i retning af en erkendelse af, at mange sygdomme er komplekse med multiple faktorer, som har indflydelse på patientens helbred. Ofte er det ikke muligt at afdække en specifik årsag til diagnosticerede sygdomme. Tilgangen til sundhed og sygdom er fremdeles individorienteret – men nu i en større grad af samarbejde med patienterne (Bury, 2007). Sideløbende med denne tendens er der opstået et nyt fokus på biologiske forklaringsmodeller i form af genforskning med henblik på at påvise mulige sammenhænge mellem gener og endnu ikke opstået sygdom (Larsen & Hansen, 2014). I disse år findes gener, som disponerer for fx brystkræft, alkoholisme og fedme.

Mange undersøgelser viser, at de biologisk og medicinsk formulerede termer genfindes i mange almindelige menneskers sundhedsdefinitioner (Wackerhausen, 2005). Eksempler på dette relateret til specialets emne kan være, når overvægtige forholder sig til deres BMI (Body Mass Index), kolesteroltal, blodtryk, kostvalg og motionsvaner i forbindelse med egne definitioner af sundhed. Problemet med disse tilsyneladende objektivistiske termer er dog, at også disse er resultatet af en forhandlet diskurs, som så alligevel ikke er universel og absolut (Wackerhausen, 2005). Bruger vi fedme som et eksempel på det tilsyneladende objektivistiske, kan det hurtigt afvises, at fedme i alle kulturer og til alle tider vurderes ens. At definere fedme i forhold til et tal, udtrykt som BMI, ændrer ikke på dette.

## SUNDHED I ET SUNDHEDSPOLITISK PERSPEKTIV

Sygehusvæsenet har måttet omstille sig til et sundhedsvæsen i takt med, at kroniske sygdomme fylder mere end akutte. Danskerne indlægges i stigende omfang med sygdomme relateret til livsstil og alder (Otto, 2005). Det sundhedspolitiske perspektiv, kendt under navnet *Folkesundhed* fokuserer på befolkningens samlede sundhed og registrerer sygdom og sundhed i samfundet på baggrund af tal som dødelighed, levealder, sygelighed og funktionsnedsættelse. Talmaterialet danner baggrund for sundhedspolitik om valg af indsatsområder. Særligt de industrialiserede lande har tradition for at beskæftige sig med tal for folkesundhed. En særlig gren af lægevidenskaben – epidemiologien – arbejder med dette område (Bury, 2007). Tilsvarende er tendensen, at der indenfor sundhedspolitik er forkærlighed for evidensbaseret forskning i form af indsamlede kvantitative data om forskellige behandlingsindsatsers effekt.

Nutidige målinger af folkesundhed i vestlige lande lægger især vægt på levealder, funktionsnedsættelser og sygdomsforekomst i forskellige grupper af befolkningen og kobler disse med livsstilsfaktorer. Dermed bliver målingerne socialmedicinske. Også målinger af livskvalitet indgår i stigende grad (Bury, 2007).

Målinger af befolkningens sundhed står ikke alene. Staten forsøger aktivt at fremme folkesundheden gennem forskellige politiske initiativer og oplysningsindsatser. Siden 1936 har fx Statens Husholdningsråd oplyst borgerne om ernæringsrigtig kost – i stigende grad med et fokus på videnskabeligt underbygget viden (Holm, 2014b). Forebyggelsespolitik i form af information kan bevirke, at sundhed og sygdom fremstilles som noget, den enkelte selv er herre over – "victim blaming". Oplysningskampagner omhandler særligt livsstilsvalg som ryge-, drikke-, kost- og motionsvaner og fjerner dermed fokus fra strukturelle samfundsforhold, som også påvirker borgernes sundhed og helbred. Det kan være på områder som forurening, arbejdsmiljø, trafik, understøttelse m.v. (Holm, 2014b).

Rasmus Willig skriver om tendensen til individualisering i bogen: *Kritikkens U-vending*, som omhandler forandringen fra kritik af samfundsmæssige og strukturelle problemer til individuel selvkritik (Willig, 2013). Han beskriver i bogen kropslige nederlag i træningscentret og kalder mangel på selvbeherskelse det nye tabu, og personlige trænere, kokke, skønhedseksperter og livsstilseksperter for samfundets nye shamaner (Willig, 2013, s. 133). I tråd med dette ser vi, hvordan sundhedskommunikation målrettes individuelle indsatser. Resultatet af den øgede individualisering er, at de enkelte borgere kan positioneres, som enten individer, der er til gavn for og bidrager til samfundet, eller modsat – gennem deres selvvalgte livsstil og mangel på kontrol – belaster sundhedssystemet og dermed fælleskassen.



Vi kaldte denne skelnen for A-holdet og B-holdet i starten af kapitlet. B-holdet udgøres navnlig af de beviseligt syge, som med diagnosen i hånden måske ikke længere udfylder deres plads på arbejdsmarkedet og bidrager til fælleskassen. Med på B-holdet regnes i stigende grad også de overvægtige, de fortravlede, rygerne og dem, som drikker lidt for meget. De usunde. Ifølge Brinkmanns patologiseringstese, hvor man vurderer mennesker ud fra kalkuleret sygdomsrisiko, er disse menneskers adfærd en sikker billet til sygdom, da tendensen er, at vi sygeliggør det usunde. B-holdet er en trussel mod folkesundheden og driftigheden i samfundet (Brinkmann, 2010).

Lene Otto betegner – inspireret af Foucault – sundhed som et statsligt og medicinsk installationsprojekt, forstået som at vi opdrages til selv at forebygge sygdom gennem sund levevis (Otto, 2005). Vi indtænker sundhed i dagliglivet; ved bevægelse, ved måltidet, ved forebyggende helbredstjek, når vi dyrker yoga eller sikker sex og påbegynder rygestop endnu engang. Hun betegner moderne medicin for en social medicin i form af en statslig praksis, "der studerer, vurderer og regulerer sociale aktiviteter." (Otto, 2005, s. 75).

### Danske undersøgelser af folkesundhed

I Danmark varetager Sundhedsstyrelsen opgaven med at forebygge og fremme danskernes sundhed. Styrelsens opgaver er:

- *"at formidle viden til befolkningen og myndigheder om befolkningens sundhedstilstand, sundhedsmæssige risikofaktorer og forebyggelse af fx usund livsstil*
- *at fremme strukturelle, forebyggende indsatser, der kan støtte sunde valg" (sst.dk)*

I 2007 og 2008 gennemførtes en stor undersøgelse af danskernes sundhedstilstand under af Statens Institut for Folkesundhed. Undersøgelsen fik navnet KRAM-undersøgelsen, da fokus særligt var på de fire udvalgte individuelle livsstilsfaktorer **K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion. Undersøgelsens tal stammer dels fra spørgeskemaundersøgelser i 13 udvalgte kommuner og dels af en stor helbredsundersøgelse. Undersøgelsen viste, at de fire udvalgte faktorer har høj korrelation med såvel levetid som udvikling af bestemte sygdomme – også kaldet livsstilssygdomme (si-folkesundhed.dk).

KRAM-undersøgelsen blev fulgt op af undersøgelsen "Danskernes Sundhed – den nationale sundhedsprofil" i et samarbejde mellem regionerne og Statens Institut for Folkesundhed i 2010 og 2013. Formålet var at undersøge den danske forekomst og fordeling af sundhed og sygdom. Metoden var udtrækning af et repræsentativt udsnit af befolkningen, som selvrapporterede deres sundhed gennem et spørgeskema. De fundne data baseres på knap 180.000 besvarelser. En stor del af undersøgelsen baseres på spørgsmål om sundhedsadfærd i tråd med KRAM-faktorerne, men også spørgsmål om livskvalitet, sygelighed, sociale relationer og kontakt til sundhedsvæsenet er med i undersøgelsen. (danskernessundhed.dk).

Selvrapporteringen, som staten vælger til disse store sundhedsundersøgelser, er udtryk for en position i sundhedsforskning, som fokuserer på individuelle valg og livsstil. Flere undersøgelser kobler dette perspektiv til særligt epidemiologien (Larsen & Hansen, 2014). Gennem disse store folkeundersøgelser fremgår, at borgere med lav social samfundsmæssig status og lavt uddannelsesniveau udviser risikoadfærd i deres valg af livsstil. De fundne data ligger til grund for sundhedskommunikation og indsatser for at informere disse borgere, så de kan træffe sundere valg.

Resultater fra disse og andre undersøgelser, relevant forskning på Sundhedsområdet og anbefalede indsatser formidles via Sundhedsstyrelsens hjemmeside, som særligt henvender til regioner og kommuner og aktører på Sundhedsområdet.

## SUNDHED I LÆGMANDSPERSPEKTIVER

Den offentlige sundhedsindsats fokuserer i særlig grad på at reducere risikofaktorer i befolkningen, så udvikling af egentlig sygdom forhindres. Lægmandsperspektiver på sundhed er mere polyfoniske og trækker på andre betydninger.

Gentagne undersøgelser peger på, at man opfatter sig selv som sund, når 1. man er fri for sygdom, 2. kan fungere i sin dagligdag – passe jobbet og de hjemlige forpligtelser, og endelig 3. trives og har en vis robusthed, nogle kræfter at trække på, hvis det bliver nødvendigt i forhold til sygdom (Baxter 2004, Holm 2014b).

### Hvordan opnås sundhed?

Sundhed kan også ses som en aktiv handling. I dette perspektiv er sund ikke noget man *er*, men i højere grad, noget man *gør*. Sundhed kræver et liv og nogle aktiviteter, som er sundhedsfremmende. Man skal spise sundt, grønt og fedtfattigt og sørge for sine ugentlige træningspas og løbeture i det fri. Kroppen skal holdes slank og stærk gennem selvdisciplin og kontrol med kaloriregnskabet (Holm, 2014b). De fleste anerkender en sammenhæng mellem sundhed og livsstil i en eller anden grad. Denne sammenhæng er i overensstemmelse med de offentlige sundhedsdiskurser på fx folkesundhedsområdet, og der er belæg for, at disse er solidt integreret i menneskers sundhedsforståelse. Dette gælder uanset, om man selv aktivt efterlever sundhedsrådene eller tager afstand fra dem.

Sideløbende findes et lægmandsperspektiv på sundhed, som fokuserer på vigtigheden af aktiviteter, som fremmer livsglæde og nydelse. Det er vigtigt at være positiv, nyde livet, lade sig forkæle og ikke ødelægge sit gode helbred med alle mulige bekymringer. Dette perspektiv underbygges af forskning, som undersøger sammenhænge mellem stress, depression og somatiske sygdomme og understøttes af hele forbrugersamfundets fremvisning af fristelser, som lover vækst i lykke og nydelse (Holm, 2014b).

Lotte Holm (2014b) benævner de to grundtemaer *disciplin* og *frihed* – og pointerer, at de eksisterer sideordnet og dermed ikke er gensidigt udelukkende.

For både disciplin og frihedstemaets vedkommende kan sundhed opfattes som henholdsvis mål og middel. Nogle mennesker vil se de sundhedsfremmende indsatser som et middel til at opnå det gode liv (og lange) liv uden sygdom. For andre er det sunde liv et mål i sig selv og det sunde liv = det gode liv. Disse perspektiver påvirker den enkeltes sundhedspraksis og modtagelighed for sundhedskommunikation. Når sundhed ses som et middel kræver det en høj grad af selvkontrol (Otte, 2005). Denne praksis kan udmønte sig meget forskelligt og antage former af særlige kostregimer, trends og kure. Der findes også en tredje gruppe, hvor sundhed hverken er mål eller middel. Hensynet til sundhed har ingen eller ringe betydning for deres daglige praksis. De lever efter den overbevisning, at sygdom rammer tilfældigt (Otte, 2005).

I hverdagslivet tager de fleste mennesker egen sundhed for givet, som nævnt i starten. Sundhedshensyn fortolkes og afbalanceres med alle de øvrige aspekter i livet som en del af en habitus, der udmøntes i vaner, som ikke i større omfang er genstand for bevidste overvejelser (Bury, 2005). Andre aspekter som fx tradition, økonomi, arbejdstider, tidsforbrug, familiesammensætning og smag har indflydelse på sundhedsadfærden og vil undertiden sætte den under pres.

### **Den sunde krop**

Sundhed er i sagens natur kropsliggjort. Både kost, motion og sygdom ændrer kroppens fysiske udtryk såvel som funktion. Når vi overspiser i forhold til energiforbruget, bliver kroppen fyldigere og mange timer bruges i fitnesscentre for at opnå det rette mix af slankhed og tonede muskler.

Sociologen Jonathan Watson skelner mellem forskellige former for kropsforståelse på baggrund af en skotsk undersøgelse af mænds forhold til egne og andres kroppe, sygdom og sundhed (Watson, 2000). Mest værdsat er den *pragmatiske* kropslighed. Kroppen, som er sund ud fra en betragtning om den sociale funktion, den udfylder. Nemlig rollen som far, ægtemand, arbejder m.v.:

*“In this sense the pragmatic body may be where, in Bourdieu’s terms, informants fulfil the demands of their habitus. To be both male and ‘functionally fit’ is a measure of the degree to which one is or has ‘social fit’” (Watson, 2000, s. 119).*

De øvrige kropsforståelser, som udtrykkes i undersøgelsen er den *normative* kropslighed, som omfatter normer for kroppens udseende; ser den sund ud i forhold til accepterede kropsidealer? Den *erfaringsbaserede* kropslighed henviser til generelle kropsfornemmelser eller følelsen af velbefindende. Den sidste form for kropslighed kalder Watson *visceral embodiment*. Denne kropslighed har blikket

mod det sunde indre: generne, de indre organer, blodsukkerniveauer og mulig forkalkning af blodårerne kan være eksempler på dette (Watson, 2000). Vi oversætter den med *somatisk kropslighed* som et udtryk for fysisk sundhed i lægefaglig forstand.

Flere undersøgelser viser, at der er en forskel på mænds og kvinders sundhedsforståelse i forhold til syn på egen krop. Kvinder er i højere grad underlagt et skønhedsideal og dermed den normative kropslighed. Opfattelsen af sundhed og forklaringen på fx overvægt viser også sammenhænge med uddannelsesniveau, alder og sociale felter, hvilket leder frem til, at sundhed også kan forstås relativt.

## SUNDHED I ET RELATIVT PERSPEKTIV

Det er problematisk at definere både sundhed og sygdom objektivt og neutralt. Dette uanset, at der ligger diagnosticering til grund for sygdomsdefinitioner. Steen Wackerhausen (2005) refererer til, at sundhedsdefinitioner altid indeholder kulturel, historisk og geografisk relativitet. Hvad der defineres som sygdom i vestlige lande, kunne i princippet i andre samfund forklares gennem synd, kriminalitet eller fattigdom. Også historisk ses der eksempler på diagnoser, som vi i nutiden trækker på smilebåndet af. Som et kuriøst eksempel nævner Wackerhausen *Drapetomania*, som var en sygdom, udbredt blandt neger-slaver, som fik disse til at flygte fra deres herrer. Øvrige historiske eksempler er *homoseksualitet*, forskellige kvindesygdomme eller forskellige regimers tradition for sygeliggørelse af radikale samfundskritikere (Wackerhausen, 2005).

### Kulturel relativitet

I forhold til kulturel relativitet viser Mildred Blaxters omfattende forskning, at sygdom og sundhed har en moralsk dimension. Særligt på områder, hvor sygdommen kan ses som et brud på de gældende sociale normer (Blaxter, 2004). Selve ordet livsstilssygdom er normativt og placerer ansvaret for visse sygdomme hos den enkelte og dennes livsstil. Afhængig af hvilke normer, som er gældende i det aktuelle sociale felt, kan dette opleves mere eller mindre fordømmende og belastende.

Mennesker kan føle skyld både i forbindelse med at blive ramt af visse sygdomme og ved den udviste sundhedsadfærd efterfølgende. Specielt hvis de ramte af forskellige årsager ikke ændrer livsstil (Blaxter, 2004).

Køn og alder har betydning for egen oplevelse af sundhed. Mange opfatter sundhed som en kapitalform. Har man et godt helbred, kan det være en ressource, som man fødes med. Herefter kan man i livet spare op og sætte ind på sundhedskontoen, så der er overskud at trække af, hvis man i perioder – med sygdom – har brug for at trække på ressourcerne (Blaxter, 2004).

I sundhedsvæsenet bliver sygdom og sundhed i stigende grad defineret gennem relationer. En stor del af sygdommene bliver stadig mere komplekse og socialt forankrede. Diagnoser er afhængig af faktorer som alder, sociale forhold og andre sygdomme og bliver til i en forhandling mellem læger og patienter (Bury, 2005). Målet med behandlinger er ofte ikke at helbrede sygdomme, men at behandle, så patienterne relativt set kan leve et godt liv på trods af kronisk sygdom. Det betyder, at opfattelser af sygdom og sundhed ikke længere nødvendigvis er gensidigt udelukkende. Man kan vurdere sig selv som sund på trods af sygdom, hvis sygdommens symptomer holdes nede. Sundheden bliver dermed relativ i et historisk perspektiv – set i forhold til sundhedstilstanden i starten af sygeforløbet og fokuserer på sundhed i form af trivsel (Blaxter, 2004).

## SUNDHED I ET LIVSSTILSRELATERET PERSPEKTIV

I offentlige sammenhænge defineres sundhed i stigende grad relateret til livsstilsfaktorer. På den måde kommer den enkeltes livsstilsvalg til at definere sundhed eller usundhed for den enkelte borger, også før sygdommen rammer. WHO estimerer af 70% af alle sygdomme globalt set vil være livsstilsrelaterede i 2020 (sst.dk). Typiske livsstilsrelaterede sygdomme er Type 2 diabetes, hjerte-karsygdomme, KOL, knogleskørhed, gigt, astma og allergi og psykiske lidelser. Type 2 diabetes regnes som den kroniske sygdom med den stærkeste korrelation med livsstilsfaktorer.

Livsstilsfaktorer er i relation til danske forhold nærmest synonym med KRAM-faktorerne; **K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion, som anses for de fire væsentligste områder med den største effekt på levealder og raske leveår.

### **KRAM-faktorer**

I de senere år har opmærksomhed omkring KRAM-faktorerne indgået i kampen mod at forebygge livsstilssygdomme gennem forsøg på motivation for ændringer i sundhedsadfærden hos den enkelte (sst.dk). Det gælder såvel sundhedskommunikation i form af rådgivning, motivation og kampagner som kommunale indsatser med fx rygestopkurser, alkoholafvænning, kostvejledning og sammensatte livsstilskurser med fysisk træning og vejledning for kronikere med livsstilssygdomme.

**Kost:** Sundhedsstyrelsen anbefaler en kost, som er med til at forebygge de livsstilssygdomme, som forbindes med fedme og svær overvægt. Skylden lægges på en for høj andel af mættet fedt og sukkerholdige madvarer i kosten samtidig med, at indtaget af frugt og grønt ikke er tilstrækkeligt.

**Rygning:** Sundhedsstyrelsen angiver rygning som årsag til en lang række sygdomme som forhøjet blodtryk, luftvejslidelser, hjertekarsygdomme, lungekræft og øget risiko for type 2 diabetes. Rygning fører til tidligt dødsfald i forhold til gennemsnittet og flere leveår med belastende sygdom. Anbefalingen er rygestop, som giver helbredsmæssige gevinster både på kort og på langt sigt.

**Alkohol:** Et højt forbrug af alkohol påvirker både levealder og generel sundhed. Afhængighed medfører følgesygdomme, som fx kan ramme indre organer eller give hjertekarsygdomme. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for det ugentlige alkoholforbrug for mænd og kvinder.

**Motion:** Der er statistisk sammenhæng mellem motion og levealder såvel som leveår uden sygdom. Fysisk inaktivitet øger risikoen for en række sygdomme. Sundhedsstyrelsen anbefaler fysisk aktivitet både med høj og moderat intensitet som forebyggelse af livsstilssygdomme.

Risikofaktorer og livsstilssygdomme ophobes hos bestemte grupper i befolkningen. I publikationen *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes* kan man fx læse, at gruppen af de mest belastede diabetikere ofte er multisyge (Sundhedsstyrelsen, 2017). Det skal forstås sådan, at de ofte er ramt af anden livsstilsrelateret sygdom eller psykiske lidelser udover diagnosen type 2 diabetes. Det er svært at afgøre om korrelationen kan forklares som årsag og virkning eller flere sygdomme har samme årsag, da fx påvirkning af hjerte-karlidelser kan være såvel en følge af diabeteslidelsen som en sygdom i sig selv.

## **Fedme**

En stor del af den verdens befolkninger er overvægtige, og dermed potentielt i risiko for at udvikle sygdomme relateret til fedme. Andelen af fede fordeler sig meget forskelligt på landene, ligesom der også er forskelle i køns- og aldersfordeling. Fælles er dog, at den højeste forekomst af overvægt og fedme findes i sociale felter med et lavt uddannelses- og indtægtsniveau. Dermed bidrager fedme til social ulighed i sundhed. I Danmark ses den sociale ulighed mest koblet til forskel i uddannelsesniveauer og forskellen er størst hos kvinder (Holm, 2014c).

I Danmark angiver Sundhedsstyrelsen, at 47% af danskerne nu er overvægtige målt i et BMI over 25 (sst.dk). Det danner grundlag for en øget interesse for og sygeliggørelse af kropsvægt. Da der findes muligheder for at behandle fedme med operative indgreb og medicinsk behandling bliver overvægt i stigende grad et emne for sundhedsvæsenet – fedme bliver en sygdom. Det gør selve sygdomsbegrebet usikkert, når *årsagen* til sygdomsudvikling regnes som en sygdom i sig selv (Jespersen & Møller, 2010).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er op mod 70% af danske diabetikere overvægtige på diagnosetidspunktet (sst.dk). Flere livsstilssygdomme kobles til overvægt, men ingen af dem så tydeligt som type 2 diabetes. Overvægt i sig selv øger risikoen for at udvikle type 2 diabetes, om end der er uenighed blandt eksperterne om, i hvor stort omfang (Jespersen & Møller, 2010).

Flere undersøgelser tyder på, at det i virkeligheden er den inaktivitet, som ofte medfølger fedme, som er den største risikofaktor for udvikling af sygdom. I princippet kan man godt være overvægtig og

samtidig fysisk aktiv og veltrænet. Ens risiko for sygdom og tidlig død vil dermed være betydeligt lavere end hos en normalvægtig, som var inaktiv. At fedmen så er blevet den primære markør på usundhed, skyldes især, at fedme - i modsætning til manglende motion - er synlig for alle (Jespersen & Møller, 2010). Det negative syn på fedme øger risikoen for ikke-somatiske følgelidelser som lavt selvværd, depression, angst og social isolation. Den offentlige folkeoplysning om fedmeproblematik er primært begrundet sundhedsmæssigt og økonomisk. Sideløbende er der opstået et lukrativt marked for private sundhedsindsatser, diætister, slankeklure, fitnesscentre og producenter af slankeprodukter. Den stigende opmærksomhed forstærker problemerne med de overvægtiges livskvalitet (Jespersen & Møller, 2010). Fede er i stort omfang underlagt et normativt og moralsk krav om at tabe kropsvægt, så de ikke er en økonomisk belastning for sundhedssystemet. Vægttab ses som et spørgsmål om vilje og er den enkeltes eget ansvar – fejler forsøget på at tabe sig, viser den overvægtige mangel på selvkontrol.

Siden 1950'erne er skønhedsidealet blevet stadigt slankere – især for kvinder. Den fede krop falder normativt udenfor det, som regnes som smukt. Overvægtige kan også opleve en form for dehumanisering og stigmatisering, da fedme kobles til overspisning, kontroltab og inaktivitet og overvægtige dermed anses som både grådige og dovne (Holm, 2014c). Stigma betegner en social afvigelse, som begrænser almindeligt socialt samvær med andre (Goffman, 2010). Særligt kvinder udsættes for stigmatisering, fordi de i højere grad end mænd vurderes på udseende (Holm, 2014c).

Den overvægtige krop bliver et manifest bevis på en dårlig livsstil og usundhed, mens slanke mennesker med kroppen fremviser sundhed og gode valg hvad angår kost- og motionsvaner. Dette behøver langt fra at være tilfældet. Undersøgelser viser, at overvægtige mennesker diskrimineres i sundhedssektoren, da tendensen også her er at forbinde mulig sygdom med den synlige overvægt (Holm, 2014c).

## SUNDHED I ET MENTALT PERSPEKTIV

Som en modsætning til særligt det medicinsk-biologiske sundhedsperspektiv bruges ofte at se sundhed i en bredere betydning som *trivsel* eller livskvalitet. Et sundhedsperspektiv, som af nogle tolkes som mere humanistisk (Otto, 2005).

Trivselsaspektet af sundhed har hele tiden været indeholdt i WHO's sundhedsdefinition, men begrebet *mental sundhed* er nyt og er tildelt stigende plads i sundhedsdiskursen gennem de sidste par årtier. Begrebet dækker over en række betragtninger, som tilsammen udgør det, WHO har defineret som mental sundhed. Definition fra WHO lyder i egen oversættelse:

*"Mental sundhed er defineret som en trivselstilstand, hvor ethvert individ realiserer sit eget potentiale, er i stand til at håndtere almindelig stress, arbejde på frugtbar vis og bidrage til sit fællesskab."*(who.int).

Sundhedsstyrelsen i Danmark præciserer, at begrebet mental sundhed indeholder to aspekter. Det ene har et oplevelsesfokus, dvs hvordan den enkelte selv oplever glæde og trivsel i eget liv. Det andet er en funktionsdimension, omhandlende hvordan den enkelte klarer gøremål, udfordringer, job og sociale relationer i dagligdagen. Definitionen på mental sundhed er dermed mere end fravær af psykisk sygdom (sst.dk). Mental sundhed er også tilstedeværelsen af visse psykologiske ressourcer og evner af betydning for mental udvikling og håndtering af livsudfordringer.

Det første aspekt i mental sundhed har med sit fokus på oplevet trivsel en intrinsisk værdi. Den enkeltes trivsel og lykke er væsentlig i sig selv - af etiske grunde. Dette er i tråd med samfundstendenser, hvor medierne beskæftiger sig med fx graden og oplevelsen af lykke og tilfredshed, når Danmark kåres som verdens lykkeligste land eller Aalborg som EU's bedste by at bo i. Et helt forskningsområde dedikerer sig til lykkeforskning. Når Sundhedsstyrelsen ser mental sundhed som et vigtigt indsatsområde indenfor folkesundheden, skyldes det dog ikke mindst funktionsdimensionen. Kvantitativt kan der påvises en sammenhæng mellem defineret mental sundhed og udviklingen af en række psykiske og fysiske sygdomme. Styrelsen følger den internationale forskning indenfor sammenhænge og specifikke indsatser til fremme af mental sundhed tæt (sst.dk). Dette med det mål, at viden om mental sundhed inddrages i de sundhedsprofessionelles forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

I tråd med dette definerer økonomen Lok Sang Ho menneskelige ressourcer som *kapitaler* af henholdsvis menneskelig, psykologisk og mental karakter i sin bog om, hvordan forståelsen af den menneskelige natur er forudsætningen for effektiv sundhedspolitik (Ho, 2012). Mental kapital refererer han til som beherskelse af livsfærdigheder, herunder grundlæggende kognitive ressourcer, samt en evne til løbende at få ens ressourcer til at akkumulere gennem livsforløbet. Mental kapital er nært forbundet med psykologisk kapital, som i psykologisk forskning betegner graden af håb, selvværd, optimisme og elasticitet ("resiliency"). Mental kapital er den livsfærdighed som dels muliggør vækst i den psykologiske kapital og dels omfatter selvreflekterende færdigheder.

Lok Sang Ho er af den opfattelse, at vækst i livsfærdigheder skal på samfundets dagsorden:

*"All of this discussion is to underscore the importance of "life skills education", which must be an important area of public policy. Life skills education prepares a person for the challenges of life, which include learning about what he can do and what he cannot do (his constraints), and learning to understand himself and to gradually overcome some of his own weaknesses."*(Ho, 2012, s.44).

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2012 en forebyggelsespakke om mental sundhed til kommunerne. Pakken indeholder sundhedsfremmende indsatser rettet mod fremme af mental sundhed og borgernes



trivsel generelt, men har også fokus på at afhjælpe lettere forstyrrelser som nedtrykthed, manglende energi og interesse, nervøsitet, anspændthed, forstyrrelser i adfærd og samspil med omgivelserne. Indsatserne antages også at have en vis forebyggende effekt på deciderede psykiske lidelser som depression, angst, PTSD m.v. Forebyggelsespakken indeholder viden om risikofaktorer og omgivelsernes betydning for mental sundhed i borgernes livsforløb og kommunens mulighed for at påvirke disse omgivelser og den enkeltes egne indsatser (sst.dk).

### **Problematisering af diskursen Mental Sundhed**

Det mest iøjnefaldende problem ved fænomenet mental sundhed i en folkeundersøgelse om danskeres sundhed er negationen mental *usundhed*. Man kunne fristes til at se det som en patologisering af et fænomen, som er en naturlig del af det at være et menneske (Brinkmann, 2010). I forskellige grader kender de fleste til stress, tristhed, sorg, energiforladthed, manglende lyst til socialisering og en følelse af lavt selvværd. Mental usundhed eller dårlig mental sundhed er snublende nær på at være en diagnose, som dermed skal behandles. Fænomenet er svært at præcisere, da det dækker over forskellige grader af oplevet mistrivsel, dårlig livskvalitet samt risikofaktorer. Spørgeskemaet i *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil* omhandler oplevet trivsel i de seneste 4 uger. En del af de registrerede borgere med lav mental sundhed vil i perioden have været udsat for brudte parforhold, dødsfald i familien, skænderier med nære venner, fyring fra jobbet eller problemer med justering af medicin, hvis man er ny diabetiker. Det sandsynliggør, at det reelle antal borgere med mistrivsel er lavere.

Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om indsatser for bedring af mental sundhed bygger også på anden forskningsbaseret viden. De anbefalede indsatser omhandler en lang række områder, hvor kommunerne i forvejen er i kontakt med borgere, som enten er syge, sårbare, udsatte eller i risiko for at udvikle egentlige psykiske sygdomme. Det kan være i familier med sygdom, misbrug eller handicap, ved arbejdsløshed, på arbejdspladser med risiko for stress, i studiemiljøer, ved tilbagevenden til arbejdspladsen efter sygefravær eller i ældresektoren (Sundhedsstyrelsen, 2012).

Der er flere processuelle og strukturelle forhold, som øger risikoen for mistrivsel. Arbejdsløshed, kronisk sygdom og ensomhed er nogle af de største risikofaktorer, som – afhængig af den valgte position – kan ses som resultatet af den enkeltes livsstilsvalg såvel som sociale tilhørsforhold.

## **SUNDHED I ET SOCIALT ULIGHEDSPERSPEKTIV**

Uligheden i danskernes sundhed er stigende. Målt på befolkningsniveau bliver danskerne sundere, men for nogle grupper af befolkningen sker det i et langsommere tempo end for andre (Diderichsen, Scheele & Little, 2015).

I 2015 blev der foranledning af Sundhedsstyrelsen i Danmark og de tilsvarende myndigheder i Norge og Sverige udarbejdet en rapport med henblik på at undersøge de sociale determinanter for ulighed i sundhed. I udgivelsen *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience*, som er udarbejdet af nordiske forskere for Københavns Universitet opremses de væsentligste områder, hvor ulighed i sundhed opstår:

**“Shaping hierarchies:** Determinants connected with perinatal conditions, early childhood development, and education influence health in childhood as well as health later in adulthood.

**Unequal exposures:** Several determinants of health are unequally distributed across individuals [...] These include working conditions, income, housing, social support, and health behaviours.

**Unequal consequences:** There are determinants that affect the unequal consequences of illness in terms of survival, disability, quality of life, and participation.” (Diderichsen, Scheele & Little, 2015, s.11-12)

De forskellige årsager til uligheden er tæt forbundne. I ovenstående uddrag fremgår, at uligheden sætter ind allerede på fødselstidspunktet. Fødes man i et bestemt socialt felt, vil den tilhørende habitus have implikationer på uddannelsesniveau og generere en sårbarhed over for sundhedsrelaterede påvirkninger. I voksenlivet har den sociale position fortsat indflydelse på helbredet grundet bl.a. uddannelses-, indtægts-, bolig- og arbejdsforhold, som påvirker livsstil og sundhedsadfærd (Diderichsen, Scheele & Little, 2015, s.11-12).

Når sygdommen rammer er konsekvenserne også forskellige afhængigt af socialt felt. Sårbare borgere vil – i kraft af færre ressourcer / kapitalforhold – have dårligere odds for at overkomme sygdommen og vende tilbage til arbejdsmarkedet (Diderichsen, Scheele & Little, 2015, Bourdieu, 1986). Sociologen Mildred Blaxter har introduceret begrebet sundhedskapital, som forklaring på, hvordan sociale tilhørsforhold sætter sundhedsmæssige aftryk på den enkelte (Blaxter, 2004).

Forskellen i beskæftigelseskonsekvenser for forskellige socialgrupper tillægges delvist arbejdsmarkedets manglende fleksibilitet til at rumme tidligere syge medarbejdere på lavtlønsområdet. Nogle sygdomme, relateret til psykiske lidelser eller afhængighed, kan medføre så store konsekvenser for de ramte, at de fører til marginalisering fra hele det sociale liv, såvel som tab af arbejdsplads (Diderichsen, Scheele & Little, 2015, s.11-12).

I befolkningsundersøgelser ses en ophobning af særligt livsstilssygdomme og risikofaktorer hos den del af befolkningen med det laveste uddannelsesniveau. Ophobningen af risiko i form af usunde livsstilsvalg kan forklares både gennem kollektiv habitus og positioneringer i form af modpraksis mod

ekspertdiskursen (Larsen & Hansen, 2014). Vi vil antage, at størstedelen af voksne danskere har tilstrækkelig viden om sund levevis. Hvis man på trods af dette fortsat ryger, spiser usundt og undlader overflødig bevægelse kan det forklares i vaner såvel som aktive modvalg.

Staten er en vigtig agent i spillet om ulighed i sundhed. Staten har den legitime magt til at påvirke de strukturelle betingelser for sundhed i samfundet, som uddannelse, arbejdsmarked, sundhedsområdet, socialområdet osv. (Larsen & Hansen, 2014). Staten har også mulighed for aktivt at gå ind og påvirke sundhedsvalg ved hjælp af afgifter på nogle fødevarer og afgiftsfritagelse på andre, som betragtes som sundere valg.

Staten har desuden den legitime ret til diskursivt at definere, afgrænse og klassificere hvad der regnes som sundt og usundt, hvilke kroppe der er normale og ønskværdige, hvilken viden der er videnskabelig, og hvilke logikker der skal formidles til befolkningen (Larsen & Hansen, 2014).

Velfærdsstaten har øget alle danskeres sundhedskapital i form af lige adgang til offentlige hospitaler, praktiserende læger, sundhedstilbud og sundhedsoplysning. Det kan også ses som en kapitalform, at staten bruger ressourcer på epidemiologi og statistik, så det afdækkes, at uligheden i sundhed eksisterer (Larsen & Hansen, 2014). Denne viden er en forudsætning for indsatser på sundhedsområdet.

Den lige adgang til sundhedsydelse er under forandring. Flere ansættelsesforhold har tilknyttede sundhedsforsikringer med mulighed for hurtig behandling af speciallæger eller på privathospitaler (Larsen & Hansen, 2014). Mange arbejdspladser tilbyder også medarbejderne sund kantine, fitnesscenter og fælles sportsarrangementer. Sundhed bliver dermed et personalegode i kampen for at tiltrække særligt vidensmedarbejdere. For fænomenet ses i mindre grad på arbejdspladser indenfor lavtlønsområdet. De offentlige hospitaler er genstand for effektivisering i form af kortere indlæggelsestider og flere ambulante undersøgelser. En større del af genoptræning og rehabilitering lægges dermed over på den enkelte patient. Derved bliver private sundhedsordninger eller gode familiære netværk af større betydning for et sygdomsforløb (Larsen & Hansen, 2014).

## DE FORSKELLIGE SUNDHEDSPERSPEKTIVER

Vi forventer at trække på de mange perspektiver fra dette kapitel i specialets egne empiriske undersøgelser på diabetesfeltet. Her følger en oversigt over perspektiverne i kort form:

**Sundhed i et medicinsk-biologisk perspektiv** forstås især som negationen af sygdom. Det medicinske felt fokuserer på sikker diagnosticering og kausale sammenhæng mellem symptomer, målinger og sygdom. Her er fokus på kroppens indre målbare funktioner, som fx BMI og blodsukkerværdier.

**Sundhed i et sundhedspolitisk perspektiv** ser på sundhed på befolkningsniveau. Store statistiske undersøgelser om levealder, funktionsnedsettelse m.v. relateret til demografi og udvalgte risikofaktorer. Sundhedspolitikken udmøntes i indsatsområder og offentlige oplysningskampagner.

**Sundhed i lægmandsperspektiver** er polyfoniske og trækker på vidt forskellige sundhedsperspektiver. Sundhed er både hvad man *er* og *gør*, og sundhed ses som en kombination af disciplin og frihed. Forståelsen af den sunde krop er især pragmatisk, men også normativ, erfaringsbaseret eller somatisk.

**Sundhed i et relativt perspektiv** betyder, at sundhed altid indeholder kulturel, historisk og geografisk relativitet og også har moralske dimensioner. Sundhed og sygdom defineres i stigende grad gennem forhandlinger mellem læger og patienter, da kompleksiteten og den sociale forankring stiger.

**Sundhed i et livsstilsrelateret perspektiv** sammenkobler sundhed til livsstil med KRAM-faktorer. Målt på disse viser det sig, at livsstilssygdomme ophobes hos bestemte sociale grupper i befolkningen. Overvægtige er underlagt et normativt krav om vægttab, da deres krop ses som et manifest bevis på usundhed.

**Sundhed i et mentalt perspektiv** er sundhed set i en bredere betydning som trivsel eller livskvalitet. Mental sundhed har dels et oplevelsesfokus – en følelse af trivsel – og dels en funktionsdimension med coping af udfordringer og relationer i hverdagen. Mental sundhed er mere end fravær af psykisk sygdom.

**Sundhed i et politisk ulighedsperspektiv** kobler sundhedsperspektivet til placering i forskellige sociale felter og ulige fordeling af sundhedskapital med en ophobning af risikoadfærd og livsstilssygdomme i visse grupper af befolkningen.

Fra oversigten over disse forskellige sundhedsperspektiver vil vi i næste kapitel fokusere på sygdommen type 2 diabetes og de initiativer og indsatser omkring diabetikerne, som påvirker disses sundhed og trivsel.

# 3. Type 2 diabetes, sundhed og trivsel

Dette kapitel introducerer til sygdommen type 2 diabetes, herunder dens medicinske forklaring, behandling i almen praksis samt sygdommens mentale implikationer. Kapitlet afsluttes med inddragelse af relevant forskning i type 2 diabetes og trivsel.

## TYPE 2 DIABETES

Diabetes er en kronisk sygdom, der er indtræffer, når kroppen enten ikke udskiller de mængder af stoffet insulin, som kroppen har brug for, eller udvikler insulinresistens - nedsat følsomhed for insulin. Dette resulterer i forhøjede blodsukkerværdier – hyperglykæmi (Samaras & Scobie, 2014, s. 27).

Der findes forskellige typer af diabetes; heraf benævnes de to væsentligste type 1 og type 2. I det nationale diabetesregister skelnes ikke mellem typerne. Det samlede antal diabetikere var i 2012 på 320.000 personer, heraf har kun ca. 20.000-25.000 type 1 diabetes, mens nogle regnes som blandings typer. Den overvejende del, ca. 80%, har type 2. (sundhed.dk).

Type 2 diagnosticeres på baggrund af gentagne målinger af blodsukkerniveauet i blodet. Af den grund er det svært at angive et nøjagtigt antal patienter, da nogle af de registrerede er prædiabetikere, som måske/måske ikke udvikler sygdommen fuldt ud over tid. På sundhed.dk anslås antallet af type 2 diabetikere til at være ca. 250.000 personer – hvilket skønnes at vokse med minimum 20.000 personer årligt. Forekomsten er tæt på 3-doblet siden 1996. En stigning, der forklares demografisk med en større andel af ældre i befolkningen, bedre behandling og dermed lavere dødelighed ved diabetes, samt livsstilsfaktorer som flere overvægtige og en for lav grad af fysisk aktivitet. Risikoen for at udvikle sygdommen øges med alderen; tidligere kaldtes sygdommen fx "gammemandssukkersyge". De senere år er prævalensen blandt yngre stigende og omfatter nu også børn og unge. Dette tilskrives ændrede livsstilsvilkår (sundhed.dk).

På Diabetesforeningens hjemmeside anslås, at 200.000 danskere har en ikke-diagnosticeret diabetes og yderligere 750.000 har prædiabetes – altså forstadier og øget risiko for udvikling af type 2 diabetes (diabetes.dk).

Patienter med type 2 har varierende grader af insulinresistens – nedsat følsomhed for insulin. Det bevirker en reduceret cirkulation af insulin i kroppen, som resulterer i forhøjet optag af sukker (Samaras & Scobie, 2014, s. 30). Symptomerne er træthed, tørst, hyppig vandladning, synsproblemer eller

hudinfektioner (Samaras & Scobie, 2014, s. 27). Diagnosen stilles efter, at flere målinger af langtidsblodsukkeret (HbA1c) viser forhøjet normalniveau. Sygdommen regnes som kronisk. Dette gælder også, selvom HbA1c måtte falde igen til et normalt niveau (sundhed.dk).

Sygdommen betragtes i vid udstrækning som en livsstilssygdom, og associeres med overvægt og inaktivitet, men skyldes samspil mellem arv og miljø (Samaras & Scobie, 2014, s. 27). Der er påvist sammenhænge med genetisk disposition, alder, etnicitet samt komorbiditet med andre sygdomme, herunder alvorligere psykiske sygdomme. Desuden er der øget risiko for udvikling af type 2 diabetes ved nogle medicinske præparater – fx ved brug af binyrebarkhormon. Livstidsrisikoen for udvikling af type 2 diabetes stiger til henholdsvis 40 og over 90%, hvis en eller begge forældre har sygdommen. Den lægelige forklaring på sundhed.dk er, at man arver en disposition for diabetes, men det stadig er livsstilsforhold, som afgør, om sygdommen udvikles. Insulinresistens fremmes af overvægt og fedme (BMI >30), hvilket er den primære lægelige forklaring på udvikling af sygdommen. Derfor ordineres individuelle livsstilsændringer til patienterne. Det kan dreje sig om vægttab, kostomlægning, rygestop og øget aktivitetsniveau i form af regelmæssig motion. Diabetespatienter medicineres desuden med forskellige præparater, som fremmer insulinproduktion og medvirker til at nedbryde sukker i blodet (sundhed.dk).

Da type 2 diabetes regnes som en kronisk og livslang sygdom, kan det ikke lade sig gøre at fjerne diagnosen og blive rask. Dette er gældende, selvom den enkelte lykkes med omfattende livsstilsændringer og blodsukkerniveauet sænkes til normalniveau. Og gældende, selvom vedkommende bliver fri for medicin. Man kan aldrig frigøres fra prædikatet 'diabetiker'. Det bedste resultat af indsatsen er et liv som 'medicinfri diabetiker'.

Følgeskader ved en ubehandlet eller dårligt reguleret diabetes opstår efter en årrække og er alvorlige og omfattende: nyresygdom, øjensygdomme, nervebetændelse, fodsår og hjertekarsygdomme. For mændenes tilfælde suppleret med stigende risiko for impotens. Når sukkerpåvirkningen af fx indre organer begynder at give symptomer, er skaderne ofte irreversible.

### **Type 2 diabetes i almen praksis**

Diabetikere får i første omgang information om sygdommen hos egen privatpraktiserende læge, når diagnosen stilles. Sundhedsstyrelsen har udgivet *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes* (Sundhedsstyrelsen, 2017). Disse anbefalinger omfatter retningslinjer for tidlig opsporing af mennesker med risikofaktorer, samt nationale retningslinjer for behandling og kommunal rehabilitering. Målgruppen for anbefalingerne er sundhedsfagligt personale samt administrativt personale på sundhedsområdet. Patientkommunikation udgør en mindre del af retningslinjerne. Den praktiserende læge eller praksissygeplejerskerne forventes at informere og rådgive patienter med type 2

diabetes efter disse retningslinjer. Det vil fx sige formidling af viden om diabetes og oplæring i færdigheder, som måling af blodsukkerværdier. Lægen skal også informere og motivere i forhold til deltagelse i kommunale rehabiliteringsindsatser (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Der lægges i publikationen vægt på, at der ved den indledende samtale tages højde for patientens behov, ressourcer og sociale situation samt psykiske reaktionsmønstre. Dette begrundes i en dokumenteret sammenhæng med psykosociale forhold og et vellykket behandlingsforløb. Imidlertid anføres det, at der mangler videnskabelig dokumentation for egnede redskaber til at vurdere patienternes psykosociale status, herunder ressourcer, mestringsevne og kulturelle aspekter som uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, samlivsforhold, etnicitet, sociale netværk m.v. (Sundhedsstyrelsen, 2017). Men andre ord gøres opmærksom på, at mange psykosociale og kulturelle faktorer har indflydelse på en vellykket patientkommunikation, men anbefalingerne omfatter ikke nærmere hjælp til, hvordan denne kommunikation skal udformes fra lægens side.

Alle diabetikere behandles i første omgang af egen praktiserende læge. Patienter, som har problemer med blodsukkerniveauer eller følgesygdomme, tilknyttes sygehuse og diverse speciallæger. Efter behov henvises til de kommunale rehabiliteringstilbud, som varierer stærkt fra kommune til kommune. Generelt omfatter tilbuddene information om sygdommen, kostråd og vejledning om fysisk træning.

### **Diabetikers mentale sundhed**

Sundhedsstyrelsen beskriver i *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes* en dokumenteret sammenhæng mellem type 2 diabetes og psykiske lidelser. Disse kan udmønte sig i lette symptomer som nedtrykthed og "diabetes-stress" eller i værste fald egentlig depression. Sammenhængen går begge veje, så patienter med svære psykiske sygdomme er ekstra udsatte for at udvikle livsstilssygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2017).

I Sundhedsstyrelsens publikation "Forebyggelsespakke - Mental Sundhed" fremgår endvidere, at:

*"Borgere med langvarig sygdom som diabetes, Kronisk Obstruktiv Lungesyndrom (KOL), hjerte-kar-sygdomme eller muskelskeletlidelser har to til tre gange så stor risiko som resten af befolkningen for at have mentale helbredsproblemer i form af depression, angst eller demens. Dette medfører forringet livskvalitet og et dårligere sygdomsforløb. Hvis borgeren lider af flere samtidige sygdomme ses desuden en markant social ulighed"* (Sundhedsstyrelsen, 2012, s. 7).

På hjemmesiden danskernessundhed.dk kan man finde talmaterialet fra undersøgelsen "Danskernes Sundhed – den nationale sundhedsprofil" i 2010 og 2013. I undersøgelsen er også stillet spørgsmål af relevans for viden om danskernes mentale sundhed. I spørgeskemaet figurerer mental sundhed ikke under dette navn. I stedet spørges til aktivitetsniveau, følelsesmæssige problemer som tristhed, vrede, mangel på kontrol, stress og endelig kontakten med andre mennesker.

Under talmaterialet kan man i rubrikken med "Dårligt mentalt helbred" læse, at denne gruppe er afgrænset til de 10% af deltagerne med den laveste score på spørgsmål under de mentale helbredskomponenter. Af interessante resultater fra 2013 er, at der er en tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og mental sundhed, som defineret i undersøgelsen. 15,1% af deltagere med grundskole som højeste uddannelse mod 7,5% af deltagere med lang videregående uddannelse har dårlig mental sundhed. Enlige og fraskilte scorer lavere end gifte og samlevende. Beskæftigelsesgraden har den største korrelation med mental sundhed. 7,3% af de beskæftigede har dårlig mental sundhed, dette tal stiger til 13,2% ved arbejdsløshed, 29,8% ved førtidspension og 42,8% hos andre uden for arbejdsmarkedet. Det er ikke muligt med det offentliggjorte talmateriale at krydse faktorer som mental sundhed og diabetes direkte. Man kan dog slutte sig til flere ting på baggrund af de øvrige fælles faktorer. Fx falder forekomsten af diabetes med et stigende uddannelsesniveau, 12,3% af diabetikerne har grundskole som højeste uddannelse, mens kun 2,2% har en lang videregående uddannelse. Også i tilknytningen til arbejdsmarkedet er der en forskel, da 15,2% af alle førtidspensionister har diabetes mod kun 2,4% af de beskæftigede. Der tegner sig dermed et billede af sammenfald mellem flere risikofaktorer.

Diabetespatienter har en forhøjet risiko for at have dårlig mental sundhed. Der er korrelationer mellem uddannelsesniveau, beskæftigelsesgrad, diabetes og mental sundhed. Hvordan de kausale sammenhænge er, er umuligt at afgøre på dette grundlag. Vi må derfor inddrage særlig forskning fra dette område til nærmere belysning af dette.

## FORSKNING I DIABETES OG FYSISK OG MENTAL SUNDHED

Vi har indtil nu peget på, at der hos patienter med type 2 diabetes er en overhyppighed af mennesker med et lavt uddannelsesniveau, en lav tilknytning til arbejdsmarkedet, andre livsstilsbetingede sygdomme og overvægt. Desuden ses en lav selv vurderet trivsel – kaldet mental sundhed i undersøgelsen om danskernes sundhed – ved patienter med kroniske sygdomme som fx diabetes. Man kan ikke umiddelbart ud fra tallene konkludere noget om årsag og virkning. Giver det at have en kronisk sygdom i sig selv mistrivsel – eller er mennesker, som er mentalt usunde eller har deciderede psykiske lidelser i øget risiko for at udvikle diabetes? Hvad kommer først? Eller udvikles begge dele synkront på baggrund af andre sociale livsomstændigheder?

I det følgende har vi samlet eksempler fra nyere forskning og casestudier, som belyser forskellige korrelationer mellem type 2 diabetes og fysisk og mental sundhed.



## **Type 2 diabetes og mentale lidelser**

Der er klare tegn på, at sygdommen depression rammer diabetikere oftere end personer uden diabetes. Et meta-studie (Ali et. al., 2006) viser på baggrund af 10 studier identificeret via databaserne MEDLINE, EMBASE og PSYCINFO, at der er en højere prævalens af depression blandt diabetikere sammenlignet med personer uden diabetes. Studiet har på baggrund af et review identificeret 10 studier ud fra en række kriterier, blandt andet at der skal være tale om type 2 diabetes samt at undersøgelserne skal rumme en sample size på minimum 50 personer. Man inkluderer studier, hvor depression er identificeret ved selvsvurdering eller diagnostiske interviews og kun depression, som er vurderet tilstrækkelig alvorlig til at nødvendiggøre intervention.

I meta-analysen finder man, at prævalensen af depression blandt alle diabetikere er på 17,6%, men tallet dækker over en markant kønsforskel. De kvindelige diabetikere har en højere depressionstendens end mændene – 23,8% af kvindelige diabetikere mod 12,8% af mandlige diabetikere. Analysen påviser, at forekomsten af depression blandt diabetikere er næsten dobbelt så høj som hos personer uden diabetes (Ali et. al., 2006).

Et amerikansk studie, omhandlende forholdet mellem alder og fysisk og mental sundhed konkluderer, at den yngste gruppe (57-74 år) blandt informanterne (57-85 år) har signifikant større forekomst af depression sammenlignet med personer, som ikke har diabetes i samme aldersgruppe (Wexler et. al., 2012).

Der er desuden videnskabeligt belæg for, at manglende fysisk aktivitet i større grad forekommer blandt diabetikere med diabetesstress og depressionssymptomer sammenlignet med andre diabetikere uden tegn på diabetesstress eller depressionssymptomer (Johnson et. al., 2016). Det samme gælder for overholdelse af anbefalede kostråd for diabetikere. Her finder Johnson et. al., at forekomsten diabetesstress og depressionssymptomer, både i kombination og hver for sig - uafhængigt af graden af alvorlighed – har sammenhæng med en dårlig overholdelse af kostråd (Johnson et. al., 2016). Johnson et. al. noterer dog, at forekomsten af depressionssymptomer alene ikke er fulgt af ringe overholdelse af motionsråd.

## **Livsstileændringer og vedligeholdelse**

Selve det at skulle ændre livsstil og leve sundt kan for nogle udgøre en stressfaktor. En australsk undersøgelse prøver at finde ud af, hvilke faktorer, som påvirker menneskers adfærd positivt og negativt, når de selv ønsker at leve sundt (McKenzie & Harris, 2013). Deltagerne var alle i risiko for at udvikle hjerte-karsygdomme relateret til livsstil. De var motiveret til at opretholde en sund livsstil, men de beskrev en række eksterne vilkår, som kunne gøre det svært. Blandt de nævnte var jobrelateret

stress, forpligtelser i familien, socialt pres fra omgivelser og helbredsproblemer med andre sygdomme (McKenzie & Harris, 2013).

En engelsk undersøgelse af diabetespatienters grad af egenomsorg og empowerment anvender empiri i form af semistrukturerede telefoninterviews med sundhedspersonale (Scambler et al., 2014). Undersøgelsen trækker på elementer fra Pierre Bourdieus feltteori. Sundhedspersonalet blev bl.a. spurgt til, hvad de forstod ved succesfuld empowerment hos patienterne. Her var svarene næsten udelukkende rettet mod opfyldelsen af målbare biologiske faktorer. Undersøgelsen konkluderer, at sundhedsfeltet risikerer at hæmme og ikke fremme graden af empowerment hos diabetikere ved det snævre fokus på somatiske og biologiske faktorer ved sygdommen (Scambler et al., 2014).

Samme forskel ses når det kommer til opfattelsen af, hvilke stressorer, som ledsager kronisk sygdom. Et hollandsk studium har sammenlignet 580 patienter med kroniske sygdomme (herunder diabetes) med deres praktiserende læge for at kortlægge ligheder og forskelle i deres opfattelse af stressorer (Heijmans et al., 2001). Oplysningerne blev sammenholdt med patienternes brug af sundhedssystemet. Resultaterne viste et stigende forbrug i takt med forskellen i opfattelserne mellem patient og læge. Sidstnævnte var hyppigt ensidigt fokuseret på medicinske aspekter af den kroniske sygdom, hvor billedet er mere sammensat for patienterne. (Heijmans et al., 2001).

### **Sociale klasser, sundhed og kropsopfattelse**

Smith & Holm (2010) finder gennem en interviewundersøgelse med henholdsvis normalvægtige højtuddannede og overvægtige lavtuddannede, at informanter i den første kategori underlægger sig dominerende sundhedsregimer. De ser sundhed som et spørgsmål om, dels af leve op til offentlige sundheds- og kostråd og dels at være i psykologisk balance med sig selv. Holm og Smith noterer sig, at det ikke er alle i undersøgelsen, der direkte afskyer overvægt, men alle ser det som en tilstand, der skal undgås eller bekæmpes. Både hvad angår dem selv og hvad angår deres børn (Smith & Holm, 2010). De højtuddannede normalvægtige informanter får desuden information om sundhed fra venner og kolleger, som de deler interessen for sundhed og diskuterer emnet med.

De overvægtige lavtuddannede deltagere i undersøgelsen diskuterer ikke sundhed i deres sociale kredse. Her deles interessen for afslapning eller det at spise hjemmelavet mad. Samtidig er arbejdspladserne her ikke fokuseret på sund kost eller motion. Dette står også i kontrast til de normalvægtige højtuddannedes arbejdsplads (Smith & Holm, 2010).

Smith & Holm påpeger således, at praksis forbundet med at overholde motions- og kostråd blandt højtuddannede normalvægtige forekommer, fordi de anser det som brugbart, nyttefuldt og nødvendigt for at opretholde deres helbred og overholde gældende normer i deres sociale felt. De lavtuddannede overvægtige opfatter motions- og kostråd som en gene, der griber forstyrrende ind i deres liv,

fordi sundhedsrådene ikke er i overensstemmelse med deres praksis og præferencer (Smith & Holm, 2010).

Man kan teoretisere, at social klasse er forbundet med et særligt kropsideal, hvor højere uddannelse trækker i retning af en højere affinitet for offentlige sundhedsråd. I et studie vedrørende vægt blandt børn af henholdsvis lavt- og højtuddannede mødre i Aalborg kommune, påviser Annette Romani en forskel i opfattelsen af kropsvægt blandt børnene. Børn af lavtuddannede mødre i undersøgelsen havde en større tilbøjelighed til at se sig selv som normalvægtige på trods af, at de faktisk var overvægtige (Romani, 2013). Hun konkluderer, at dette kan skyldes, at højtuddannede mødre i højere grad end de lavtuddannede orienterer sig mod de gældende sundhedsanbefalinger (Romani, 2013).

## 4. Pierre Bourdieus refleksive sociologi

Dette kapitel introducerer til specialets anvendte sociologiske teori og relaterer kort Bourdieus kernebegreber om det sociale rum, habitus, felt og kapitaler til sundhedsfeltet. Sidst i kapitlet inddrages relevante eksempler på Bourdieuinspireret sundhedsforskning.

### PIERRE BOURDIEUS RELEVANS FOR SUNDHEDSOMRÅDET

Bourdieu tilbyder sociologiske teoretiske og metodiske redskaber på alle niveauer og har forklaringspotentiale såvel metateoretisk som praktisk og analyserelevant. Bourdieus centrale begreber som habitus, felt og kapitaler finder i stigende grad anvendelse til at forstå korrelationer og uligheder på sundhedsområdet (Larsen, 2010). Sundhed og sygdom har stærk sammenhæng med menneskers kapitalforhold og habituelle dispositioner. Bourdieus sociologi kan på den måde udfordre og udvide forståelsen for sundhedsområdet og belyse hvordan mennesker kan være socialt differentierede og differentierende i forhold til de dominerende sundhedsopfattelser (Larsen, 2010).

### BOURDIEUS TILGANG: KONSTRUKTIVISTISK STRUKTURALISME / STRUKTURALISTISK KONSTRUKTIVISME

Bourdieu betoner vigtigheden af at tænke verden relationelt, og det samme, når analysegenstanden konstrueres (Bourdieu & Wacquant, 2009, s. 206). Den kunstige modsætning, der er mellem objektivisme og subjektivisme må bekæmpes ved at gøre op med substantialistiske tankegang og i stedet indtage en relationel forståelse (Bourdieu, 1998, s. 55). Den sociale virkelighed skal ikke forklares i substantialistiske vendinger – altså forklaringsrammer, der forsøger at indkredse det, der er særligt for en særlig social virkelighed. Derimod bør den sociale virkelighed forstås som et system af relationer, der er medbestemmende for det sociale rum, hvori agenterne agerer (Bourdieu, 1998, s. 55).

Med andre ord bør eksempelvis praktikken, som er karakteristisk for dagligdagen med type 2 diabetes i vores samtid, ikke blot forstås i sin egen fremtrædelse, men også i de øvrige mulige praksissers. Særlige tankemønstre, handlinger, vaner, idéer, rationaler osv. vil være fremtrædende for netop de praksisser, vi undersøger. Det betyder ikke, at disse nødvendigvis er universelle eller evigt gyldige. I en anden tid, i en anden kultur og i andre sociale rum, kunne disse rationaler og tankemønstre om diabetes være anderledes.

At tage afsæt i Bourdieus arbejde handler i høj grad om at se igennem modsætningen mellem objektivisme og subjektivisme. Bourdieu indtager sin egen position mellem fænomenologi og strukturalisme,

men er også inspireret af sin samtids eksistentialister og de amerikanske sociologer, ligesom den relationelle forståelse trækker tråde til en historisk epistemologi (Larsen, 2010). Han går imod opfattelsen af, at det sociale liv kan forklares udelukkende gennem en subjektiv forklaringsramme, hvor agenternes repræsentation af verden er i centrum. Modsat kan den sociale virkelighed heller ikke forklares udelukkende ved at se på de fænomener, der ligger udenfor agentens bevidsthed. Han vender sig derfor også mod den rene strukturalisme. Bourdieu har karakteriseret sig selv som *konstruktivistisk strukturalist* eller *strukturalistisk konstruktivist* (Bourdieu, 1998, s. 52), hvor strukturalisme henviser til de objektive strukturer, som er til - uanset om agenten anerkender dem eller ej og konstruktivisme henviser til subjektive tanke- og handlingsmønstre. Brugen af ordet agent har begge elementer i sig. Bourdieu fravælger brugen af aktør og struktur, da aktøren i hans optik ikke opererer uafhængigt af strukturen. Agenten derimod betegner den eller det, som har agens og agerer, dvs. handler i strukturen, og kan forstås som personer såvel som institutioner og hele samfund.

Mennesker fødes ind i en verden, der allerede har etableret en social verden med love og skikke. Det betyder selvsagt, at vi ikke frit vælger, hvordan vi ønsker at se, forstå og opfatte verden (Bourdieu, 1998, s. 60). De sociale strukturer, som påvirker måden at se og vurdere verden på, har desuden også en social oprindelse, og vil derfor variere fra gruppe til gruppe (Bourdieu, 1998). Endelig er tilblivelsen af den sociale verden også et kollektivt anliggende, som ikke kan skabes uafhængigt af den sociale verden, som agenten befinder sig i (Bourdieu, 1998). Det er derfor en fejlslutning at betragte principper for menneskelig adfærd – herunder det vi kalder livsstil - som naturlige og frie, fordi enhver form for handling er betinget af de menneskeskabte strukturer, som går forud for enhver handling. Til at forklare de sociale forskelle, der er i den sociale verden, gør Bourdieu brug af begrebet det sociale rum.

## DET SOCIALE RUM

Forskellige agenter har forskellige interesser, og det er den meget banale observation, der er udgangspunktet for det sociale rum. I et rum kan man finde sin plads – sin position - men når man først står et sted, kan man ikke se verden fra andre steder, end der hvor man står. I hvert fald ikke før man flytter sig. Opretholdelsen af den sociale verden sker – som henvist til tidligere – ikke gennem en substantia- listisk læsning, men en relationel. De pladser, som er besat i et rum, eksisterer i et gensidigt forhold, fordi de er forskellige (Bourdieu, 1997). På den måde er mennesker, grupper og institutioner positioneret i forhold til hinanden. Bourdieu hævder, at det sociale rum – på trods af dets svære tilgængelighed – er det mest reelle princip for menneskelig adfærd, uanset om det angår individer eller grupper (Bourdieu, 1997, s. 52). De allerfleste samfund rummer ifølge Bourdieu et socialt rum, ganske enkelt fordi det sociale rum er en forskelsstruktur (Bourdieu, 1997, s. 53).

For at forstå det aktuelle sociale rum, må man søge indsigt i det *generative princip*, altså den frembringende faktor, for det sociale rum, som ifølge Bourdieu, er de tilstedeværende kapitalformer i et givent samfund på et givent tidspunkt (Bourdieu, 1997, s. 53). De positioner, som agenterne indtager i det sociale rum, distancerer dem fra øvrige agenter. En given agent på et givent sted i det sociale rum vil med stor sandsynlighed beherske egenskaber og eje ejendele, der er karakteristiske for andre agenter, der befinder sig i samme nærområde i det sociale rum (Bourdieu, 1998, s. 62). En position i det sociale rum kan fx være et sammenfald af høj indtægt, hyppige teaterbesøg, nyere bil suppleret med en dyr racercykel, slank kropsform og valg af tennis og fitness som foretrukne motionsform. Andre positioner er kendetegnet ved et lavt uddannelsesniveau eller måske en dårlig tilknytning til arbejdsmarkedet. Her sætter man pris på gammeldags mad med god sovs, hygge foran fjernsynet, ugeblade, har en ældre eller ingen bil og måske en begyndende diabetes på grund af for stor kropsvægt i forhold til sundhedsanbefalingerne. Ifølge Bourdieu fungerer det sociale rum også som et symbolsk, hvor forskellige livsstile er med til at karakterisere status-grupper (Bourdieu, 1998, s. 62). At få øje på forskellene iblandt disse grupper og afkode symbolikken afhænger dog af en beskuer, der er i stand til at skelne (Bourdieu, 1998; Bourdieu, 1997, s. 25).

## HABITUS

At være i stand til at skelne afhænger af øjnene, der ser. Den måde, hvorpå agenterne ser verden er betinget af deres habitus. Agentens habitus er i første omgang præget af positionen i det sociale rum. En stor del af den enkeltes habitus er kollektiv og betinget af fødsel og opvækst i en bestemt social kontekst. Beboerne i et dyrt boligområde vil udvise store ligheder i habitus og det samme vil – blot på en helt anderledes måde – være tilfældet i et socialt belastet kvarter. Habitus er internaliserede og bearbejdede forståelseskriterier, som langsomt justeres både kollektivt og individuelt gennem erfaring og ydre påvirkninger (Bourdieu, 1998). Loïc Wacquant betegner habitus som *perceptionsmatricer, vurderingskriterier og handlingsmønstre* (Bourdieu & Wacquant, 2009, s. 28). De sikrer agenten en historisk rational adfærd. Rationel forstået som i overensstemmelse med agentens relationer til feltet. Det er det princip, der frembringer de handlinger og måder, hvorpå agenten fører disse handlinger ud i livet (Bourdieu, 1997).

Habitus er samtidig også det kropsliggjorte princip, som lader agenten definere hvad der er godt og dårligt eller rigtigt og forkert (Bourdieu, 1997). Habitus er formet af den sociale position, som agenten har (Bourdieu, 1998). Det vil sige, at agenten med større sandsynlighed vil nære antipati for en praktik, desto længere den befinder sig fra agentens egen position i det sociale rum. Den overvægtige førtidspensionist har ikke meget tilovers for de radmagre kvinder, som løber parkerne tynde hver mor-

gen kl. 6 og slutter dagen med spinning i træningscentret. Og omvendt: den højtuddannede læge i patriciervillaen har måske inderst inde svært ved at forstå, hvordan det kan være *så* svært at lægge cigaretterne på hylden og undlade at proppe sig med fed og usund mad.

Til trods for, at agenter har en forståelse af verden omkring sig og kan udtrykke denne forståelse, er denne altid betinget af det sociale udgangspunkt. Agenter kan ikke erfare verden fra andre steder end derfra, hvor deres verden går (Bourdieu, 1994). Den verden, som agenterne færdes i og de praktikker, som de tager del i, betragtes derfor som givne og naturlige (Bourdieu, 1998, s. 60).

## FELT OG KAPITAL

Et felt består af en række forhold, som er objektive og historiske. Feltet er bundet sammen af magt, der udmøntes som forskellige kapitalformer. (Bourdieu & Wacquant, 2009, s. 29). Et felt er dermed et område, hvor der er noget på spil. Et felt bliver da også ofte sammenlignet med fx en spilleplade eller en markedsplads. Her udbydes varer, som efterspørges og anerkendes i forskellig grad og derfor har forskellig værdi (Larsen, 2010).

Feltets kapital kan antage tre typer: økonomisk, kulturel og social kapital. *Økonomisk kapital* har Bourdieu sidestillet med den private ejendomsret (Bourdieu, 1997, s. 34). Den dækker over materielle goder, besiddelser og penge, som agenten har til rådighed. *Kulturel kapital* findes i tre underformer – institutionaliseret, kropsliggjort og tingsliggjort. Ved institutionaliseret kulturel kapital forstår Bourdieu en objektgørelse af akademiske egenskaber (Bourdieu, 1986). Her er tale om udnævnelser, eksamensbeviser, titler og autorisationer, som er anerkendt af samfundet. Kropsliggjort kulturel kapital dækker ifølge Bourdieu over kulturel kapital, der er forbundet med habitus, kroppen eller kroppens dannelse. Det kan være selve måden at stå, gå og være på. Agentens artikulation, bevægelse, viden og kompetencer, mestring af sprog, viden om historie, fremmede kulturer, filosofi, litteratur, kunst, politik, smagen for hvad der er fint og mindre fint (Larsen, 2010). Hvor den kropsliggjorte kapital har at gøre med agentens assimilering og autodidaktiske bedrifter, har den tingsliggjorte kulturelle kapital at gøre med kulturelle objekter. Det kan være fyldte bogreoler, malerier, beklædning, designet boligindretning osv. Disse kan erhverves gennem både kulturel- og økonomisk kapital (Bourdieu, 1986). Man kan med en vis ret anskue kroppen som et kulturelt objekt. En rask og slank krop er at betragte som en ressource – en kapital, som antager forskellig værdi afhængig af det aktuelle felt.

*Social kapital* dækker over de ressourcer, som agenten kan trække på i kraft af familie, venner og øvrige sociale netværk (Bourdieu & Wacquant, 2004). Denne kapital kan udbygges gennem investeret arbejde i sociale fællesskaber. Fællesskaberne vil måske udvikle sig til gensidige subjektive forpligtelser som følelsen af pligt, gavmildhed eller andet (Bourdieu, 1986).

Kapitalformerne er gensidigt forstærkende. Hvis du i forvejen har høj kulturel kapital, stiger sandsynligheden for et vellønnet job. Den gode indtægt generer derefter bolig, bil og råd til kulturelle oplevelser sammen med venner i netværket, som senere er en god ressource i forhold til næste gang, du skal skifte job eller behøver hjælp.

Den sidste af Bourdieus kapitalformer er *symbolsk kapital*. Alle tre kapitalformer kan have symbolsk værdi i et givet felt. Det er altid feltet, som er bestemmende for kapitalernes legitime betydning og dermed værdi. (Bourdieu, 2007, 185). I det øjeblik en kapitalform opfattes som legitim transformeres den til symbolsk kapital. De involverede i symbolske kampe kæmper om at definere den sociale verden i deres eget lys (Bourdieu, 1998, s. 63), og ifølge Bourdieu kan kampene antage forskellige former.

Over alle øvrige felter er staten, som et metamagtfelt. Staten har den legitime ret til brug af symbolsk vold og kan dermed regulere spillet i alle andre felter, herunder sundhedsfeltet (Larsen, 2010). Staten er installeret i både den ydre og indre verden. Det sidste i form af mentale strukturer, som giver os opfattelsen af en kulturel orden, som måske umiddelbart synes at være helt naturlig og indiskutabel (Larsen, 2010).

Værdiansættelsen på type-2-diabetes-feltet er reguleret af metamagtfeltet og et produkt af historiske kampe. Allokeringen af ressourcer og status sker i overensstemmelse med det. Disse privilegier i form af fx autoritet, troværdighed eller titler, tildeles når agenterne opfatter en særlig kapitalform som værdifuld og anerkender den i kraft af deres dispositioner (Bourdieu, 1997, s. 115).

Symbolske kampe om retten til at definere, hvad det vil sige at leve et godt liv med diabetes, forudsætter, at diabetikere kan samles om at være diabetikere. For at konsolidere, at en særlig gruppe – i dette tilfælde diabetikere – er en gruppe for sig, kan man tale om kollektive repræsentationer. Altså fremvisninger, hvor en gruppes tilstedeværelse bekræftes. For diabetikeres vedkommende kan der være tale om diabeteskoler, hvor selve tilstedeværelsen af diabetikere i en særlig kontekst minder både diabetikere og ikke-diabetikere om diabetikernes tilstedeværelse og rolle.

På det subjektive plan mener Bourdieu, at man kan forsøge at påvirke egne mentale strukturer af den sociale verden (Bourdieu, 1997, s. 63), som man eksempelvis kunne forestille sig ved en refleksion over begrebet livstilssygdom, som synes vedkommende for type-2 diabetikere. Retten til at definere det gode liv, livstilssygdom eller diagnoseproceduren i forbindelse med type-2 diabetes tilfalder dem, som vinder de respektive kampe, men uanset hvad overskrider felterne hinanden med diabetikerne som den eneste konstant. Diabetikerne strides derfor konstant med øvrige agenter i det sociale rum om retten til at definere de processer og begreber, der er vedkommende for dem. Dette sker desuden sideløbende med, at diabetikerne må definere selvsamme begreber og processer på eget felt diabetikerne imellem, da agenterne kan have divergerende opfattelser. På forskellige felter er særlige former for kapital relevant, fordi de erfares som sådan af de agenter, der færdes på det felt. For diabetikerne



befinder de sig på flere forskellige felter, som hver trækker på særlige kapitalformer i bestræbelserne på at definere de regler, normer og love, der gør sig gældende på feltet. De facto står diabetikerne med en mindre grad af institutionaliseret kulturel kapital end læger og sygeplejerskerne i kraft af deres stillinger og dermed eksamensstadfæstede kompetencer. Omvendt har diabetikerne selv en titel – nemlig diabetiker. En benævnelse, som er fastsat efter en diagnosticeringsprocedure, som sundhedsprofessionelle har bestemt. Dertil kommer et måske et overvægtigt korpus, der indikerer en særlig kulturel kapital eller mangel på samme. På trods af, at overvægt ikke nødvendigvis betyder, at den enkelte agent er syg, reducerer en overvægtig krop den samlede mængde af symbolsk kapital hos de overvægtige diabetikere.

## SUNDHEDSFORSKNING MED EN BOURDIEU INSPIRERET TILGANG

### **At leve godt med kronisk sygdom**

Kang & Stenfors-Hayes (2016) har med et Bourdieu-inspireret afsæt undersøgt forståelser af at leve godt med kronisk nyresygdom blandt patienter og sundhedspersonale. Undersøgelsen tager udgangspunkt i Bourdieus begreber felt, kapital og habitus for at beskrive de steder, hvor patienters, pårørende eller sundhedsprofessionelles viden møder hinanden. Enten i forening eller i konflikt. Forskerne påpeger, at begrebet habitus kan bruges til at begribe de konflikter, der kan opstå, når forskellige kulturer møder hinanden. Undersøgelsen består i, at forskerne har foretaget feltarbejde på en klinik, hvor de har forsøgt at få øget indsigt i, hvad *at leve godt* betyder blandt patienter og sundhedspersonale.

Et af de interessante resultater, Kang & Stenfors-Hayes præsenterer, har at gøre med den byrde, det er for patienterne at leve op til forestillingen om at leve godt. Forskerne har observeret situationer, hvori patienten fortæller om deres liv i relation til sygdommen, hvorefter den sundhedsprofessionelle re-sponderer på det, patienten har sagt. For det første noterer de sig, at omdrejningspunktet for konsultationerne er tal. Det er tal som blodtryk, proteinniveau, glomerulær forfiltrationsrate osv. Disse tal spiller en rolle i forhold til, hvad sundhedspersonalet karakteriserer som positivt eller negativt. Der opstår et mønster, hvor patienten deler noget fra sit liv, hvorefter den sundhedsprofessionelles svar indeholder moralske elementer, der enten validerer eller kritiserer patientens handlinger. I tilfælde af, at sundhedsprofessionelle ikke bifalder patientens historie, reagerer patienten med irritation eller modstand.

Kang & Stenfors-Hayes går endda videre, og peger på, at patienters negative indre responser inkluderer væmmelse eller skam over ikke at have levet godt. De peger på, at det vil være en forsimpning at kalde denne praksis en umyndiggørelse. I stedet må man forstå, at sundhedspersonale befinder sig i en medicinsk diskurs, hvor dårlige patienter er dem med tal, der ikke lever op til anbefalinger og gode patienter er dem, med tal der gør.

## Sundhedsopfattelser hos socialt udsatte

Et andet Bourdieu inspireret studie, giver en anden indsigt i, hvad det vil sige at leve godt. Studiet tager udgangspunkt i praktikteorien, som forskerne karakteriserer som en øvelse i at sætte sig i de udsattes sted: At forestille sig deres mulighedsbetingelser under de givne forudsætninger. Begrebet habitus anvendes til at forstå de generative principper, der ligger bag den handling som udføres – eller ikke udføres. Mette Ryssel Dahl og Kristian Larsen (2009) udforsker udsattes oplevelser af eget liv og sundhed på Langeland. Her finder man, at det gode liv kommer til udtryk som frihed, forstået som at gøre som man har lyst til (Dahl & Larsen, 2009, s. 52). Derudover handler det gode liv om sociale relationer, som spænder fra familie og bekendte helt til kommunale relationer, hvor sidstnævnte ifølge Dahl og Larsen er ulige øvrige samfundsgrupper (Dahl & Larsen, 2009, s. 53).

De marginale udtrykker desuden, at omsorg og hjælp til andre forstærker oplevelsen af at have et godt liv. Dahl og Larsen præsenterer to konkurrerende fortolkninger af hvorfor dette er tilfældet hvoraf den ene 1) peger på at hjælp og omsorg for andre bidrager til livskvalitet og –indhold, hvor den anden 2) peger på, at hjælpen til andre fjerner fokus fra de udsattes egne problemer (Dahl & Larsen, 2009, s. 57). Det er værd at notere sig, at disse fortolkninger ikke er gensidigt udelukkende, men at det forekommer sandsynligt, at disse sameksisterer. For deltagerne i undersøgelsen handler det gode liv også om musik og festivaler, og om de usunde vaner. Det er særligt rygning og alkohol, interviewpersonerne lægger vægt på (Dahl & Larsen, 2009, s. 62). At leve godt kan derfor synes komplekst og overlape mange forskellige felter, som de udsatte færdes på.

## Enablers og disablers

Andre studier påpeger betydningen af social kapital. Et studie af Henderson et. al. fra 2014, som undersøger sociale barrierer i forhold til selv at varetage type-2 diabetes finder, at sociale ressourcer gør nogle af informanterne bedre i stand til at varetage diabetes. Studiet forsøger ved hjælp af Bourdieus begreber habitus og kapital at vise, hvordan strukturelle uligheder i form af social og økonomisk kapital begrænser informanterne, der kommer fra en lavere socio-økonomisk gruppe, i deres varetagelse af egen diabetes. Empirien i studiet er indsamlet via semi-strukturerede interviews. Emnerne er diagnose, barrierer i forhold til diabetes og muliggørende faktorer – *enablers*. Studiet tager et Bourdieu inspireret afsæt. Her finder man, at den sociale kapital fx kan være af stor betydning for muligheden for at komme ud at gå. Gældende for de fleste deltagere i studiet er, at de har problemer med at finde ud af, hvordan de skal skabe resultater. Det medfører blandt andet et anstrengt forhold til sundhedsprofessionelle. Forskerne konkluderer, at dette kan skyldes en uvilje til adfærdsændringer (Henderson et. al., 2014). Vi noterer os, at det også kan have at gøre med, at øvrige praksisser er svært forenelige med diabeteslivet.

## **Transformativt potentiale**

Hindhede (2014) har undersøgt hvordan personer i risikozonen for at udvikle type-2 diabetes – prædiabetikere – responderer på at blive kategoriseret med diagnosen 'prædiabetiker'. Hindhede anlægger en vinkel på kategorisering af patienter som præ-diabetikere, som ikke bare tildeler dem en række objektive karakteristika, som fx for højt blodsukker. Med henvisning til Hacking forklarer hun, at kategorisering af patienter også er med til at skabe rummet for mulige handlinger, da patienter ikke blot placeres i en kategori – kategorierne virker også tilbage på patienten. Herefter gør Hindhede brug af Bourdieus teoriapparat til at undersøge, hvordan patienter ser sig selv qua deres præ-diabetes kategorisering. Undersøgelsen bygger på 10 dybdegående interviews med 4 mænd og 6 kvinder. Hindhede konkluderer, at eventuel adfærdsændring på baggrund af diagnosen sker i en kontekst, som er medbestemmende for hvilke handlinger, der ses som praktisk mulige. At udvikle smag for at dyrke motion er betinget af at informanten er fysisk i stand til at gøre det – og det samtidig vurderes som en værdifuld investering. På den måde bliver det transformative potentiale betinget af, at informanten ser det som en mulig handling, at informanten rent praktisk er i stand til at gennemføre den, samt at informanten indgår i sociale kontekster, der gør det legalt at udvikle smag for en særlig handling – fx motion.

Hindhede peger derfor på, at kategoriseringen af prædiabetikere kan have fordele for nogle patienter, som er i stand til at genkende mulige strategier. Andre patienter risikerer ikke at kunne overkomme forestillinger om omstændigheder, de ikke selv synes at have kontrol over (Hindhede, 2014).

## 5. Undersøgellesdesign

Kapitlet vil redegøre for og reflektere over designelementer i specialets kvalitative undersøgelse, herunder foretaget desk research, valg af deltagere og valgt dataindsamlings- og analysestrategi. Kapitlet afsluttes med etiske overvejelser.

### DESK RESEARCH

Forud for indhentning af empiri og igangsættelse af undersøgelsens elementer er pågået omfattende desk research i form af litteraturstudier, erhvervelse af indsigt i eksisterende kvantitativ og kvalitativ forskning på området samt indhentning af relevant viden fra diverse statslige institutioner relateret til dansk folkesundhed og sundhedsvæsen. Den indhentede teori og viden om undersøgelsesfeltet er bragt i anvendelse til udarbejdelse af problemfelt, problemformulering, undersøgelsesdesign og udvalgte dele fungerer desuden som teoretisk referenceramme for egne analyser af specialets indhentede empiri.

### VALG AF DELTAGERE

Specialets empiri består af syv individuelle, kvalitative interviews med diabetikere. Desuden et fokusgruppe-interview med fem sygeplejersker fra almen praksis.

Der er primært opnået kontakt til interviewpersonerne gennem personlige netværk. Dels gennem Facebook-opslag, som er delt med "venners venner" og dels via snowball-sampling, hvor vi har bedt diabetikere i netværket pege på andre diabetikere som mulige deltagere. Facebookopslaget har været offentliggjort og delt via egne FB-sider og nogle uger senere slået op på Aalborg Sundhedscenters og Diabetesforenings FB-sider (disse sidste opslag var uden respons). Opslaget informerer om interviewets formål og brug og udformningen af teksten er kortfattet og tilstræbt uformel og let forståelig.



Det var vanskeligere end forventet at få tilsagn fra informanter via netværk, så udvælgelsesprocessen har været kortvarig. Vi har tilstræbt, at deltagerne er "typiske repræsentanter" for gruppen (Fog, 2004). Det skal forstås sådan, at informanterne – deres forskelligheder til trods – passer ind i den forventede risikoprofil på diabetikere, som er baseret på viden fra folkesundhedsundersøgelserne. Vi har fravalgt enkelte, som vi skønnede var for tætte på egne private kontakter og desuden fravalgt to deltagere i København og Odense af praktiske grunde. Endelig har vi fravalgt en deltager, som havde mange fællestræk med en af de øvrige deltagere, da vi har vægtet forskellighed i alder, social baggrund, køn m.v. hos deltagerne.

De syv diabetikere – fire kvinder og tre mænd - er alle bosiddende i region Midt- eller Nordjylland; nogle i landområder og andre i byer. Yngste deltager er en kvinde på 40 år, mens den ældste er en mand på 71 år. Fire deltagere er på arbejdsmarkedet, mens tre er henholdsvis førtidspensionist, folkepensionist og langtidssygemeldt. Uddannelsesniveaet fordeler sig på to ufaglærte, to kontoruddannede, en med faglig uddannelse og to professionsbachelor. Den udvalgte gruppe har repræsentanter for nydiagnosticerede diabetikere, erfarne diabetikere og diabetikere med følgeskader. Nogle af deltagerne har foretaget omfattende livsstilsændringer, andre ikke eller kun i ringe grad. To af deltagerne viste sig ved første kontakt at være gift med hinanden. Vi valgte at beholde begge i undersøgelsen, da de på alle øvrige parametre viste sig at repræsentere forskellige retninger i diabeteshåndtering.

Et lettere alternativ til den valgte strategi for hvervning til patientinterviews ville være en direkte kontakt gennem interesseorganisationer eller offentlige sundhedscentre. Dette fravalgte vi i første omgang, ud fra en antagelse om, at diabetikere, som er engageret i interesseorganisationer eller aktuelt går på et offentligt diabeteskursus vil være præget af dette i form af en vis overtagelse af de officielle diskurser om type 2 diabetes. Derved ville de differentiere sig fra feltet af øvrige diabetikere, som lever mere privat med sygdommen. Derfor valgte vi netværksvejen.

Gruppen af sundhedsprofessionelle består af fem sygeplejersker fra samme lægepraksis i Aalborg Øst. Vores oprindelige tanke var at sammensætte en fokusgruppe af blandede sundhedsprofessionelle med deltagere fra almen praksis, endokrinologisk afdeling på sygehuset samt diabetesteamet på Aalborg Sundhedscenter. Dette fravalgte vi med den begrundelse, at det kunne kræve ekstra tid at opnå fortrolighed i en gruppe med deltagere, som ikke kendte hinanden. De forskellige praksisfelter kunne bevirke, at der opstod forsøg på positioneringer mellem deltagerne og det dermed ville blive sværere at fokusere på emnet i interviewet. Desuden ville gruppens forhandling af sundhedsviden og de indeholdte normer være tydeligere i en eksisterende gruppe. Gennem en studiekammerat fik vi kontakt til en sygeplejerske i almen praksis, som dernæst fik tilsagn fra 4 af sine kolleger til at deltage i fokusgruppeinterviewet. Sygeplejerskerne deler nuværende arbejdsplads, men har individuelle tidligere erfaringer fra andre områder af sundhedssystemet (sygehus, almen praksis, hjemmesygepleje). Vi har således haft indflydelse på valg af sammensætning af faglighed og geografisk område, men ikke de konkrete deltagende sygeplejersker, som vi ikke var introduceret til forinden.

En mere udførlig præsentation af både diabetikere og de deltagende sygeplejersker findes i starten af de respektive analysekapitler.

## DATAINDSAMLINGSMETODER

De efterfølgende afsnit redegør for specialets dataindsamling for de to grupper af henholdsvis diabetikere og sundhedsprofessionelle. Vi har valgt to forskellige metoder til dataindsamling for de to grupper, henholdsvis individuelle kvalitative interviews og et fokusgruppeinterview. Begrundelse for metodevalg, metoderedegørelse og undersøgelsens konkrete tilpasning vil fremgå at de to afsnit – A og B - vedrørende dataindsamling.

### INDIVIDUELLE KVALITATIVE INTERVIEWS (A)

For gruppen af type 2 diabetikere har vi valgt individuelle, kvalitative interviews som dataindsamlingsmetode. Det begrundes vi med, at vi har ønsket indblik i diabetikernes sundheds- og trivselsforståelser i deres hverdagspraksis og ikke i et specialfelt af sammenbragte diabetikere, som forhandler mening. Af samme årsag har vi fravalgt deltagere fra igangværende diabeteskurser eller aktive forningsmedlemmer, hvor risikoen for reproduktion af "rigtige" sundhedsforståelser er forhøjet. Vi har desuden været opmærksomme på, at en diabetesdiagnose kan være omgærdet med både blufærdighed og skam. Derfor har vi skønnet, at vi kunne få et mere rigt datamateriale ved at interviewe deltagere individuelt og sikre dem anonymitet.

#### **At interviewe med inspiration fra Bourdieu**

I sin egen forskning har Pierre Bourdieu ofte benyttet sig af interviewmetoden som tilgang til at opnå konkret viden om særlige felter. I andre studier er målet med de transskriberede interviews at fremanalysere opfattelseskategorier og livsstile hos forskellige agenter i felterne (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 25-27). Inspireret af Bourdieu medbringer vi et sociologisk blik i interviewsituationen. Det betyder, at vi forud for og undervejs i interviewet også ser dette som en interaktion i det sociale rum mellem to eller tre personer med habituelle forskelligheder og uens kapitalforhold. De interviewedes position i det sociale rum har betydning for, hvilke svarkategorier og betydninger, interviewet frembringer. I situationen er vi opmærksomme på, at interviewet belyser nogle sociale forståelseskategorier og nogle dikotomier om godt eller dårligt på diabetesområdet, hvilket fortæller noget om feltets doxa. Bourdieu fremhæver vigtigheden af at opøve en praktisk sans for at interviewe. Dermed ser han – i lighed med Kvale & Brinkmann (2009) – interview som et håndværk. Her med en indbygget sociologisk refleksivitet og blik for de sociale strukturer, som påvirker situationen og er medproducent af diskurserne (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 27).

Flere forskere – herunder Bourdieu selv – har arbejdet med at konstruere teoretiske modeller af det sociale rum, baseret på kapitalforhold og livsstilsfaktorer. I Danmark er det bedst kendte eksempel Minerva-modellen, som er en segmenteringsmodel konstrueret på baggrund af Bourdieus oprindelige visuelle fremstilling af det sociale rum i *Distinction* (Bourdieu, 1995) og forfinet med korrespondance-analyser. En sådan konstruktion af det sociale rum er ikke naturligt hjemmehørende i vores undersøgelse, men vi trækker på eksisterende viden om betingede livsstilsvalg og indikatorer for kulturel og økonomisk kapital både i interviewsituationen og i analysen, når vi fortolker betydninger af det sagte.

### **Interviewet er en samtale mellem mennesker**

Forløbet i de gennemførte interviews med diabetikere er særligt inspireret af Jette Fogs bog om de psykologiske aspekter i forskningsinterviewet. Hun fremhæver i *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview* det at have blik for de psykologiske processer i samtalen og dermed også magtforhold (Fog, 2004). Hendes ærinde i bogen er at højne kvaliteten af interviews, bl.a. ved at reflektere over selve samtalen som en proces, og hun lægger derved afstand til det stimulus-response rationale, som fx spørgeskemaundersøgelser er præget af. Idealet for samtalen er, at interviewerens voksende forståelse undervejs påvirker forløbet. Både i det aktuelle interviews og de kommende i forløbet (Fog, 2004). Interviewet skal styres af opmærksomhed og kontakt mellem parterne om "det fælles tredje" som samtalen er (Fog, 2004, s. 48). Interviewerens opmærksomhed forløber i fire spor: *indholdet* i det sagte, *den måde*, som det udtrykkes på, *processen* i samtalen og spørgsmålet om kontakt og endelig interviewerens *egne fornemmelser* og reaktioner på samtalelementer (Fog, 2004, s.52-53). Dette sidste om egne fornemmelser er af særlig værdi for at opdage, om der er kontakt eller manglende kontakt i situationen. En dårlig kontakt giver risiko for et overfladisk interview uden personligt indhold. Egne følelser kan også guide i forhold til tabubelagte spørgsmål, hvor situationen pludselig kan føles akavet. Et eksempel på dette kan være vores spørgsmål relateret til vægt og fedme, som i andre situationer ikke er 'comme il faut'. Med fra Bourdieus reflektive sociologi har vi en viden om, at legitime og illegitime spørgsmål er tæt forbundet med feltets doxa. (Hansen, 2009, s 70-71.). Det kan gøre det lettere at stille ellers tabubelagte spørgsmål netop i denne særlige kontekst, hvilket er i overensstemmelse med vores erfaring.

Jette Fog lægger vægt på, at et godt interview ikke er betinget af nogle samtaleteknikker eller færdigheder i udfærdigelsen af spørgsmål. Den væsentligste faktor er at være ærligt tilstede og oprigtigt interesseret i emnet og det menneske, man interviewer. I den forstand bruger man sine almindelige livskundskaber. Vigtigt er at reflektere over forløbet – både efterfølgende og under selve samtalen. På den måde vokser interviewerens viden og forståelse for emnet undervejs. (Fog, 2004). Donald Schön beskriver forskellige former for kropsliggjort know-how som "viden-i-handling" og den almindelige dagligdags samtale kan være et eksempel på dette. Øvelse i at gennemføre forskningsinterview vil

med tiden udvikle evnen til "refleksion-i handling", hvor vi umærkeligt korrigerer løbende og reparerer, hvis kontakten bliver dårligere undervejs i samtalen (Schön, 2012).

Vi har tilstræbt en vis langsommelighed og det at give rum for pauser. Det er vores erfaring, at dette er befordrende for kvaliteten af interviewet. Pauser giver plads til, at den interviewede kan tænke sig om og denne vil typisk fortsætte med en uddybning af det først sagte. Hvis kontakten i samtalen er god, føles tavsheden aldrig pinlig.

### **Semi-strukturerede interviews**

De individuelle interviews er tilrettelagt som semi-strukturerede, og der er udarbejdet interviewguide forinden (Kvale & Brinkmann, 2009). Det betyder, at samtalen er løst struktureret efter en række temaer af relevans for belysning af problemfeltet. Undervejs er der god mulighed for at forfølge vinkler, som interviewpersonerne selv bringer på bane inden for emnet om trivsel og sundhedsforståelse med diabetes. Temaerne lægger op til at synliggøre forståelseskategorier og rationaler. Dog kan vi ikke på forhånd afgøre, hvad der viser sig mest relevant for den enkelte informant. En interviewguide med en løs struktur åbner plads for informantens betydningsdannelse og giver os mulighed for at forfølge det, som i situationen vægtes at have størst værdi og relevans. Det ideelle er, at interviewguiden memoreres og derefter tildes en minimal plads i selve interviewsituationen og samtalen bevæger sig flydende og naturligt omkring temaerne (Fog, 2004).

Interviewguiden er struktureret sådan, at deltagerne starter med kort at introducere sig selv med civil og social status, baggrund, uddannelse, fritid, madtraditioner osv. Temaerne i interviewet bevæger sig dernæst fra samtale om livet med diabetes over til sundhed i forbindelse med kronisk sygdom og slutter med trivsel og trivselsforståelse i diabetikerens eget liv. På den måde spørger vi i starten meget konkret til diabetespraksis, hvorefter de senere spørgsmål giver mere plads til diskursive forståelseskategorier. Interviewguiden er illustreret på den følgende side i kort form og desuden vedlagt i bilag.

### **Valg i forbindelse med interviews**

Vi har undervejs i processen været opmærksom på de muligheder/risici der lå indbygget i vores forskel i alder, køn og geografiske og sociale afstamning. Marianne har – efter ønske fra disse deltagere – interviewet Helle og Annette alene. Her var der tale om et match i både køn og alder. Ved besøget hos ægteparret Malene og Lars interviewede vi begge en kønsfælle alene. Aldersforskellen var i begge interviews ca. 15 år mellem interviewer og deltager. I de resterende tre interviews med Karen, Lorenzo og Martin var vi begge til stede under interviewet. I nogle tilfælde er der fælles referencer mellem parterne, som kan gøre enkelte sekvenser indforståede. Det viste sig særligt i de interview, vi var fælles



---

# Interviewguide til individuelle interviews (forkortet udgave)

## Indledning af interviewet

Briefing og grundlag for interview. Formalia, forløb, struktur og varighed.

## Informantens baggrund

**Mål:** Baggrund og kontekst for interviewet. Viden om sociodemografiske forhold, kapitalforhold, forældre, uddannelsesniveau, bo- og samlivsforhold, børn, sygdomsstart m.v.

## TEMA 1 – SYGDOMSFORSTÅELSE (DIABETES)

Forskningsspørgsmål: Hvilke rationaler og forståelseskategorier trækker informanten på i sin sygdomsforståelse? Både hvad angår begrundelse for opståen og sygdomsforløb.

**Mål:** Forholde sig til diagnosen, sygdomsstart, sygdomsforløb, udfoldning af rationaler, ansvarsfordeling, betydning for hverdagen, livsstil, fællesskaber, krydsende praksisser, andre omstændigheder)

## TEMA 2 – SUNDHEDSFORSTÅELSE

Forskningsspørgsmål: Hvilke rationaler og forståelseskategorier trækker informanten på vedrørende sundhed? Både egen sundhed og sundhed i et generelt perspektiv.

**Mål:** At afdække forskellige sundhedsforståelser omkring individuelle, samfundsmæssige og strukturelle perspektiver, som påvirker sundhed. Ex. livsstil, relativ sundhed, medicinsk-biologisk sundhed, fedme, mental sundhed.

## TEMA 3 – TRIVSEL OG LIVSKVALITET

Forskningsspørgsmål: Hvilke rationaler og forståelseskategorier trækker informanten på vedrørende mental sundhed, trivsel og livskvalitet? Både egen trivsel og i et generelt perspektiv. Funktion og oplevelse/følelse af trivsel.

**Mål:** At afdække forskellige trivselsforståelser omkring individuelle, samfundsmæssige og strukturelle perspektiver, som påvirker trivsel. Hvordan har forståelserne funktions- og oplevelsesfokus?

om. Refleksioner over den aktuelle kombination af interviewer og interviewede er indeholdt i feltnoterne efterfølgende og elementer herfra vil indgå i analyserne, hvor valget af interviewer skønnes af påvirke indholdselementer i interviewet.

Interviewet er også påvirket af tid og sted, som vi har ladet deltagerne foreslå. Alle individuelle interviews bortset fra et enkelt er optaget i informanternes private hjem. Et interview er foretaget i vores 'gruppebås' på Nordkraft på et tidspunkt, hvor vi var alene på etagen. Forplejningen var kaffe, vand, frugt og kiks. På samme måde blev vi trakteret med fx kaffe eller vand hos de fleste deltagere.

Vores fysiske placering i rummet har også været overvejet, særligt ved de interviews, hvor vi begge har deltaget. Refleksioner om valg og fravalg i forbindelse med de enkelte interviews er nøje beskrevet i feltnoterne og indgår i analyserne, hvor vi skønner, de har betydning.

### **Briefing og debriefing**

Briefingen om interviewets forløb, formål, databrug og tidsramme er påbegyndt ved den første kontakt og indleder hvert interview. Deltagerne er informeret om anonymisering og sløring af personlige oplysninger før selve optagelsen. Dernæst har vi opridset interviewets overordnede temaer. Debriefing efter interviewet med besvarelse af spørgsmål, metakommunikation om selve det at blive interviewet og afrunding af forløbet er afsluttet med udlevering og underskrift af samtykkeerklæring.

## **FOKUSGRUPPEINTERVIEW MED SUNDHEDSPROFESSIONELLE (B)**

Brugen af fokusgruppeinterview giver på samme tid data om et særligt emne og data om betydningsdannelse i grupper (Halkier, 2016). Derfor har valget af en fokusgruppe med sundhedsprofessionelle været det rigtige for dette speciale. Samtalen i en gruppe om et specifikt emne tvinger deltagerne til at være diskursivt eksplicite og på den måde kommer fx tavs viden, præsuppositioner, sociale normer og feltets doxa til syne (Halkier, 2016; Bourdieu & Wacquant, 2009). I forbindelse med planlægning og afholdelse af vores fokusgruppeinterview med sygeplejersker fra en lægepraksis i Aalborg Øst, har vi trukket på faglig viden fra Bente Halkiers bog *Fokusgrupper* (2016).

### **Styrker og svagheder ved fokusgrupper**

En af styrkerne ved fokusgruppen er, at deltagerne selv spørger ind til hinandens holdninger og erfaringer på et mere komplekst niveau, end vi selv kunne gøre. Derved hjælper de os med at producere en mere nuanceret viden end den i individuelle interviews (Halkier, 2016). En svaghed ved fokusgruppeinterviewet kan være, at enkeltpersoners afvigende perspektiver ikke kommer fuldt til orde på

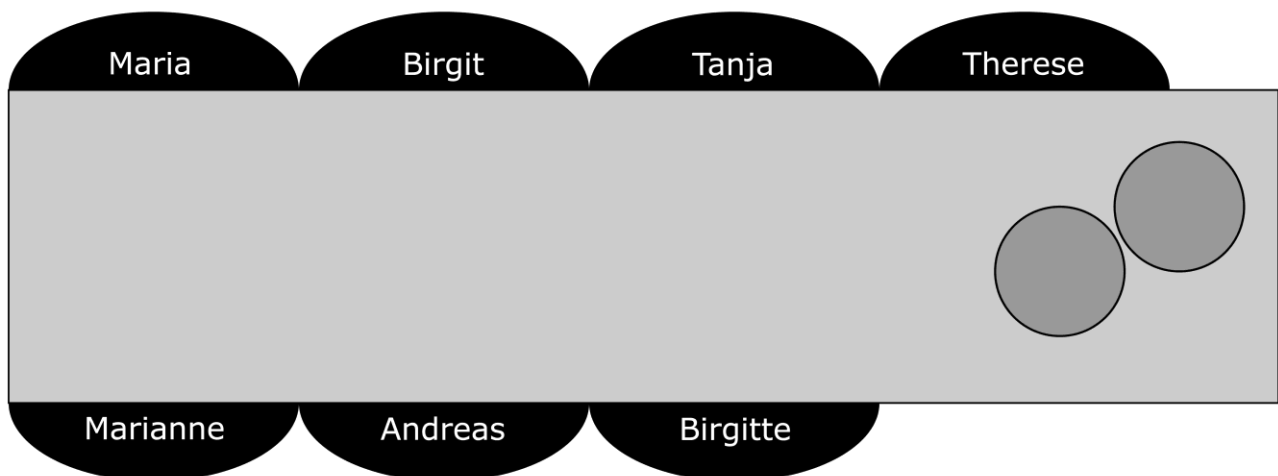
grund af social kontrol i gruppen. Gruppedynamikkerne kan desuden i uheldige tilfælde fylde så meget, at de overskygger emnet for diskussionen, enten fordi der hurtigt opstår konsensus eller omvendt, at der opstår polarisering. Begge dele går ud over kompleksitet i interviewet (Halkier, 2016).

### Tid og sted

Efter accept om deltagelse, foreslog vores kontaktperson tid og sted for interviewet. Vi mødtes på arbejdspladsen umiddelbart efter kl. 16, hvor klinikken lukkede, ved et stort bord i det åbne personalekøkken. Alle fem sygeplejersker arbejder i den samme store lægepraksis med mange læger og sygeplejersker ansat foruden en diætist og administrativt personale. Klinikken er beliggende i Aalborg Øst i et større byggeri, hvor der også er andre sundhedsrelaterede tilbud som fx speciallæger, jordemoder, fitnesscenter og sundhedsværksted. Aalborg Øst er en bydel, hvor den gennemsnitlige husstandsindkomst er lav i forhold til andre kvarterer i kommunen; mange står desuden udenfor arbejdsmarkedet og en stor del af boligerne er socialt boligbyggeri.

Der var kaffe og te på kanderne i personalekøkkenet, og vi havde selv medbragt kage, frugt og en blomst til hver deltager som tak for hjælpen. Forinden havde vi introduceret om formål, emne og skønnet varighed af fokusgruppeinterviewet.

Vi havde gjort os tanker om den fysiske placering. Planen var, at vi ville fordele os diagonalt ved hver langside. Uheldigvis fik sygeplejerskerne sig hurtigt placeret sammen, hvilket betød at vi selv kom til at sidde ved siden af hinanden på den ene side af bordet.



## Deltagerne i fokusgruppen

De 5 sygeplejersker; Birgitte, Maria, Birgit, Tanja og Therese arbejder i samme lægepraksis. De er indbyrdes forskellige hvad angår ansættelse på arbejdspladsen, tidligere job erfaringer og alder. At de er fra et eksisterende netværk giver tryghed, mulighed for at trække på delte erfaringer og for at uddybe hinandens perspektiver. Omvendt er det svært at sætte sig ud over eksisterende dominansforhold. I gruppen var fx en helt ung og nyansat sygeplejerske og også flere med mange års erfaring fra denne praksis. Det betød ujævnheder i deltagelsen. Faren ved den delte referenceramme kan være en vis underforståethed i samtalen, hvilket vi forsøgte at være opmærksomme på ved at spørge til præsuppositioner, hvor vi hørte dem.

## Moderatorrollen

Moderatorens rolle er at facilitere forløbet i interviewet, med de særlige fokuspunkter, at deltagerne skal tale sammen, den sociale interaktion skal fungere hensigtsmæssigt og samtalen kredser om relevante emner. Moderatoren skal indtage rollen som professionel lytter (Halkier, 2016).

I forbindelse med fokusgruppeinterviewet var vi begge aktive i moderatorrollen. Vi forsøgte at holde deltagerne fast på de introducerede temaer; skabe tryghed og prøvede at sørge for, at flest mulige kom til orde i debatten. I starten forsøgte vi at træde lidt i baggrunden, så processen ikke udviklede sig til et almindeligt interview, men efterhånden som deltagerne fandt på plads i processen, spurgte vi mere til uddybninger, eksempler m.v. på det sagte. Vi var også på arbejde via kropssprog, mimik, smil, minimalrespons m.v. for at få samtalen til at flyde ubesværet.

## Strukturering af forløbet

Efter introduktionen til fokusgruppeinterviewet igangsatte vi en navnerunde, hvor vi præsenterede os selv med lidt baggrund og nogle personlige oplysninger. Dernæst stillede vi et indledende, beskrivende spørgsmål om proceduren for diabetespatienter i klinikken.

Herfra er fokusgruppeinterviewet struktureret efter det, som Halkier kalder "Tragtmodellen" (Halkier, 2016). Det vil sige et forløb, hvor vi i starten åbnede for deltagernes forskellige perspektiver på sundhed og trivsel i en ret fri diskussion. Her introducerede vi spørgsmål som: "*Hvad er sundhed for jer? Hvad skal der til for at man lever sundt?*" Og "*Hvad vil det sige at trives?*" Senere i interviewet fokuserer vi spørgsmålene mere og spørger præcist til svar, som kan spejle noget af den viden, vi allerede har fra litteraturstudier og de individuelle interviews. Det kan fx være, om sygeplejerskerne rådgiver i forhold til sociale eller psykiske problemstillinger forbundet med type 2 diabetes hos patienterne.

Vejledende interviewguide til brug for fokusgruppeinterviewet ses på næste side.

---

# Interviewguide til fokusgruppeinterview

## Indledning af interviewet

Briefing og grundlag for interview. Formalia, forløb, struktur og varighed

## OPSTART (beskrivende)

**Interviewspørgsmål:** Hvad er proceduren, når der kommer en diabetiker ind i jeres praksis for første gang?

## TEMA 1 – SUNDHED

**Forskningsspørgsmål:** Hvilke opfattelser og forståelseskategorier af og om sundhed er tilstede blandt deltagerne?

**Mål:** Kortlægning af definitioner, normer og magtfelder.

**Interviewspørgsmål:** Hvad er sundhed for jer? Hvad skal der til, for at man lever sundt? I hvor høj grad lever diabetespatienter sundt efter jeres opfattelse?

## TEMA 2 – TRIVSEL

**Forskningsspørgsmål:** Hvilke opfattelser og forståelseskategorier af og om trivsel er tilstede blandt deltagerne?

**Mål:** Kortlægning af definitioner, normer og magtfelder.

**Interviewspørgsmål:** Hvad er trivsel for jer? Hvad skal der til, for at man trives? Hvordan oplever I trivsel hos de diabetespatienter, I møder?

## TEMA 3 – KRYDSFELT; SUNDHED, DIABETES, TRIVSEL

**Forskningsspørgsmål:** Hvilke opfattelser og forståelseskategorier er tilstede i forhold til foreningen af diabetes, sundhed og trivsel?

**Mål:** Kortlægning af normer, prioriteringer og ansvarsplacering.

**Interviewspørgsmål:** Hvordan hjælper man type 2 diabetikere med at opnå sundhed og trivsel? Hvad bør type 2 diabetikere selv gøre?

## Hjælpemidler

Fokusgruppeinterviewet blev optaget på diktafon og foreligger som Mp3 fil. Vi medbragte to diktafoner som ekstra sikkerhed og placerede dem i hver ende af bordet. Lydkvaliteten var imidlertid fin, så kun den ene optagelse er gemt og brugt til transskribering.

Af øvrige hjælpemidler havde vi medbragt nogle ark med citater fra de individuelle patientinterviews. De var tænkt som indlæg, hvis samtalen skulle forløbe trægt. Vi fik kun introduceret et enkelt citat, som lød:

*"Der er mange gode grunde til at få diabetes, men uanset, så får du det jo ikke med mindre du er disponeret for det. Og jeg er træt af det, fordi det kommer til at handle om egen skyld, og det synes jeg faktisk ikke er okay."*

Citatet er – let omskrevet – fra Anettes interview (457-461) og medførte en livlig debat.

## Introduktion (briefing) og debriefing

I introduktionen fortælles, hvad interviewet går ud på. Vi briefede om forløb, formål, tidsramme og brug af data. Vi bad om deltagernes forskellige perspektiver på emnet og fortalte mere om processerne i en fokusgruppe, så de ikke forventede et spørgsmål-svar forløb. Desuden gennemgik vi de etiske aspekter ved interviewet og fik underskrevne samtykkeerklæringer fra alle.

Efter interviewet snakkede vi om forløbet og besvarede spørgsmål, mens vi hjalp med oprydning. Vi ville gerne have hørt mere om deres oplevelse af processen, men de fleste havde travlt og var hurtigt ude af døren.

## ANALYSE AF UNDERSØGELSENS DATA

Empirien til specialet transformeres flere gange i løbet af processen. Analysen af de i alt otte interviews starter i virkeligheden allerede under selve interviewet med fortolkninger, afstemninger og opklarende spørgsmål til det sagte. Selve interviewsituationen omgives også af en mængde informationer, som man kan genkalde sig senere og som påvirker analysefasens blik og erkendelser. Det kan være informantens påklædning, elementer i boligen, bestemte tonefald i det sagte, kropssprog, mimik og andre signaler (Fog, 2004). Nogle af disse yderligere faktorer, som kan påvirke selve analysearbejdet er forsøgt fastholdt ved at skrive feltnoter efter hvert interview. Disse findes i et samlet dokument i specialets bilag.

## Optagelse

De otte interviews er optaget med diktafon og er tilgængelige som Mp3-filer. Lydkvaliteten er generelt god på optagelserne og kun enkelte steder har der været tvivl om det sagte. I disse tilfælde er der som regel tale om overlappende tale eller de interviewedes egne utydelige artikulationer.

## Transskription

I forbindelse med, at alle lydfilerne er transskriberet til tekst er minimalrespons (Mmm, ja, OK m.v.) fra interviewereren for det meste udeladt. Til gengæld er informanternes tale udskrevet som det er udtalt, med tilstræbt nøjagtighed for gentagelser, responslyde, selvkorrektioner og omformuleringer. Der er anvendt tegnsætning med henblik på at nuancere det sagte, fx spørgsmålstegn, udråbstegn og indeholdte citater. Informanternes egne trykangivelser er understreget i transskriberingen. Pauser er markerede. Korte pauser med "...". Længere pauser med [pause] eller [lang pause]. Andre lyde som fx latter er også markeret som [begge griner] eller [Annette griner].

I forbindelse med transskribering af de individuelle interviews med diabetikere er informanternes navne ændret og personlige oplysninger som fx geografisk lokation, fritidsinteresser og jobforhold er sløret eller anonymiseret, hvor der ville være risiko for genkendelse. De sundhedsprofessionelle fremstår efter aftale med eget fornavn.

## Meningskondensering

Meningskondenseringer til brug for præsentation af informanten og interviewets overordnede betydningsindhold er udarbejdet efter Kvale & Brinkmanns retningslinjer i bogen *Interview* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 227-230).

## ANALYSESTRATEGI FOR FORSKNINGSINTERVIEWS

Det følgende afsnit vil præsentere specialets analysestrategi og brugen af metoden kvalitativ indholdsanalyse. Med analysen som værktøj vil vi forsøge at identificere de ideer og forestillinger interviewpersonerne har om diabetes i forhold til trivsel og livskvalitet.

## KVALITATIV INDHOLDSANALYSE – METODE

Vi har valgt at gøre brug af kvalitativ indholdsanalyse, som et indekserende værktøj i forbindelse med analyserne af den omfattende empiri. Styrken ved kvalitativ indholdsanalyse er at kunne bidrage til skabe overblik i et stort dataindhold. Ved hjælp af indekseringen fordeles informanternes fortolkninger af særlige interessepunkter på en systematisk og videnskabelig måde (Zhang & Wildemuth, 2009).

I den kvalitative analysemetode bliver alle meningsenheder i empirien kodet og tematiseret som forståelseskategorier, hvorved der afdækkes mønstre i opfattelserne af sundhed, sygdom og trivsel hos de interviewede diabetikere og i gruppen af sundhedsprofessionelle. Analysen kan desuden kortlægge forskelle og ligheder på tværs af informanterne. Disse meningsenheder lader sig ikke identificere blot ved optælling af særlige ord, som andre varianter af indholdsanalyse tilbyder. Vi har valgt at gøre brug af netop kvalitativ indholdsanalyse, da vi anser tilgangen som specielt velegnet i relation til specialets særlige problemformulering. Analysen udgør også et godt værktøj i en begrundet syntese af empiriens væsentligste punkter.

Den konkrete metode, som vi har ladet os inspirere af, er Zhang og Wildemuth's 8-trins vejledning, som gennemgås i kort form i det nedenstående (Zhang & Wildemuth, 2009). Metoden er anvendt såvel til de individuelle interviews som fokusgruppeinterviewet.

### **Trin 1: Klargøring af data**

Forud for indholdsanalysen har vi klargjort vores data bestående af 7 individuelle interviews med diabetespatienter samt et fokusgruppeinterview med 5 praksissygeplejersker fra et lægehus i Aalborg Øst. Alle 8 interviews er transskriberede i fuld længde. Desuden er foretaget meningskondensering af hvert af de individuelle interview til brug for præsentationer af informanterne og som forberedelse til valg af kategorier afledt af empirien.

### **Trin 2: Definer analyseenheder**

Kodningsenhederne består af udvalgte **betydninger** i teksten, mere end sproglige enheder. Disse betydninger kan også opfattes som sociale forståelseskategorier. Begrebet har to delelementer: social og forståelseskategori. Forståelseskategori skal forstås på den måde, at vi er interesseret i betydninger - hvilke rationaler, perspektiver, normer, ideer og følelser, der forbindes med særlige emner, som informanten omtaler i teksten.

Det overordnede emne for interviewene er naturligvis sundhed, trivsel og diabetes, men vi har forsøgt at strukturere interviewene meget åbne og tematiske, så informantens egne forståelser og idéer om aspekter af sundhed og trivsel kan komme til udtryk. Vi håber, at metoden hjælper til at klargøre, hvordan både diabetikere og sundhedsprofessionelle forstår sundhed, trivsel og diabetes og den praksis, som disse temaer er indlejret i hos deltagerne. Det sociale aspekt i sociale forståelseskategorier har den betydning, at de betydninger og rationaler, som informanterne udtrykker har en social oprindelse. De kan og skal ikke forstås essentialistisk. Derimod som aktive konstruktioner, der er skabt i relation til et konstant og foranderligt socialt felt og sundhedsfelt. Disse betydninger i form af sociale forståelseskategorier indgår i analysen som *meningsenheder*, *temaer* og *kategorier*.



### **Trin 3: Udvikling af kategorier og kodningssystem**

Kategoriseringen kan ske ud fra både undersøgelsens egne data, tidligere undersøgelser af samme problematik eller teori om emnet. Det betyder, at udarbejdelsen af kategorier kan have både et induktivt og deduktivt afsæt. Ren datakategorisering forekommer især ved ubetragte vidensfelter med et spinkelt teorigrundlag, hvor teoriudvikling er hensigten – Grounded theory (Zhang og Wildemurth, 2009). I vores tilfælde er problemfeltet undersøgt før, ligesom hele sundhedsfeltet har masser af perspektiver, vi kan relatere undersøgelsen til. Vi vælger derfor en model, hvor udarbejdelse af kategorierne er inspireret af både tidligere forskning på området, specialets udvalgte teori og samtidig åbne plads til egen empiri. Derfra vil vi arbejde mere induktivt med empirien med det mål at lade egne og nye kategorier supplere de første.

Kategorierne og kodningssystemet muliggør en systematisk og ensartet tematisering af meningsenheder i empirien. Vi ser kategorierne som levende og foreløbige og vil tilpasse og justere dem løbende. I modsætning til kvantitativ indholdsanalyse, er det ikke en nødvendighed at skabe gensidigt udelukkende kategorier, da det kan være vanskeligt at henføre en meningsenhed i form af et tekstelement udelukkende til en kategori. Derfor kan tekstelementer sagtens optræde i flere kategori, såfremt mere end en mening kan fortolkes af en paragraf. Retningslinjer og principper for kodning udarbejdes og afstemmes, før selve kodningen af empirien påbegyndes (Zhang og Wildemurth, 2009).

Med udgangspunkt i interviewguiden har vi en række tematiske sigtepunkter, som også bliver brugt i den kvalitative indholdsanalyse. Således er de overordnede temaer *Sundhed*, *Sygdom* og *Trivsel*. Kategorierne under disse temaer ligger for nogles vedkommende fast fra start, og for andres vedkommende udvikles de synkront med kodningsarbejdet. Koderen har en vis frihed til at identificere temaer, som synes at ligge udenfor de eksisterende kategorier med henblik på at rumme informanten og dermed ikke gøre overgreb på informantens udsagn ved at forcere disse ind under præ-konstruerede kategorier.

### **Trin 4: Kodningssystemet testes på en prøvetekst**

For at justere og udvikle kodningssystemet er retningslinjerne og principperne for kodning til de enkelte kategorier testet på en stikprøve af de anvendte data. I dette tilfælde på transskriberingen af et helt interview. Her har vi begge kodet den samme tekst efter fælles retningslinjer. Efterfølgende er konsistensen testet. Hvor denne varierer, har vi diskuteret og præciseret beskrivelsen af kategorier og justeret kodningsreglerne for at skabe konsistens i kodningen.

Ideelt set skal processen med test og justeringer ses som iterativ og fortsættes indtil et tilfredsstillende og ensartet resultat er opnået (Zhang og Wildemurth, 2009).

### **Trin 5: Kodning af empirien**

Kodningssystemet med de valgte kategorier anvendes på den samlede data. Undervejs foretages der sideløbende justeringer af kategorier og tidligere kodet empiri, når nye meningsenheder fremkommer i empirien og ikke kan placeres entydigt.

### **Trin 6: Vurdering af kodningskonsistensen**

Den samlede kodede data undersøges for inkonsistens i kodningen og fejlplaceringer i forhold til kategorier, så alt er kodet i forhold til de seneste principper for kodning.

### **Trin 7: Konklusioner på baggrund af kodede data**

Nu redegør vi for indholdet i de forskellige temaer og udleder betydningen af de forskellige temaer og kategorier – både indholdet i de enkelte kategorier og relationerne på tværs af meningsenheder. Arbejdet med betydninger betyder et forsøg på at afdække mønstre, som før analysen har været upåagtede og skjult i en stor datamængde.

### **Trin 8: Fremstilling af metoder og resultater**

Der skal redegøres for fremgangsmåde og analyseproces så gennemsigtigt som muligt. Dette gælder også valg og beslutninger, som træffes undervejs (Zhang og Wildemurth, 2009).

## NVIVO

Vi har valgt at anvende det digitale analyseprogram NVivo til arbejdet med selve kodningen af empiri (Bazelay, 2007). Programmet understøtter systematikken i analysemetoden og letter håndteringen af de mange siders data.

### **Dropbox**

Specialevejleder Thomas Borchmann har adgang til fælles dropbox med NVivo data-filerne samt Mp3 filerne med de 8 interviews. I øvrigt kan adgang rekvireres på mail: mmigno12@student.aau.dk

## KODNING AF MENINGSENHEDER I ANALYSETRIN 1

De transskriberede interviews med diabetikere er indekseret under tre overordnede temaer; *Sundhed, sygdom og trivsel*. Disse temaer er yderligere tematiseret i kategorier, som dels er inspireret af speciallets teoretiske gennemgang af perspektiver på sundhedsområdet og dels har afsæt i anden forskning fra undersøgelsesfeltet og casestudier, som beskrevet i kapitlerne 3 og 4 i indeværende rapport. De

anvendte kategorier er suppleret med nye kategorier afledt af empirien. Disse er valgt med henblik på opfangning af særlige meningsenheder og perspektiver fra de syv interviews.

Der er foretaget kodning til kvalitativ indholdsanalyse individuelt for de 7 transskriptioner fra de respektive interviews med diabetikere. Disse kodede interviews foreligger som individuelle NVivo-filer og har udgjort materialet til den samlede master-fil med alle 7 deltageres interviews indeholdt. Kodning af meningsenheder for den samlede empiri af individuelle interviews danner data for analysen af diabetespatienterne. Temaer, kategorier og underkategorier i analysepræsentationen er som følger:

**Sundhed:** *Medicinsk-biologisk sundhedsperspektiv, Livsstilsrelateret sundhedsperspektiv, Relativt sundhedsperspektiv, Sundhedspolitisk perspektiv og Lægmandsperspektiver.*

Livsstilsrelateret sundhedsperspektiv har underkategorien: *Vægttab*. Sundhedspolitisk perspektiv har underkategorien *Selvansvarliggørelse*. Lægmandsopfattelserne peger i forskellige retninger og har derfor en række underkategorier: *Disciplinær sundhed, Frihedsorienteret sundhed, Erfaringsbaseret kropslighed, Pragmatisk kropslighed, Normativ kropslighed og Styrke og robusthed*

En kort introduktion til kategorierne følger forud for gennemgangen af det kodede indhold.

**Sygdom:** *Begrundet i livsstil, Begrundet i arvelighed, Begrundet i omstændighederne og Begrundet i Mental sårbarhed*. Alle kategoriseringer retter sig mod at kode meningsenheder, som angiver sygdomsårsager og/eller forklaringer på diabetesudvikling.

**Trivsel:** *Aktiviteter, Udfordringer og Copingstrategier* retter sig alle mod trivsel som funktion.

Copingstrategier har følgende underkategorier: *Accept, At forklare sig, At gå all in, At klare sig selv, Laissez-faire, Livsnyder, At føle skam, At søge hjælp og At yde modstand*.

*Oplevelse af trivsel* er den anden kategori indenfor trivsel. Denne kategori har følgende underkategorier: *At have det godt med sig selv, Oplevelsen af frihed, Oplevelsen af fællesskab og endelig Oplevelsen af ro*.

## KODNING AF MENINGSENHEDER I ANALYSETRIN 2

Det transskriberede interview er indekseret under tre overordnede temaer; *Sundhed, sygdom og trivsel*. Disse temaer og de fleste af de underliggende kategorier fra kodningen af de individuelle interviews er gentaget i fokusgruppeinterviewet, af hensyn til den tværgående analyse. Desuden er suppleret med enkelte nye kategorier til opfangning af særlige meningsenheder og perspektiver fra fokusgruppeinterviewet. De valgte temaer, kategorier og underkategorier er som følger:

## Sundhed

*Medicinsk-biologisk sundhedsperspektiv, Livsstilsrelateret sundhedsperspektiv, Relativt sundhedsperspektiv og Sundhedspolitisk perspektiv* er identiske med kategorierne fra analysetrin 1. Desuden er for dette analysetrin tilføjet to ekstra kategorier: *Holistisk sundhedsperspektiv* og *Progredierende sundhedsperspektiv*.

Det sundhedspolitiske perspektiv har underkategorien *Selvansvarliggørelse*. En kort introduktion til kategorierne følger forud for gennemgangen af det kodede indhold i analysepræsentationen.

## Sygdom

*Begrundet i livsstil, Begrundet i arvelighed og Begrundet i omstændighederne* er identiske med kategorierne i analysetrin 1. Desuden er tilføjet kategorierne: *Begrundet i kombinationssygdomme* og *Begrundet i manglende vilje*. Alle kategoriseringer retter sig mod at kode meningsenheder, som angiver sygdomsårsager og/eller forklaringer på diabetesudvikling.

## Trivsel

For fokusgruppeinterviewet er valgt en opdeling i to overordnede kategorier: *Trivsel som funktion* og *Oplevelse af trivsel*. Trivsel som funktion har de to underkategorier: *Accept* og *Motivation*.

Oplevelse af trivsel er i kodningen underkategoriseret med: *Oplevelsen af at have det godt, Trivsel er fællesskab, Trivsel er relativt, Trivsel som ro og balance* og *Trivsel er mening*. Desuden er tilføjet underkategorien: *Strukturelle forholds betydning for oplevelse af trivsel*, da sygeplejerskerne flere gange henviser til disses betydning for diabetikernes trivsel.

## ETISKE OVERVEJELSER

Vores interviews berører elementer, som er private og fortrolige for nogle af vores deltagere. Formen på det kvalitative interview har i sig selv indbygget en tilbøjelighed til at gå dybt (Fog, 2004) – måske også dybere, end informanterne havde forestillet sig forud for interviewet. Interviewet som samtaleform minder om en fortrolig samtale mellem ligeværdige parter, men er det ikke. Betydninger fra interviewet skal bruges i forskningsøjemed og styrkeforholdet mellem parterne er sådan, at den ene bidrager og vi modtager (Fog, 2004). Selve situationen medfører en risiko for, at den interviewede "objekt-gøres". At vi mister blikket for et andet menneske og i stedet ser en kilde eller et stykke data, som vi skal bruge til undersøgelsen. Vi skal desuden være opmærksomme på, om deltagerne "forføres" af situationen, hvor de har et andet menneskes fulde opmærksomhed. Af netop denne grund har vi givet deltagerne mulighed for at trække noget af det sagte tilbage, hvis de havde fortrudt elementer i samtalen. Dette har ingen af dem dog ønsket.

Interviewet er en samtale, en fælles levende proces, hvor der undervejs forhandles, fortolkes og afstemmes betydninger. Når interviewet er slut, diktafonen slukket og samtalen er transskriberet, er den omformet til en tekst. Herfra har vi som forskere monopol på fortolkning og forståelsen, hvilket indebærer et ansvar overfor den informant, som ikke længere kan gøre indsigelser (Fog, 2004). Denne etiske ansvarlighed er gennemgående hele vejen fra mødet med deltagerne over transskription, analysearbejde og præsentation af konklusionerne.

Alle interviews er foretaget med informeret samtykke. Vi har informeret deltagerne grundigt både mundtligt og skriftligt om specialets formål, og hvad deres bidrag indgår i. Forud for optagelsen er deltagerne i de individuelle interviews desuden informeret om anonymisering og sløring af personlige oplysninger. Vi har også oplyst om muligheden for at trække hele eller dele af interviewet tilbage i tilfælde af, at der var elementer, som informanten fortrød.

## 6. Analysetrin 1 - Diabetikerne

Her i kapitlet redegøres for de kvalitative indholdsanalyser af interviews med diabetikere. Først præsenteres de syv interviewpersoner. Selve analysepræsentationen vil derefter fremstå samlet for gruppen af diabetikere og er struktureret tematisk under sundhed, sygdom og trivsel. Hovedtræk i analysen opsamles efter hvert af de tre temaer. I slutningen af kapitlet udarbejdes en opsummering af resultaterne fra analysen med diabetikerfeltet i analysetrin 1.

### DE SYV INFORMANTER

Herunder følger en præsentation af de syv deltagende diabetikere på baggrund af deres respektive interviews. Yderligere indblik i de syv diabetikere og deres særlige omstændigheder kan fås i transkriptionerne af de syv interviews (bilag 2-8), meningskondenseringerne af samme (bilag 9-15), samt i feltnoterne fra de syv interviewsituationer (bilag 17).

#### **Helle**

Helle er 53 år gammel og bor i Aalborg med sin kæreste, som også er diabetiker. Hendes børn er flyttet hjemmefra. Hun er født af selvstændige, travle middelklasseforældre fra landet. Hendes mor, morster, to søstre og nogle kusiner har også diabetes. Der er både overvægtige og normalvægtige diabetikere i familien. Helle havde skiftende ufaglærte jobs, da hun var slank og ung og har altid været fysisk stærk. Hun har været uarbejdsdygtig, siden hun blev syg med bækkenløsning og hypermobilitet i forbindelse med graviditet, hvor hun også fik graviditetsdiabetes. Hun har døjet med smerter i 18 år og kæmpet for at få førtidspension. Det lange forløb har givet hende diagnosen posttraumatisk stress.

Helle fik diagnosen type 2 diabetes for 1,5 år siden, hvor hun gik til lægen, fordi hun følte sig syg og træt. Hun mistænkte ikke selv diabetes og fik skamfølelse over sin vægt og egne dårlige kost- og motionsvaner. Dette forstærkes, når hun falder i og spiser forkert. Lægen foreslår rygestop og kostændringer. Han forventer, at hun taber sig, hvilket hun har svært ved. Hun snakker ikke med ham om personlige ting. Helle har været på diabeteskursus, hvor hun har fået information om medicin, motion og kost. Viden om sund kost har hun i forvejen, da hun har været på slankekur det meste af livet. Diagnosen har medført sukker-cravings, så hun manglede vejledning i forhold til spisemønstre- og forstyrrelser. Helle går ture jævnlige, men kroppen klarer ikke så meget.

## **Karen**

Karen er 58 år og bor i rækkehus i udkanten af Randers med sin mand. Hun er kontoruddannet og offentligt ansat. De tre børn er nu flyttet hjemmefra. Den ene datter har også type 2 diabetes, som er begrundet i en spiseforstyrrelse. Karen er opvokset i en familie, hvor faren var arbejder og moderen hjemmegående med de tre børn i familien. Maden i barndomshjemmet var traditionel, men hos Karen og hendes mand får de næsten aldrig dansk mad eller svinekød. De foretrækker oksekød, lam eller fisk. Karen selv spiser i øjeblikket kun kød få gange om ugen. I stedet spiser hun mange grøntsager og salat, også til morgenmad. Siden nytår har hun fulgt 5:2 kuren for at tabe sig.

Karen fik konstateret type 2 diabetes i januar 2017 efter at have følt sig træt hele efteråret. Hun har fået kolesterolmedicin i mange år, og ved et rutinetjek efter en influenza blev det via en blodprøve opdaget, at hun havde forhøjet blodsukker. Siden da har hun ved hjælp af slankekur tabt sig 11 kg. Karen har et godt forhold til sin læge og der er håb om, at hun snart kan undvære medicinen. Hun er arveligt disponeret for sygdommen, fordi hendes mormor fik amputeret benene og døde tidligt af type 2 diabetes. Hun synes derfor, at det er hendes egen skyld, fordi hun altid har vidst, at hun var i risikogruppe. Alligevel har hun altid været lidt overvægtig og har særligt de sidste 10 år taget på, fordi hun har problemer med ryggen og ikke kan dyrke motion.

## **Malene**

Malene er 40 år, gift og bor i hus i en landsby i Midtjylland. Hun er gravid og har ingen øvrige børn. Hun arbejder som kontorassistent tæt på hjemmet. Hun mistede tidligt begge forældre. I barndomshjemmet voksede hun op med nogle stærke madtraditioner, som fyldte meget. Menuen stod på gammeldags, danske retter med vægt på kødet. Efter forældrenes død kom hun i pleje hos sin ældre søster og dennes kæreste og kom til at bo forskellige steder i landet. Hos søsteren var madstilen ung, hurtig og billig, uden særlig tanke på sundhed. Malene var overvægtig allerede som barn, men det var svært for søsteren at påvirke hende i en sundere retning.

Malene fik konstateret type 2 diabetes for ca. 3,5 år siden, da hun gik til lægen med symptomer på depression. Hun fik konstateret forhøjet blodsukker, hvorefter hun blev sat i diabetesbehandling. Det lykkedes ikke at få blodsukkerværdierne ned, før hun blev sygemeldt i en periode og fik lidt ro på.

Siden dengang har hun tabt sig 45 kg ved hjælp af kostomlægning og motion. Hun er meget åben for nye madvaner og spiser mange grøntsager og holder igen med kartofler, ris og pasta. I starten begyndte hun at gå meget, bl.a. går hun 3-4 km hjem fra arbejde hver dag. Siden begyndte hun at træne i fitnesscenter flere gange om ugen sammen med en træningsmakker og flere af sine kolleger. Hun har også undervist som instruktør samme sted. Hun er nu helt medicinfri.

## **Annette**

Annette er 52 år og bor i hus på landet sammen med sin søn. Hun er opvokset med sine tre søskende i en familie på landet. I barndomshjemmet stod menuen på traditionel dansk mad med sovs og kartofler. Annettes søstre er overvægtige og hun har selv kæmpet med overvægt hele livet. Desuden lider hun af mange ledsmerter. Hun tog sin uddannelse (professionsbachelor) sent i livet og har – efter eget valg - arbejdet i psykiatrien frem til den nuværende langtidssygemelding. Musik er og har været en stor glad del af fritids- og arbejdsliv. Hendes liv har generelt været problemfyldt. Hun er psykisk nedslidt med symptomer på PTSD og stress pga et hårdt arbejdsliv med mange episoder og trusler. Oplever problemer med sin koncentration, søvn og evnen til overblik.

Annette fik konstateret diabetes tilfældigt ved et lægebesøg som ca. 40-årig. Forsøgte i starten at kontrollere blodsukker ved diæt, men måtte opgive. Hun kan kun dyrke motion i form af gåture, dans, svømning og gymnastik. Annette oplever, at stress påvirker hendes blodsukker uafhængigt af kost og motion. Hun har bivirkninger af diabetesmedicin og bryder sig generelt ikke om medicin. Hun tænker meget over mekanismerne omkring spisning og vælger helst økologisk. Når hun har overskud bager hun og laver god, krydret mad med fokus på sanserne. Annette var på diabeteskursus uden større udbytte, men har gode erfaringer med individuel diabetesvejledning på hospitalet.

## **Martin**

Martin er 56 år, gift og har to børn. Han bor i en landsby i Nordjylland og arbejder i Aalborg som lærer. Han er opvokset på landet med 'stegt flæsk og persillesovs' og har siden ungdommen kæmpet med svingende overvægt. Han har altid været fysisk aktiv og dyrket meget sport. De spiser sundt i familien, og Martin prøver at undgå at kage og sodavand. Hans kone er også opvokset med landbofamiliens madtraditioner og kan spise hvad som helst uden at tage på. Siden ansættelsen på en efterskole i 30 års alderen har Martin været konstant overvægtig. Han er samfundsenageret med flere tilidshverv og mange aftenmøder. Det sker derfor, at han går sukkerkold til et møde og ikke kan holde sig fra brødet på bordet eller spiser usund aftensmad på farten.

Martin fik diagnosen type 2 diabetes for 8 år siden, da han skiftede læge. Selv regner han med, at han havde haft diabetes i mange år forinden og syntes selv, at han kunne mærke det i forbindelse med hårdt arbejdspress. Martin har selv undersøgt en masse om de kemiske sammenhænge og psykiske faktorer, bl.a. stress, som påvirker diabetes. Han er opmærksom på, at hans nuværende livsstil med lange arbejdsdage, stress og mange møder ikke gør noget godt for sygdomsudviklingen og ønsker at trappe ned. Han er undertiden i konflikt med lægen, fordi han fx nægter at tage kolesterolmedicin, som han anser for at være giftigt. Han har også selv opdaget, at noget af den diabetesmedicin han får er forældede typer.



## **Lorenzo**

Lorenzo er 71 år, født og opvokset i Sydeuropa, men har boet i Danmark med sin danske kone i ca. 50 år. Parret har børn og børnebørn. God mad og vin betyder meget i familien og Lorenzo er lettere overvægtig med mave. Familien spiser både traditionel dansk mad og hjemlandets retter. Lorenzos svaghed er fede oste, men han er også glad for traditionel dansk mad. Han bryder sig ikke om sukker eller slik, men spiser meget frugt og grønt. Både hans bedstefar, far, bror og søster har været ramt af diabetes. Lorenzo har været gartner hele arbejdslivet, men er nu pensioneret. Parret bor i lejlighed i Aalborg efter at have solgt deres hus for nogle år siden.

Lorenzo blev diagnosticeret med type 2 diabetes i 1998, da han gik til lægen med symptomer på diabetes. I mange år fik han piller, men nu får han insulin. Han har altid betragtet sig som mådeholden med mad og vin og har ikke ændret meget på sine vaner pga sygdommen. Lorenzo har svækket immunforsvar og følgesygdomme som helvedesild, muskelgigt, leddegigt, karpaltunnelsyndrom, potensproblemer og urinsyregigt. Han har lige haft kold lungebetændelse. Han føler sig bitter over sygdomsforløbet og er stærkt plaget af følgesygdommene. Han er ofte i kontakt med sundhedsvæsenet og bliver vred, når de belærer ham om levevis. Han er hæmmet af det store medicinforbrug og skændes med lægen over mængden. Han har svært ved at rejse og gøre de ting, som han har lyst til og kunne tidligere.

## **Lars**

Lars er gift, 41 år gammel og bor i en landsby i Midtjylland. Han opvokset i Nordjylland hos forældre, som er henholdsvis kontoruddannet og ufaglært chauffør. Maden i barndomshjemmet var traditionel dansk mad og i ny og næ fastfood fra grillbar eller pizzeria. Han har boet forskellige steder i landet i forbindelse med arbejde. Han har to forskellige erhvervsuddannelser og arbejder nu på kontor med planlægning og beregning. Han har været aktiv spejderleder hele livet, men er nu hæmmet af sin overvægt i aktiviteter som lejrliv og spejderløb.

Lars fik konstateret diabetes for 4-5 år siden i forbindelse med en indlæggelse med mistanke om hjerneblødning. Lars fortæller, at han er meget kræsen og ikke spiser grøntsager. Han har altid holdt af cola, og kunne før drikke op til 9 liter, mens han spillede computer. Han blev medicineret til et stabilt blodsukker og drikker nu Cola light. I forvejen var han vidende om at spise fedtfattigt, da begge ægtefæller lider af svær overvægt. Han spiser efter anbefalingerne i fem af ugens dage, men skejer også lidt ud, hvis han har lyst. Det stabile blodsukker har bevirket, at Lars i første omgang ikke syntes, der var nogen grund til at dyrke motion og han har ikke noget ønske om at tabe sig. Han ser det som en sur pligt at gå i et træningscenter og mister hurtigt gejsten. Lars ønsker sig en træningsmakker, som kan gøre ham mere forpligtet på at komme afsted. Han har et dårligt forhold til sin læge, som altid påpeger overvægten, hvilket gør Lars trodsig.

## RESULTATER FRA ANALYSEN AF DIABETIKERINTERVIEWS

Analysepræsentationen er samlet for alle syv diabetikere og er struktureret efter temaerne sundhed, sygdom og trivsel. Hvert tema efterfølges af en kort opsamling på resultaterne.

Tallene i kildeangivelserne henviser til transskriberingen af de respektive interviewet med bilagsnumre og henvisning til sidenumre. En kildehenvisning som (B6 652-653) henviser til linje 652-653 i transskriberingen af Lorenzos interview, som findes i bilag 6 (B6).

### DIABETIKERNE OM SUNDHED

Under temaet sundhed belyser vi interviewdeltagernes opfattelser af sundhed. Analyseresultaterne er tematiseret under de sundhedsperspektiver, som kan påvises i empirien. Nogle af disse er udførligt behandlet i kapitel 2, men der præsenteres også nye perspektiver, som er opstået af empirien selv. Disse er placeret som underkategorier under de eksisterende og behandles løbende i præsentationen.

Analysens hovedkategorier er: *Medicinsk-biologisk sundhedsperspektiv*, *Livsstilsrelateret sundhedsperspektiv*, *Relativt sundhedsperspektiv*, *Sundhedspolitisk perspektiv*, *Mentalt sundhedsperspektiv* og *Lægmandsperspektiver*.

#### **Medicinsk-biologisk sundhedsperspektiv**

Den medicinsk-biologiske perspektiv har fokus på kausale sammenhænge og sætter tal på sundhed i form af BMI, kolesterol, blodtryk m.v. Skønt dette sundhedsperspektiv hører til i lægeverdenen, kan det genfindes hos almindelige mennesker [Kap. 2]. Dette sker også her. Perspektivet finder vi markant repræsenteret hos samtlige diabetikere i forskellige udtryksformer. Vi fik lange medicinske udredelser af de fleste. Diabetikerne bruger lægefaglige termer og tager hensyn til deres sygdom ved at forholde sig til myriader af forskellige tal. Det kan være kolesteroltal eller blodsukker.

**Helle:** *Altså nu var jeg ved lægen her. Faktisk i sidste uge med den her, hvor at tallene jo så ikke var gode, og det var hverken... mit blodtryk var også blevet for højt, og mit sukkertal var forkert, og mit kolesteroltal var også blevet lidt højere (B5 484-486).*

**Martin:** *Jeg ved godt det der med sukker, ikke. Det er tomme kalorier og hvad er det, det hedder. Det bringer blodsukkeret op, ikke også? Og man kommer til at gå med sukker i blodet. Det er ikke sådan at få ned igen (B7 90-92).*

**Lorenzo:** *Det er det, at hvis du er i byen, så... og du har lyst til en cognac, så tager jeg den cognac og så færdig, ikke? Og så samtidig, at du får lov til, at der er et stykke kage ved siden af, fordi den ene modarbejder den anden, ikke? Whisky og... sænker blodsukkeret og den [cognac] forhøjer (B6 298-301).*

Langtidsblodsukkeret "sladrer" om blodsukkerpåvirkningen i månederne op til kontrollen. Er dette forhøjet er det ekstra alvorligt. Tallenes alvorlighed bliver af nogle af diabetikere tolket som et kald til handling:

**Lars:** *dengang jeg kom - altså blev konstateret, der havde jeg et langtidsblodsukker på 11,6 på den gamle skala. Det har jeg nu fået ned på omkring en 7-8 stykker, så. [...] Det ligger i den høje ende – eller ikke i den høje ende, men altså... man skal gøre noget ved det (B8 61-65).*

Tallene, som er omdrejningspunktet for den måde, diabetikerne taler det medicinsk-biologiske sprog, skaber ubehag for nogle af dem. Det kan være ubehag ved at skulle forholde sig til egen vægt eller det aktuelle blodsukker. Flere af diabetikerne beskriver det næsten som en slags eksamen, hvor deres levevis bliver bedømt bestået eller dumpet. Annekteringen af det medicinsk-biologiske sundhedsperspektiv har ikke nødvendigvis et frigørende potentiale:

**Martin:** *Jeg tør næsten heller ikke at måle det. Sådan kan jeg godt have det nogle gange, at jeg ikke tør at måle det [...] Jeg gider ikke se det, for jeg har en fornemmelse af at det er over 10 i dag (B7 437-440)*

**Annette:** *Det der med det langtidsblodsukker, det er træls. Det er jo træls når det ikke er som det skal være og der er nogle forhåbninger om det. Men jeg sgu aldrig været rigtigt overrasket, men jeg kan godt mærke, at det påvirker mig, når jeg skal måle mit blodsukker. Det gør jeg jo hverdag. [...] jeg skal ligesom tage mig sammen til at sige: jamen det er som det er... Men jeg kan godt mærke, jeg bliver glad, hvis det ligger fint og lidt det modsatte, når det ikke ligger fint, ikke? (B2 524-529)*

To af diabetikerne beskriver i højere grad tallene, som et af de redskab, der motiverer. Der kan fx være tale om vægt eller blodsukker. Karen og Malene er de to deltagere, som er gået målrettet ind med livsstilsændringer, hvilket har betydet store vægttab for begge. Her kan tallet fungere som en belønning for indsatsen.

**Malene:** *det var egentlig mig, der pressede på hver gang, og ligesom fik min læge til at sætte mig et mål, som hun kunne sige. Jeg lå måske på niveau der hed 42 [blodsukkertal], så kunne hun sige: Jamen du får ikke lov til at smide en pille til, før du er nede på 40. Så holdte jeg hende også på på, så ville jeg ned igen [...] Og det er jeg da nødt til at sige, at det har jeg det godt med. Så det hjælper mig også til at kæmpe (B3 265-271).*

### **Livsstilsrelateret sundhedsperspektiv**

Det livsstilsrelaterede sundhedsperspektiv sammenkobler sundhed med overholdelse af livsstilsfaktorer. I dette perspektiv ses sundhed som handlinger; sundhed er enten noget man gør (spiser sund mad) eller afholder sig fra at gøre (ryger og drikker). Alle diabetikerne ser sundhed og livsstil som tæt forbundne og betragter især kost, motion og afholdenhed fra rygning som hjørnестene i en sund livsstil. På den måde overtager de samfundsdiskurserne på sundhedsområdet med '6 om dagen' og

KRAM-faktorerne; **K**ost, **R**ygning, **A**lkohol, **M**otion. Dette sundhedsperspektiv er repræsenteret stærkest i empirien med mange kodede meningsenheder.

**Lars:** *Jamen, det er ved at lave livsstilsændringer – ligesom Chris MacDonald i U-turn, hvor han siger: jamen man skal ud og dyrke motion... og spise noget andet end... Desværre så er jeg meget kræsen... så grøntsager det er ikke mig, nej... (B8 134-136).*

**Helle:** *Nej, jeg er da ikke sund. Altså: Jeg ryger cigaretter og jeg (griner) drikker rødvin, og mmm, nej, jeg ser ikke mig selv som specielt sund. Så skulle jeg motionere noget mere, ikke også? Og lade være med at ryge (B5 267-269).*

For diabetikerne er den sunde livsstil med blikket rettet mod kost og motion ikke altid en let løsning. Der kan fx være tale om sociale forhindringer. Det kan være svært i krydsende praksisser, når man er til fest i familien eller man sidder ved de traditionelle fredagsrundstykker på arbejdspladsen. For nogle af diabetikerne er det nemmere at sige fra end andre. Karen siger nej tak til arbejdspladsens fristelser, men er samtidig opmærksom på, at hun bryder nogle sociale uskrevne regler (Holm, 2014a), hvis hun sidder offentligt med sin salat, når de andre samles om rundstykkerne:

**Karen:** *de har sådan noget med rundstykker, og når man har fødselsdag og alt sådan noget. Og jeg siger: Jeg vil rigtig gerne deltage, men jeg hopper lige over. Og så spiser jeg gerne min salat inden jeg går op, fordi det... Jeg synes, det skal jo heller ikke være provokerende at sidde og spise salat der, altså. Når de sidder med et rundstykke (B4 171-174).*

**Martin:** *Jeg kan godt sige, at jeg var oppe at runde 166 kilo på et tidspunkt [...] Det er jo ikke sjovt, vel? Det er jo ikke sjovt at have sådan en vægt [...] Men... det var fordi, det var opbagt sovs hver dag jo. Til middag. Jeg har fået meget af mit på efterskoler. Og det er sørme godt nok, det er helt vildt, hvad de spiser der (B7 281-285).*

Det varierer, hvor succesfulde diabetikerne er i forhold til at indfri en sund livsstil, samt hvilke strategier, de gør brug af. Fælles for alle er, at de påpeger sociale forhindringer. Det viser sig i forbindelse med mad i sociale fællesskaber, enten på arbejde, til fest eller i helt almindelige situationer, hvor de mødes med andre i omgivelserne (Holm, 2014a).

### *A. Sund i et kropsvægtsperspektiv*

Et nuancerende perspektiv, som centrerer sig om kropsvægt, har vist sig at være ret omfattende i relation til det livsstilsrelaterede perspektiv på sundhed. Alle deltagerne er overvægtige i varierende grad, og mens nogle af dem fokuserer meget på livsstilsændringer for at forbedre deres *sundhed* i forhold til diabetes, har andre et mere målrettet fokus på vægttab. Flere af dem fortæller om problemer med at leve op til lægens forventninger om vægttab, men for enkelte af deltagerne lykkes det at blive

slankere. Martin fortæller, at han stille og roligt har tabt sig de senere år ved at være mere opmærksom på at leve sundt. Karen og Malene går mere drastisk til værks. Karen har tabt sig 11 kg og lever efter 5:2 kuren med to ugentlige fastedage og fem dage, hvor hun primært lever af masser af grøntsager, salat og en smule kød. Malene har siden diagnosen trænet sig til en krop, som vejer 45 kg mindre end i starten. Hun holder igen med kulhydrater og tæller kalorier, men tillader også sig selv at skeje lidt ud og spise en kage, hvis hun har lyst. Bare det er indenfor det tilladte kalorieindtag.

**Malene:** *Det er jo fordi, at jeg havde tabt mig lidt. Og så tænkte jeg, det var egentlig ret fedt at ligesom tage tråden op og så fortsætte med at tabe sig – og så begyndte jeg jo bare at gå, alt hvad jeg kunne og så havde jeg en makker, der ringede til mig, som også havde tabt mange kilo af sig selv, og så siger han: jeg skal simpelthen strammes op, og så siger jeg: det er fint, skal vi ikke bare begynde i noget træningscenter sammen (B3 116-120).*

**Karen:** *Jeg startede faktisk selv på 5:2 kuren i uge 2. Det gør man altid efter nytår, så starter man altid et eller andet [alle griner] og så fortsætte... så har jeg jo bare fortsat i år og det er ... det er faktisk rigtigt godt (B4 42-44).*

### Relativt sundhedsperspektiv

At sundhedsperspektivet er relativt betyder, at sundhed forhandles og relateres til den kulturelle, sociale og psykiske kontekst omkring det enkelte menneske. Hvad der er sundhed for den ene er ikke nødvendigvis sundhed for den anden. Hverken set fra lægens eller patientens perspektiver. Dermed forstås sygdommen relativt og individuelt i sammenhæng med konteksten. Det relative perspektiv kommer til udtryk hos de fleste af informanterne, særligt når de omtaler, hvordan *andre* mennesker forholder sig til sundhed. Disse andre er fx arbejdskolleger, offentlige personer, familie eller sundhedsmyndigheder:

**Annette:** *Nå ja, men jeg har spillet trommer med en. Han synes det fedeste, det var at løbe den her marathon, og så uanset om han var så udslidt i sin krop, at han endte på sygehuset med en lungebetændelse, så lå han bare og snakkede om den, når han skulle løbe den næste. Altså det synes jeg jo ikke er sundhed. [...] Det er sådan forskellige... Hold da op, man kan have forskellige normer der, ikke? (B2 448-452)*

**Helle:** *at man blev tilknyttet en diætist i en periode [...] det er jo en personlig ting, og vi er allesammen forskellige. Det, der er min barriere er jo ikke en andens – altså hvor man ligesom på en eller anden måde kunne tage fat på, hvad drejer det sig om for dig, fordi det er jo så vidt forskelligt, hvad det er. Om det er, at vi skal starte med, hvad er egentligt sundt og hvad der er usundt (B5 672-677).*

Nedenstående er et eksempel på, at sygdom og sundhed ikke nødvendigvis er gensidigt udelukkende, men er betinget af de omstændigheder, folk lever under. Annette kan sagtens se grader af egen sundhed på trods af, at hun aldrig har betragtet sig selv som værende helt rask:

**Annette:** *Hvad forbinder jeg med at være sund... [lang pause] fordi jeg kan jo ikke engang bare sige det nemmeste svar: Det er fravær af sygdom. [...] Jeg har ikke betragtet det som værende sygdom, lige så vel som det heller ikke er en sygdom at være nærsynet. Altså det har været noget, som jeg skulle leve med, som – ja betingelser (B2 429-435).*

### **Sundhedspolitisk perspektiv**

Det sundhedspolitiske perspektiv forholder sig til sundhed på befolkningsniveau. På dette niveau taler man om folkesundhed, det samlede sundhedsvæsen, procentuelle forekomster af fx diabetes i befolkningen eller andre livsstilssygdommes komorbiditet. Dette tema er et af de mindre i empirien, men tre af diabetikerne, som forholder sig til sundhed på et politisk niveau. Det kommer særligt til udtryk i forbindelse med refleksion over, hvad sygdom og type 2 diabetes koster samfundet:

**Malene:** *man kan godt forestille sig, at folk tænker over det der med, at det koster sundhedsvæsenet så og så mange penge. Det gør det også. Vi plejer så lidt at sige, at ja så er der alle de der atleter der, der render rundt og spiller bold og det er da også at... bruger ligeså mange penge i sundhedsvæsenet (B3 616-619).*

En enkelt deltager, Martin, forholder sig til politiske løsninger ud fra en betragtning om, at det nuværende sundhedssystem i længden bliver for dyrt at opretholde. Forslaget om at sy hans egne og andre diabetikers kæber sammen med ståltråd, så de forhindres i at overspise, er sagt med smil og glimt i øjet, men rationalet bag er, at der måske skal ske ændringer i nogle strukturelle forhold for at gøre det sværere for den enkelte at leve usundt.

**Martin:** *Jeg tror måske indimellem, at man skulle adfærdsregulere folk lidt mere på det her område til deres eget bedste. [...] Adfærdsregulering - det lyder altid grimt. Det er jo et grimt ord jo, men det kan nogle gange være nødvendigt. At få ståltråd i tænderne en gang imellem. Det kan jeg lige så godt sige, det kunne jeg godt have gavn i. Ståltråd i tænderne (B7 537-548).*

Med til et sundhedspolitisk perspektiv hører også, hvor man placerer ansvar for borgernes sundhed. Spørgsmålet om sundhedsansvar fylder langt mere end den øvrige sundhedspolitik og vi har derfor valgt at behandle dette i en særskilt underkategori, som vi har kaldt *selvansvarliggørelse*.

#### **A. Selvansvarliggørelse**

I ordet selvansvarliggørelse ligger både den betydning, at ansvaret for sundhed er placeret hos den enkelte og at selve placeringen er en bevægelse. Nogen placerer dette ansvar hos det enkelte *selv*. I første omgang fremgår af empirien, at denne nogen er diabetikeren selv. Alle diabetikerne tillægger sig selv ansvar for sundhed. Og skyld også, hvis de ikke lever op til dette ansvar. Vi har noteret omkring 100 steder i empirien, hvor betydningen er, at det er diabetikerne selv, der tager ansvaret for dels deres egen sundhed og dels ansvaret for at monitorere deres sygdom. Eller fejle i forsøget.

**Karen:** *[Om årsagen til diabetes] Det er vægten. Ja! Og det har jeg sådan set altid vidst, så jeg... Det er jo sådan mest mig selv, jeg giver skylden for sådan noget, så det er udelukkende... Altså de der kure, man går på i uge 2, dem skulle jeg have taget for mange år siden (B4 214-216).*

**Annette:** *Jeg er bare nødt til at have styr på det [blodsukkeret] nu i modsætning til dengang jeg ikke fik insulin, fordi jeg kan risikere at få de lave blodsukre (B2 540-541).*

Enkelte af diabetikerne nuancerer dette selvansvar med at give udtryk for, at der er faktorer, som man ikke selv har kontrol over. Sundhedsansvaret bliver i disse tilfælde svært at placere helt entydigt hos den enkelte, da der kan være medansvarlige eller særlige omstændigheder, som gør det svært at løfte ansvaret selv. Eller at der er tale om tilfældighedernes spil, hvor du kan være heldig eller uheldig i livets store lotteri.

**Lorenzo:** *Ja, men du kan ikke ændre så meget i livet. Du kan ikke blive hellig, fordi du går efter livsstilen. Så er du hellig? Nej! Før eller siden er der en eller anden skavank, der kommer. Ja hvem giver du så skylden? Nå ja, men det var lægen der sagde forkert. Eller nej, det var min onkel, eller... Du kan ikke give nogen skylden (B6 499-502).*

**Annette:** *Altså, der er jo forskellige ting, som gør at vi er i stand til forskellige ting i vores liv. Og det handler ikke om skyld. Altså, det handler om, hvordan vi er som mennesker og alle de tusinde ting, som spiller ind i vores liv. Og der er ikke nogen, der ikke gør det så godt de kan (B2 490-493).*

Ansvarsfordelingen synes altså mere kompleks. Nogle af diabetikerne vægrer sig mod at påtage sig det fulde ansvar for deres type 2 diabetes. At de vægrer sig, er blot endnu et tegn på, at selvansvarliggørelsen er et anerkendt perspektiv under det sundhedspolitiske perspektiv og integreret i den enkelte. Uanset om de accepterer eller modsætter sig selvansvarliggørelsen ser de den som et vilkår. Ingen af dem vender sig helt væk fra, at sundhed og sygdom er eget ansvar. Blot at at ansvaret ikke i absolut forstand kan placeres hos dem selv.

### **Sundhed i et mentalt perspektiv**

Mental sundhed handler om den enkeltes mentale trivsel og følelse af livskvalitet. Under sundhed i et mentalt perspektiv har vi særligt samlet betydninger, hvor diabetikerne kæder deres generelle sundhed sammen med oplevelsen af mental sundhed. Enkelte af diabetikerne oplever problemer med at håndtere selvværd, skyldfølelse over egne handlinger eller utilstrækkeligheder i forhold til at kunne magte at leve det sunde liv. På den måde opstår det mentale perspektiv ofte i et krydspres mellem øvrige sundhedsperspektiver.

**Helle:** *Altså den der skammen i det, den kæmper jeg med. Altså stadigvæk. Fordi man også – hver eneste gang man hopper i – falder i og spiser det der, man godt ved, man ikke må, så kommer skammen. Ved mig – igen altså.*

*Det skammer jeg mig virkelig over. [...] Altså det er jo dobbelt straf. Det er jo dobbelt straf, ikke? Altså først så gør du noget, der dumt, ikke? For ens fysik, ikke? Og så kommer jeg til at skamme mig sådan, så det straffer jeg også mig selv ved at... (B5 92-97).*

Malene trækker på egne gode erfaringer med psykologsamtaler og påpeger, at den mentale sundhed skal være på plads, før livsstilændringer kan lade sig gøre:

**Malene:** *Hun skulle måske have haft en psykolog i stedet for – en diætist, hvis man kan sige det sådan [...] Fordi – jeg tror, der er andre parametre, man kan pille ved, end kun kost og motion. Det betyder ekstremt meget, det er ikke det, jeg siger. Men hvis de rykker de 75%, så kunne du måske få de sidste 25% med, hvis du gjorde det. Men nu taler jeg også kun ud fra mine egne erfaringer (B3 434-442).*

### **Lægmandsperspektiver**

Lægmandsperspektiver er almindelige menneskers perspektiver på sundhed i common sense forståelser. Lægmandsperspektiver på sundhed er ofte nuancerede og kan tage udgangspunkt i den krop, hvor sundheden manifesteres – synligt, funktionsmæssigt eller mærkbart. Under kategorien lægmandsperspektiver på sundhed har vi kodet de forskellige meningsenheder, som retter sig dels mod nogle rationaler, som omhandler henholdsvis disciplinære og frihedsmæssige perspektiver på sundhed og dels udtrykte kropsopfattelser. Dette giver et indblik i, hvad diabetikerne betragter som værende sundt og deres forståelse af, hvordan man opnår en tilstand af sundhed.

Vi har identificeret en række forskellige lægmandsperspektiver i empirien. Disse har vi placeret i underkategorier, som vi gennemgår i det følgende.

#### *A. Disciplinær sundhed*

Perspektivet om, at opnåelse af sundhed erhverves gennem disciplin og kontrolleret adfærd forekommer hos alle diabetikere i varierende grad. Kategorien indeholder udsagn, der handler om selvdisciplinering og kontrol med særligt kost og motion. Sundhed er noget man *gør* eller med besvær afholder sig fra at gøre:

**Lars:** *jamen jeg havde en ramme af mine colaer tilbage, og så sagde jeg, når den er drukket, så er det slut med det [...] Og jeg vil sige, jeg har også forsøgt i det her og være... og dyrke noget motion (B8 93-96).*

**Martin:** *Jeg har sådan en skridttæller. Altså man skulle... hvis man kunne gå 10.000 skridt hver dag, så er det også en måde at holde det der diabetes i ave på (B7 352-352).*

Diabetikerne kæder i de ovenstående meningsenheder særligt sundhed sammen med motion og det at gøre noget aktivt. Det handler imidlertid også om at frasige sig det, som ikke er sundt. At modstå fristelserne undervejs:



**Lars:** Jeg kan godt lide sådan lige... når jeg kører på arbejde, jamen så ind forbi tanken lige og få et rundstykke eller en kage, og det har jeg så fundet ud af, at det er ikke godt, fordi jamen, hvis jeg får for meget sukker, så kan jeg ikke ud- så kan jeg ikke klare det om morgenen. Arbejdsdagen, det... der er det tungt for mig (B8 245-248).

**Lorenzo:** Man skal spise en banan, når det er tidspunkt. Og ikke overdrive med alting. [...] Jeg vil gerne have en grillkød – bare en enkelt dag, to dage. Jamen, stop! Ikke to aftener i træk. Eller tre glas vin. Et glas vin. Færdig. Ikke mere. Hvad det angår – der har jeg kontrol over (B6 256-259).

Den sunde kost er forbundet med kaloriekontrol og optælling, energifordeling, vitaminer, fiberindhold osv. Der skeles til de gældende kostråd og tjekkes etiketter på fødevarerne før køb:

**Malene:** Hvis man går ind og læser på kalorierne... Jeg har lært meget om mad, synes jeg selv. Ved selv at gå rundt – altså – lige kigge bagpå de der varedeklarationer. Vi har altid lært på diabetesskolen: Nøglehulsmærket, så var du stort set home-safe, så var det godt. Med fedtindhold og alt det der, men nu kan jeg godt sådan gå og kigge bagpå tingene og se, hvad er der egentlig i (B3 236-239).

Mange af diabetikerne udtrykker et besvær ved den disciplinære praksis. Det kan være svært af frasi sig alt det, man har lyst til. Nogle af dem er også opmærksomme på, at disciplinen kræver konstant opmærksomhed, så der ikke ubevidst ryger kalorier ind, som man ikke tænker over:

**Martin:** Ubevidst ja. Impulsiot og ubevidst og så: nå, hold da op - spiste jeg godt nok lige dem. Det skulle jeg så ikke have gjort. Men det var rigtig dumt set i forhold til min... (B7 216-217).

## *B. Frihedsorienteret sundhed*

At sætte sig selv fri er også en del af et sundhedsperspektiv. At være i stand til at gøre det, man har lyst til eller lade være med at lade sig tynde af bekymringer, spiller også en rolle for diabetikerne. Det frihedsorienterede perspektiv på sundhed [Kap. 2] lægger vægt på, at sundhed også er det gode liv, nydelsen, sanseligheden og fravær af bekymring. Dette perspektiv på sundhed, hvor fokus er på livskvalitet, finder vi også i betydelig grad hos diabetikerne.

**Malene:** Heller ikke til jul, hvis der står juleslik fremme og sådan nogle ting. Så taler jeg måske bare åbent om det: I dag, der har jeg simpelthen bare en fridag. Det har jeg tilladt mig selv. Det skal der være plads til en gang imellem. [...] hvis du gerne vil have den der kage hver lørdag aften, så er der noget, der hedder livskvalitet – og så er der ingen, som skal fortælle dig om du skal spise den eller ej. Så længe jeg ved, at jeg har det godt og jeg har det sundt (B3 533-537).

Det gode liv som nydelse og fravær af bekymring kan komme på tværs af alternative sundhedsopfattelser – fx den disciplinære. På den måde er sundhedsopfattelser, der synes modstridende, at finde

side om side med hinanden. Karen plejer at spise is om sommeren, hvilket kommer på tværs af hendes nuværende spisemønster. Hun forhandler derfor med sig selv, om hun har lov til at spise bare en enkelt is (B4 192-194).

### C. Erfaringsbaseret kropslighed

Kropsopfattelserne er mindre temaer, som kommer til udtryk. For de fleste almindelige mennesker er følelsen af sundhed manifesteret i det kropslige (Watson, 2000). For erfaringsbaseret kropslighed er det kendetegnende, at diabetikerne bruger fornemmelsen for kroppen til at vurdere, om noget er sundt eller ej eller om der er grund til at handle. De følgende meningsenheder er eksempler på, at kroppen giver sig selv til kende gennem signaler.

**Annette:** *det var min læge. Hun mente, at jeg skulle have pulsen op og det – det har jeg så læst siden, at der havde min kropsfornemmelse ret: Det skal man ikke, når man er meget stresset (B2 153-155).*

**Helle:** *Og det kan man jo godt mærke i forhold til nu, man har spist aftensmåltid og føler sig lidt træt. Hvis man rejser sig op og så går rundt i et kvarters tid, så får man det jo straks bedre (B5 395-397).*

**Lars:** *Jeg tror simpelthen, at jeg sagde den [kroppen] har det jo fint. Den har jeg det godt i (B8 493).*

### D. Pragmatisk kropslighed

Den pragmatiske kropslighed kommer til udtryk, hvor diabetikerne ser deres krop som et redskab eller forhindring i forhold til at udfylde en bestemt rolle. Hvor kroppen vurderes i forhold til at skulle udfylde en bestemt funktion. Det kan være i arbejdslivet, fritiden, familielivet eller i andre sammenhænge. Det er et gennemgående tema i interviewene, at der er særlige ting, som man kan og ikke kan. At man kan mere bliver koblet sammen med vægttab og kostregulering og dermed øget sundhed. De situationer, hvor det man *ikke* kan, kobles sammen med vægtproblemer og dermed dårligere sundhed.

**Malene:** *når man har tabt sig 45 kilo, så mærker man jo også hvor meget mere befrielse, man får altså, man kan meget mere. Plus så får man pludselig det sociale i det, når man er nede og træne med de andre, og så fik man jo også lige det der, man kunne være instruktør (B3 191-194).*

**Lars:** *Jamen det er at være med på tur og ligge i telt. Det har jeg altid elsket og gjort, men det bliver sværere og sværere for mig at komme ned og ligge på jorden, ikke [...] Der er visse ting jeg ikke kan mere... altså pjatte med ungerne, løbe rundt og efter dem - det kan jeg ikke (B8 284-288).*

### *E. Normativ kropslighed*

Kroppen som sund i forhold til anerkendte forestillinger om det visuelle udtryk af sundhedskroppen spiller en mindre rolle hos diabetikerne. Eksemplerne i denne underkategori forekommer især, fordi vi spørger deltagerne, hvordan de har det med deres krop. Før disse spørgsmål er der ingen, som tager emnet om kropsidealer op efter egen indskydelse. Karen og Martin (B7 249) synes ikke, at det er pænt, når kroppen er overvægtig, mens Malene er mere skeptisk overfor normative kropsidealer som mål for sundhed. Hun føler sig meget sund, men opfylder måske ikke visuelle idealer for en sundhedskrop.

**Karen:** *Altså det er jo ikke godt for min ryg, at jeg er blevet tyk, men jeg synes heller ikke at det er pænt, så...* (B4 375-376).

**Malene:** *Det [følelsen af sundhed] er nok bare fordi at man har det godt med sig selv. Sådan noget er jo ikke bare at være slank og se godt ud, hvis man kan sige det sådan* (B3 299-300).

### *F. Styrke og robusthed*

Undertematiseringen styrke og robusthed er inspireret af empirien, men kan også genfindes i andre studier af lægmandsperspektiver på sundhed (Baxter 2004, Holm 2014b). Det har ikke virket rigtigt at medregne disse ytringer under en pragmatisk kropsopfattelse, for der ligger mere end funktion i disse udsagn. Her giver der udtryk for, at kroppen er sund, fordi den er *stærk*. Styrke og robusthed bliver dermed et udtryk for sundhed. I temaet findes også meningsenheder, som trækker på den opfattelse, at sundhed kan spares op. En god fysik og kropslig styrke er noget, man kan trække på ved behov. Det er især Martin, som er bidragsyder til dette sundhedsrationale.

**Martin:** *Jeg kan holde til meget, det er jeg sikker på. Jeg har en stærk krop sådan. Også min opvækst, den har været sådan meget fysisk [...] Det kan jeg godt mærke, at det sådan har givet en basis, som...* (B7 467-471).

**Martin:** *Jeg tror rigtig meget på fysisk træning set i forhold til at gøre børn stærke – både mentalt og fysisk [...] Og det er lidt ligesom at sætte ind på en bankbog til resten af livet. Altså sådan noget, det er jo vigtigt. Det er jo vigtigt, at vi er opmærksomme på sådan nogle ting* (B7 567-572).

**Karen:** *altså det var som om, jeg ingen kræfter havde overhovedet. Jeg kunne sådan lige smutte på arbejde og så ellers bare hjem. Altså det er helt anderledes nu. Det er sådan som i de gode gamle dage... altså nu kan jeg forstå, at jeg har haft tre hjemmeboende børn, altså. [griner] Jeg har haft kræfter til det* (B4 150-152).

Styrke, robusthed og kræfter er ikke afgrænset til at betegne det fysiske. Martin taler også om robusthed som en slags mental styrke:

**Martin:** *Fysisk sundhed og - psykisk sundhed. Det er faktisk rigtigt svært at adskille, synes jeg, i nogen grad. Fordi det hænger sammen. Det hænger faktisk rigtigt meget sammen. [pause] Men mental sundhed, det er jo for eksempel, at man er robust. Og det vil jeg altid synes, at det er noget, der er vigtigt – at man er robust. Det er i hvert fald sådan i forhold til vores egne børn for eksempel. Det der med, at de er robuste (B7 520-524).*

### **Mønstre i sundhedsforståelsen – opsamling på temaet**

Det medicinsk-biologiske sundhedsperspektiv spiller en rolle for alle diabetikerne. De forholder sig alle til sundhed som et målbart fænomen, der kan evalueres gennem tal. For nogle er tallene en kilde til ubehag, da disse får karakter af en eksamensbedømmelse, hvor man risikerer at dumpe. For særligt to af diabetikerne – Karen og Malene – giver tallene anledning til tilfredshed og glæde. Tallene bliver et redskab, som hjælper dem på rette vej. Det i den forbindelse værd at notere sig, at Karen og Malene er de eneste diabetikere i undersøgelsen, der har tabt sig.

Livsstil og sundhed hænger ifølge diabetikerne sammen. Det er særligt KRAM-faktorerne, som diabetikerne forholder sig til, når de taler om livsstilsrelaterede perspektiver på sundhed. Det kan blive et problem for diabetikerne at holde en sund livsstil i form af at afholde sig fra rygning, at vælge en sund kost og at dyrke motion, når deres sociale virkelighed presser sig på. Alle er observante på sammenhængen mellem sundhed og deres kropsvægt.

Diabetikerne anskuer sygdom relativt. Det er er blik for, at det er individuelt og subjektivt, hvad der opfattes som sundt, eller hvilken form for hjælp, forskellige mennesker har behov for. Sundhed og sygdom kan sameksistere og sundhed kan ikke nødvendigvis anskues som et absolut fænomen.

Kun få af diabetikerne forholder sig til sundhed som et problem af politisk og samfundsmæssig interesse. Det kommer særligt til udtryk i form af overvejelser omkring prisen for at opretholde et sundhedsvæsen. Et sundhedsvæsen, som diabetikere er med til at belaste.

Alle diabetikerne giver sig selv ansvaret for egen sundhed. Selvansvarliggørelsen er dog ikke helt komplet, da nogle af diabetikerne forholder sig til de faktorer, de ikke selv har kontrol over. Det betyder, at dette selvansvar tages med forbehold.

Enkelte af diabetikerne har udfordringer i forhold til egen sundhed, fordi mentale sårbarheder gør det vanskeligt at håndtere de situationer, hvor de - set retrospektivt - føler, at de burde have handlet anderledes. Det gælder særligt i forhold til de spisemønstre, som ligger bag overvægt. En enkelt diabetiker forholder sig, med baggrund i egne erfaringer, til behovet for eventuel psykologhjælp i arbejdet med diabetikers mentale sundhed.

I empirien ser vi talrige eksempler på lægmandsperspektiver på sundhed. Sundhed forstået som henholdsvis disciplineret og frihedsorienteret adfærd genfindes hos diabetikerne. I det ene perspektiv forstås sundhed som selvdisciplin i forhold til at leve op til anerkendte sundhedsanbefalinger – fx KRAM-faktorerne. Det vil særligt sige motion og kost. Det andet perspektiv – frihedsperspektivet – er også repræsenteret, når diabetikerne nævner livskvalitet og nydelse som væsentlige for sundheden. De to perspektiver kan være svært forenelige. Kropsforståelserne fordeler sig på pragmatisk, erfaringsbaseret og normativ forståelse af, hvordan kroppen ytrer sig i relation til sundhed. For disse nævner diabetikerne, at der er særlige ting, som de ikke længere kan med deres krop. Det er med til at understrege graden af sundhed, at man magter de samme ting, som tidligere i livet. Eller omvendt, at man ikke længere magter at udfylde sin rolle og funktioner på arbejdet, i familien eller fritidslivet. Den erfaringsbaserede kropslighed kommer til udtryk, når diabetikerne ved hjælp af fornemmelser fra egen krop vurderer, hvorvidt de er sunde eller ej. Det bliver i nogle tilfælde på bekostning af sundhedsfagligt personales anbefalinger om fx medicinindtag. Det normative i kropsforståelsen spiller en mindre rolle. Det er Karen og Malene – de eneste diabetikere i undersøgelsen, der har gennemgået et vægttab – samt Martin, der forholder sig til kroppens udseende og hvordan kroppen ser ud i forhold til idealerne for en smuk krop. Det sidste lægmandsperspektiv på sundhed handler om styrke og robusthed i krop og sind. Den stærke krop opfattes som sund i sig selv og kan desuden ses som en ekstra sundhedsressource, som man kan trække på i tilfælde af sygdom.

## DIABETIKERNE OM SYGDOM

Temaet sygdom omhandler, hvordan diabetikerne forklarer årsagerne til deres sygdoms opståen eller sygdomsudvikling i form af forværring eller forbedringer i symptomer, medicinforbrug eller prognose. Næsten alle forklaringer indeholder elementer af livsstil og/eller arv. Imidlertid suppleres der med flere og mere nuancerende sygdomsforklaringer. Derfor har vi kategoriseret empiriens betydninger i fire hovedkategorier, som er: *Begrundet i livsstil*, *Begrundet i arvelighed*, *Begrundet i omstændighederne* og *Begrundet i mental sårbarhed*.

### **Begrundet i livsstil**

Alle diabetikerne ser livsstil som en betydende årsag eller medvirkende faktor til, at de har udviklet type 2 diabetes. Det er særligt uhensigtsmæssige kostvaner og overvægten, som diabetikerne taler om, når de referer til, hvilken betydning livsstilen har haft for deres diabetes. Selvom diabetikerne anerkender, at livsstil spiller en rolle i forhold til få sygdommen, er de ikke enige om i hvilket omfang, det gør sig gældende.

**Karen:** *[Om årsagen til diabetes] Det er vægten. Ja! Og det har jeg jo sådan set altid vidst, så jeg... Det er jo sådan set mest mig selv, jeg giver skylden for sådan noget, så det er udelukkende (B4 214-215).*

**Lars:** *Jamen, det er helt sikkert min livsstil - før jeg blev indlagt, ikke? Fordi, jamen jeg har ikke været flink ved mig selv, vel? Før jeg kom – hvad hedder det - blev gift med min kone og mødte hende, jamen der kunne jeg godt sidde ved en computer en hel dag og så når jeg var færdig med den, så kiggede jeg ned, og så stod der 6 halvanden liters tomme sodavand ved siden af mig (B8 260-263).*

I hovedparten af diabetikernes forklaringer på sygdomsforløbet indgår dog, at årsagerne til sygdommen indgår i et mere komplekst samspil af faktorer, hvor livsstil er en faktor blandt flere andre.

**Martin:** *Ja. Man kan jo fremkalde det jo, altså. Ved den adfærd – eller det man gør - sådan i forhold til spisning og hvad man drikker. Man kan jo bare fremkalde det, men det er ikke sikkert det kommer til udtryk, hvis det var sådan, man spiste ordentligt altid, eller havde gjort det altid (B6 374-376).*

**Lorenzo:** *Nej, jeg tror hvis man er... kemien i sig, ikke? Så hvis man ikke passer på... et eller andet fejltrin i løbet af livet, ikke? Så sker det (B6 198-199).*

**Annette:** *Og jeg tænker, det har noget at gøre med overvægt og jeg tænker, det har noget at gøre med – ikke bare nødvendigvis overvægt, men også det der med at bruge sukker – eller chokolade i mit tilfælde – eh, som beroligende middel (B2 396-398).*

### **Begrundet i arvelighed**

Seks ud af syv diabetikere nævner arvelighedsfaktoren som en af flere faktorer i fremkomsten eller udviklingen af diabetes. Ingen af diabetikerne taler om arvelighed, som værende den altoverskyggende eller eneste faktor, men nærmere end latent betingelse, som man skal *passé på*. Sund levevis ses som det redskab, man kan tage i brug for ikke at udløse en diabetes, som man er i risikozone for at udvikle.

**Helle:** *Jeg tror jeg er disponeret for det, altså simpelthen genetisk, ikke også? Og så [...] så skulle jeg nok nok passe lidt mere på med de andre ting. Fordi ellers så ville den jo stadigvæk ligge. Jeg tror den ligger latent. Den ligger jo latent, men så fordi jeg har taget på, så kommer den så ligesom frem (B5 260-263).*

**Annette:** *du får jo heller ikke podagra af at leve af rødvin og bøffer med mindre du er disponeret for det (B2 459-460).*

**Martin:** *Jeg tror det er arveligt. Altså min far han har det, altså det er sådan meget tydeligt, at han har haft det på et tidligt tidspunkt. Men han har også bare levet livet, sådan i vildskab jo. Det vil jeg ikke sige – så meget har jeg ikke levet. På den måde jo, men... det er arveligt. Det er der slet ingen tvivl om. Man er disponeret for det (B7 361-364).*

## Begrundet i omstændigheder

Omstændigheder dækker over tilfælde, hvor andre omstændigheder besværliggør livet med diabetes eller har været medvirkende til sygdommens opståen. Der kan være tale om sociale aspekter både i forhold til familie, arbejdet og andet. Seks ud af syv diabetikere omtaler særlige omstændigheder som årsag til eller forhindring i forhold til sygdom, herunder omstændigheder som stress eller krydsende praksisser, som gør det mere besværligt at leve i henhold til anbefalingerne for en sund livsstil:

**Helle:** *jeg har så en kæreste, som er simpelthen verdens største gris med sin sukkersyge. For hun spiser så meget sukker, så... Jeg kender ikke nogen, der spiser så meget slik og kage, som hun gør. Så det er også indenfor min rækkevidde – altså jeg siger nej tak, nej tak, nej tak rigtigt mange gange. Men alligevel spiser jeg mere end jeg gjorde før, jeg fik sukkersyge (B5 182-186).*

**Lorenzo:** *[Om at overvinde sig selv] Ja, fordi presset er mindre... Du går op på arbejde... Så er der kollegaerne... Så er der møde... Så skal... presset er meget større, så er du nødt til at ryge (B6 558-559).*

For flere er der tale om hårde livsomstændigheder, der har påvirket livsglæden og opfattes som en medvirkende faktor for overvægt eller diabetes. Dette er særligt gældende for to af diabetikerne. Annette fortæller om en svær periode i livet, hvor hendes søn var alvorligt syg og hendes ex-mand, som var en god ven, fik cancer og døde. Malene mistede tidligt sine forældre, hvilket var en medvirkende årsag til, at hun udviklede overvægt allerede som teenager.

**Annette:** *Og så fik jeg en reaktion efterfølgende. Startede på arbejde og blev syg og syg og syg og syg – jeg fik simpelthen den ene infektion efter den anden og mit blodsukker lå også tårnhøjt (B2 83-85)*

**Malene:** *Og så tror jeg nok, jeg lukkede mig lidt inde i mig selv, da jeg mistede min far og blev forældreløs. Det var rigtigt svært og ny skole og... jeg flyttede fra Sjælland til Fyn. Og så, min svoger kørte galt og så – han var selvtændig – og så måtte vi rykke herop til Jylland – og det var endnu sværere (B3 20-23).*

Også kropslige eller biologiske forhold kan besværliggøre og modarbejde diabetikernes i deres bestræbelser på et liv uden sygdom. Karen er rygopereret og kan ikke dyrke motion og Martin ser en sammenhæng med sygdommen fåresyge, som han fik som teenager (B7 36-40).

Nogle helt særlige omstændigheder forekommer, hvis sygdommen har udviklet sig i en retning, hvor der er opstået følgeskader. Alle diabetikerne går til kontrol hos forskellige specialister, men særligt Lorenzo er stærkt plaget af følgeskader. Dette spiller en stor rolle for diabetesforløbet. Han er bekymret for den samlede belastning af immunforsvaret og undlader at tage al sin medicin, hvis han er akut syg med fx infektioner eller udbrud af helvedesild. Når han vælger at sortere i sin medicin af hensyn til sit generelle helbred eller andre sygdomme, kan det på sigt påvirke udviklingen af hans diabetes.

**Lorenzo:** *At du får både immunforsvar til at svigte dig? Fordi jeg troede ikke, at jeg fik den der immunforsvar til at gå agurk for både helvedesild og gigt og al den der. Der er aldrig nogen i min familie, der har haft en gigt – hvorfor fanden skal jeg plages af gigt nu? (B6 487-489).*

### **Begrundet i mental sårbarhed**

Alle diabetikerne anerkender, at mental sårbarhed kan være en faktor i forbindelse med opståen og udvikling af diabetes. To af diabetikerne siger, at mental sårbarhed eller direkte psykisk sygdom såsom stress og depression kan være den udløsende faktor for diabetes eller påvirke blodsukkerværdierne målbart. Flere omtaler uhensigtsmæssige spisemønstre, som er psykisk afledte. Andre anerkender, at diabetes opstår som et resultat af flere faktorer end arv, kost og motion uden direkte at benævne konkrete alternative faktorer.

**Annette:** *Så tror jeg, det har rigtigt rigtigt meget at gøre med stress. Det kan jeg se, fordi det påvirker mit blodsukker så kraftigt. Mer end flødeskumskager faktisk. Og det ved man faktisk også en hel del om – i forbindelse med overvægt – og i forbindelse med, hvordan man optager sin næring – i forbindelse med, at der er stresshormoner i systemet (B2 403-406).*

**Martin:** *Det er også noget, jeg har fundet ud af. At cortisol det er noget af det, der virkelig kan presse en diabetiker. Så skal man sørge for ikke, at være stresset hele tiden. Og det er altså bare ikke sådan et liv, jeg lever. Det er det bare ikke (B7 135-137)*

Der er også eksempler på, at sammenhængen går den anden vej. At fx blodsukkerværdierne eller afmagten ved at have en kronisk sygdom kan udløse mental sårbarhed, sorg eller vrede.

**Lorenzo:** *jeg bliver aggressiv nogle gange, og det er der; nu kan jeg bedre forstå, hvorfor min far... Sølle min mor! Og hun kunne have det hjemme... For han var en ganske aktiv person, min far. Og så... Som så sig selv som krøbling, han kunne ikke stå med stok til sidst, og han kunne ingenting. Men så bliver han gal. Og min mor... Min mor troede, at det var hende. Det var det ikke, men der blev han gal på sig selv (B6 135-139).*

### **Mønstre i sygdomsopfattelsen – opsamling på temaet**

For alle diabetikerne er livsstil en begrundelse for opståen af type 2 diabetes. De giver alle udtryk for, at den valgte livsstil og vaner spiller en central rolle i forhold til at undgå diabetes eller at skulle leve med diabetes uden varige skader. Diabetikerne hengiver sig dog ikke fuldstændigt til livsstil, som den altoverskyggende eller eneste forklaring. Type 2 diabetes opstår i et komplekst samspil af faktorer.

Hovedparten af diabetikerne ser arvelighed som en faktor, der gør sig gældende i forhold til, om man får diabetes eller ej. Det kommer blandt andet til udtryk gennem vished om, at man ligger i risikogruppen qua familiære relationers diabetesforhold.



Forskellige andre omstændigheder spiller også en rolle i forhold til opståen eller livet med sygdommen. Sociale relationer kan stå i vejen for at udleve en sund livsstil, hvilket kan betyde en forværring af sygdommen. Der kan opstå livsbegivenheder, der kriser, som i perioder gør en sårbar og gør det svært at monitorere sygdommen. Det kan også være kropslige forhold, der sætter en stopper for motion, besværliggør et vægttab eller påvirker brugen af medicin.

Diabetikerne ser diabetes som direkte influeret af mentalt helbred. For enkelte er opståen af diabetes direkte relateret til at have stress. Andre peger på problemer med at varetage diabetes, fordi de er mentalt sårbare. Det kan udmønte sig i form af stress, travlhed, vrede eller direkte i sammenhæng med psykiske udfordringer som fx spiseforstyrrelser.

## DIABETIKERNE OM TRIVSEL

Sundhedsstyrelsens definerer to aspekter i opnåelsen af mental sundhed. Det ene aspekt retter sig mod funktionsdimensionen, det andet har oplevelsesfokus [kap. 2]. Funktionsdimensionen har at gøre med coping. Her ses på den enkeltes aktiviteter, og hvordan udfordringer og gøremål klares i hverdagen. Oplevelsesdimensionen har at gøre med at føle glæde og trivsel ved forskellige livsaspekter.

Vi har i første omgang valgt at sætte lighedstegn mellem mental sundhed og trivsel og følger derfor ovenstående struktur i gennemgangen af diabetikernes forståelser af trivsel, egen trivsel såvel som generelle faktorer, som er befordrende for trivsel.

**Trivsel som funktion** har vi kategoriseret med tre forskellige trivselsfunktioner: *Aktiviteter*, *Udfordringer* og *Copingstrategier*. **Oplevelsen af trivsel** er underkategoriseret i henhold til de elementer, som befordrer diabetikernes oplevelse af trivsel.

### Aktiviteter

Den første kategori, som behandler trivsel som funktion er *Aktiviteter*. Indholdet her er omtalen af særlige aktiviteter, som øger diabetikernes glæde og livskvalitet. Disse kan artikulere sig i livselementer, som er til stede i diabetikernes liv, fx familie, eller livselementer i form af særlige aktiviteter, som dyrkes for fornøjelsens skyld. Kategorien favner både nye og gamle aktiviteter samt elementer, som deltagerne påpeger som vigtige og livgivende i livet. På den måde fyldes der noget positivt på en tilværelse, som på andre måder måske er belastet af sygdom. Annette finder glæden ved at synge og danse, Malene er blevet fitnessinstruktør og Martin finder en styrket arbejdsglæde efter et afdelingsskifte. Aktiviteterne i denne kategori kan dreje sig om alt lige fra strikketøj, over kvindegrupper til gåture i skoven.

**Lars:** Jamen jeg tænker jo, at når vi nu kommer her til foråret, så det bliver til at være ude i – jamen så er det ud i haven og få gravet nogle huller og slå græsset og virkelig komme ud og røre sig og virkelig få sved på panden, ikke. Vinteren er træls og fordi man kan ikke komme ud og arbejde. Det vil være godt at komme ud igen, fordi så kommer motionen helt automatisk (B8 740-743).

**Annette:** Ja, jeg synger rock og blues [...] Ja, og er i gang med den proces med at skrive musik selv også. Det er rigtigt spændende. Og rigtigt godt – her i en tid, hvor der er rigtigt mange ting, der ikke fungerer. Så får der lige... Så er der plads til noget helt andet end.. noget kreativitet, som der måske ikke plejer at være plads til. Det er fedt. Så det holder mig lidt... Et godt sted (B2 166-170).

**Karen:** Jeg har jo min kvindesagsgruppe, som jeg har haft, siden jeg var ung. Det er altså sjovere. Nu bliver vi jo kaldt feminister i stedet for rødstrømper, det er jo meget bedre. [...] At vi læser bøger og snakker om samfundsordenen og sådan nogle ting. Det synes jeg er fedt. Så diskuterer vi de bøger, vi har læst og sådan nogle ting. Og det kan jeg jo godt lide. Det har jeg jo været med i, siden jeg var helt ung (B4 359-365).

**Malene:** når man har tabt sig 45 kilo, så mærker man jo også hvor meget mere befrielse, man får altså, man kan meget mere. Plus så får man pludselig det, det sociale i det, når man er nede og træne med de andre og så fik man jo også lige det der, man kunne være instruktør. Altså det havde jeg jo aldrig nogensinde tænkt i mit liv, at jeg skulle stå nede i et fitnesscenter og lære andre at bruge sådan et (B3 191-195).

## Udfordringer

Den næste kategori, som er relateret til trivselsfunktioner, er *Udfordringer*. Alle diabetikerne giver udtryk for, at der forekommer særlige udfordringer i deres liv, som har at gøre med deres sygdom. Noget, der er med til at skabe ubehag, stress eller påvirke deres trivsel i negativ retning. De kodede meningsenheder i denne kategori er meget forskellige, men det fælles kendetegn er, at disse områder kræver ekstra energi at håndtere.

Både Karen og Martin nævner *døden* som et skræmmende fremtidsscenario, hvis det ikke lykkes for dem at få kontrolleret deres sygdom.

**Karen:** Ja, min mormor havde. Og dengang jeg fik det, da... Det var faktisk lidt ubehageligt, fordi – hun fik det i min alder. Og så var hun en del større end mig. Hun havde velreguleret sin vægt, så hun havde gjort det, hun skulle. [...] Og hun fik begge ben sat af – og hun døde som 63-årig. Så det var... Jeg må ærligt indrømme, at jeg sad sådan lige... Sådan de første fire uger, der tænkte jeg: Arrgghh, jeg kunne ikke rigtigt få det til at falde i hak mellem ørene (B4 49-53).

**Martin:** De siger det jo direkte: du kreperer af det, hvis ikke du gør noget. Så de er jo sådan meget ligetil. Det er jo sådan noget med at... det er også rigtigt. Det gør man. Eller du bliver ikke ret meget mere end 60, hvis du ikke gør noget ved det nu. Så det begynder man lige at indse lidt jo (B7 322-325).

For to andre diabetikere er det særligt andres *holdninger*, der skal håndteres. Det kan være hårdt og energikrævende, når man jævnligt skal forklare, forsvare og forholde sig til, hvad andre mener om sygdommen:

**Lars:** *Og det kan godt være meget hårdt, at skal forklare det om og om igen, og sige jamen jeg må godt få sukker. Bare ikke så meget igen, det er jo nærmere fedtet, man skal passe på (B8 151-153).*

**Malene:** *Men man kunne læse inde på nettet, at der var faktisk folk, der syntes at det var dybt forfærdeligt, at folk med sukkersyge nærmest fik lov til at få børn [begge griner]. Jamen, det er helt vildt. Men du kan sagtens leve med det. Og du kan også leve med det uden at skulle tænke for meget over det i dagligdagen, bare du finder den rette vej at gøre det på (B3 568-571).*

For nogle af diabetikerne er den største udfordring, at der er ting, som de af fysiske grunde ikke kan længere. Lars fortæller i en stor del af interviewet om sit årelange engagement i spejderbevægelsen og sin glæde ved lejrlivet og det at kunne give børnene nogle oplevelser. Efterhånden må han se i øjnene, at han har svært ved at ligge på jorden i en teltlejr og også har problemer, når han skal gå langt:

**Lars:** *Altså det værste, jeg har prøvet, det var et år hvor jeg – hvor vi var i København med de største af ungerne, hvor at jamen vi var på løb i hele København, og jeg kunne simpelthen ikke gå rundt mere, på grund af at mine fødder, de gjorde alt for ondt. Det var det første, jeg opdagede - hov der er et eller andet galt. Og det var jeg ikke klar til at klare der (B8 514-517).*

Lorenzo fortæller, at han hele livet har været aktiv og har hjulpet børn og svigerbørn med det praktiske. Nu er han stærkt plaget af følgesygdomme og der er mange ting, som er besværlige eller umulige for ham. Det påvirker hans trivsel. Han sammenligner også sin egen situation med hans far, som også havde diabetes og endte med at dø af koldbrand i foden.

**Lorenzo:** *Men, på det senere, der bliver jeg lidt bitter, fordi der er ting, man kan ikke klare mere, som man kunne engang [...] Det er derfor, jeg bliver aggressiv nogle gange, og det er der; nu kan jeg bedre forstå, hvorfor min far... Sølle min mor! Og hun kunne have det hjemme.... For han var en ganske aktiv person, min far. Og så... som så sig selv som krøbling, han kunne ikke stå med stok til sidst, og han kunne ingenting (B6 128-138).*

De regelmæssige besøg hos lægen med forventning om vægttab og et generelt ubehag ved at blive konfronteret med tal, er også en mental udfordring, som diabetikerne skal forholde sig til. Det kan være belastende at skulle se og forholde sig til langtidsblodsukker, dagligt blodsukker, blodtryk, vægt osv., særligt når tallene er højere end ønskeligt. Det kan omvendt være positivt at blive målt og vejat, når tallene er for nedadgående.

**Martin:** *Jeg tør næsten heller ikke at måle det. Sådan kan jeg godt have det nogle gange, at jeg ikke tør at måle det [...] Jeg gider ikke se det, for jeg har en fornemmelse af at det er over 10 i dag, fordi jeg har influenza. Så det vælter det hele (B7 437-441)*

## **Copingstrategier**

Copingstrategier er forskellige strategier, som diabetikerne tager i anvendelse for at håndtere situationer, problemer og udfordringer, så de lettere opnår en tilstand af trivsel. Vi har defineret strategierne *Accept, At forklare sig, At gå all in, At klare sig selv, Laissez faire, Livsnyder, Skamfølelse, At søge hjælp* og *At yde modstand* i emperien. Strategierne er ikke gensidigt udelukkende og som regel bringes flere af dem i anvendelse af diabetikerne, enten samtidigt eller afhængigt af den pågældende situation.

### **A. Accept**

*Accept* er en bredt benyttet copingstrategi. Det gælder for seks ud af syv diabetikere, at denne strategi er en blandt flere. For flere af dem var der tale om en svær proces, før de nåede det punkt, hvor accepten indfandt sig.

**Martin:** *Jeg var lidt chokeret i starten faktisk. Eller der skulle jeg lige vænne mig til det [diagnosen]. Jamen, så gjorde jeg det bare. Jeg tror nok, jeg sagde første dag: Jeg gider altså ikke tage pillerne. Det skulle ikke være nødvendigt. Men det indså jeg, det var jeg nødt til jo (B7 578-580).*

**Karen:** *Men jeg synes, jeg har... Jeg har... Hvad hedder sådan noget – jeg har forenet mig med det [diagnosen] og nu er det sådan – og så er der jo ikke noget at gøre ved det. Så må man komme videre (B4 56-58).*

En enkelt diabetiker omtaler desuden *accept* som copingstrategi ved at forholde sig til kroppens funktion og udseende på en måde, så hun ikke lader normer om skønhedsidealere påvirke sin trivsel:

**Malene:** *Jeg kunne ikke så meget. Jeg havde nok bare accepteret, at sådan var det. Det var ikke sådan, at jeg gik og hadede mig selv, tænker jeg, eller min krop. Jeg har lyst til at sige, at efter jeg har tabt mig, så har jeg nok bare accepteret mig selv endnu mere som jeg ser ud – faktisk lavet lidt sjov med det. At når man får løs hud og... og så simpelthen sige, at det har jeg selv gjort – og sådan ser jeg ud (B3 398-402).*

### **B. At forklare sig**

Særligt Lars bruger energi på at forklare andre mennesker om diabetes, når de ifølge ham har misforstået, hvad sygdommen skyldes og hvilken betydning den har for den måde, som Lars skal leve på. Det gælder for både arbejdskolleger og hans egne forældre.

**Lars:** *Ikke så meget længere, fordi nu har de begyndt sådan at lære det, men ellers ikke. Så kan det godt være, at skulle forklare igen og igen (B8 163-164)*

Martin og Annette har tilsyneladende brug for at forklare sig selv, hvordan tingene hænger sammen. Begge reflekterer meget over mulige sammenhænge og forklaringer på nogle af de mønstre, som de måske helt ubevidst er underlagt.

**Martin:** Men... når man lever ustruktureret, så er det, at man falder ned i de huller der. Fordi lige pludselig så opdager man, at man har gjort det. Eh... det skulle jeg vist ikke have gjort, det der. Eller købt den der franske hotdog eller hvad nu, det kunne være. Fordi det var nemt. Jeg tror nok i psykologien, at man kalder det fraspaltning (B7 22-205).

### C. At gå all in

Flere af diabetikerne har prøvet – i det mindste i perioder – at anvende en strategi om at gå all in på livsstilsforbedringer og har dermed taget kampen op for at vinde over type 2 diabetes. Det er særligt Malene og Karen, som er gengangere i denne strategi, men Annette har også været der, da hun i sin tid fik stillet diagnosen.

**Annette:** det var nok til at jeg skulle forholde mig til det og det gjorde jeg med og – diæt. Og hvor jeg var fuldstændigt afholdende på alle områder [Marianne griner] – jeg tror i ... et til halvandet år eller sådan noget, hvor jeg bare var helt straight – der var ingen sukker, der var ingen dut-dut-dut – og det gik jo så vældigt (B2 125-128).

**Karen:** Jeg tror ikke, at jeg skal være på kur. Jeg tror det er den måde, jeg bliver nødt til at leve – med grøntsager. Altså når jeg har tabt de kilo jeg vil, så skal jeg jo ikke tabe mig mere. Så skal jeg til at spise noget mere, for ikke at tabe mig. Men jeg er sikker på, at det her med grøntsager og salat og alt det her – det bliver jeg nødt til resten af mit liv. Og minimalt kød (B4 115-118).

### D. At klare sig selv

At klare sig selv er en af de hyppigst omtalte copingstrategier. Diabetikeren ser sig alene med ansvaret og skal klare udfordringer med sygdommen på egen hånd. Alle syv diabetikere benytter sig af denne strategi i stort omfang.

**Lorenzo:** Jo, men det at skulle overbevise en selv. Det hjælper ikke, når lægen... overlægen eller... Det er dig selv, der skal overvinde dig selv (B6 555-556)

**Karen:** Jeg er blevet tilbudt sådan en samtalegruppe oppe på sundhedscenteret og det har jeg altså takket nej til. Også fordi jeg kender en, der går deroppe, og jeg kan godt se, at det skal jeg ikke op og sidde og snakke – altså det gider jeg simpelthen ikke altså – hold nu op. Og skal man sidde i rundkreds og sidde og snakke om sådan noget, som hun lagde frem der, nej (B4 321-325).

### E. *Laissez-faire*

Martin, Helle, Lars og Annette benytter sig af strategien *Laissez-faire*. Ikke hele tiden dog eller som den eneste strategi. Imidlertid fortæller flere af dem, hvordan man i sekvenser i dagligdagen helt kan glemme at passe sin diabetes og først for alvor komme i tanker om den, når tre-måneders kontrollen nærmer sig.

**Annette:** *Og der er ikke nogen, der ikke gør det, så godt som de kan. Heller ikke hende, hvor vi sidder og tænker, hold da op hun forsumper da fuldstændigt, og hun er da bare ikke god ved sig selv. Men der er en grund til det og det er ikke altid lige nemt at gennemskue, men der er en grund til, at der ikke kommer til at ske noget for hende, fordi det magter hun ikke af forskellige grunde. Hun gør det garanteret lige så godt som hun kan (B2 492-497).*

### F. *Livsnyder*

Alle deltagerne med undtagelse af Martin er repræsenteret med copingstrategien *Livsnyder*. Med denne strategi forstår vi den betydning, at der skal være plads til nydelsen i livet. Strategien om at møde udfordringer med nydelse er i overensstemmelse med frihedsperspektivet på sundhed. Det er vigtigt, at der er plads til at nyde elementer i livet – uanset en diabetes diagnose. Der må syndes, hvad enten der nu er tale om små eller store synder. Men også livsnydelse, som indbefatter at nyde de gode og sunde ting er kodet i denne kategori.

**Helle:** *Altså når jeg har det allerbedst, og der har jeg den der med og så og aaarghh – finder ud af, hvad er det jeg gerne vil ha'. Og det er nok faktisk, fordi jeg mangler det lige nu, hvad det er jeg gerne vil ha, og så gå hjem og lave noget godt mad af nogle ting, som du ved, at dem kan du simpelthen nyde, uden at få den der dårlige samvittighed, ikke også? (B5 537-540).*

**Karen:** *Fordi – det er godt nok godt. Sådan en varm sommerdag. En af de rigtig store, nede fra Paradise. Ummm (B4 194-195).*

### G. *Skamfølelse*

Skamfølelsen er en følgesvend og copingstrategi for flere af diabetikerne. Ofte koblet med *livsnyder* og *laissez-faire*. Man har enten fortrængt tanker om sin diabetes eller tilladt sig selv at have fokus på nydelsen. Nu er vægten steget eller blodsukkeret målbart forhøjet, hvilket fører til skamfølelse. Citater i empirien om skam er som regel koblet sammen med tilfælde, hvor det ikke lykkes at holde blodsukkeret i balance, tabe sig, ændre kost- eller motionsvaner m.v. på trods af de gode hensigter. Skamfølel-

sen bliver bemærket og omtalt af alle diabetikerne, men vi har i denne kategori valgt kun at kode citater, hvor skamfølelsen bliver brugt som strategi – og ikke tilfælde, hvor den pågældende vender sig mod tanken om at skulle føle sig skamfuld.

**Helle:** Fordi jeg fik den der meget den der skamfølelse.... Øh.... I forhold til "ej, det er du altså også selv ude om, Helle, for du kunne bare have passet bedre på dig selv og du kunne bare have spist ordentligt. Og du kunne bare have motioneret noget bedre". Altså, den der skammen i det, den kæmper jeg med. Altså stadigvæk. Fordi man også – hver eneste gang man hopper i – falder i og spiser det der, man godt ved, man ikke må, så kommer skammen (B5 89-94).

### *H. At søge hjælp*

Ikke alle diabetikerne ser det nødvendigt at klare det hele selv. Alle er naturligvis i behandling hos egen praktiserende læge, men flere er også tilknyttet speciallæger, sygehuset, har gået på et diabeteshold, en diætist eller søger hjælp i eget netværk hos venner og familie.

**Martin:** Men det der med kognitiv terapi for eksempel. Det var jo også en vej jo. Det behandler man jo alle folk med på alle mulige niveauer og... kognitiv. De der kognitive terapi, det skulle man måske vælge at investere noget mere i også i forhold til folk med sådan nogle sygdomme her. Diabetes (B7 655-657).

**Helle:** Da jeg gik oppe på det kursus der, der kunne jeg godt mærke, at jeg for eksempel ikke havde fået snakket med mennesker nok om det. Fordi der var.... Jeg kan ikke huske, hvad hun var om hun var sygeplejerske eller hvor vi var inde til sådan nogle samtaler. Og fik nogle spørgsmål i forhold til hvordan. Altså da brød jeg sammen flere gange. Og det var jo netop fordi jeg ikke havde fået bearbejdet det der skyld og skam. Halløj. At da hun så på en eller anden måde fik sagt et eller andet, [pibelyd] så kunne jeg godt mærke, at det faktisk gik mig rigtigt, rigtigt, rigtigt meget på (B5 300-306).

### *I. At yde modstand*

Alle syv interviewpersoner har anvendt strategien at yde modstand. Modstanden retter sig flere steder hen, men i langt de fleste tilfælde er det en strategi, som er rettet mod de sundhedsprofessionelle i deres rolle som rådgivende.

**Malene:** Det er lidt nemmere at sige: du skal ikke fortælle mig, hvad jeg skal gøre, for jeg har tabt mig 45 kilo, så det skal du ikke fortælle mig. Jeg ved det godt (B3 516-517).

**Lorenzo:** Ja, men hvad er det, jeg siger, Maria. Hvis nu hun siger: "Du skal spise broccoli". Og det kommer herind og det kommer herud [Peger først på det ene øre, derefter det andet]. Det er fandeme enhver idiot, der ved, at det er sundt at spise broccoli. Det har jeg spist hele mit liv, så der er ikke noget fis. Hun kan bare sige noget... (B6 369-372)

**Martin:** *Jeg tror nok, jeg sagde første dag: Jeg gider altså ikke tage pillerne. Det skulle ikke være nødvendigt. Men det indså jeg, det var jeg nødt til jo (B7 579-580).*

**Lars:** *Jeg tror bare, jeg har set mig sur på lægen, så uanset hvad hun siger så: nej, det gider jeg faktisk ikke (B8 486-487)*

Lorenzo vender sig mod tanken om at skulle veje og måle sin mad. Mad er ikke noget, man vejer og måler. Når man først dertil, kan man ligeså vel lægge sig til at dø:

**Lorenzo:** *Det er det rationelle. Det er nødt til at komme. Så det begrænser mig... der er så meget som muligt, man kan. Jeg begrænser mig til det punkt der: 10 gram rugbrød, 5 gram ost og... Nej! Det er livs... det gider jeg ikke. Så langt gider - nej, så kan jeg lige så godt lade være og lægge mig til at dø. (B6 545-548)*

## **Oplevelse af trivsel**

Det andet store overordnede perspektiv fra definitionen af mental sundhed er *oplevelsen af trivsel*.

Diabetikerne viser i empirien forskellige måder, hvorpå de finder denne følelse af glæde og trivsel på, og oplevelsen af glæde er individuel og subjektiv. Derfor indgår nogle disse betydninger i en meget lille underkategori. Vi har valgt kun at præsentere følgende definitioner, som omhandler oplevelsen af trivsel: *Oplevelsen af fællesskab, Oplevelsen af ro, Oplevelsen af frihed, At have det godt med sig selv og endelig Negative oplevelser.*

### *A. Oplevelsen af fællesskab*

Oplevelsen af fællesskab er den mest omfattende underkategori. For seks af de syv diabetikere er de nære familiære relationer centrale i oplevelsen af trivsel. Det handler om at have en base, hvorfra verden går.

**Lorenzo:** *Ja, det er nummer 1. Det er, at man har et arbejde med et socialt liv, man har familie, man har noget tilknyttet til. Det betyder meget [...] Ja, og det er derfor, at mine børn og mine børnebørn og familie er tilknyttet så meget som muligt, og det er det, der er at trives. (B6 427-431)*

Omend i et mindre omfang, bidrager fællesskaberne på arbejdet og i fritiden også til følelsen af trivsel:

**Martin:** *Jamen, det er jo det samarbejde, folk de har med hinanden og sådan noget. Og så er vi tilbage med, det der med empati - og folk, der vil hinanden noget godt. Altså, der sådan fungerer godt sammen. Altså det er jo skønt. Det er jo skønt at være i de der fællesskaber, hvor tingene, de fungerer. Fællesskaber - det er jo i hvert fald sundhed for mig. At man trives i fællesskaber. Det er jo som, ja... Det er jo vigtigt (B7 498-502).*



## *B. Oplevelsen af ro*

I modsætning til fællesskaberne findes der mange steder i empirien, som påpeger betydningen af ro som vigtig for den enkeltes trivsel. Fem af de syv diabetikere har bidrag med denne betydning. Det viser sig både i form af at udsagn, hvor ro er centralt for trivsel, men også når diabetikeren har svært ved at få ro.

**Helle:** *For at jeg trives? [Pause]. Jamen det ved jeg ikke. Altså for at jeg trives sådan til daglig så – der skal være mulighed for, at jeg kan komme ud og jeg kan få noget luft. Og jeg kan få noget ro. Og så trives for mig, det er også sund mad - sund mad og grønt. Ja. Grin og rødvin og gode venner. Ja (B5 521-523).*

**Malene:** *Men jeg tror bare, jeg havde brug for noget ro. Altså i det hele taget. Også i forhold til at miste mine forældre. Der var ... Jeg skulle bare have styr på tingene igen... Så det var ligesom, tror jeg, det det handlede om. Og det kan jo godt være, at det er fordi, man har en for travl hverdag i dag, man ikke når at akkumulere, hvad der altid sker... Altså – få sat tingene på plads og pakket det væk, man ikke skal bruge. Jeg tænker, det rent mentalt, ikke også, såh... (B3 167-171).*

## *C. Oplevelsen af frihed*

Trivsel forstås her som en følelse af frihed, som har at gøre med glæden ved at føle sig på plads i sit liv og i øvrigt kunne gøre de ting, som man har lyst til. Fem af diabetikerne leverer bidrag med denne betydning.

**Annette:** *Og trives det er for mig, det er nok at kunne gøre de ting, som jeg gerne vil og have overskud til gerne at ville noget. [griner] At kunne holde en balance i forhold til at være tilstrækkeligt sund og fysisk og psykisk - altså det handler også om at få tilpas mange oplevelser og tilpas meget trækken sig tilbage og – meget at egentlig at kunne gøre det jeg gerne vil (B2 590-593).*

## *D. At have det godt med sig selv*

Tre af diabetikerne bidrager med meningsenheder om, at trivsel ganske enkelt er at have det godt med sig selv.

**Malene:** *Det er nok bare fordi, at man har det godt med sig selv. Sådan noget er jo ikke bare at være slank og se godt ud, hvis man kan sige det sådan. Det er jo også at have det godt med sig selv jo. Ja. Og få det hele til at spille, hvis man kan sige det sådan (B3 299-301).*

## E. Negative oplevelser

I negative oplevelser har vi samlet tekstenheder, som omhandler oplevelser og følelser, som *ikke* er befordrende for diabetikernes trivsel. Fire diabetikere giver eksempler på dette. De fleste bidrag er fra Lorenzo, som gennemlever mange frustrationer og følelse af irritation og vrede i kølvandet på sine følgesygdomme, og Lars, som har et anspændt forhold til lægen på grund af overvægten:

**Lars:** *Jamen i stedet for at stå med pisken og slå hårdt ned på, fordi det var virkelig det som jeg ser – jeg ser det som en kamp, at man hver gang jeg kommer ind, jamen så det eneste hun kan slå på det er min vægt og ja jeg ved godt – jeg har øjne i hovedet, jeg kan godt se at den er gal her, ikke også, men det er det eneste hun kan. Hun kan kun pisk (B8 466-469).*

### Mønstre i trivselsopfattelsen – opsamling på temaet

I trivsel set som funktion konstrueret tre kategorier: Aktiviteter, Udfordringer og Copingstrategier.

Alle diabetikerne finder en glæde i særlige *aktiviteter*, som betyder noget for dem. Det spænder fra sang, musik, at lave lækker mad, dyrke sport, gå i haven, se TV eller læse gode bøger. En enkelt beskriver ligefrem sin hobby – strikning – som terapeutisk.

På samme måde varierer de *udfordrende* sider af livet. For enkelte spøger tanken om døden, som den ultimative udgang, hvis der ikke kommer styr på sygdomshåndteringen af diabetes. For andre handler det om andre menneskers holdninger til diabetikere. Derudover kan det være en udfordring, at man ikke længere kunne det, som man kunne engang. De regelmæssige kontroller i forbindelse med diabetes kan også være en udfordring, da tallene for nogle er skræmmende. Det omvendte gør sig gældende for Malene og Karen, der som de eneste diabetikere i undersøgelsen er lykkedes med større bevidste vægttab. Her bliver tallene en form for belønning, som giver Karen og Malene en følelse af velvære eller et klap på skulderen.

Måden, hvorpå diabetikerne forsøger at håndtere disse udfordringer på, er også meget forskellig. For seks ud af syv diabetikere spiller *copingstrategien accept* en rolle. Det kan være accept i forhold til at acceptere, at man har diabetes eller at man gør noget ved det. Det kan også være accept i forhold til egen krop og udseende. Andre benytter sig af den strategi at bruge tid på *at forklare sig*. Særligt en føler, at det er meget hårdt at skulle forklare sig for andre og flere bruger meget tid på at begrunde diagnosen. En anden måde at håndtere udfordringer på, er at gå *'all in'* i kampen mod diabetes. Det er særligt Karen og Malene, vi finder her, men også Annette har forsøgt sig med omfattende livsstilsændringer og disciplin kort efter, at hun blev diagnosticeret. Man kan notere sig, at der ligger et temporalt aspekt i, hvornår kvinderne griber til denne strategi. Alle har gjort det kort tid efter - eller allerede før diagnosen blev stillet. Strategien *skamfølelse* findes dermed ikke i sammenhæng med de strategier, som omhandler livsstilsændringer – tværtimod. Derudover anvender alle diabetikerne den strategi, at de er

bevidste om, at *de skal klare sig selv*. Håndteringen af sygdommen og deres egen sundhed og trivsel er i egne hænder. Mindre end halvdelen af diabetikerne forholder sig til problemerne med en *laissez-faire* strategi og ingen af dem benytter denne strategi som den eneste. Copingstrategien *livsnydelse* indgår hos alle. De fleste anvender også den strategi at *søge hjælp hos andre*, fx sundhedsvæsenet for at håndtere udfordringerne med diabetes. Slutteligt er alle diabetikerne repræsenteret i copingkategorien *at yde modstand*. Det kan være i form af modstand mod sundhedsprofessionel rådgivning, men det kan også være modstand i forhold til sociale relationer.

*Oplevelser af trivsel* har for de fleste af diabetikerne en stærk sammenhæng med *fællesskab*. Helt omvendt er oplevelsen af *ro* også af betydning for de fleste. *Frihed* til at kunne gøre, hvad man har lyst til er også stærkt repræsenteret. Dette kan komme på tværs af en sund livsstil og kan relateres tilbage til vekslingen mellem sundhedsopfattelserne frihed og disciplin. Flere angiver, at man ganske enkelt trives, når man *har det godt med sig selv*. Endelig er der kodet negationer med oplevelse af *mistrivsel*.

## SAMMENFATNING AF ANALYSEN AF DIABETIKERNES FORSTÅELSER

### Sundhed

Diabetikerne taler om sundhed ud fra flere perspektiver. De *medicinsk-biologiske* perspektiv er indlejret hos alle deltagerne, som forholder sig til sundhed gennem tal. Disse tals betydning er tæt sammenhængende med, i hvilken grad den enkelte lykkes med livsstilsændringer. Tallene udgør en bedømmelse og giver anledning til ros eller ris for levet liv siden sidst.

Diabetikerne anerkender en stærk sammenhængen mellem *livsstil* og sundhed. Livsstilsperspektivet indtages i form af KRAM-faktorerne, som diabetikerne dog kæmper med at leve op til, når deres sociale virkelighed presser sig på.

Sundhed ses ikke som et absolut fænomen, men et i et *relativt perspektiv*. Diabetikerne har blik for det subjektive i forskellige menneskers sundhedsforståelse og det individuelle i behov for hjælp.

Kun få af dem forholder sig til et sundhedspolitisk perspektiv og da i betydningen sundhedsomkostninger. Derimod føler alle diabetikerne sig ansvarlige for egen sundhed. *Selvansvarliggørelsen* er dog med forbehold for faktorer, som diabetikerne ikke selv kontrollerer.

Enkelte diabetikere har mentale sårbarheder, som særligt udmøntes i overspisning. En peger på behov for hjælp i forbindelse med, at der også er et *mentalt perspektiv* på sundhed.

*Lægmandsperspektiver* for sundhed indeholder elementerne *disciplin* og *frihed*, som anvendes i omfattende grad, særligt i betydningen selvdisciplin i forhold til at leve op til anbefalinger for motion og

kost. *Frihedsperspektivet* trækkes på i forbindelse med betydningen af nydelse og livskvalitet for sundheden. Kropsopfattelserne vedrører *pragmatisk, erfaringsbaseret* og *normativ* kropsforståelse. Graden af sundhed vurderes efter, om man stadig magter at udfylde sin rolle og normale funktioner. Eller gennem den erfaringsbaserede kropslighed, som undertiden er i opposition til det sundhedsfaglige personales anbefalinger om fx medicinindtag. Kroppen i relation til idealerne for en smuk krop forholder diabetikerne sig kun til på vores foranledning. Den sidste lægmandsopfattelse udlagt fra empirien handler om den *stærke og robuste krop*, som udgør en sundhedsressource.

## Sygdom

Vender vi blikket mod diabetikernes opfattelser af årsagerne til type 2 diabetes og hvilke faktorer, som påvirker sygdommen ser vi, at alle diabetikerne begrundet diabetes som *livsstilsrelateret*. Dog forklarer de sygdommen som begrundet i et samspil af flere faktorer. *Arvelighed* ses også som en faktor, men særligt som en latent sårbarhed, som kan udløses af forkert livsstil. Flere sammenkobler sygdomsudbrud med stress eller *mental sårbarhed* og mange af diabetikerne påpeger en direkte sammenhæng mellem psykiske faktorer og blodsukkerniveau. Mentalt helbred i lighed med andre livsomstændigheder påvirker varetagelsen af diabetes. *Omstændighederne* kan også være sociale relationer, kriser eller kropslige forhold, som besværliggør motion eller vægttab og dermed udløser eller påvirker diabetes.

## Trivsel

Under temaet trivsel fremgår, at diabetikerne dyrker *aktiviteter*, som giver glæde og trivsel, men har også *udfordrende* aspekter i livet, som relaterer sig til sygdommen. Det kan være i forbindelse med følgeskader, tanker om døden, andre menneskers fordomme eller tab af fysiske færdigheder. For flere er de kvartalsmæssige kontroller udfordrende, da tallene er skræmmende. To af deltagerne ser tallene som belønning for indsatsen mod vægttab.

Udfordringerne mødes med forskellige  *copingstrategier*, hvor *accept* er udbredt blandt næsten alle. Særligt en bruger energi på at *forklare sig for andre*, mens flere reflekterer og forsøger at forstå sammenhænge i diabetes for sig selv. Specielt de to kvinder med vægttab er gået *all in* i kampen mod sygdommen. *Skamfølelse* er særligt belastende for en enkelt deltager og *laissez-faire* strategien benyttes af tre diabetikere i sammenhæng med andre strategier. Copingstrategien *livsnydelse* indgår hos alle. De fleste *søger hjælp* hos andre, både sundhedsvæsen og hos venner og familie. Alle diabetikere har benyttet sig af strategien *at yde modstand*. Særligt i relation til sundhedsfaglig rådgivning.

*Fællesskab* er helt central for diabetikernes *oplevelse af trivsel*. Dernæst følger oplevelsen af *ro* og *frihed* til at kunne gøre hvad man har lyst til. Oplevelsen af trivsel findes også i den simple betydning at *have det godt med sig selv*. Endelig er der eksempler på oplevelser med *mistrivsel* i empirien.

## 7. Analysetrin 2 - Sygeplejerskerne

Her i kapitlet redegøres for den kvalitative indholdsanalyse af fokusgruppeinterviewet. Først præsenteres deltagerne i fokusgruppen kort. Analysepræsentationen vil omhandle kategoriserede meningsenheder indenfor områderne sundhed, sygdom og trivsel. I slutningen af kapitlet præsenteres de vigtigste mønstre og hovedtræk fra analysetrin 2

### DELTAGERNE I FOKUSGRUPPEN

**Maria** er 36 år og har arbejdet som sygeplejerske i 12 år, de første år primært på sygehuset, men også i hjemmesygeplejen. Siden 2013 har hun arbejdet i denne lægeklinik, men har også før det mødt diabetespatienter i hjemmesygeplejen (44-47). Maria står citeret for i alt 52 indlæg i interviewet.

**Birgit** uddannede sig først som revisorassistent, før hun startede på sygeplejeskolen. Hun har nu været uddannet i godt 20 år. Halvdelen af tiden har hun arbejdet som konsultationssygeplejerske i almen praksis (40-43). Birgit var vores kontaktperson til gruppen og tog ordet 40 gange i interviewet.

**Tanja** er 43 år og tog uddannelsen som sygeplejerske direkte fra gymnasiet. Hun har i alt været i jobbet i 24 år med forskellige arbejdspladser; i almen praksis siden 2010. Hun har erfaring med diabetespatienter fra forskellige afdelinger på sygehuset, i hjemmesygeplejen og i almen praksis (35-39). Tanja taler 51 gange i gruppen.

**Therese** fortæller, at hun er helt grøn som konsultationssygeplejerske, men har erfaring fra en afdeling på sygehuset og desuden været i udlandet. Hun har også mødt mange patienter med diabetes på forskellige stadier af sygdomsforløbet (32-34). Therese var den yngste af deltagerne og den med mindst erfaring fra almen praksis. Hun tog kun ordet en enkelt gang fra regnet præsentationsrunden.

**Birgitte** er 55 år og har været sygeplejerske i 30 år med mange forskellige arbejdspladser. Hun har mødt mange forskellige diabetespatienter. Sammenlagt har hun arbejdet på lægeklinik i almen praksis i ca. 10 år (26-29). Birgitte var den mest aktive deltager og tog ordet 63 gange i interviewet.

## SYGEPLEJERSKERNE OM SUNDHED

Under temaet sundhed præsenterer vi fokusgruppens opfattelser af sundhed. Analysepræsentationen er kategoriseret i overensstemmelse med flere af de sundhedsperspektiver, som diabetikerne anvender i analysetrin 1. Det er gældende for: *Medicinsk-biologisk sundhedsperspektiv*, *Livsstilsrelateret sundhedsperspektiv*, *Relativt sundhedsperspektiv* og *Sundhedspolitisk perspektiv*.

Vi har ikke fundet anledning til at oprette en kategori med et mentalt sundhedsperspektiv, da dette perspektiv på sundhed er næsten fraværende i empirien. Derimod er der ud fra empirien opstået behov for to kategorier, som vi har benævnt: *Holistisk sundhedsperspektiv* og *Progredierende sundhedsperspektiv*.

Tallene i kildeangivelserne henviser til linjenumre i transskriberingen af interviewet, som har bilagsnummer 1, ex: (B1 100-104).

### **Medicinsk-biologisk sundhedsperspektiv**

Det var vores forventning, at det *medicinsk-biologiske perspektiv* var dominerende hos de sundhedsprofessionelle. Dette perspektiv med sit fokus på kausale sammenhænge og tal på sundhed i form af BMI, kolesterol, blodtryk m.v. omtales som "apparattejl-modellen" i kapitel 2 (Otto, 2005, Wackerhausen, 2005). Dette viste sig ikke at være tilfældet i fokusgruppeinterviewet. Der trækkes kun specifikt på den medicinsk-biologiske perspektiv 9 gange i interviewet.

Forud for efterfølgende citatuddrag beskriver Birgitte, hvordan patienter selv kan monitorere sig selv og registrere blodsukkeret i deres daglige liv, når de fx er til julefrokost. Dette taler til de patienter, som går op i tal og kurver og registrering af egen livsstil. Også fokus på vægttab er udtryk for en medicinsk-biologisk sundhedsopfattelse.

**Birgitte:** ... vores strategi det er, at du prøver at tabe dig til de næste tre måneder ved et mål, der kunne være, at du skulle have tabt 3 kilo – et kilo om måneden. Det er målbart, og det er en succes, når de kommer om tre måneder og der er røget tre kilo eller fem, som man kan være rigtig stolt af [...] Man kan se blodtrykket falder, så der – når man kan få dem på banen selv (B1 429-433).

**Marianne:** Hvad så med dem, der har taget fem kilo på? (B1 434)

**Birgitte:** Ja, det er jo ikke så godt. De bliver jo kede af det, og så må man ind og snakke hvad er der sket, hvorfor og hvordan og hvorledes. Hvad er det der, og det er jo ikke en succes, når de går derfra. Men stadigvæk så er det noget målbart, og tit så kan de selv relatere det til 117 julefrokoster i december måned, at det var måske ikke så smart og så må man prøve at få det af igen. Men det kan være en motiverende faktor, at man laver noget patienten kan deltage aktivt og måle (B1 435-39).

I interviewet kredser emnerne – på vores foranledning - særligt om sundhed og trivselsforståelser, men sygeplejerskerne regner kliniske retningslinjer og anbefalinger for vigtige for at undgå følgeskader hos patienterne. Patienterne kommer til faste kontroller og der er mål i forhold til blodsukker, blodtryk og vægttab. Det kan godt være, at patienterne *selv* synes, det går godt, men det gør det ikke, hvis langtidsblodsukkeret ikke er OK.

**Andreas:** ... *Er vi ovre i det, hvor det har noget at gøre med det fysiske, og blodsukkeret det er at have det godt med sig selv. Hvis man holder det i ave?* (B1 247-249).

**Birgitte:** *Ja, når det handler om diabetes, så ja, så er det det fysiske. Altså der er jo ikke så mange psykiske påvirkninger, kan man sige af diabetes...* (B1 250-251)

Flere af deltagerne vender sig mod tanken om, at man kan måle trivsel. De mange målinger er også et forsøg på at afklare, hvordan aktivitetsniveau, øvrig medicin og livsstilsvalg spiller ind på de målbare aspekter af helbredet. Diabetikerne er frie til at vælge – fx at spise en kage, hvis det giver dem trivsel – men tallene sørger for, at der er tale om oplyste valg.

**Tanja:** *Men jeg synes ikke vi måler deres trivsel på målinger, det gør vi ikke. Slet ikke. Det synes jeg faktisk slet ikke, at vi gør. Overhovedet ikke, men det betyder meget, fordi det man kan vægte, hvad de kan gøre bedre for dem selv. Men hvis ikke de vil - så er der jo ikke nogen, der siger, at de skal. Nej. Det er der ikke. De vælger* (B1 470-473).

### **Livsstilsrelateret sundhedsperspektiv**

Patienternes (forkerte) livsstilsvalg og vaner er et tilbagevendende emne i interviewet med i alt 20 kodninger. Når sygeplejerskerne omtaler livsstil, er det særligt i forbindelse med visse sygdommes korrelationer med livsstilsfaktorerne kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorer). De fleste af de kodede meningsenheder i interviewet omhandler forsøg på at påvirke til ændringer i patienternes uhensigtsmæssige livsstil på disse særlige områder.

**Therese:** *Jamen gør vi det ikke en lille smule, når nu vi har dem inde til årskontrollerne? Så snakker vi jo med dem om kost og motion og rygning... altså... Og nogle gange, så synes jeg også, at vi stiller dem reflekterende spørgsmål, altså...* (B1 210-212).

Deltagerne fortæller om patienter, som møder op med dårlig samvittighed over deres dårlige vaner. Som har spist forkert, drukket og røget for meget og ikke har kunnet tage sig sammen til at gøre noget. Sygeplejerskerne spørger jævnligt til livsstilsfaktorer:

**Maria:** *Ja, for de bliver tounget til at sige nogle ting, og så får de den tænkt: OK, det kan jeg faktisk godt se, at det er forkert, eller en eller.... eller det er ikke rigtigt. Ja. Der er vi jo igennem KRAM-faktorerne* (B1 213-215).

Der udspinder sig flere steder en livlig diskussion om, hvorvidt livsstilsvalg er betinget af manglende viden, manglende vilje, er socialt betinget eller bare et udtryk for vaner. Og flere kommer med eksempler på, at en sund livsstil ikke er en garanti for ikke at få type 2 diabetes.

**Tanja:** *Jamen også, hvis de er vant til at leve som en gammel – altså, som at de spiser de inden... ja altså gammelmandskost - eller hvad man nu sådan lige. Jeg tror bare, at med den altså, jeg ved også, at alle skoler - det bliver sagt i forskellige klassetrin, hvordan man bør leve. Og jeg ved godt, at det behøver man ikke gøre, men jeg siger bare, at alle godt ved det inderst inde. Jeg gør det da heller ikke. Det er også derfor, jeg ikke skal have taget blodprøver eller noget. For jeg har da helt sikkert - fejler da også et eller andet (B1 630-635).*

**Birgit:** *Det er at ændre vaner. Man ved jo selv, hvor svært det kan være. Og jeg kan da godt følge dem, når de synes, det er svært at stoppe med at ryge eller svært at få regelmæssig motion eller spise som man skal, eller... og så videre, ikke også? [...] Så det kan jeg sagtens stille mig i deres sted, og sige: jamen jeg ved godt, hvor svært det er. Det er op af bakke nogle gange, ikke? (B1 490-495).*

Der er flere eksempler end dette på, at sygeplejerskerne også trækker på den personlige erfaring vedrørende livsstilsændringer. De ved godt selv, at det er svært.

**Tanja:** *... jeg tror, hvis jeg levede så sundt, som jeg - så var jeg da blevet sund og slank og i mega god form. Nej, sådan er livet ikke. Så er man træt, når man kommer hjem fra arbejde - og man har arbejde, og man har børn, og man har hund, man skal til sport med børnene. Så får man ikke opfyldt de der sundhedskrav... (B1 648-652).*

### **Relativt sundhedsperspektiv**

Deltagerne trækker dobbelt så hyppigt på et relativt sundhedsperspektiv, som de gør på det medicinsk-biologiske. Kategorien dækker over, at sundhed forhandles og relateres til den sociale og psykiske kontekst om den enkelte patient [kap. 2]. I de relative sundhedsperspektiv indgår også andre faktorer som personlighed, alder og samlet sygdomsbelastning. At sundhed ses relativt har betydning for diagnosticering og behandlingsforløb ved type 2 diabetes.

**Maria:** *Det er meget individuelt. Og det er jo igen det der med, at det vil også være forskelligt for den enkelte patient, hvad der er sundhed for den enkelte. Og der er det rigtig vigtigt, at vi som fagpersoner møder dem, altså der hvor de er, og der hvor de har mulighed for at opleve øget sundhed (B1 163-165).*

**Birgit:** *Specielt også meget, hvem de er. Man møder jo nogle, som går vældigt op i det og kan bare se, er rigtig motiverede for det og gør noget – og måler blodsukker hjemme... og statistikker og sådan... og nu har de ligget sådan... og det er der forskel på eller hvis det er en, som synes at det er en udfordring overhovedet at holde sig fra kagen, eller... Er et helt andet sted i forløbet (B1 125-128).*



**Birgitte:** *Men man kan sagtens egentlig have det godt med sig selv, øh... med en dårligt reguleret sukkersyge, et langt stykke hen ad vejen. Men pludselig så, så bliver man dårlig. [...] Så kan man prøve på at holde status quo der hvor man så er. Og så oprette en balance i... på et dårligere niveau, kan man sige (B1 240-246).*

Sygeplejerskerne kender mange af de nye diabetespatienter i forvejen, fordi de kommer i klinikken af andre årsager. De kan også have en forventning om, at diagnosen er på vej, så de går og holder lidt øje med bestemte patienter (87-88). De sociale aspekter ved sundheden bliver flittigt debatteret i interviewet. Når økonomi og ressourcer er ulige fordelt, vil sundhedsopfattelsen ikke altid afspejle de statslige sundhedsråd.

**Maria:** *Jeg tror, der er nogen der har en forvrænget opfattelse af, hvad det vil sige at leve sundt (B1 617).*

**Tanja:** *Men det handler om ressourcer, det giver jeg dig fuldstændig ret i – økonomi og ressourcer. At dem, der ikke... de giver det videre til deres børn - den sociale arv. Vi ser det jo her: overvægtige forældre - mange af dem har også overvægtige børn (B1 604-606)*

**Birgit:** *Så det afhænger lidt af, hvad de selv lægger i det. Hvor meget, de ønsker, at de skal ændre nogle ting... Og kan ændre... (B1 183-185).*

Det er et tilbagevendende tema i interviewet, at man skal tage udgangspunkt i det enkelte menneske. Finde ud af, hvor de er, og så forsøge at motivere dem i retning af et sundere liv. Mens sygeplejerskerne taler om egen opfattelse, kommer de pludselig til at diskutere indbyrdes, om det var muligt at spørge mere direkte til patienternes sundhedsopfattelse. Det har ingen af dem prøvet.

**Tanja:** *Jamen, jeg vil sige, at jeg spørger dem aldrig. Jeg har aldrig spurgt dem om: hvad synes du er sundt? Hvad synes du, der er sundhed? Det har jeg aldrig spurgt en patient om. Aldrig nogensinde (B1 186-187).*

### **Sundhedspolitisk perspektiv**

Sundhedspolitikken har til formål at højne folkesundheden på befolkningsniveau [kap. 2]. Sygeplejerskernes arbejde er underlagt kliniske retningslinjer og en lang række offentlige anbefalinger. Dette skinner også igennem i interviewet, hvor sygeplejerskerne flere gange henviser til fx Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende KRAM-faktorer, eller anbefalinger, som vedrører antal ugentlige genstande alkohol m.v. Dette taler de også med patienterne om, hvor de forsøger at relatere de sundhedspolitiske anbefalinger til patientens konkrete livsstil:

**Birgit:** *Ja, og få talt på, hvor meget alkohol... hvor mange genstande, de rent... de drikker pr. uge. Det synes jeg også, jeg møder flere, der sådan... at når de sådan får talt efter: hold da op, er det så mange, ikke? Og det var de måske ikke helt klar over selv, at de... De har tænkt, at det var ikke så galt. Og så ender de alligevel på 24 genstande om ugen, eller... (B1 216-219).*

De omtaler også sundhedspolitikken i form af henvisninger til konkrete kommunale rehabiliteringstilbud, som fx diabetespatienter får tilbudt. Eller mere målrettede indsatser i bestemte boligområder. Patienterne henvises til kurserne efter et behovskriterium.

Flere gange trækkes på en opfattelse af, at den eksisterende sundhedsoplysning er tilstrækkelig. Der er næppe nogen, som ikke er informerede om livsstilsfaktorerens betydning for sundhed, mener deltagerne. Selv ældre medborgere, som ikke har fået sundhedsoplysning i skolen, er i et moderne samfund vidende om livsstil. Problemet kan være, at den enkelte ikke kan implementere det eller forstår betydningen fuldt ud:

**Birgit:** *Men der er jo mange, der siger: "jamen det har jeg ikke behov for. Jeg ved godt, jeg ved godt, hvad det er" [sund mad]. Og det tror jeg også de langt hen af vejen de gør. Jeg tror i de små detaljer så ved de ikke altid – altså i de enkelte madvarer, og sådan noget, så kan der godt være nogle fælder og sådan noget, men i store træk, så tror jeg også godt, de ved det at – men det er sådan lidt mere, at de godt ved at fløde - det ikke er godt at drikke fx hver dag (B1 656-659).*

Med til et sundhedspolitisk perspektiv hører også i fokusgruppeinterviewet, hvor ansvaret for patienternes sundhed skal placeres. Spørgsmålet om sundhedsansvar fylder også her langt mere end den øvrige sundhedspolitik og vi har derfor valgt at behandle dette i en særskilt underkategori, som vi har kaldt *selvansvarliggørelse*.

#### *A. Selvansvarliggørelse*

I ordet selvansvarliggørelse ligger både den betydning, at ansvaret for sundhed er placeret hos den enkelte og at selve placeringen er en bevægelse. I dette tilfælde placerer sygeplejerskerne ansvaret for diabetikernes sundhed hos diabetikerne *selv*. Dette perspektiv om eget ansvar er den hyppigst forekommende kodning i empirien. Det er ifølge sygeplejerskerne patienternes individuelle ansvar at holde sig sunde og fri for sygdom. Sygeplejerskerne står parat til at hjælpe og vejlede, men vil ikke tage ansvar for hverken sundhed eller sygdommens progression. Det er patienten selv, som ved hjælp af livsstilsændringer, vægttab og monitorering af sygdommen, har ansvaret for forløbet.

**Maria:** *Og få dem til at tage ansvar for deres egen sundhed også. For man kan sige: vi... vi kan sige nok så mange ting, men det er vigtigt, at de selv forstår vigtigheden og konsekvensen af det, hvis ikke, at de opnår den her balance og ikke er i sundhed (B1 175-177)*

**Birgit:** *Vi klæder dem jo lidt på sådan til at træffe de valg, altså giver dem viden om, hvad der ligesom kan ske, hvis vi bare lader stå til og siger: jamen, jeg vil ikke ændre noget (B1 468-469).*

Patienterne skal selv vælge på hvilke områder, deres livsstil skal ændres i retning af anbefalingerne. Selvansvarliggørelsen er implicit er også en placering af skyld for problemernes opståen.

**Maria:** *Det er rigtigt svært at acceptere, at man har påført sin egen krop noget, som gør, at man ender i en situation (B1 560-561).*

**Tanja:** *Nej, men jeg tror da heller ikke nogen af os - nogensinde har sagt: "Det der, det er din egen skyld". Vi har jo nok sagt: "Du har nok levet lidt for godt" - sådan pakket lidt ind. Der har aldrig været en anklage om det, men folk de siger det jo også selv, at det har jeg nok selv - jeg har nok spist for meget, eller gået for lidt eller noget. (B1 572-575).*

På trods af placering af ansvar og skyld for sygdommens opståen og behandling, er der en forståelse for, at det ikke er nemt for alle at leve efter anbefalingerne. Der er enighed om, at sundhedsadfærden er patienternes egne valg og dermed eget ansvar, men også forståelse for, at det ikke er lige nemt for alle. Fx kan det være svært at overholde motionsvaner og vægttab, hvis der som følge af sygdommen opstår fodsår eller i værste fald amputationer, og generelt er det bare svært at ændre vaner.

**Birgit:** *Der er også dem, der har så svært ved at ændre de vaner, altså. Hvor man siger generelt, de møder næsten med lidt dårlig samvittighed, når de møder op, ikke, for - ah, de ved jo godt, at nu har de været i byen gange mange og de har spist så meget, og de har ikke gjort det og ikke fået den motion, de skulle og de ryger nok også stadigvæk og de - og de ved godt, men de kommer så alligevel til kontrollen, men det... de ved godt, at det ikke er helt godt. Men de har svært ved, at ligesom bryde det og sige, at nu tager jeg fat i det og nu gør jeg noget (B1 278-283).*

Sygeplejerskerne har også blik for, at sundhedsadfærden har svære vilkår i nogle sociale grupper:

**Birgitte:** *Og så er der de meget socialt udsatte, som måske på grund af ikke ret mange penge og ikke viden om at vælge det rigtige i - når de køber ind - at det så er, at de får de forkerte valg... de får i indkøbskurven med hjem. Så de spiser forkert, og det er jo både fordi det nogle gange er billigere, og fordi de ikke ved bedre. Kan man sige, er det deres skyld? Det er det jo på en måde ikke, for de ved ikke bedre, og de har ikke ressourcerne (B1 593-597).*

Strategien er at inddrage patienterne i udarbejdelsen af forslag til, hvor disse med fordel kan ændre sundhedsadfærd. Patienter som vægrer sig ved det, vil ofte skifte mening ved at blive introduceret til, at det så er nødvendigt at give dem en masse medicin for at rette op på blodsukkeret eller gå over til at regulere værdierne med insulinindsprøjtninger. Alternativt videresende dem til behandling på sygehuset, på specialafdelingen endokrinologisk afdeling.

**Birgit:** *Men der er altså også mange - det der med insulinen, ikke også? Det er et stort skridt for mange, at når vi kommer dertil hvor at - jamen, hvis det bliver ved på den her måde, jamen så er det nok - eller så ser det ud til, at det er insulin, at vi ender ud på om ikke så længe. [...] Så det kan nogle gange give en motivation lidt, at det er træls, fordi det er jo ikke sådan - det er jo ikke for at true dem, men mere for at klæde dem på, for at de ikke skal blive helt overrasket: hov! Jamen skal jeg have insulin nu? Det havde jeg da slet ikke set komme. Men så man varskoer dem lidt. Det er nok der, vi ender (B1 477-485).*

Det er gennemgående i næsten alle de 39 kodede meningsenheder, at ansvaret for sund levevis er patientens eget. Sygeplejerskerne vil ikke overtage ansvaret.

**Maria:** ... *falder det meget godt i tråd med det, vi tit oplever: at folk de kommer sådan lidt og lægger ansvaret over i vores hænder. Hvor vi skal være – det skal vi minde hinanden og os selv om en gang imellem: det er enormt vigtigt, at vi giver dem stafetten og sige: det er dit ansvar, det er dit liv. Det kan godt være, du har været disponeret i en vis grad, det kan også godt være, du har levet rigtig usundt, men det er dit ansvar altså - at få det her i mål (B1 667-672).*

Det kan diskuteres, om underkategorien med selvansvarliggørelse med lige ret kunne være placeret under sygdomstemaet. Vi har valgt placeringen under sundhed, da selvansvarliggørelsen næsten i alle tilfælde er koblet med indhold om patienternes sunde eller usunde livsstilsvalg.

I tillæg til de gennemgåede sundhedsperspektiver, som er gengangere for kategorierne i analysetrin 1 har vi oprettet to ekstra kategorier, som er afledt af nye sundhedsperspektiver, der forekommer i fokusgruppeinterviewet: Holistisk sundhedsperspektiv og progredierende sundhedsperspektiv.

### **Holistisk sundhedsperspektiv**

Det, som vi har benævnt *det holistiske sundhedsperspektiv* er også forekommende hos deltagerne. Det har den betydning, at sygeplejerskerne med dette perspektiv anskuer sundhed som en kombination af faktorer som fysisk, psykisk og social sundhed. Balance er et nøgleord, som går igen flere steder. I dette perspektiv positionerer sygeplejerskerne sig i forhold til en humanistisk sundhedsforståelse, som i højere grad tager højde for trivsel, sociale aspekter og en afbalanceret tilværelse, eller som Birgitte siger: *En sund sjæl i et sundt legeme...* (B1 168).

**Birgitte:** *Sundhed er vel, at man har det godt med sig selv og sin krop?* (B1 162)

**Maria:** *Men det er jo igen, det som vi snakke om før med balance. Der skal være en vis balance med økonomi og familie og arbejde og altså - venner, altså sociale omgangskreds. Og hvis der er meget ubalance, så tynger vægtskålen lidt for meget til den ene side og så opnår man mistriøsel og så kan man mistrives* (B1 382-385).

**Birgitte:** *Men pludselig så, så bliver man dårlig. Så er der mange ting, man ikke kan – og så vælter den der balance, for så har man det dårligt. Både fysisk og psykisk. Ja. Og så er det i mange tilfælde for sent at gøre noget ved* (B1 241-243).

Meningsenhederne kan også komme til udtryk som en afstandtagen fra nogle af de trivselsmæssige elementer af sundhed. Det ses i det nedenstående, hvor Birgitte advarer mod konsekvenserne af opfatte kortvarig nydelse som en del af den samlede livskvalitet. For er man diabetespatient, kommer der en regning senere, og så er det måske sværere at leve med sine valg.

**Birgitte:** Hvis du vælger, du er den, der vil spise den der kage, og du spiser hele kagen, fordi det er det, du har det godt med, du trives godt – at du så får det lidt dårligere af forhøjet blodsukker bagefter, det må man jo så tage, men han har forhåbentligt nydt den kage og det er jo et valg, og man kan godt leve godt med dårlige valg, men det er stadigvæk et valg, så (B1 777-780).

### **Progredierende sundhedsperspektiv**

Progredierende sundhed skal forstås som en samling af kodede meningsenheder, som omhandler, at målet for sygeplejerskerne altid er mere sundhed. Her bliver sundhed et spørgsmål om forhandlede forbedringer; at patienten sammen med sygeplejersken sætter målbare mål for øget sundhed. Det kan være vægttab, nedgang i blodsukker, blodtryk, konkrete motionsmål og kostændringer, som kan aflæses i tallene. Ved næste konsultation sættes nye mål for øget sundhed, hvis de eksisterende mål allerede er opfyldt. På den måde er det ikke muligt i dette perspektiv at blive absolut sund – det er muligt at blive *sundere* end før.

**Maria:** ... der hvor de har mulighed for at opleve øget sundhed. Fordi, hvis vi sætter alt for høje krav eller alt for høje mål, men så mister vi dem. Altså så når vi slet ikke halvt i mål. Så der er det rigtigt vigtigt, at... Ja. At vi møder dem lige præcis der, hvor de er (B1 165-167).

**Tanja:** Det er jo ikke sådan, at man kommer ind til os, og vi siger, at de har fået diabetes: "Og nu skal du høre leve sundt." Så starter vi et sted og siger: "OK, du ryger 40 cigaretter om dagen. Hvis vi nu prøver at tage fat i det først. Hvis du prøver at skære ned på det, kan man sige, så tager vi rygningen først". Det er ikke sådan, at vi siger, at nu er det hele skal ske på én gang. Det er over år. Det er jo ikke bare nu og her. Så man tager... man hører jo tit, det der med: "Hvor tror du nu, du kan sætte ind?". "Jeg har aldrig nogen sinde dyrket noget motion". "Nå, men: kan du cykle en tur? Kan du gå en tur?" Bare det der med, at de begynder... de små skridt (B1 292-298).

### **Mønstre i sundhedsforståelsen – opsamling på temaet**

Det medicinsk-biologiske sundhedsperspektiv spiller en mindre rolle end forventet i interviewet. Naturligvis vil dette perspektiv spille en naturlig, større rolle i sygeplejerskernes arbejdsdag, hvor det er en stor del af deres jobfunktion at måle, veje og bedømme patienter ved hjælp af talværdier. Vigtigheden af pæne tal sammenkobles med andre perspektiver som det holistiske perspektiv med fokus på balance og også som forudsætning for diabetikernes trivsel.

Livsstil fylder meget i konsultationerne, hvor især KRAM-faktorerne udgør et redskab for hvad og hvordan patienterne skal informeres om øget sundhed. Der er eksempler på mål om kost, vægttab, motion og rygestop

Sygeplejerskerne betragter i særdeleshed sundhed som en relativ størrelse. Måske betinget af placeringen i et socialt belastet område. De har blik for patienternes forskellighed og forskellige ressourcer til at udøve sundhedsadfærd.

Det sundhedspolitiske perspektiv fylder langt mere end hos diabetikerne. Klinikken er underlagt kliniske retningslinjer for behandling og givetvis alle mulige mål, måltal, anbefalinger og vejledninger, som vi kun kan gisne om. Det skinner igennem, når de henviser til Sundhedsstyrelsen, specielle anbefalinger eller sætninger fra konkrete kampagner som KRAM.

Under det sundhedspolitiske perspektiv har vi gentaget underkategorien Selvansvarliggørelse. Dette punkt forekommer næsten som hjerteblod for sygeplejerskerne. De er meget kategoriske i udtalelserne om, hvordan de får patienterne til at forstå, at deres sundhed er deres eget personlige ansvar. Dette gælder, selvom de har blik for, at flere patienter har mere end svær ved at forvalte dette ansvar pga manglende ressourcer.

Det holistiske sundhedsperspektiv handler meget om at hjælpe patienterne med at finde en balance i livet – herunder helt konkret at finde en balance i blodsukkeret, en balance mellem livet og sygdommen, en balance mellem usunde og sunde elementer. Blikket for de sociale omstændigheder går igen her, for balancen skal også findes mellem fysiske, psykiske og sociale forhold.

Det Progredierende sundhedsperspektiv ses i gentagne forklaringer på, hvordan sygeplejerskerne bidrager til, at patienterne hele tiden bliver sundere end før.

## SYGEPLEJERSKERNE OM SYGDOM

Under temaet sygdom har vi kodet meningsenheder, som indeholder rationaler om årsager til, at der er opstået type 2 diabetes og hvad der er årsager til sygdommens progression. Under sygdom er indekseret følgende kategorier, som er gengangere fra analysetrin 1: *Begrundet i livsstil*, *Begrundet i arvelighed* og *Begrundet i omstændighederne*. Sygeplejerskerne trækker på flere begrundelser for sygdommens opståen eller udvikling, så vi har i dette analysetrin suppleret med yderligere to kategorier: *Begrundet i kombinationssygdomme* og *Begrundet i manglende vilje*.

### **Begrundet i livsstil**

I interviewet trækker de fleste af sygeplejerskerne på livsstilsperspektiver, når de forklarer om årsagerne til type 2 diabetes og sygdommens senere udvikling. Der synes bred enighed om, at den primære årsag til type 2 diabetes er, at patienten ikke har haft en sund livsstil - og den vigtigste behandling af sygdommen er livsstilsomlægning. Det er særligt livsstilselementer som kost, motion og rygning, sygeplejerskerne har fokus på.

**Maria:** ... og man måske bliver gjort opmærksom på, at man i mange år op til den her diagnose har levet et liv, der ikke har været sundt, der ikke har været godt og hvor man ikke har været i balance (B1 259-261).

**Tanja:** Det kan man ikke komme udenom, og det er ens egen skyld. Ja. Men det er også svært - at tænke, at man har påført det på en selv. Men der er også hjerte- og karsygdomme, det kan også være ens egen skyld. Så der er mange ting, der kan være ens egen skyld. Rygerlunger, KOL, ja... (B1 555-557).

Patienterne er, ifølge sygeplejerskerne, tilsyneladende enige i dette rationale. Ofte bevirker det endda skyldfølelse hos patienten over at have påført sig selv en kronisk sygdom. Flere steder gengiver sygeplejerskerne patienternes reaktion på diagnosen og deres forslag til ændringer af livsstil:

**Tanja:** Vi har jo nok sagt: "Du har nok levet lidt for godt" - sådan pakket lidt ind. Der har aldrig været en anklage om det, men folk de siger det jo også selv, at det har jeg nok selv - jeg har nok spist for meget, eller gået for lidt eller noget. (B1 572-575).

**Birgit:** Nej. Den der skyldfølelse, den er svær at håndtere, og jeg tænker: jamen, man kan jo ikke helt komme udenom det, at det er ens egen skyld. Men jeg tror, man er nødt til at sige: jamen der må man komme videre. Altså fra den og så sige: "jamen, vi lever jo generelt for godt" - det er jo ikke kun den ene person... (B1 568-571).

Ovenstående citat åbner for en livsstilsforklaring, som er mindre individorienteret: "vi lever jo generelt for godt."

At sygeplejerskerne trækker på en forståelse af, at den primære årsag til sygdommen er livsstil, ses også af deres rådgivning til diabetespatienterne om omlægning til et sundere liv i overensstemmelse med KRAM-faktorerne. Det kan være rygestop, kostomlægning, motionsvaner m.v. (B1 291-294).

### **Begrundet i arvelighed**

Arvelighed anerkendes også som at spille også en rolle ved type 2 diabetes og tekststykker, som indeholder dette rationale til sygdomsforklaring forekommer flere steder i interviewet. I de fleste tilfælde dog sammenkoblet med livsstilsfaktorer, så begrundelsen er dobbelt:

**Maria:** Jeg tænker ved langt de fleste der... du kan jo godt have en arvelig disposition - altså hvor man er i risici for at udvikle - og så kan man sige, så er der er en person, som lever fuldstændig snorlige og ikke er overvægtig og får dyrket det motion - det ville aldrig nogensinde udvikle. [...] jamen, nogen vil udvikle det, fordi de lever på en bestemt måde, og andre - de vil aldrig nogensinde komme i nærheden af det, fordi at de lever på en anden måde (B1 582-588).

Flere af meningsenhederne er kodet, fordi deltagerne henviser til *diabetikernes* opfattelse af eller håb om, at type 2 diabetes er arveligt. Dette synspunkt anerkendes ikke nødvendigvis af sygeplejerskerne.

Og selv når disse medgiver, at der er en arvelighedsfaktor, ændrer det ikke noget ved det fortsatte forløb, som omfatter livsstilsændringer for patienten.

**Maria:** *Jamen, jeg tænker: det er jo ikke helt rigtigt, at du skal være disponeret for at få - der er også mange, der får diabetes, uden at de er disponeret for det, og der er jo - det ved man jo, der er en stor livsstilsfaktor i det (B1 550-552).*

**Birgit:** *Men så ville det være rart - det kan jeg godt se - hvis man så sidder der og siger: "Jamen, det er nok... det er nok sådan, det er min egen skyld - hvis der så var en der sagde: "Ej, det skal du ikke tænke på, det er ikke din skyld. Det er fordi det er arveligt". Det kunne da også være rart (B1 577-579)*

**Maria:** *Ja, det er nemt at kunne sige at: "Jamen, det er fordi, at jeg er disponeret for det" (B1 564).*

### **Begrundet i omstændigheder**

Flere af sygeplejerskerne er opmærksomme på, at der kan være andre omstændigheder i patienternes liv, som bidrager til udviklingen af type 2 diabetes. Bl.a. det, at sygdommen har en social dimension. Både i forhold til den enkelte familie og også på samfundsniveau, hvor socialt udsatte, sårbare og syge borgere er ekstra belastet på livsstilsområdet.

**Birgitte:** *Jeg mener, at vi ser flere livsstilsproblemer blandt socialt udsatte og derfor ser vi også flere diabetes-patienter blandt socialt udsatte (B1 140-141).*

**Birgitte:** *Det kan være konen, der kommer med manden, fordi der skal snakkes kost. Så hun er med og er en del af det, så de kan støtte hinanden. [...] Men det er jo samspil i familien, hvis man snakker et ægtepar fx, og det er jo ikke en skade, at hele familien spiser en diabeteskost, for det er jo faktisk den kost, man anbefaler som sund kost i det hele taget (B1 738-742).*

De sociale forhold, som kan øge risikoen for at udvikle type 2 diabetes gør, at sygeplejerskerne holder øje med bestemte patientgrupper. Dermed trækker de på en forståelse af, at fattigdom eller socialt tilhørsforhold i sig selv er en risikofaktor for sygdomsudvikling.

**Maria:** *For tit vil det også være sådan, at det er nogen, som... ja, enten er kendt i klinikken med noget andet - eller nogen, som ja - kommer igen, som Birgitte sagde - på baggrund af nogle symptomer, men tit så holder man øje med det, ved en årskontrol, hvor man typisk tager sådan en langtidsblodsuktermåling med. Og man kan se, OK, den stiger sådan lidt gradvist. Og når man så når et vist mål, altså en vis værdi, så kan man sige, OK, nu er der ved at være tegn til, at der er type 2 (B1 78-83).*

Specielt Birgitte kobler flere steder socialt udsathed som en risikofaktor sammen med usunde livsstilsvalg, fordi man måske ikke ved bedre eller er tvunget til at vælge de billigste madvarer. Økonomien



er også en risikofaktor, fordi den kan betinge, at der skal vælges billigere medicin, som måske er mindre effektiv. I nogle tilfælde kan det være svært at have råd til selv billig medicin.

**Birgitte:** *Og så er der de meget socialt udsatte, som måske på grund af ikke ret mange penge og ikke viden om at vælge det rigtige i – når de køber ind - at det så er, at de får de forkerte valg... de får i indkøbskurven med hjem. Så de spiser forkert, og det er jo både fordi det nogle gange er billigere, og fordi de ikke ved bedre. Kan man sige, er det deres skyld? Det er det jo på en måde ikke, for de ved ikke bedre, og de har ikke ressourcerne... (B1 593-597).*

**Birgitte:** *Der kan være problemer med at have penge til medicin blandt socialt udsatte – og alle de nye slags medicin, det er meget dyrt. Altså der ligger, der er også et element i, at man skal op og snakke med sin sagsbehandler om, om man har råd til den her medicin. Og det er jo, det er ret nyt i Danmark, at man ikke har råd til sin medicin. Og det er jo qua rigtigt mange indvandrere, som vi har i vores område, som måske kun har deres dagpenge, så fylder medicin rigtigt meget (B1 141-146).*

De følgende to kategorier er nye i forhold til kategorierne i analysetrin 1. Disse kategorier er opstået ud fra selve empirien.

### **Begrundet i kombinationssygdomme**

Sygeplejerskerne henviser også til kombinationen med andre sygdomme, når de forklarer årsager til og udviklingsforløbet af diabetes. Øvrige sygdomme – herunder følgesygdomme - er en del af det samlede sygdomsbillede og påvirker behandlingen og reguleringen, såvel som den samlede medicinering. Mange af diabetespatienterne har flere livsstilssygdomme som fx hjertekarsygdomme eller KOL, men også mere almindelige sygdomme som influenza anføres at kunne påvirke type 2 diabetes.

**Birgitte:** *Det kan også komme af alvorlig sygdom. Så det måske har ligget latent i ens gener og en... voldsom sygdom.... det ... jeg har hørt om influenzapatienter, som er rigtigt ramt af influenza i ... hvor de er syge i uger og når de så kommer over det, så får de ligeså stille en diabetes. Så det sådan ligesom er stress-udløst af en alvorlig sygdom (B1 345-348).*

**Tanja:** *Men det er også det, at tit når de kommer til os – så kommer de jo tit med et eller andet – en eller anden ubalance... som skyldes, at diabetesen er dårligt behandlet. Så lige så snart, vi begynder at få den rettet ind, så får de det jo også bedre. Mange de kommer måske fordi, de har fået en svampeinfektion i underlivet eller andre steder... i munden eller noget, der har... og er voldsomt forpint. Og når de så finder ud af, at det skyldes et højt blodsukker, og vi kan regulere på det, så får de jo faktisk det bedre. Alle symptomerne går væk. (B1 198-203).*

Medicinering er også et punkt, som kan påvirke både udvikling af en type 2 diabetes og være et opmærksomhedspunkt, hvis der hos patienten er andre sygdomme, som påvirkes af blodsukkerværdier.

**Birgitte:** *Patienter, som får andre slags medicin, som kan øge risikoen for at få diabetes. Dem tjekker man lidt hyppigere (B1 95-96).*

**Birgitte:** *For eksempel hos demente patienter. Dem vil man ikke så gerne have reguleret for langt ned. Så de dykker og får for lavt blodsukker. Fordi det gør dem mere demente – og gamle patienter skal heller ikke reguleres for lavt ned (B1 112-114).*

### **Begrundet i manglende vilje**

Tæt forbundet med livsstil er der mange steder i interviewet, hvor sygeplejerskerne trækker på et rationale om "manglende vilje" som forklaring på type 2 diabetes eller en dårlig progression af sygdomsforløbet hos patienter, som ikke passer deres behandling eller forbedrer livsstilen. Dette fordi patienterne vælger ikke at *ville* gøre noget.

**Tanja:** *... og der er også nogen, der vælger at sige: "Jamen, jeg vil ikke gøre noget, og jeg vil heller ikke have medicinen". Fint! Så er det noteret, ikke også? (B1 466-467).*

**Birgitte:** *Vi oplever også de meget dårligt regulerede patienter i alle aldre, som vælger, at – havde jeg nær sagt – aktivt, at det gider de ikke tage sig af. At de har en sygdom. Altså de er ligeglade med medicin, at de ikke lige får medicin i et par uger, fordi der ikke lige er mere tilbage i pakken. Og... (B1 263-265).*

Den manglende vilje ses også ofte i relation til det rationale om selvansvarliggørelse, som vi beskrev under temaet sundhed. Patienterne bærer selv ansvar og skyld og har desuden en fri vilje til at træffe valg, som i sygeplejerskernes optik er forkerte.

**Birgitte:** *Men at overholde sin diabetesbehandling: "Nej. Jeg lever stærkt og dør ung". Og det har de så også gjort. Fordi, det er så et aktivt valg, at "jeg går ikke ind for de der regler. Jeg vil have lov at spise de pommes fritter og det der sukker, jeg har lyst til og drikke de øller, jeg vil". Det er så deres valg (B1 273-276).*

**Birgitte:** *De suger det jo til sig. De hører, hvad vi siger. Jamen det er ikke nogen katastrofe, man kan leve med det, man kan også leve dårligt med det, hvis det er det, man vælger, men man skal tage et valg og vi skal sørge for, at de kender mulighederne at vælge ud fra (B1 691-693).*

Der er også undervejs meningsenheder, som problematiserer det frie i den frie vilje, fx i det nedenstående citat, hvor Birgit gør opmærksom på, at ikke alle vaner kan ændres, selvom ønsket om det er stærkt.

**Birgit:** *De skal gøre noget derhjemme også, fordi ellers så kommer de ikke sikkert i mål. Altså, vi skal have, at kaptajnen, det er dem selv. Så det afhænger lidt af, hvad de selv lægger i det. Hvor meget, de ønsker, at de skal ændre nogle ting... Og kan ændre... (B1 182-185).*

## Mønstre i sygdomsopfattelsen – opsamling på temaet

For alle sygeplejerskerne er *livsstil* en gennemgående begrundelse for opståen af type 2 diabetes. De har fokus på, at kost, motion, vægt og rygning er den primære begrundelse for sygdommens opståen og forløb. Sygeplejerskerne er dog observante på, at livsstilsændringer ikke er let for alle.

*Arvelighed* anerkendes også som en faktor, men særligt i kombination med livsstil. Der forekommer dog enkelte eksempler, hvor sygeplejerskerne fortæller om patienter, som har levet sundt og fået diabetes uanset.

Forskellige andre omstændigheder spiller også en rolle i forhold til opståen eller sygdommens progression. Sygeplejerskerne har blik for de sociale forhold i området, at hele familien kan spille en rolle i sygdomsforløbet, at nogle har en livsforløb, hvor man næsten forventer, at der snart kan stilles en diabetesdiagnose, social udsathed og manglende økonomi til at købe medicin.

Sygeplejerskerne henviser også til kombinationen med andre sygdomme, når de forklarer årsager til og udviklingsforløbet af diabetes. Det samlede medicinforbrug og andre livsstilssygdomme kan spille ind her.

Endelig anfører sygeplejerskerne manglende vilje som en årsag til, at der opstår diabetes eller sygdommen forværres og får følgeskader. Da de lægger så stor vægt på sundhedsansvaret hos den enkelte, accepterer de også, at patienterne kan vælge, at de ikke gider leve sundt eller passe deres sygdom, så den ikke udvikler sig.

## SYGEPLEJERSKERNE OM TRIVSEL

Vi har i dette analysetrin gentaget Sundhedsstyrelsens to aspekter på trivsel: *Trivsel som funktion* og *Oplevelse af trivsel* er de to hovedkategorier i analysetrin 2 for temaet trivsel.

Funktionsdimensionen har at gøre med coping; altså hvordan den enkelte håndterer udfordringer og gøremål – her i relation til sygdommen. Her ses på den enkeltes aktiviteter, og hvordan udfordringer og gøremål klares i hverdagen.

### Trivsel som funktion

Når sygeplejerskerne taler om trivsel i aspektet *funktion/coping* er det i langt de fleste tilfælde med betydningen *accept*. I analysetrin 1 var accept en af diabetikernes copingstrategier og den genfinder vi her. Sygeplejerskerne ser accepten af sygdommen som første udfordring i patientens bevægelse mod at håndtere og beherske type 2 diabetes. Der er mange steder i empirien, hvor deltagerne angiver, at patienterne ikke opnår trivsel, før de accepterer tingenes tilstand. De har selv pådraget sig en kronisk

sygdom, sandsynligvis på grund af forkert livsstil. Nu er opgaven at få det bedste ud af denne situation.

**Birgit:** *Det er jo vigtigt, at de både accepterer sygdommen, men også trives med den. Trives de ikke med den, hvis de hele tiden prøver at nærmest at modarbejde den eller får dårlig samvittighed [...] Jamen, så får de jo ikke så godt et liv, og det er jo det, vi gerne skal have dem til (B1 752-755)*

**Birgitte:** *At du er glad – har det godt – kan cope med din, din situation, hvor end den er. Og kan affinde sig med, og være tilfreds, som man har det... Ligesom acceptere, hvor man nu er. Og hvor man har en alvorlig sygdom, så kan man jo godt være i trivsel alligevel, altså. På et vist plan have det godt, selvom man er syg. Vil jeg vove at påstå (B1 356-359).*

Sygeplejerskerne ser det i høj grad som deres opgave at bidrage til patienternes mestring af egen sygdom ved at motivere og opmuntre.

**Birgitte:** *De suger det jo til sig. De hører, hvad vi siger. Jamen det er ikke nogen katastrofe, man kan leve med det [...] Så det kan de sagtens, og de kan sagtens trives og have det godt (B1 691-694).*

**Birgit:** *Jamen, nu skal du høre. Det er der råd for. Det er lidt op ad bakke, men vi skal nok få det til at køre igen sammen i fællesskab. Og give dem lidt viden, og så sige: jamen det er ingen katastrofe, at nu er du lige steget lidt her, nu skal du se den til næste gang ikke også - så kan det være, den er faldet igen (B1 703-706).*

## Oplevelse af trivsel

Kategorien *Oplevelse af trivsel* dækker over 35 forskellige rationaler, som henviser til patienternes oplevelsen af trivsel set fra sygeplejerskernes perspektiv. Den mest anvendte definition på oplevelsen af trivsel, er den enkle: *Oplevelsen af at have det godt*. På sin vis kan man kalde det en tom betegnelse, for hvad er det så at have det godt? Flere af sygeplejerskerne giver eksempler på, at man fx kan have det godt ved at give sig selv lov til at spise en kage eller drikke øl, mens andre patienter har det godt som følge af accept eller de sunde valg, de træffer.

**Tanja:** *Men det er jo en subjektiv følelse. Det kan patienten jo kun sige, om de har det godt. Det kan da godt være, de siger, at de har det rigtigt godt, selvom de har et langtidsblodsukker på 50 eller 60. Hvis ikke de har nogle fysiske symptomer. Men så kan det være, de har det skidt om 20 år. Når nyrerne står af (B1 367-370).*

**Maria:** *Jeg tænker det der med, som du siger, at affinde sig med den givne situation, man nu end måtte stå i – eller ikke affinde mig, men at have det godt. At have det godt, der hvor man er (B1 360-361).*

Der forekommer flere steder andre betydninger af oplevelser af trivsel. Det er fx trivsel som fællesskab, trivsel som en relativ følelse, trivsel som en følelse af ro og balance eller trivsel forstået som en følelse af mening.

Både Birgitte og Birgit peger på, at *fællesskaber* er betydningsfulde for patienternes oplevelse af trivsel. Det kan være private fællesskaber i form af familie og venner eller organiserede offentlige fællesskaber som fx diabeteskoler (B1 497-507). Det sociale netværk kan påvirke trivsel både positivt og negativt, for diabetikerne har også mange tanker om, hvordan de skal gebærde sig, når de skal spise ude:

**Birgit:** *Det påvirker dem da også. Altså, når der nogle gange også bliver stillet spørgsmålet: "Jamen, hvad så når jeg skal i byen, åh der er jo ikke lige, skal jeg have min egen madpakke med?" Nej, det skal du bestemt ikke. Men altså, lige sådan almindelig snak om, hvordan er det sociale aspekt af det? [...] Og... de har jo mange overvejelser omkring det (B1 746-750).*

Vi fundet flere steder i empirien, som kobler oplevelsen af trivsel til noget *relativt*. Det skal forstås sådan, at sygeplejerskerne relativiserer trivsel efter patienternes alder, livsforløb, individuelle valg mv. Følelsen af trivsel ses som subjektiv og dermed varierende fra person til person.

**Maria:** *Jeg synes også, det kommer meget an på, hvor gamle de er, altså. Det har altså rigtigt meget at sige, synes jeg (B1 405-406).*

**Birgitte:** *Hvis du vælger, du er den, der vil spise den der kage, og du spiser hele kagen, fordi det er det, du har det godt med, du trives godt – at du så får det lidt dårligere af forhøjet blodsukker bagefter, det må man jo så tage (B1 777-779).*

Underkategorien *Trivsel er ro og balance* kan genfindes i kodningen af de individuelle interviews. I fokusgruppeinterviewet bruger sygeplejerskerne ikke direkte ordet ro, men betydningen af ordet balance er i et par tilfælde synonym med at have ro i det grundlæggende, så det hele ikke vælter, når der opstår sygdom:

**Birgitte:** *Hvis du har et... hvis du lever et svært liv, med masser af sociale og psykiske problemer, så er dit fundament jo ikke i orden. Så får du en diabetes oveni, og så vælter det, og så er der virkelig ubalance, hvis man kan snakke sådan (B1 531-533).*

Maria forstår også trivsel som oplevelsen af *mening* i tilværelsen. At man har noget eller nogen i livet, som gør det hele meningsfuldt (B1 526-527):

**Maria:** *Nu sagde du før, det der: hvad der var trivsel for os? Jeg tænker da, det handler meget om også - det der med om man føler – sådan har jeg det da selv - at man har noget i sit liv, der er meningsfyldt, og hvis man har noget i sit liv, der er meningsfyldt, så har man også nemmere ved at acceptere en udfordring, der hedder en type 2 diabetes altså (B1 521-524)*

Vi har for fokusgruppeinterviewets vedkommende tilføjet en underkategori ved navn: strukturelle forhold betydning for oplevelse af trivsel, da sygeplejerskerne hele 8 steder i interviewet påpeger disses betydning for diabetikerne.

### *A. Strukturelle forholds betydning for oplevelse af trivsel*

Vi har kodet flere meningsenheder med den betydning, at diabetikernes følelse af trivsel også påvirkes af *strukturelle forhold*. Beboerne i området har flere sociale problemer sammenlignet med andre bydele, og det antydes et par gange, at der også kan være et stort alkoholforbrug med som en faktor.

**Tanja:** *I Sæby, hvor jeg var i praksis før, der tror jeg stort set alle de trives der. Men herude i Aalborg – i det område, hvor vi er her, der er mange svære patienter, mange socialt udsatte. Jeg tror, der er mange her, de trives ikke. Men det behøver ikke at være på grund af fysiske problemer. Det kan også være på grund af nogle sociale* (B1 376-380)

**Birgitte:** *Altså jeg havde lige en i sidste uge, som skulle ned og snakke med sagsbehandleren, om hun havde råd til medicin, fordi det billige medicin ikke længere var nok. Og hun var da ked af det i konsultationen der, fordi at hun har kun sine dagpenge* (B1 395-397).

At de strukturelle forhold kan også have en positiv effekt på diabetikernes oplevelse af trivsel, giver sygeplejerskerne også eksempler på under dette tema. Aalborg Sundhedscenter roses for at oplyse om lokale aktiviteter og mulighed for at dyrke motion med ligesindede.

### **Mønstre i trivselsopfattelsen – opsamling på temaet**

Sygeplejerskernes opfattelse af patienternes trivsel er opdelt i to kategorier. For det første omhandler den trivsel som funktion. Hos diabetikerne er funktionskategorien fordelt på områderne aktiviteter, udfordringer og copingstrategier, men sygeplejerskerne trækker næsten udelukkende på copingstrategien accept, når de taler om, hvad der skal til, før at diabetikerne kan opnå trivsel. De ser accepten af sygdommen som et gatekeeper, før patienterne kan opnå trivsel.

Sygeplejerskerne beskæftiger sig også med patienternes oplevelse af trivsel, herunder de kortvarige glæder, hvor man måske spiser eller drikker noget, som man ikke bør. Denne form for trivselsfølelse er ikke varig, forstår vi. Sygeplejerskerne henviser også til fællesskaber, eller at følelsen af trivsel er relativ og afhængig af subjektive forhold. Ro og balance anføres også at være vigtige for at patienterne opnår en følelse af trivsel. Endelig anføres strukturelle forhold som noget, der ofte bliver en forhindring i, at patienterne opnår trivsel. Disse forhold kan være sociale omstændigheder, dårlig økonomi eller manglende kompetencer til sundhedsadfærd.

# SAMMENFATNING AF ANALYSEN AF SUNDHEDSPERSONALETS FORSTÅELSER

## Sundhed

Når sygeplejerskerne taler om sundhed gør de det ud fra mange forskellige perspektiver. Vores forventning var, at det *medicinsk-biologiske* perspektiv på sundhed ville være stærkt. Dels fordi fokusgruppens deltagere er sygeplejersker og dels fordi, flere tilsvarende undersøgelser konkluderer, at netop dominansen af dette perspektiv kan udgøre et problem for vellykket kommunikation med patienter, som trækker på andre forståelser (Scambler et al., 2014; Heijmans et al., 2001). I dette tilfælde ser vi ikke dette mønster. Deltagerne trækker i langt højere grad på andre sundhedsperspektiver.

Det dominerende sundhedsperspektiv er *livsstilsrelateret sundhed*. Meningsenhederne, som er kodet under denne kategori, trækker i næsten alle tilfælde på en snæver forståelse af livsstil i betydningen KRAM-faktorerne, altså patienternes sundhedsvaner omhandlende deres valg af kost, deres ryge- og alkoholvaner og endelig deres motionsvaner. I vores optik kunne definitionen af livsstil i princippet være anskuet bredere. Årsagen til dette skal måske findes i et andet tema, hvis rationaler deltagerne trækker flittigt på; det *sundhedspolitiske perspektiv*. Her finder vi de offentlige anbefalinger, retningslinjer og indsatser, som indgår som en del af sygeplejerskernes faglighed og praktik. Som en del af dette perspektiv er der mangfoldige repræsentationer af underkategorien *selvansvarliggørelse*. Sygeplejerskerne præciserer igen og igen, at ansvaret for patienternes sundhed (og til dels også sygdom og trivsel) er patienternes eget. Selv i situationer, hvor der refereres til patienternes manglende evner til at forvalte dette sundhedsansvar.

Det *relative sundhedsperspektiv* er markant tilstede hos sygeplejerskerne. De er opmærksomme på deres patienters forskellighed hvad angår social kontekst, kapitalforhold, alder og generelt sygdomsbillede. Vi finder ikke nogen absolutte definitioner på sundhed i dette perspektiv. Sundhed er relativt og relateret til den enkelte. I sammenhæng med dette har vi defineret en ekstra kategori i analysen af fokusgruppeinterviewet; det *progrederende sundhedsperspektiv* rummer meningsenheder, som har sundhedsprocessen som rationale – bevægelsen mod at blive sundere. Målet er ikke nødvendigvis at blive sund i absolut forstand, målet er hele tiden at blive sundere end før.

Meningsenheder, som omhandler mentale eller psykiske perspektiver på sundhed er næsten fraværende i gruppen, så der har ikke været anledning til at indeksere et tema om et mentalt sundhedsperspektiv. Maria nævner et enkelt sted, at man er observante på folk med psykisk sygdom (91-94), men ingen af sygeplejerskerne sammenkobler mentale lidelser til sundhed. Perspektivet er imidlertid ikke fuldstændigt fraværende. Vi finder det i en kombinationsform, som vi har benævnt det *holistiske sundhedsperspektiv*. Det er en forsimpning at oversætte denne kategori med krop & sjæl, men de indeholdte

meningsenheder trækker på forståelser af et polyfonisk sundhedsbegreb, som måske bedst kan oversættes med: *balance*. En afbalanceret helhed af de mange forskellige aspekter af menneskelivet som fx helbred, livsstil, sociale forhold og psykiske forhold.



# 8. Tværgående analyseresultater

Dette kapitel indeholder en diskussion af analysernes tværgående mønstre med forskelle og ligheder mellem de deltagende diabetikerne og gruppen af sygeplejersker. Analysernes fund relateres til teori, eksisterende forskning samt kontekstualiseres sociologisk ved hjælp af Pierre Bourdieus begreber.

## MØNSTRE I SUNDHEDSPERSPEKTIVER

Gennem analysen har vi påvist forskellige sundheds-, sygdoms- og trivselsperspektiver i empirien. Dette afsnit vil diskutere overordnede mønstre i sundhedsperspektiver for henholdsvis diabetikere og sygeplejersker samt forskelle og ligheder herimellem.

I kapitel 2 præsenterede vi forskellige perspektiver på sundhed. Da analysen har vist et overlap i eksisterende sundhedsperspektiver og identificeret nye og relevante vil vi behandle betydningerne om sundhed tematisk under følgende overskrifter: *Medicinsk-biologisk sundhedsperspektiv*, *livsstilsrelateret sundhedsperspektiv*, *relativt sundhedsperspektiv*, *sundhedspolitisk perspektiv* og et *mentalt sundhedsperspektiv*. Der er redegjort for de respektive perspektiver i specialets kapitel 2.

### **Medicinsk-biologisk sundhedsperspektiv**

For diabetikerne spiller det medicin-biologiske sundhedsperspektiv særligt en rolle i forbindelse med tal og monitorering af egen sundhed. For flere diabetikere er den kvartalsmæssige kontrol forbundet med ubehag, og det synes nærliggende at se en analogisk forbindelse til eksamenssituationer. Det medicinsk-biologiske sundhedsperspektiv søger kausale sammenhænge mellem symptomer og sygdom og har et snævert somatisk fokus på kroppens indre (Bury, 2007). For diabetikerne får kvartalskontrollerne betydning af sammenhæng mellem langtidsblodsukker og levevis. En af diabetikerne benævner på et tidspunkt denne måling "sladrehanken", fordi den fortæller om patientens sundhedsadfærd i månederne op til kontrolbesøget. Også dommen over øvrige tal som blodtryk, vægt og kolesterol modtages med blandede følelser af diabetikerne.

Andre undersøgelser viser tilsvarende, at det medicinsk-biologiske sundhedsperspektiv er indlejret i almindelige menneskers sundhedsforståelse (Wackerhausen, 2005). Forud for specialets interviews havde vi forventet at finde den medicinsk-biologiske sundhedsopfattelse stærkt repræsenteret hos de sundhedsprofessionelle. Hos de fem sygeplejersker i fokusgruppeinterviewet, viste dette sig ikke at være tilfældet. Dette er umiddelbart overraskende i lyset af resultater af den øvrige forskning i feltet, som refereres i kapitel 3 og 4. Flere undersøgelser peger netop på en dominerende medicinsk-biolo-

gisk diskurs hos sundhedsprofessionelle som et problem for kommunikationen med patienterne (Heijmans et al., 2001; Scambler et al., 2014). Denne afvigelse kan muligvis være afledt af de særlige omstændigheder i iscenesættelsen af fokusgruppeinterviewet og dets emner.

### **Sundhed i et livsstilsrelateret perspektiv**

Betydningen af den livsstilsbetingede sundhed er markant indeholdt hos diabetikerne, som særligt forholder sig til livsstil i betydningen af en af KRAM faktorerne (Kost, rygning, alkohol & motion). Den sunde livsstil i denne betydning godskrives uden spørgsmål. Det er primært kost og motion, som diabetikerne forholder sig til, men alkohol og rygning er også repræsenteret med meningsenheder. På den måde, kan man argumentere for, at diabetikernes sundhedsforståelse er i overensstemmelse med det, Brinkmann kalder samfundets *superdiskurs* (Brinkmann, 2010). Diabetikerne føler alle en forpligtelse til at holde sig sunde og der er flere eksempler på, at de føler skyld og skam, når de ikke magter at følge den sunde livsstil.

Sygeplejerskerne ser sygdom som forbundet med KRAM-faktorerne, og på den måde forholder de sig også til sundhed som livsstilsbetinget. I det, som sygeplejerskerne forstår som diabetikernes forkerte livsstilsvalg, bliver omdrejningspunktet nogle gange årsagen til diabetikers manglende evne til at foretage de *rigtige* sundhedsvalg. De rigtige valg i betydningen livsstilsvalg, som er i overensstemmelse med KRAM-faktorerne. Sygeplejerskerne giver således moralske svar, som dømmer forskellige livsstilsvalg *rigtige* eller *forkerte*. De moralske svar findes også i konsultationen (Kang & Stenfors-Hayes, 2016) i form af kritik eller validering af patientens handlinger. Det kan ifølge Kang & Stenfors-Hayes udmønte sig i skam eller modstand fra patientens side (Kang & Stenfors-Hayes). At dette også er tilfældet for diabetikerne i vores undersøgelse, vender vi tilbage til under punktet med copingstrategier. Sygeplejerskerne forholder sig i forbindelse med livsstilsbetinget sundhed også til *årsagerne* til manglende succes med livsstilsændringer. De angivne årsager er manglende viden, manglende vilje, sociale betingelser eller vaner. Samtidig forstår og anerkender sygeplejerskerne, at det kan være svært at efterleve sundhedsanbefalinger i en tilværelse, der rummer mange andre forpligtelser som arbejde, familie, hobby osv.

### **Relativt sundhedsperspektiv**

Det relative sundhedsperspektiv viser sig hos diabetikerne i forbindelse med kontakten til andre personer, uanset om det er venskabelige, familiære, kollegiale eller sundhedsfaglige relationer. Det kan have betydninger af forskellige sundhedsopfattelser, hvor diabetikerne positionerer sig i forhold til andre menneskers måde at være sunde på, når disse er forskellige fra deres egen. Det kan også være i forhold til kontakten med sundhedsprofessionelle, hvor der i højere grad efterspørges, at der tages individuelle hensyn og interesse for den enkeltes omstændigheder.

Netop det med at møde den enkelte patient, hvor vedkommende er – er et tilbagevendende tema fra fokusgruppeinterviewet med sygeplejerskerne. De gør en dyd ud af den relative sundhedsopfattelse, hvor udgangspunktet er det individuelle menneske, som skal hjælpes til bedre sundhed. Undervejs i processen kommer de til at reflektere over patienternes sundhedsopfattelse og det, at de faktisk aldrig direkte har spurgt til den. Herfra kan man slutte, at sygeplejerskerne – når de møder patienterne hvor de er – læner sig op af deres egen erfaring og bedømmelse af, hvor dette sted er i relation til sundhedsopfattelser. Anden litteratur finder, at sygdom og sundhed i stigende grad er et udtryk for forhandlet sundhed mellem sundhedsprofessionelle og patienter (Bury, 2005) og et tilsvarende billede ses hos diabetikere og sygeplejersker i disse analysetrin.

### **Sundhedspolitisk perspektiv**

Sundhedspolitik og folkesundhed spiller en ret lille rolle for diabetikerne i undersøgelsen. Det er et fåtal, som forholder sig til sundhed på samfundsplan. Hos dem, der forholder sig politisk til sundhed, handler det om sundhedsudgifter.

Sygeplejerskerne trækker i højere grad på perspektiver fra sundhedspolitik og folkesundhed – altså sundhed på befolkningsniveau. KRAM-faktorerne er naturligvis indeholdt i dette, ligesom de referer til anbefalinger, kliniske retningslinjer og kommunale indsatser som rehabilitering og kommunale sundhedstilbud for diabetikere. For sygeplejerskerne er det tvivlsomt, at borgere ikke er tilstrækkeligt informeret om sunde livsstilsvalg. De anser det som næsten umuligt, at borgere i et moderne samfund ikke er bevidste om sund levevis. Den information fås bl.a. gennem skolesystemet.

Årsagen til manglende succes i forbindelse med livsstilsændringer, forklares af nogle af sygeplejerskerne som et udtryk for manglende vilje, manglende ressourcer eller manglende kompetencer i at omsætte viden om sundhedsråd til egen praksis. Det skyldes ikke manglende eksponering for sundhedsinformationer. At borgere med ringere kapitalforhold, eller færre ressourcer, har sværere ved at overkomme sygdom, er ikke en observation sygeplejerskerne står alene med (Diderichsen, Scheele & Little, 2015; Bourdieu, 1986).

I forbindelse med det sundhedspolitiske perspektiv er der et væsentligt ekstra perspektiv på og mange tekststykker omhandlende, hvem som bærer sundhedsansvaret. Er det patienten, patient og sundhedsprofessionelle i fællesskab eller er der plads til andre forståelser her? Vi har kaldt perspektivet for selvansvarliggørelse og ser det som en del af det sundhedspolitiske perspektiv.

### **Selvansvarliggørelse**

For diabetikerne er ansvaret for sundhed noget, som de i vidt omfang tillægger sig selv. Samtidig påpeger flere diabetikere, at der er særlige faktorer, som de ikke er i stand til at gøre noget ved. Nogle

diabetikere påtager sig således ikke det fulde ansvar, da nogle faktorer eller årsager til sundhed ikke er manipulerbare. Der kan drages paralleller til kategoriseringen af prædiabetikere, som har svært ved at overkomme forestillinger om omstændigheder, de ikke selv synes at have kontrol over (Hindhede, 2014). Det er svært at vide, om dette synspunkt vedrørende selvansvaret opstår spontant hos den enkelte, eller der er tale om en kolonisering af dette perspektiv fra det omgivende samfund eller de fagpersoner, diabetikerne møder i almen praksis og resten af sundhedssystemet.

Sygeplejerskerne påpeger meget kraftigt, gentagne gange og helt enslydende, at ansvaret for patienternes sundhed er patienternes *eget*. Og de forklarer også flere steder, at de gør deres bedste for at få patienterne til at forstå dette og påtage sig ansvaret. Sygeplejerskerne udtrykker dog en vis forståelse for, at det for nogle kan være svært at efterleve sundhedsanbefalinger, uden at dette rækker ved selvansvarliggørelsen. Man kan argumentere for, at selvansvarliggørelse for sundhed er et udtryk for en værdi, der afspejler de moralske forhold, som sygeplejersker og diabetikere arbejder under. Med forbehold for særlige omstændigheder – som både diabetikere og sygeplejersker noterer sig – kan man sige, at de er helt enige om, at sundhed naturligvis er et individuelt anliggende. Manglende sundhed bliver således et spørgsmål om selvkritik og fører ikke til refleksioner vedrørende samfundsmæssige årsager eller medskyldighed (Willig, 2013).

### **Mentalt sundhedsperspektiv**

Enkelte af diabetikerne oplever dårlig mental sundhed i forbindelse med at få skyldfølelse når de træffer sundhedsvalg, som ikke anerkendes af den offentlige sundhedsdiskurs. De *forkerte* sundhedsvalg er, som illustreret i forbindelse med livsstilsbetinget sundhed, valg som ikke er i overensstemmelse med anbefalingerne under KRAM-faktorerne. De rigtige valg er øget motion, sund kost i henhold til anbefalingerne, rygestop og et mådeholdent alkoholforbrug. Disse diabetikernes oplevelse af mental sundheds sammenhæng med livsstilsvalg stemmer overens med øvrig litteratur, der påpeger at en afvigende sundhedsopfattelse eller adfærd, kan resultere i skyldfølelse (Baxter, 2004).

Sygeplejerskerne forholder sig kun i mindre grad til mental sundhed. Her kommer det det mentale aspekt ind i sundhedsopfattelsen som en mere *holistisk sundhedsopfattelse*, hvor krop og sind skal være i balance. Betydningen af denne sundhedsopfattelse, som vi har kaldt den holistiske, er i retning af det hele menneske, hvor mennesket er sundt i et helhedsperspektiv på fysiske, psykologiske og sociale aspekter af livet. I den forbindelse advarer en sygeplejerske om faren ved at se kortvarig nydelse som øget livskvalitet, da dette går udover den samlede sundhed og *balancen*. Her bliver det netop også de *dårlige* valg, der igen er omdrejningspunktet for sundhedsopfattelsen.

## Forskellige perspektiver på opnåelse af sundhed

I dette afsnit behandler vi de strategier, som diabetikerne benytter til at opnå sundhed. Kategorien trækker i vid udstrækning på lægmandsperspektiverne i analysen og henviser også til de supplerende lægmandsperspektiver, som er behandlet i specialets kapitel 2. Vi vil undervejs prøve at sammenholde dem med sygeplejerskerne, som trækker på helt andre perspektiver om sundhed.

Opnåelse af sundhed er for diabetikerne et bredt og mangfoldigt emne i overensstemmelse med øvrig forskning om lægmandsperspektiver af sundhed. Vi har genfundet mange af de samme træk og forståelser i empirien. Først og fremmest relateres sundhed markant til henholdsvis sundhed, som noget man *gør* – i form af disciplinære handlinger eller afståelser – og dets modpol i form af sundhed set som frihed (Holm, 2014b). Det disciplinære aspekt af sundhed og opnåelse af sundhed har at gøre med afståelse af usund kost, kaloriemonitorering og motion. Det kræver en aktiv indsats og fuld opmærksomhed at opnå sundhed gennem disciplin. I kontrast til, men ikke gensidigt udelukkende, står frihedsperspektivet, hvor diabetikerne lægger vægt på nydelse og det gode liv (Holm, 2014b). Her bliver sundhed til mere end blot en henvisning til KRAM-faktorer eller medicinsk-biologiske termer og tal. Igennem frihedsperspektivet er diabetikerne opmærksomme på, at sundhed også er *nydelse*, og det kan komme på kant med den disciplinære opfattelse, da nydelse ofte er forbundet med ting, der modarbejder en disciplinær sundhedsopfattelse. Netop dette ser vi hos sygeplejerskerne.

Opnåelsen af eller evalueringen af sundhed sker for diabetikerne – foruden henvisninger til tal, som er kendetegnet ved det medicinsk-biologiske sundhedsperspektiv – gennem kropsopfattelser (Watson, 2000). Her er den pragmatiske med til at understrege det, som diabetikerne kan eller ikke kan, og bruges til at evaluere sundhedstilstanden. Det kan forklare den modstand, som sygeplejerskerne fortolker som manglende vilje. Hvis diabetikerne oplever, at kroppens funktion er uændret og de fungerer fint i rollen som mor, medarbejder eller når de dyrker deres hobby, er der måske ingen større grund til forandringer med begrundelse i netop fald i funktion. Den pragmatiske kropsforståelse har stærk sammenhæng med kropsvægten. Netop denne er synlig også for sygeplejerskerne, og desuden målbar ved væggtab og -stigninger.

Den erfaringsbaserede kropslighed er både et redskab til evaluering af sundhed baseret på kropsforfølelser, og et redskab til at modsætte sig anbefalinger fra lægen – for eksempel i form af, hvilken medicin, diabetikeren bør tage. Flere af de deltagende diabetikere henviser til situationer, hvor de nægtede at tage medicin fordi de enten kunne mærke eller vidste, at medicinen ikke var god for dem.

Kroppens styrke og robusthed er noget, som flere af diabetikerne forholder sig til. Særligt en ser sundheden i styrke og robusthed som en slags opsparing. Her bliver sundhed noget man tilegner sig gennem tid, hvorefter man kan trække på det i trange tider. Dette trækker tråde til sundhedskapital (Baxter, 2004), som ligeledes abonnerer på idéen om en sundhedskonto, der kan spares op på.

For sygeplejerskerne er opnåelsen af sundhed stærkt forbundet med livsstilsvalg. Dette på trods af, at sygeplejerskerne påpeger, at de tager udgangspunkt i den enkelte. Det kommer særligt til udtryk i forbindelse med, at de selv kommer ind på, at de ikke tager en snak med patienterne om, hvad sundhed er for dem. Sundhed er i høj grad forbundet med at leve efter KRAM-faktorerne, og når det ikke sker diskuterer sygeplejerskerne, hvad årsagen kan være. I sammenligning med lægmandsopfattelserne, der kommer til udtryk hos diabetikerne, ligner sygeplejerskernes sundhedsdefinition i højere grad et disciplinperspektiv fremfor et frihedsperspektiv (Holm, 2014b) Sygeplejerskerne er i høj grad opmærksomme på, at sundhed er relativ og tilpasses den enkelte patients omstændigheder, men er i mindre grad opmærksomme på alternative sundhedsperspektiver hos patienter. Samtidig er sygeplejerskerne overbeviste om, at sundhed er betinget af, at diabetikeren selv tager ansvar og monitorerer sin egen sundhed.

## MØNSTRE I SYGDOMSBEGRUNDELSER

### **Begrundet i livsstil**

For diabetikerne er årsagen til type 2 diabetes i høj grad begrundet med forkert livsstil i form af usunde kostvalg og overvægt. For mange af diabetikerne er det dog ikke blot livsstil og i forbindelse med begrundelse i livsstil, ser vi da at andre faktorer nævnes. Livsstil er på den måde ikke den eneste faktor, der spiller en rolle for diabetikerne. For sygeplejerskerne er livsstil den primære årsag til type 2 diabetes. De giver også udtryk for, at det vigtigste element i behandlingen af type 2 diabetes er livsstilsændringer.

### **Begrundet i arvelighed**

Diabetikerne ser også arvelighed som en årsag til diabetes. Her bliver arveligheden ikke omtalt i en deterministisk facon, men mere som en latent risiko. Man kan være disponeret for sygdommen, som så udløses ved usund livsstil. Hos hovedparten af diabetikerne er andre diabetikere i familien en del af deres sygdomsfortælling. Sygeplejerskerne anerkender, at type 2 diabetes er en arvelig sygdom, men begrunder den alligevel primært med livsstilfaktorer. De beskriver arvelighedsfaktoren nogenlunde på samme måde som diabetikerne – som en latent betingelse, man skal være opmærksom på ikke at udløse.

### **Begrundet i omstændigheder**

Omstændigheder som familie, arbejde og andet er for seks ud af syv diabetikere en hindring for at leve godt med eller en direkte begrundelse for diabetes. For to af diabetikerne har svære perioder i livet udgjort en hindring for at tage vare på sig selv. Dette kan både forværre en eksisterende diabetes

og være en udløsende faktor. Sygdommen kan desuden være begrundet i sociale omstændigheder, hvor familiemedlemmer lever usundt og dermed besværliggør en sund livsstil for diabetikeren. Det kan også være arbejdspress eller stress, der hæmmer sunde livsstilvalg. Sygeplejerskerne anerkender også andre omstændigheder, som kan have indflydelse på diabetes. Det er særligt socialt udsatte, som sygeplejerskerne her er opmærksomme på, kan have svært ved at opnå en sund livsstil.

### **Begrundet i mental sundhed**

Diabetikerne peger på, at dårlig mental sundhed eller psykiske sygdomme kan udløse diabetes. Det kan fx være stress eller depression, som diabetikerne erfarer kan måles i blodsukkeret. Der er også eksempler på, at diabetes forværrer det mentale helbred eller i det mindste viser sig i form af følelsesmæssige udbrud på grund af magt. Denne sammenhæng underbygges af flere forskningsstudier [Kap. 3] og påpeges også i Sundhedsstyrelsens materialer om Type 2 diabetes og om Mental Sundhed. Sygeplejerskerne forholder sig slet ikke til, om diabetes kan være begrundet i mental sundhed. Faktisk afvises det et enkelt sted i empirien.

### **Begrundet i kombinationssygdomme**

Sygeplejerskerne anfører, at opståen eller forværring af type 2 diabetes kan forklares i tilstedeværelsen af andre sygdomme. Der kan både være tale om, at øvrige sygdomme påvirker blodsukkeroptagelsen direkte og også det samlede medicinforbrug kan have utilsigtede konsekvenser. Diabetikerne forholder sig ikke til denne type begrundelse.

### **Begrundet i manglende vilje**

Sygeplejerskerne peger på, at manglende vilje (til fx sund livsstil eller medicinindtagelse) kan være årsagen til diabetesudbrud eller sygdommens dårlige udsigter. Den manglende vilje er tæt forbundet med selvansvarliggørelse, som beskrevet tidligere, og kommer typisk til udtryk i udsagn, hvor sygeplejerskerne påpeger, at diabetikeren er ansvarlig for egen sygdom og sundhed. Der er også eksempler på udsagn, der forholder sig kritisk til den frie vilje og dermed begrundelsen i sig selv, da manglende vilje forudsætter at man har en fri vilje.

## MØNSTRE I TRIVSELSOPFATTELSE

### Trivsel som funktion

For diabetikerne er trivsel forbundet med en række aktiviteter, som øger livskvaliteten. Det kan være at synge, være ude, være en del af en gruppe feminister. Det er aktiviteter, som ikke nødvendigvis har noget med diabetes eller sundhed at gøre.

For diabetikerne er der også forskellige udfordringer, som sætter trivslen under pres. Det kan være død, holdningerne diabetikerne møder eller tallene forbundet med sygdom, de konfronterer. Måden hvorpå diabetikerne håndterer problemerne varierer også, og de benytter sig af et righoldigt udvalg af forskellige copingstrategier som *accept*, *at forklare sig*, *at gå all in*, *at klare sig selv*, *laissez-faire*, *livsnydelse*, *skamfølelse*, *at søge hjælp* og *at yde modstand*. De mange forskellige strategier, som ofte optræder sideordnet og samtidigt vidner om en nuanceret og kompleks måde at håndtere trivsel og diabeteslivet på.

Sygeplejerskerne peger udelukkende på copingstrategien *accept*, som udgangspunktet og forudsætningen for at få det bedre. De andre af diabetikernes copingstrategier genfinder vi ikke hos sygeplejerskerne, som dermed ikke har blik for så bredt et udvalg af strategier hos patienterne.

### Trivsel som oplevelse

For diabetikerne handler trivsel blandt andet om *fællesskab*. Særligt familien står centralt for oplevelsen af trivsel. I mindre grad fortælleres også om trivselsoplevelser i forbindelse med arbejde og fritid. Desuden er *ro* centralt for fleres følelse af trivsel. Trivsel opnås også ved at kunne gøre, som man har lyst til eller trivsel forklares ganske enkelt, som følelsen af at have det godt med sig selv. To af diabetikerne oplever mistro forbundet med følgesygdomme og lægebesøg.

For sygeplejerskerne er patienternes trivsel forbundet med *at have det godt*. At have det godt kommer hos nogle patienter til udtryk i forbindelse med at give sig selv lov til at spise eller drikke, som man har lyst til, fortælleres i interviewet med sygeplejerskerne. For andre patienter er det at have det godt en konsekvens af copingstrategien *accept* eller sunde livsstilsvalg, som øger den fysiske trivsel. Derudover peger sygeplejerskerne på trivselsmarkører som fx *fællesskab*, *ro* og *balance* og *mening i livet*. Her er *fællesskab* og *ro & balance* i overensstemmelse med diabetikernes trivselsopfattelser.

Derudover peger sygeplejerskerne på strukturelle forholds betydning for patienters oplevelse af trivsel. Her er det særligt socialt udsatte, der trives i mindre grad, ifølge sygeplejerskerne.



## ET FELTTEORETISK BLIK PÅ ANALYSEN

I de foregående kapitler har vi analyseret os frem til, hvordan henholdsvis diabetikere og sygeplejersker opfatter sundhed og trivsel i relation til type 2 diabetes. Disse opfattelser vægtes dog ikke ligeligt på sundhedsområdet og opstår heller ikke uafhængigt af sociale og strukturelle forhold. Dette vil vi belyse i det efterfølgende feltteoretiske blik på analysernes resultater.

Sygeplejersker og diabetikere er en del af det samme sundhedsfelt, hvor der er noget på spil – for eksempel definitionsretten på sundhed. Eller forklaringsretten på årsagerne til type 2 diabetes. Retten til fx at definere, hvad der er sundt og usundt afhænger af, hvilke kapitalformer, der anerkendes i feltet. Bourdieu benævner det den symbolske kapital, som kan antage karakter af de øvrige kapitalformer; økonomisk, kulturel og social (Bourdieu, 1998). Sygeplejerskerne har en automatisk fordel i forhold til at få symbolsk anerkendelse. For det første har de qua deres uddannelse som sygeplejersker tilegnet sig institutionaliseret kulturel kapital i form af en uddannelse på professionsbachelor (Bourdieu, 1986). At de har gennemført en uddannelse, der giver dem viden om sygdom og sundhed, betyder at de er i stand til at få et arbejde som sygeplejerske. Institutionaliseret kapital er også, at de har metamagtfeltet – staten – i ryggen med dens anbefalinger og kliniske retningslinjer for, hvordan sygeplejen skal effektueres. De fleste har årelang erfaring fra forskellige stillinger i sundhedsvæsenet; på sygehuset, hjemmesygeplejen og almen praksis. De angiver da også, at de har stor erfaring med og viden om type 2 diabetes. Det giver dem stærke kompetencer forbundet med sygdommen og deres årsager og udvikling. Man kan kalde denne del af kapitalerne for kropsliggjort kapital, da de bærer den med sig som en del af deres person (Larsen, 2010; Bourdieu, 1986).

I mødet med diabetikere står sygeplejersker stærkest målt på symbolsk kapital, da de er indehaver af såvel institutionaliseret som kropsliggjort kulturel kapital samt har metamagtfeltet i ryggen. Overfor dette står diabetikerne, der møder op til konsultationer med sygeplejerskerne for at få hjælp til at behandle og kontrollere deres sygdom. Den sygdom, som begge grupper i stor udstrækning er enige om, skyldes diabetikernes manglende evne til selv at varetage egen sundhed gennem en sund livsstil. Man kan argumentere for, at diabetikere har deres egen institutionaliserede kulturelle kapital, som fungerer direkte modsat af sygeplejerskernes eksamensbeviser; diagnosen. Diabetesdiagnosen bliver et symbol på manglende evne eller viden til at leve i overensstemmelse med den anerkendte og naturlige måde at være sund på. Hos begge grupper symboliseret ved KRAM-faktorer. Bourdieu ville benævne dette et sundhedsdoxa. Doxa som begreb stammer helt tilbage til de gamle grækere. I denne sammenhæng skal doxa dog ses som "det alment vedtagne" eller almindelig sund fornuft. Doxa er det, som er almindeligt anerkendt som værende naturligt og universelt. Men måske i grunden viser sig at være kulturelt bestemt og dermed foranderligt. Doxa repræsenterer magtens synspunkt – i dette tilfælde staten som metamagtfelt. Dette synspunkt om, årsagerne til type 2 diabetes og ansvarsplaceringen for sygdommens opståen er naturliggjort og indlejret i alle agenterne i feltet i en grad, så det

slet ikke falder nogen af dem ind at forholde sig kritisk til det. Bourdieu sammenligner doxa med modersmålet. Vi formår at forholde os reflekteret til de udsagn, vi taler om, men sjældent til sprogets forudsætninger, som er bestemmende for, hvad vi *kan* udtale os om og *hvordan* vi gør det (Bourdieu & Wacquant, 2009).

Sygeplejerskerne forholder sig til sundhed som et personligt ansvar for diabetikeren og i nogen grad fortolker de, at dårlige resultater i kampen mod diabetes er et udtryk for manglende vilje hos patienten. Dette kan ses som et udtryk for respekt for det enkeltes menneskes ukrænkelighed og en påpasselighed overfor at gøre overgreb. Det er vores indtryk, at sygeplejerskerne ser det på den måde. De henviser flere gange til, at man skal møde mennesket, hvor det er. Måske inspireret af Søren Kierkegaards flittigt citerede definition af sand hjælpekunst? Sikkert er, at sygeplejeuddannelsen er under indflydelse af danske og udenlandske filosoffer, bl.a. K.E. Løgstrup og etik er en stor del af faget. I de sygeplejeetiske retningslinjer, gældende for faget, står der:

*De Sygeplejeetiske Retningslinjer er funderet i en grundlæggende forståelse af, at mennesket er unikt og har værdi i sig selv, lever i sammenhæng med sine omgivelser og tager ansvar for eget liv. (Sygeplejeetisk Råd, 2014, s. 3)*

Sygeplejerskerne ser – med uddannelsen og Sygeplejeetisk Råd i ryggen – selvansvarliggørelsen som et ideal og vender gentagne gange tilbage til i fokusgruppeinterviewet. Dette har stor betydning for deres opfattelse af det gode sundhedsprofessionelle arbejde. Potentielt kan man antage, at dette bidrager til selvansvarliggørelsen af diabetikerne. Det er både en logisk slutning og analysen viser adskillige eksempler på, at udgangspunktet for hjælpearbejdet er en vejledning i, hvad patienten *selv* kan gøre for at forbedre sin sundhed med type 2 diabetes.

Sygeplejerskerne står ikke alene i en verden med diabetikere. Medier, politikere, sundhedskampagner m.v. spiller også en rolle, når det kommer til at integrere selvansvarliggørelseslogikken i den enkelte patient. Imidlertid kan sygeplejerskerne, med etisk rene hjerter, uafvidende komme til at udøve symbolsk vold overfor patienterne i en proces, som kendetegnes ved, at patienterne stiltiende accepterer dette (Bourdieu, 1997). Der er i analyserne eksempler på, at diabetikerne ytrer modstand i kontakten med de sundhedsprofessionelle, men ingen anfægter for alvor disses ret til at være de vidende eller diskuterer sundhedsdiskursens gyldighed. Det er kendetegnende ved symbolsk vold, at denne accepteres og naturliggøres af dem, som volden udøves overfor.

Et særligt element i sundhedsprofessionelles ret til at sundhedsevaluere er patienternes vægt. Størrelsen af den manifesterede krop og tallet på vægten, gør det muligt for sygeplejersker, diabetikere og lægefolk at evaluere sundhed udelukkende med denne målbare faktor (Holm, 2014c). Dette på trods af, at andre medicinske faktorer har indflydelse på den samlede sundhedstilstand. Det kan være blodtryk,

blodsukker, kolesteroltal eller andet. Overvægt er en risikofaktor i udvikling af diabetes, men manglende motion udgør en større risiko (Jespersen & Møller, 2010). I princippet kan en slank patient derfor have større sygdomsrisiko end en overvægtig, hvis bevægelsesmønsteret fordeler sig omvendt. Diabetikerne i vores analyse omtaler vægten som et stort problem i relation til de sundhedsprofessionelle, som ansporer til fortsatte vægttab. Det er ikke utænkeligt, at også sundhedsprofessionelle kommer til at sidestille overvægt med sygdomsrisiko, fordi den overvægtige krop i sig selv anses som usund (Holm, 2014c). Det er helt naturligt for de fleste og en del af sundhedsfeltets doxa (Bourdieu, 1997). Eller et manifest udtryk på tilhørsforholdet på B-holdet (Brinkmann, 2010).

Alle diabetikere placerer ansvaret for sundhed hos sig selv, hvilket indikerer, at selvansvarliggørelsen er fuldt implementeret. Det føles særligt problematisk for diabetikerne at blive konfronteret med tal ved den kvartalsmæssige kontrol. Her kan man blive vejet og fundet for tung. Andre får et tiltrængt klap på skulderen på vejen mod større vægttab. Resultatet kan udmønte sig i enten modstandsdygtighed eller skam. Diabetikerne, som er i gang med succesfulde vægttab, giver den slankere krop voksende kulturel kapital. Dels i form af synliggjort kropsliggjort kapital i form af kompetencer til at kontrollere vægten, hvilket er beviseligt overfor sygeplejersken, og dels akkompagneret af tingsliggjort kulturel kapital (Bourdieu, 1986) – altså den manifeste krop, der bliver synligt slankere som et udtryk for sund livsstil og evnen til kontrol. Det omvendt er tilfældet, for de af diabetikerne, som ikke magter et vægttab. Deres kapitalforhold bliver yderligere forringet. De føler ubehag ved kontrollerne og udebliver måske endda. Flere af dem skammer sig over de manglende evner til at leve op til forventningerne om en sund livsstil. Den overvægtige krop, som måske endda bliver større undervejs, signalerer manglende viden om livsstil og manglende viljestyrke til at gennemføre ændringer. Særligt viljestyrken fortolkes af sygeplejerskerne som en af de vigtigste årsager til fortsat dårlige sundhedsresultater.

Når både diabetikere og sundhedsprofessionelle placerer sundhed som den enkeltes eget ansvar og i vid udstrækning, forklarer sundhed med livsstilsfaktorer, placerer de sig i overensstemmelse med statens sundhedsdoxa. Parterne anser selvansvaret som både selvfølgeligt, naturligt og det mest etisk korrekte. Legitimiteten for denne logik bliver aldrig udfordret, selvom andre logikker i princippet *kunne* gøre sig gældende. Man kunne forestille sig, at staten adfærdsregulerede befolkningen gennem strukturelle tiltag i større eller mindre grad. Som et moderat tiltag kunne man forestille sig afgifter på usunde fødevarer og afgiftsfritagelse på sunde. Dette princip er allerede i brug i form af fx tobaksafgiften. I den mere ekstreme ende kunne man forestille sig tvungen etablering af fitnesscentre på alle større arbejdspladser og aktiv deltagelse som betingelse for medarbejdernes udvidede sundhedsforsikring, betalt af arbejdspladsen. Sådant er det imidlertid kun i mindre omfang. Det er en indlysende selvfølgelighed – doxa – i det danske samfund, at livsstil er eget ansvar på trods af, at staten har en stor økonomisk interesse i en sund befolkning (Bourdieu, 1997). Dette anerkendes, uanset om man er diabetiker eller sygeplejerske.

Diabetikernes kapitalforhold er afgørende for, hvordan de magter at positionere sig i sundhedsfeltet. Og dermed afgørende for deres mulighed for at tage kampen op mod de gældende sundhedsperspektiver, hvis de ikke anerkender disse. Desværre er diabetikernes kapitalforhold for de flestes vedkommende ikke at sammenligne med de sundhedsprofessionelles, jævnfør afsnittet om det sociale sundhedsperspektiv i kapitel 2 (Diderichsen, Scheele & Little, 2015). Vi påstår ikke, at samtlige diabetikere er belastet af deres gruppehabitus og lave kapitalforhold, men en stor del af dem er af disse årsager sat udenfor indflydelse i kampen om definitionsretten. Mange diabetikere fødes ind i sociale felter med et lavt uddannelsesniveau og oplever også i voksenlivet, at deres livsvilkår påvirker livsstil og sundhedsadfærd i en uheldig retning (Diderichsen, Scheele & Little, 2015). Deres sundhedskapital er med andre ord lav, fordi de sociale tilhørsforhold påvirker sundheden (Blaxter, 2004). En bestemt kollektiv habitus forstærker de usunde valg, men kan også føre til modstand og modpraksis mod eksperterne, så man helt bevidst vælger at overhøre sundhedsrådene (Larsen & Hansen, 2014.).

Sygeplejerskerne er bevidste om udfordringer af social karakter, der står i vejen for sundhed, men forklarer blandt andet usund livsstil med uvidenhed eller manglende økonomiske ressourcer. Man kan spekulere i, hvorvidt dette er en indikation på en underliggende præmis, hvor logikken er, at hvis man har ressourcerne og den relevante viden, så handler man i overensstemmelse med sundhedsanbefalinger. Pointen er, at det for diabetikerne her ikke nødvendigvis er tilfældet. Når sundhed kommer på tværs af andre felter, hvor andet er på spil, opstår problemerne. Det kan være, at familien samles om at hygge sig med fredagsslik, bearnaisesovs og saftige bøffer. På den måde, bliver diabetikerens sociale kapital ikke en hjælp i arbejdet med at blive sundere. Livet bliver derimod en øvelse i altid at takke nej.

For enkelte af diabetikerne er viden om og forståelse af sammenhængene i diabetes af stor betydning. Det er særligt Martin og Annette, for hvem forklaringerne på egne vaner og bevidste og ubevidste livsstilsvalg betyder noget. De har samtidig det højeste uddannelsesniveau blandt de deltagende diabetikere. Man kan argumentere for, at behovet for forklaring og viden om diabetes indikerer en habitus med det generative princip, at forklaring og viden om et givent fænomen er vigtigt i forhold til at kunne løse problemet. Dette er i overensstemmelse med den større kulturelle kapital, som enkelte har til rådighed.

Begge viser eksempler på, hvad der også kan betegnes som mental kapital til at reflektere over egen livssituation og mulighederne for at kunne ændre på nogle mønstre (Ho, 2012). Desværre er begge belastet af en mindre grad af psykologisk kapital (Ho, 2012). Annette fordi hun er sygemeldt efter PTSD og angst, i hvilken forbindelse hun har svært ved at fastholde koncentrationen og Martin, som åbent erkender, at hans livsstil med stress og al for høj aktivitetsniveau betyder, at vanerne undertiden går bag om ryggen på ham – og han ubevidst kommer til at spise usund mad mod sin bevidste vilje.

## Sygeplejerskerne og diabetikerne

I lyset af de foregående siders diskussion af de respektive analysers tværgående mønstre og indbyrdes implikationer, vil opfriske det faktum, at de to empiriske felter er uden reel forbindelse med hinanden. Ingen af de deltagende diabetikerne er patienter kendt af sygeplejerskerne i lægehuset i Aalborg Øst. Når diabetikerne udtaler sig om forhold i forbindelse med deres praktiserende læge er der altså tale om helt *andre* læger og sygeplejersker. Når sygeplejerskerne udtaler sig om deres forhold til diabetikerne i klinikken er der tale om helt *andre* personer end i denne undersøgelse.

Dette er særligt vigtigt at notere sig i forbindelse med det efterfølgende kapitel med forslag til forbedrede kommunikationstiltag til afhjælpning af nogle af de påviste problemer på området.

## Delbesvarelse af problemformulering

De foregående præsentationer af analysetrin 1 og analysetrin 2 sammen med denne tværgående diskussion af analyseelementer fra de respektive analyser af diabetikers og sygeplejerskers opfattelser af sundhed og trivsel, udgør besvarelsen på spørgsmål 1 i specialets problemformulering, som lyder:

**Hvilke opfattelser af sundhed og trivsel i relation til sygdommen type 2 diabetes findes hos henholdsvis de deltagende diabetespatienter og gruppen af sundhedsprofessionelle?**

## 9. Opkvalificering af kommunikationen

Dette kapitel indeholder kommunikationsforslag til opkvalificering af kommunikationstiltag på diabetesområdet. Kapitlet starter med et kort overblik over eksisterende kommunikation. Derefter præciseres forskellige konkrete problemstillinger, som de respektive analyser af diabetikernes og de sundhedsprofessionelles opfattelser af sundhed og trivsel i relation til sygdommen type 2 diabetes har været med til at afdække. Disse problemstillinger søges påvirket ved korte kommunikationsforslag til afhjælpning af de udvalgte udfordringer, som analyserne har bidraget til at belyse.

### ET TÆT PAKKET INFORMATIONSLANDSKAB

Diabetikerne i specialets undersøgelse synes velinformede om diabetes, og det skyldes måske et stort udbud af tilgængelig viden. Mængden af informationsmaterialer vedrørende type 2 diabetes synes overvældende.

Som massekommunikation er der offentlige kampagner, offentligt brochuremateriale, artikler i ugeblade og dagspresse, indslag og programmer på TV og også tilgængelige forskningsartikler for særligt interesserede. Endelig har Diabetesforeningen og dens lokalforeninger kurser, arrangementer og skriftligt informationsmateriale til medlemmerne.

Vender man blikket mod offentligt tilgængelig information om type 2 diabetes på internettet, er udvalget stort. På sundhed.dk er der fx Patienthåndbogen, men også fyldig information om type 2 diabetes for både lægfolk og sundhedsfagligt personale (sundhed.dk). Sundhedsstyrelsen har et righoldigt informationsmateriale. Det gælder såvel specialviden om sygdommen som generel information om sundhed og livsstil. Her findes retningslinjer for behandling, rehabilitering, udgivelser og rapporter til download. Langt det meste materiale er rettet mod professionelle målgrupper i regioner og kommuner, men kan læses og downloades af alle interesserede (sst.dk). Der tilbydes i særlig grad information og vejledning i forhold til livsstilsændringer i overensstemmelse med KRAM-faktorerne: kost, rygning, alkohol og motion.

Diabetesforeningen har diabetikere og pårørende som primære målgrupper (diabetes.dk). Dette gælder også hjemmesider med information om diabetes som netdoktor.dk, netpatient.dk, min.medicin.dk, videnskab.dk, apoteket.dk, mitliv.dk, steno.dk m.fl., som er fælles om at informere om symptomer, årsager, sygdommens biologi, følgeskader, behandling, livsstilsændringer osv.

## VIDEN ER IKKE LIG MED ACCEPT

Den store mængde af tilgængelig viden om type 2 diabetes er ingen garanti for at føre til de ønskede adfærdsændringer, som kunne minimere forekomsten på samfundsniveau og begrænse følgeskader hos de ramte.

Diabetikerne i specialets undersøgelsen giver generelt udtryk for en stor viden om type 2 diabetes. På trods af dette synes det problematisk for mange af dem at omsætte denne viden til handling, når det gælder ændringer i livsstil. Kun få af dem følger anbefalingerne for diabetesbehandling fuldt ud. Det er en kamp at få sygdommen til at hænge sammen med diabetikernes øvrige liv og diabetikerne kæmper. De gør, hvad de selv synes er muligt, indenfor rammerne af deres betingelser.

*”Og der er ikke nogen, der ikke gør det, så godt som de kan. Heller ikke hende, hvor vi sidder og tænker, hold da op hun forsumper da fuldstændigt, og hun er da bare ikke god ved sig selv. Men der er en grund til det og det er ikke altid lige nemt at gennemskue, men der er en grund til, at der ikke kommer til at ske noget for hende, fordi det magter hun ikke af forskellige grunde” (B2 492-496).*

Diabetikerne kæmper for deres sundhed, men møder hindringer på vejen. Når de ikke formår at overvinde dem, er det ikke en frugtbar strategi at overlade dem til deres egen viljestyrke eller mangel på samme. Her er det vigtigt at anerkende at diabetikerne gør det så godt de kan, men forhindres af forskellige årsager. Det kan være svært at identificere problemet for dermed at kunne løse det. For at hjælpe diabetikere nemmest på vej, er det vigtigt at møde diabetikerne netop der, hvor de bliver udfordret.

## DE BLINDE VINKLER

En blind vinkel udgør den del af udsynet, som man ikke kan se. Idiomet illustrerer, at der altid er noget, man har svært ved at få øje på. Det kan være noget, der dækker for udsigten eller det, som går bag om ryggen på en – eller pletten, man står på. Det perspektiv, man ser verden fra og dermed kun en begrænset del af den. At være i stand til at hjælpe diabetikere, forudsætter for det første, at man ser hvilke problemer, diabetikerne forsøger at løse. Dernæst at man tager disse problemer alvorligt. Med henvisning til Bourdieu, kan man sige, at forskelle først bliver tydelige såfremt beskueren er i stand til at skelne, og først da bliver forskellene relevante (Bourdieu, 1997).

Følgende kommunikationsforslag er anbefalinger, der særligt retter sig mod sundhedsprofessionelle og sundhedsfagligt personale. Det er vores håb, at anbefalingerne kan bidrage som redskaber eller inspiration i forhold til at imødekomme diabetikere med dialog i endnu højere grad end de sundhedsprofessionelle i forvejen gør.

## KOMMUNIKATIONSFORSLAG

**Problem 1:** *Patienterne trækker på en bred forståelse af årsagerne til type 2 diabetes. De anvender også et bredt og nuanceret repertoire af copingstrategier for at indpasse sygdommen i deres øvrige liv. På begge områder synes de sundhedsprofessionelle begrænset af et smallere udsyn. Hvis parterne ikke prøver at matche hinandens perspektiver på disse områder, risikerer dialogen mellem diabetiker og sundhedsprofessionelle at fejle.*

**Kommunikationsløsning:** *Sundhedsprofessionelle skal være i stand til at tale om og diskutere sygdomsårsager, som er mere nuancerede end livsstil med patienten, herunder mentale udfordringer som stress eller depression. Diabetikerens copingstrategier kan med fordel undersøges med henblik på at yde en mere individuel støtte og vejledning i forhold til diabetikerens sundhed og trivsel.*

**Kommunikationselementer:** *Dialogredskaber, konkret vejledning i patientstøtte.*

En forudsætning for, at sundhedsprofessionelle kan hjælpe diabetikerne er en gensidig kontakt. Hvis diabetiker og sundhedsprofessionelle ikke formår at tale et fælles sprog, eller kommunikationen bliver monologisk, er kommunikationssituationen fejlet. Afstand mellem sundhedsprofessionel og diabetiker skal ideelt set være så lille som muligt, så diabetikeren føler sig hørt og forstået. Hvis afstanden mellem sundhedsprofessionel og diabetiker er stor, er der risiko for, at diabetikerens problemer og udfordringer synes uvæsentlige for den sundhedsprofessionelle eller at de aldrig bliver fortalt. At spørge til diabetikerens forståelse af sundhed, sygdomsårsager og copingstrategier er derfor første skridt på vejen mod en dialog.

På diabetesforeningens hjemmeside finder man information vedrørende psykiske komplikationer, der kan være forbundet med diabetes. Diabetesforeningen taler om *diabetes-stress*, som defineres som en tilstand, der indtræder, når diabeteslidelsen tager for meget energi, styrer livet og diabetikeren bekymrer sig om eventuelle følgesygdomme. Her finder man råd til hvad diabetikeren selv kan gøre, men der lægges samtidig vægt på, diabetikeren ikke kan stå alene med problemet og bør involvere lægefaglig og social assistance.

I forhold til konsultationen i almen praksis kunne man forestille sig, at de sundhedsprofessionelle spørger konkret til eventuelle trivselsproblemer i diabetikerens liv, fremfor at diabetikeren skal tillægge sig det medicinsk-biologiske eller livsstilsrelaterede perspektiv hos lægen.



**Problem 2:** *Manglende blik for særlige omstændigheder og strukturelle sociale betingelser, som er hæmmende eller fremmende for trivsel og diabetes.*

**Kommunikationsløsning:** *Sundhedsprofessionelle skal være i stand til at tale om og diskutere sociale betingelser med diabetikeren med henblik på at tydeliggøre betydningen af sådanne betingelser for diabetikeren.*

**Kommunikationselementer:** *Værktøjer til samtaler om netværk. Evt. også i form af familiesamtaler.*

For at diabetikere kan opnå sundhed og trivsel er det vigtigt, at sygdommen ses i et lidt bredere perspektiv. For nogle diabetikere er det enkelt at efterleve sundhedsanbefalinger. Det kan blandt andet skyldes gunstige forhold i form af støtte i familien. Måske spises der i forvejen sundt i familien, eller diabetikeren er i besiddelse af social kapital i form af venner, som kan udgøre motionspartnere eller støtte i kostændringer. For andre er mængden af social og kulturel kapital mindre. Disse diabetikere har brug for en hjælpende hånd i forhold til at identificere konkrete vanskeligheder i hverdagen. I modsætning til *viljestyrke*, som et individuelt, psykologisk fænomen, er gunstige betingelser for livsstilsændringer strukturelle betingelser. Disse kan sundhedsprofessionelle kan være med til at afsøge sammen med diabetikeren med henblik på at afklare, hvor man kan ændre på svære betingelser.

Det betyder, at sundhedsprofessionelle skal kunne tale om de sociale betingelser for livsstil med diabetikeren. Det bliver således også et mål gennem dette kommunikationsforslag at forholde sig til diabetes som et socialt fænomen, hvor ansvaret ikke placeres hos diabetikeren alene. Sygdomsudviklingen er stærkt betinget af habitus og sociale omstændigheder i diabetikerens liv. Målet med samtalen er at afsøge og gøre brug af de ressourcer, der ligger gemt i diabetikerens sociale relationer og samlede sociale kapital (Bourdieu, 1986). Af betydning er størrelsen og graden af diabetikerens netværk og hvordan diabetikeren positionerer sig i forhold til relationerne.

I samtalen kan diabetikeren og den sundhedsprofessionelle forholde sig til:

A) *Hvilke relationer har diabetikeren at gøre brug af?*

B) *I hvilken grad er det realistisk, at de identificerede sociale ressourcer kan mobiliseres?*

**Problem:** *Selvansvarliggørelse er ikke en strategi, som hjælper alle diabetikere i arbejdet med sundhed. Nogle diabetikere mangler ressourcer til selv at forvalte ansvaret for egen diabetespraksis.*

**Kommunikationsløsning:** *Socialt udsatte patienter med mangel på egnede netværk, skal modtage mundtlig støtte fra sundhedsprofessionelle i arbejdet med at se konkrete muligheder for at ændre praksis og varig hjælp til fastholdelse i nye vaner. Dette arbejde kan evt. foregå i regi af rehabiliteringskurser i kommunerne. En mulighed kan være at udvide patienternes sociale kapital med nye netværk, ERFA-grupper eller en mentorordning.*

**Kommunikationselementer:** *Dialogredskaber, vejledninger til patientstøtte for særligt udsatte.*

Analyseresultaterne peger på, at selvansvarliggørelsen er markant hos både diabetikerne selv og sygeplejerskerne. Det fremgår også, at sygeplejerskerne har blik for, at nogle patienter ikke er i besiddelse af tilstrækkelige ressourcer til at løfte dette selvansvar. Af respekt for den enkeltes ukrænkelighed vælger de alligevel at fastholde princippet i alle tilfælde.

Hvor denne selvansvarliggørelse ikke er et problem for patientgrupper, som formår at ændre livsstil på egen hånd, udgør den et problem for dem, som ikke formår at integrere store livsstilsændringer i deres nuværende liv. Livsstilssygdomme forekommer i størst grad hos de dårligst uddannede. I nogen grad er der tale om en gruppehabitus med sociale omstændigheder, som i et vist omfang determinerer en usund livsstil (Larsen & Hansen, 2014). For disse patienter vil livsstilsændringerne alt andet lige være større end hos patienter, som i forvejen lever nogenlunde sundt og "bare" skal skære lidt ned på kalorieindtagelsen og bevæge sig lidt mere, end de plejer.

### **Delbesvarelse af problemformulering**

Disse tre punkter med kommunikationstiltag, som modsvarer de problemer, som kan læses ud af analysen af diabetikernes og sygeplejerskernes opfattelser af sundhed og trivsel, udgør dermed specialets forslag til opkvalificering af kommunikation på diabetesområdet. Samtidig er disse forslag en afløsning af spørgsmål 2 i specialets problemformulering, som lyder:

**Hvordan kan kortlægning af disse opfattelser bringes i anvendelse til at opkvalificere kommunikationstiltag på diabetesområdet?**

# 10. Diskussion

I dette kapitel vil vi reflektere over og diskutere specialets elementer, styrker og svagheder. Som en hjælp i dette arbejde gør vi brug af Sarah J. Tracys *Big-tent* (2010), som er udarbejdet med det formål at kvalitetssikre kvalitativ forskning. *The Big-tent* består af 8 punkter: *et værdigt emne (worthy topic), rig stringens, oprigtighed, troværdighed, resonans, signifikant bidrag, etik og meningsfuld kohærens*.

## Et værdigt emne

Livsstilssygdomme og herunder type 2 diabetes er, som vi har beskrevet tidligere, et reelt problem, som belaster mange danskeres liv. Det er ikke bare relevant for diabetikere og pårørende, som dagligt kæmper med sygdommen og de følgesygdomme og trivselsproblemer, den fører med sig. Det er også relevant set i et samfundsperspektiv, da vi i et velfærdssamfund som det danske har en fælles interesse i at forbedre folkesundheden. Med en stigende del af befolkningen, som rammes af type 2 diabetes, er der et stort potentiale for at forbedre sundhed og trivsel for mange danskere.

## Rig stringens

Med brug af forskellige metoder har vi bestræbt os på at skabe stringens i specialet. I forhold til interviews er idealet, at man interviewer nye personer, indtil der opnås et mætningspunkt i empirien. Det samme gør sig gældende for det enkelte interview. Mætningspunktet er, hvor der begynder at forekomme gentagelser i empirien. I praksis er der grænser for, hvor mange interviews det kan lade sig gøre at optage og behandle analytisk på et semester. Til gengæld er vi gået grundigt til værks i de syv individuelle interviews med henblik på at fange flest mulige betydninger i det sagte. Derudover har vi gjort brug af en interviewguide. Denne har været tilpas lukket til at få afsøgt de præcise emner, som er relevante for specialet, men samtidig så fleksibel, at døren holdes åben for særlige betydninger og unikke tilfælde, som informanterne hver især indeholder. Den subjektive vilkårlighed er minimeret ved hjælp af den semi-strukturerede interviewguide, men den er også netop semi-struktureret for at kunne gøre plads til kreativitet og fornemmelsen, som gør det muligt for os at forfølge det, der synes vedkommende i interviewsituationen (Brinkmann & Kvale, 2009, s. 271).

Derudover har vi gjort brug af en analysestrategi, hvor et kodningsskema har til formål at sikre stringens. I princippet kan der under hver kategori oprettes et uendeligt antal underkategorier. Vi har forsøgt at afgrænse dette afbalanceret. Dette udgør et potentielt problem for stringensen, da meningsenheder som på nogle punkter er forskellige, kan kodes i samme kategori, hvis de opfylder kategoriens betingelser. Men i det lys vil man altid kunne underkategorisere yderligere, indtil der kun er en enkelt meningsenhed i hver kategori og overblikket er gået tabt igen.

## Oprigtighed

Kvalitet igennem oprigtighed udtrykkes via transparens omkring metoder og fejltagelser (Tracy, 2010). For specialet viser dette sig hovedsageligt igennem a) hvervning af informanter med de beskrevne problemer med at skaffe deltagere og b) fokusgruppen bestående af sygeplejersker, hvor vi oprindeligt havde overvejet fordele og ulemper ved en fokusgruppe med deltagere fra forskellige sundhedspraksisser. Refleksioner i anledning af disse valg er grundigt beskrevet i specialets undersøgelsesdesign i kapitel 5.

## Troværdighed

I specialets analyser bestræber vi os på at sondre mellem beskrivelser og fortolkninger, samt lægge flere citater til meningsenheder for at illustrere meningen. Man kan sige, at en kategorisering i form af kvalitativ indholdsanalyse altid på en måde er at gøre vold på virkeligheden ved at kategorisere en sammenhængende fortælling som mindre meningsenheder. Hvis dette ikke var tilfældet, ville alle udsagn ses som unikke og dermed ikke kategoriserbare. Gennem analyserne har vi begge bidraget til at identificere kategorier og diskuteret deres indhold.

Derudover bygger analysen på data fra mange forskellige informanter. De har selvfølgelig deres individuelle forskelligheder. På nogle punkter giver de dog udtryk for det samme. Dette øger troværdigheden, da forskellige informanter – i dette tilfælde diabetikerne – giver udtryk for det samme på tværs af tid og sted.

## Resonans

Ifølge Tracy (2010) er det vigtigt at vække resonans i læseren. Det kan ske ved, at specialet præsenteres på en smuk og stemningsfuld måde. Vi mener ikke, at specialet har en særlig visuel og æstetisk fremtræden. Vi har dog i opsætningen bestræbt os på at typografere teksten smukt og valgt en læsbar brødtekst. Endvidere har vi tilstræbt et smukt og tilgængeligt sprog og en klar struktur.

Resonans har desuden at gøre med *overførlighedsgraden*. Altså i hvilken grad specialets fremgangsmåde eller resultater kan overføres til andre praksisser. Specialet indeholder et kapitel dedikeret til at overføre analyseresultaterne fra specialet til sundhedsfaglige praksisser gennem kommunikationsforslag. Hensigten har været at gøre gennemsigtigheden og implementeringen af disse kommunikationsforslag lettere, ved at supplere problembeskrivelsen og kommunikationsløsningen med konkrete kommunikationselementer, der kan arbejdes videre med.

## **Signifikant bidrag**

Kommunikationsforslagene, som specialet bidrager med, har til formål at indgå i sundhedsfaglige praksisser. Med disse forslag til opkvalificering af sundhedskommunikation er målet, at diabetikeres sundhed og trivsel forbedres. Det signifikante bidrag består i, at kommunikationsforslagene tilstræber at synliggøre noget usynligt. Dermed udstyres fx sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle med nogle kommunikationsredskaber, som de kan tage i anvendelse i den kamp mod livsstilssygdomme, som synes så svær at vinde.

## **Etik**

Det har været vigtigt for os at give plads til en præsentation af de enkelte diabetikere og sygeplejersker i undersøgelsen. Når empiriske data behandles gennem en kvalitativ indholdsanalyse er en af konsekvenserne, at empirien bliver fragmenteret. Vi ser en forpligtelse og et ansvar for, at informantens sammenhængende historie ikke går tabt. For hver af de syv diabetikere er der udarbejdet meningskondensering forud for analysen. Det har sikret os en bedre forståelse for det enkelte menneske og de betydninger, som ligger i de mindre tekststykker. Foruden dette har vi taget alle de gængse forholdsregler, som beskrevet under punktet etik i undersøgelsesdesign, om informeret samtykke, anonymisering og sløring af personlige kendetegn mm.

Det har desuden været vigtigt at anerkende de sundhedsprofessionelles ekspertise og respektere den faglighed og store erfaring, som de har bibragt undersøgelsen. Med dette speciale har vores hensigt været at udarbejde viden om nogle opfattelser og betydninger, som ellers er vanskeligt tilgængelige. På baggrund af denne viden har vi udarbejdet kommunikationsforslag som en tilbudt hjælp til den sundhedsprofessionelle praksis. Vi håber, at det fremgår at dette sker i den største respekt for de sundhedsprofessionelles faglighed og gode intentioner om at hjælpe patienterne bedst muligt under de givne betingelser.

## **Meningsfuld kohærens**

Dette speciale forsøger at afdække sundheds- og trivselsopfattelser hos diabetikere og sundhedsprofessionelle samt bruge denne viden til at opkvalificere kommunikationen på diabetesområdet. Vi er af den opfattelse, at dette mål er opfyldt. Vi er af den overbevisning, at den kvalitative indholdsanalyse har vist sig at være et frugtbart og logisk redskab i forbindelse med at kortlægge opfattelser omkring sundhed og trivsel. Et bredt perspektiv på sundhed og trivsel har hjulpet os med såvel at kategorisere meningsenheder, som ikke været for restriktive i forhold til at se nye sundheds- og trivselsperspektiver i analysen.

Man kan diskutere hvorvidt *opfattelser* stemmer overens med det teoretiske Bourdieu afsæt, fordi opfattelser for Bourdieu falder under den ene af to elementer i hans ontologi (Bourdieu, 1998). Opfattelser har en social oprindelse og er et af de elementer, der sammen med tænke- og handlemåder, konstituerer habitus. Den anden del af Bourdieus ontologi er de sociale strukturer, der er til - uanset om informanten erkender dem eller ej (Bourdieu, 1998). På denne måde opererer Bourdieu ikke alene under subjektivism eller objektivisme. For indeværende speciale ligger fokus hovedsageligt på opfattelserne og dermed det subjektive og i mindre grad det objektive. Det objektive er i mindre grad behandlet i form af et feltteoretisk blik på analysen. Bourdieu er samtidig med til at give specialet et teoriapparat og videnskabsteoretisk afsæt, der anskuer informanternes opfattelser som mere end blot individuelle konstruktioner.

# 11. Konklusion

I dette speciale har vi sat os for at undersøge sundheds- og trivselsopfattelser hos henholdsvis diabetikere og sundhedsprofessionelle. Dette har vi gjort for at kunne opkvalificere kommunikationen til diabetikere med det formål at forbedre deres sundhed og trivsel.

Ved hjælp af kvalitativ indholdsanalyse har vi påvist en række sundheds- og trivselsopfattelser samt sygdomsbegrundelser. Der er en række opfattelser, som går igen på tværs af både diabetikere og sundhedsprofessionelle, men der er også divergerende opfattelser som er særlige for få diabetikere. For diabetikerne er sundhed ikke blot en enkelt sundhedsopfattelse, men en sammensætning af forskellige opfattelser, som gør synet på sundhed komplekst. Både hvad angår hvad sundhed *er* og hvordan man *opnår* sundhed. Sygdomsbegrundelse er for diabetikerne også multifaceteret med blik for at diabetes sjældent opstår af en enkelt faktor. Her kan være tale om arvelighed, livsstil, livsomstændigheder eller mental sårbarhed. Trivsel er – ikke overraskende – også et emne, der er præget af diversitet. Trivsel er blandt andet *fællesskab* og *ro*.

For de sundhedsprofessionelle er sundhed også et sammensat fænomen. Det kommer for sygeplejerskerne i høj grad til udtryk gennem livsstil, men også i forbindelse med at sundhed er noget forskelligt afhængigt af patienten. Ligesom diabetikerne er de sundhedsprofessionelle opmærksomme på at årsagerne til sygdom kan være mange. For de sundhedsprofessionelle er *fællesskab* og *ro* også at finde foruden andre kategorier.

Med udgangspunkt i analysefundene har vi udarbejdet en række kommunikationsforslag med henblik på at opkvalificere kommunikationen på diabetesfeltet. I disse kommunikationsforslag forsøger vi at gøre det nemt at tage kommunikationsforslagene i brug ved hjælp af beskrivelser af problemet og kommunikationsløsningen foruden at give konkrete bud på de kommunikationselementer, der kan indgå i forslaget. Med stor respekt for de sundhedsprofessionelles faglighed tager vi udgangspunkt i det, der kan er svært at få øje på med henblik på at klæde sundhedsprofessionelle endnu bedre på til at indgå i dialoger med diabetikere om sundhed og trivsel.

## LITTERATUR

- Ali S., Stone M. A., Peters J. L., Davies M. J., Khunti K. (2006). *The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes - a systematic review and meta-analysis*. *Diabetic medicine* 23(11) 1165-1173
- Almedon, A. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicin*. Vol. 61. p. 943-964.
- Andersen, P.T., & Timm, H. (2010). *Sundheds Sociologi – en grundbog*. København. Gyldendal Akademisk
- Baranowski, T. & Cullen, K.W. et al. (2003). Are Current Health Behavioral Change Models Helpful in Guiding Prevention of Weight Gain Efforts? *Obesity Research* Vol. 11, Supplement, October 2003, The Obesity Society, Silver Spring, MD, 2003
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (red.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York, Greenwood, s. 241-258
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Norge. Pax forlag.
- Bourdieu, P. (1997). *Af praktiske grunde*. København. Hans Reitzels Forlag
- Bourdieu, P. (1998). Socialt rum og symbolsk magt. I S. Callewart et al. (red.): *Pierre Bourdieu – Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København. Akademisk Forlag.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København. Hans Reitzels forlag
- Bourdieu, P. (2000). Habitus – en praktisk orienteringssans. *Praktiske Grunde*. Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab Nr. 2 2008 (s. 72-78). Dansk oversættelse af Anders Mathiesen. In Jean Hillier and Emma Rooksby (eds.): *Habitus – A Sense of Place*. Hants, England. Ashgate Publishing Limited 2002
- Bourdieu, P. (2014a). Symbolsk kapital og socialklasser. I: Hansen, Christian Sandberg. (red.). (2014). *Socialt rum, symbolsk magt. Bourdieuske perspektiver på klasse*. København. Forlaget Hexis
- Bourdieu, P. (2014b). Hvad skaber en social klasse? I: Hansen, Christian Sandberg. (red.). (2014). *Socialt rum, symbolsk magt. Bourdieuske perspektiver på klasse*. København. Forlaget Hexis
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J.D. (2004). *Refleksiv sociologi*. København. Hans Reitzels Forlag
- Bordum, A. (2009). Jürgen Habermas og Pierre Bourdieu – etik eller magt som forståelsesramme for kommunikation? I: Helder, J. Bredenlów, T. & Nørgaard, J.L. (red.). *Kommunikationsteori*. (s. 215-239). København. Hans Reitzels Forlag.
- Blaxter, M. (2004). *Health and lifestyles*. London. Tavistock/Routhledge
- Brinkmann, S. (2010). *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. Aarhus. Forlaget Klim
- Brinkmann, S. (2010). *Patologiseringsstenen: Diagnoser og patologier før og nu*. I S.B. (red.), *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. Aarhus. Forlaget Klim
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S. & Hildingh, C. (2015). Lifestyle advice and lifestyle change - to what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2015; 29; 118–125
- Brock, S. (2011). *Folkesundhed – perspektiver på dansk samfundsmedicin*. Aarhus. Philosophia
- Bury, Michael (2007). *Sundhed og sygdom*. Århus. Akademisk Forlag



- Camacho, F., Anderson, R., Bell, R., Goff, D., Duren-Winfield, V. Doss, D. & Balkrishnan, R. (2002). Investigating correlates of health related quality of life in a low-income sample of patients with diabetes. *Quality of Life Research*, Dec 2002, Vol.11(8), pp.783-96
- Christensen, A.I., Davidsen, M., Ekholm, O., Pedersen, P.V. & Juel, K. (2014). *Danskernes Sundhed – Den nationale Sundhedsprofil 2013*. Red. Hvass, L.R. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet. Sundhedsstyrelsen. Hentet fra: <https://sst.dk/da/udgivelser/2014/~media/1529A4BCF9C64905BAC650B6C45B72A5.ashx>
- Christensen, A. I. m.fl. (2009). *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*. Statens institut for Folkesundhed, Trykforlaget og Syddansk Universitet
- Christensen, V. T. (2013). Studies of differentiated weight levels and weight perceptions explored through the theoretical work of Pierre Bourdieu. (s. 33-40). *Praktiske Grunde 2013*: 1-2
- Dahl, M.R. & Larsen, K. (2009). *Marginale på Langeland. Socialt udsattes opfattelser af eget liv og sundhed belyst i et sociologisk perspektiv*. København. Danmarks Pædagogiske Universitetsskole. Aarhus Universitet
- Diderichsen, F., Scheele, C.E. & Little, I.G. (2015). *Tackling Health Inequalities Locally: The Scandinavian Experience*. University of Copenhagen  
Hentet fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/ulighed/nordisk-konference/rapporten-tackling-health-inequalities-locally-the-scandinavian-experience>
- Ducat, L., Philipson, L. H. & Anderson, B.J. (2014). The mental health comorbidities of diabetes. *JAMA*, 20 August 2014, Vol.312(7), pp.691-2
- Dybbroe, B., Land, B. & Nielsen, S.B. (2012). *Sundhedsfremme – et kritisk perspektiv*. Frederiksberg. Samfundslitteratur
- Eplov, L.F. & Lauridsen, S. (2008). *Fremme af mental sundhed. Baggrund, begreb og determinanter*. Sundhedsstyrelsen. Hentet fra: <https://sst.dk/da/udgivelser/2008/~media/D18225F86E194FCAA767C8F2FD80B374.ashx>
- Feldman, S.R., Chen, G.J., Hu, J.Y. & Fleischer, A.B. (2002). Effects of systematic asymmetric discounting on physician-patient interactions: a theoretical framework to explain poor compliance with lifestyle counseling. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2002, 2:8
- Flachs, E.M., Eriksen L, Koch, M.B., Ryd, J.T., Dibba, E., Skov-Ettrup, L. & Juel, K. (2015) *Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme*. København: Sundhedsstyrelsen  
Hentet fra: <https://sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx>
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. (2. udg.). København. Akademisk Forlag
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. London. Tavistock
- Glasdam, S. (2009). *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København. Nyt Nordisk Forlag
- Goffman, E. (1975): *Stigma – Om afvigerens sociale identitet*. Gyldendals samfundsbibliotek. København (s.13-48)
- Groth, M. V. og Sørensen, M. R. (2014). *Social ulighed, kostvaner og sundhed*. I: Holm, L. og Kristensen, S.T. (red.). (2014). *Mad, mennesker og måltider* (2.udg.). København. Forlaget Munksgaard
- Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper*. (3. udg.). Frederiksberg. Samfundslitteratur
- Halkier, B. (2014a). *Mad og risiko*. I: Holm, L. og Kristiansen, S.T. (red.). (2014). *Mad, mennesker og måltider*. (2. udg., 3.opl.) Aarhus. Forlaget Ajour

- Halkier, B. (2014b). Agency og hybridisering – kompleksiteter omkring brug af forandringskommunikation i hverdagen. I: Almlund, P. og Andersen, N.B. (red.). (2011). *Fra metateori til kommunikation*. København. Hans Reitzels forlag
- Hammerslev, O. & Hansen, J.A. (2009). Bourdieus refleksive sociologi i praksis. I: Hammerslev, O., Hansen, J.A. & Willig, I. (red.). *Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. København. Hans Reitzels Forlag
- Hansen, J.A. (2009). Om feltanalytiske interviews i analyser af aktivering. I: Hammerslev, O., Hansen, J.A. & Willig, I. (red.). *Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. København. Hans Reitzels Forlag
- Harkness, E., Macdonald, W., Valderas, J., Coventry, P., Gask, L. & Bower, P. (2010). Identifying Psychosocial Interventions That Improve Both Physical and Mental Health in Patients with Diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, Apr 2010, Vol.33(4), pp.926-30
- Heijmans, M., Foets, M., Rijken, M, Schreurs, K., Ridder, D. & Bensing. J. (2001). Stress in chronic disease: Do the perceptions of patients and their general practitioners match? *British Journal of Health Psychology*, September 2001, Vol.6(3), pp.229-242
- Henderson, J., Wilson, C., Roberts, L. Munt, R. & Crotty, M. (2014). *Social barriers to Type 2 diabetes self-management - the role of capital*. *Nursing Inquiry*, December 2014, Vol.21(4), pp.336-345
- Hindhede, A.L. (2014). Prediabetic categorization - the making of a new person, *Health, Risk & Society*, 16:7-8, 600-614
- Ho, Lok Sang. (2012). *Public Policy and the Public Interest*. Routledge. London
- Holm, L. (2014a). Måltidets sociale betydning. I: Holm, L. og Kristensen, S.T. (red.). (2014). *Mad, mennesker og måltider (2.udg.)*. København. Forlaget Munksgaard
- Holm, L. (2014b). Mad og sundhed i hverdagen. I: Holm, L. og Kristensen, S.T. (red.). (2014). *Mad, mennesker og måltider (2.udg.)*. København. Forlaget Munksgaard
- Holm, L. (2014c). Fedme som socialt problem. I: Holm, L. og Kristensen, S.T. (red.). (2014). *Mad, mennesker og måltider (2.udg.)*. København. Forlaget Munksgaard
- Hsieh, H. & Shannon, S. E. (2005): Three Approaches to Qualitative Content Analysis. In: *Qualitative Health Research*. Vol. 15, No. 9 (pp. 1277-1288)
- Jespersen, M.R. & Møller, V. (2010). Det sygeliggjorte fedt. I: Brinkmann, S. (red). *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Århus. Forlaget Klim.
- Johnson, S.T., Al Sayah, F., Mathe, N. & Johnson, J.A. (2016). The relationship of diabetes-related distress and depressive symptoms with physical activity and dietary behaviors in adults with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *Journal of Diabetes and Its Complications*, July 2016, Vol.30(5), pp.967-970
- Juel K., Sørensen J. & Brønnum-Hansen H. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed
- Kang, H. & Stenfors-Hayes, T. (2016). Feeling Well and Having Good Numbers. *Qualitative Health Research*, 2016, Vol.26(12), pp.1591-1602
- Klepke, P.A.A., Mølgaard, C. & Mignon, M.L. (2016). *Når JEG laver sovsen, hænger den ved kartoflerne. Mænds liv med diabetes i et praksisteoretisk perspektiv*. 8. sem. projekt. Kommunikation. Aalborg Universitet
- Kristiansen, M. & Mygind, A. (2010). *Sundhedsadfærd influeres af psykosocial sårbarhed. En kvalitativ undersøgelse blandt migrantmænd i Danmark*. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. Vol.6(2), pp.60-69

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Interview. Introduktion til et håndværk (uddrag). København. Hans Reitzels forlag.
- Larsen, K. & Brinkkjær, U. (2008). Om statsautoriseret normalisering af kroppe – BMI, professioner og sundhedskanon. Dansk Pædagogisk Tidsskrift
- Larsen, K. (2009). Observationer i et felt. I: Hammerslev, O., Hansen, J.A. & Willig, I. (red.). Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu. København. Hans Reitzels Forlag
- Larsen, K. (2010). Pierre Bourdieu. I Andersen, P.T., & Timm, H. Sundheds Sociologi – en grundbog. København. Gyldendal Akademisk
- Larsen, K. & Esmark, K. (2013). Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier. Praktiske Grunde. Nordisk Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab, 1-2. 7. årgang: 5-13
- Larsen, K. & Hansen, G.I. (2014). Social ulighed i sundhed – mere vilkår end valg. Indsigter for forklaring på norske forhold. Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse. Oslo. HiOA / edited by Espen Dahl, Heidi Bergsli, Kjetil A van der Wel s. 1-69
- Larsen, N. S., & Larsen, K. (2008). Rehabilitering og 'motion på recept' – sociologiske perspektiver. In Morten Nørholm, K. Jensen & N. R. Jensen (Eds.), Studier af pædagogisk praksis (s. 35-56). København. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
- Lehn-Christiansen, S. (2016). Ulighed i sundhed. Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver. Frederiksberg. Frydenlund Academic
- Lloyd, C. E. (2010). Diabetes and mental health; the problem of co-morbidity. Diabetic Medicine, August, 2010, Vol.27(8), p.853(2)
- Mckenzie, S.H. & Harris, M.F. (2013). Understanding the relationship between stress, distress and healthy lifestyle behaviour: a qualitative study of patients and general practitioners. BMC Family Practice, Nov 1, 2013, Vol.14, p.166
- Mik-Meyer, N., & Obling, A. R. (2012). Sundhed – En ny semireligiøs vækkelse i det moderne samfund? Tidsskrift For Forskning I Sygdom og Samfund, 9(17)
- Moltke, A. (2015). Vaner – et perspektiv på hverdagslivet. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volum 12-4 (2015) Side 325-335
- Nash, M. (2014). Mental health service users' experiences of diabetes care by Mental Health Nurses: an exploratory study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Oct 2014, Vol.21(8), pp.715-723
- Otto, L. (2005). Et robust helbred eller et lykkeligt liv. I: Jensen, U.J & Andersen, P.F. (red): Sundhedsbegreber. Filosofi og praksis. (s. 75-95). Aarhus. Philosophia. Aarhus Universitet
- Pedersen, K. (2012). Offentlig kommunikation i teori & praksis. 2. udg. København. Handelshøjskolens Forlag.
- Phillips, L. (2011) The Promise of Dialogue. The Dialogic Turn in the Production and Communication of Knowledge. Amsterdam. John Benjamins
- Resnik, D.B. (2014). Genetics and personal responsibility for health. New Genetics and Society, vol. 33, no. 2, pp. 113-125.
- Romani, A. (2013). *At gøre det rigtige alt for godt - ressourcestærke forældre og undervægt*. Dansk Sociologi, Dec 2013, Vol.24(4), pp.37-64,120
- Rose, N. (2009). Livets politik. biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede. Dansk Psykologisk Forlag.
- Scambler, S., Newton, P. & Asimakopoulou, K. (2014) The context of empowerment and self-care within the field of diabetes. Health. Vol. 18 (6), pp. 545-560.

- Schön, D. (2012). Refleksion-i-handling. I: Illeris, K. 49 tekster om læring. Frederiksberg. Samfundslitteratur
- Sears, C. & Schmitz, N. (2016). The Relationship between Diabetes and Mental Health Conditions in an Aging Population. *Canadian Journal of Diabetes*, February 2016, Vol.40(1), pp.4-5
- Smith, L.H. & Holm, L. (2010). *Social class and body management. A qualitative exploration of differences in perceptions and practices related to health and personal body weight*. *Appetite*, October 2010, Vol.55(2), pp.311-318
- Smith, L. H. og Holm, L. (2014). Fedme, køn og klasse – et casestudie. I: Holm, L. og Kristensen, S.T. (red.). (2014). *Mad, mennesker og måltider* (2.udg.). København. Forlaget Munksgaard
- Sundhedsstyrelsen (2010). Tal på Diabetes i kommunerne. København.  
Hentet fra: <http://ext.sundhedsstyrelsen.dk/webudgivelser/diabetes2008iKommunerne.htm>
- Sundhedsstyrelsen (2012). Forebyggelsespakke - Mental Sundhed. Hentet fra  
<https://www.sst.dk/~media/D986EF821E864D089B70BADDF4F7FFB8.ashx>
- Sundhedsstyrelsen (2017). Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. Hentet fra: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~media/131D2A3050D1488BA5D71247203A6E74.ashx>
- Sygeplejeetisk Råd (2014) De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Dansk Sygeplejeråd, 2. udg. København  
Hentet fra: [https://dsr.dk/sites/default/files/479/sygeplejeetiske\\_retningslinjer\\_2014.pdf](https://dsr.dk/sites/default/files/479/sygeplejeetiske_retningslinjer_2014.pdf)
- Tracy, S. J. (2010). *Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research*. *Qualitative Inquiry* vol. 16(10) 837-851.
- Wackerhausen, S. (2005). Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. I: Jensen, U.J & Andersen, P.F. (red). *Sundhedsbegreber. Filosofi og praksis*. (s. 43-75). Aarhus. Philosophia. Aarhus Universitet
- Watson, J. (2000). *Male Bodies. Health, culture and identity*. Buckingham, Philadelphia. Open University Press
- Wexler, D., Porneala, B., Chang, Y., Huang, E., Huffman, J. & Grant, R. (2012). Diabetes Differentially Affects Depression and Self-Rated Health by Age in the U.S. *Diabetes Care*, Jul 2012, Vol.35(7), pp.1575-7
- Wind, G. & Vedsted, P. (2008): Om kronisk sygdom. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* 9: 5-16
- Zhang, Y. & Wildemuth, B. M. (2009). *Qualitative Content Analysis*. I: Wildemuth, B. (red.) *Applications of Social Research to Questions in Information and Library Science*. Westport: Libraries Unlimited. p. 308-319

#### **Internetsider:**

##### **Sundhedsstyrelsen:**

<https://www.sst.dk>

##### **Forebyggelsespakke for mental sundhed:**

<https://www.sst.dk/~media/D986EF821E864D089B70BADDF4F7FFB8.ashx>

##### **KRAM-undersøgelsen:**

<https://www.si.folkesundhed.dk>

##### **Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil:**

<https://www.danskernessundhed.dk>

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/diabetes-mellitus/diabetes-type-2/>

<http://www.diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>

<http://www.diabetes.dk/diabetes-2/egenomsorg-og-foelgesygdomme/psykiske-udfordringer-og-diabetes-2.aspx>