

---

**Perspektiver på sundhedsfremme:  
Holbæk-modellen i praksis i kommunale  
vægttabsforløb rettet mod voksne borgere**

---



**AALBORG UNIVERSITET**  
STUDENTERRAPPORT

Af Jeanette Nørgaard Videbæk  
Kandidatspeciale, 10. semester  
Læring og Forandringsprocesser  
Institut for Læring og Filosofi  
Aalborg Universitet

Dato: 31. Maj 2018  
Antal anslag: 191.819

## Abstract

**Title:** Perspectives on health promotion: A practice perspective on Holbæk-modellen aimed for adult citizens in municipal weight loss programs

Overweight is correlated to a numerous health related risk factors concerning both individuals as well as society. While the Danish government have recommended methods involving the individual in the weight loss process throughout the last decade, it seems that the effect on overweight has been limited. A new approach for overweight children and adolescents seems to have a well-documented effect on the underlined challenges. Although Danish municipal centers for health promotion have followed recommendations presented by the government by taking an involving and citizen-initiated approach to change health behavior, it seems that various centers are inspired by the new method used on children and adolescents. The method is called *Holbæk-modellen* (HM) and its founders claim a different approach by focusing on behavioral change, that is concerned about providing specific actions towards weight loss through a pathological perspective on overweight. By practicing HM, there is a change in how health professional approach the citizens and address the challenges related to overweight, why this thesis has an interest in investigating the learning process towards weight loss.

The aim of this thesis is to examine how practicing HM in municipal centers can contribute to the development on professional practice in health promotion concerning overweight adults. The secondarily aims are 1) to examine approaches in HM, 2) to identify the citizen's experience with HM, and 3) to identify professional's experience with practicing HM.

An examination of individual weight loss programs based on HM in a center placed in Jutland forms a case study. By approaching the case study through social constructivism, the empirical data consist of observational studies on three citizens, who participate in follow up counsellings in the weight loss program. Furthermore, the empirical data includes three qualitative interviews one with one of the observed citizens, one with the professional facilitating the counsellings and another with a professional in the same position.

Theories about human action, learning, power, and human approach are used to examine the first of the secondary aim concerning beliefs and approaches in HM. For a structural purpose a didactical model by Hiim & Hippe is included. To identify the citizen's experience Self Determination Theory (SDT) by Ryan & Deci is used to examine motivational aspects on the change process of weight loss through a view on how the citizen perceives autonomy, competence, and relatedness. Aspects on opportunities for actions and learning towards HM's primarily goal on weight loss are included by

employing Dewey's theory on trying and undergoing. Both SDT and Dewey's pragmatic theory is reflected on the aim towards examining the professional's experience with practicing HM and responding on the citizen's needs. Furthermore Lave & Wenger's theory on situated learning and communities of practice is included to examine the contextual circumstances for the citizen's learning process as well as looking into developing professional practice in health promotion.

The analysis is divided into three sections, based on the secondary aims in this thesis which together form the answer to my research question.

First, the approaches in HM seems to be strict focusing on behavioral change powered by professional facilitation of the content related to change in nutritional behavior and physical activity levels. Despite of the indicated power relationship between professionals and individuals it seems that beliefs in HM are based on the need for dialogue and comprehensive conversation in programs strengthen learning aspects.

Secondly, the stressed perspective on power and strictness in HM seems to be legitimized by the citizen's experience in being guided towards the primarily aim of weight loss. The analysis of motivational aspects indicates at partly extrinsic motivated learning process. The experience of relatedness is reinforced by the involvement of the citizen's previous and current experience.

Third, supporting the need for autonomy the professionals find that it is challenging to meet this need through practicing counseling based on the principles of HM. Nonetheless the professionals stress the learning possibilities in practicing an involving approach to health promotion and weight loss. Through a situated perspective group-based programs might meet the need. Use of the theory of communities of practice the analysis points out a possible inductive change in professional practice to health promotion in general.

As a result of the analysis and discussion in this thesis, I can conclude that by being effective towards the goal of weight loss HM can complement the current opinions on professional practice in the overweight area. Extrinsic headed actions seem to be positive for individual learning and change by concentrating on specific actions and involving experience.

<b>Abstract</b>	1
<b>Bilagsoversigt</b>	5
<b>1.0 Introduktion</b>	6
1.1 Indledning	6
Sundhedsbegrebet gennem politiske strømninger	6
1.2 Problemfelt	7
Sundhed og sygdom i Danmark	7
Overvægt i centrum for sundhedsfremme	8
1.3 Problemstilling	10
Udvikling i sundhedsfremme	10
Et individualiserende fokus	11
1.4 Problemformulering	12
Underspørgsmål	12
1.5 Specialets struktur	13
<b>2.0 Metode</b>	13
2.1 Videnskabsteoretiske overvejelser	13
2.2 Undersøgelsesdesign	15
Analysegenstand	15
Case: Holbæk-modellen i en jysk kommune	15
Metode og gyldighedskriterier	16
Forskerpositionering	17
Observation	17
Interview	19
Etik	21
2.3 Undersøgelsens resultater	22
Observation	22
Interview med borger	24
Interviews med sundhedsprofessionelle	24
2.4 Struktur for specialets analyse	26
Den didaktiske relationsmodel	26
2.5 Teoretiske perspektiver på genstandsfeltet	27
Handling, vaner og adfærd	27
Sundhed i et situeret perspektiv	29
Motivation i sundhedsfremme	30
<b>3.0 Læringsforståelser bag Holbæk-modellen</b>	32
3.1 Målet med Holbæk-modellen	32
Kroppen som udgangspunkt for forandring	32
Mål for Holbæk-modellen i genstandsfeltet	34
3.2 Elementet vurdering i Holbæk-modellen	34

3.3 Rammefaktorer for forløbet	35
Det sundhedspædagogiske projekt	36
3.4 Indhold i Holbæk-modellen	38
Handlingsorientering i et magtperspektiv	39
3.5 Læreprocessen	40
Facilitering af læring i Holbæk-modellen	41
3.6 Delkonklusion	43
<b>4.0 Borgerens oplevelse af Holbæk-modellen</b>	<b>44</b>
4.1 Motivation i sundhedsfremme i et borgerperspektiv	44
Autonomi	45
Kompetence	46
Samhørighed	47
4.2 Handlinger, vaner og adfærd i et borgerperspektiv	49
4.3 Delkonklusion	51
<b>5.0 Den professionelle anvendelse af Holbæk-modellen</b>	<b>52</b>
5.1 Motivation i sundhedsfremme i et sundhedsprofessionelt perspektiv	53
Autonomi	53
Kompetence	55
Samhørighed	57
5.2 Handlinger, vaner og adfærd i et sundhedsprofessionelt perspektiv	58
5.3 Sundhedsfremme i et situeret perspektiv	59
Kompetent deltagelse i sundhedsfremme	59
Sundhedsprofessionelt praksisfællesskab	62
5.4 Delkonklusion	64
<b>6.0 Diskussion</b>	<b>65</b>
6.1 Efterrefleksion over valg i specialet	65
6.2 Perspektivering	66
<b>7.0 Konklusion</b>	<b>67</b>
<b>Referenceliste</b>	<b>70</b>
<b>Artikel</b>	<b>76</b>

## **Bilagsoversigt**

Bilag 1	Interviewguide, sundhedsprofessionelle (s. 1-4)
Bilag 2	Interviewguide, borger (s. 1-2)
Bilag 3	Observationsguide (s. 1-3)
Bilag 4	Transskribering af interview med Sundhedsprofessionel 1 (s. 1-16)
Bilag 5	Transskribering af interview med Sundhedsprofessionel 2 (s. 1-9)
Bilag 6	Transskribering af interview med Borger 3 (s. 1-8)
Bilag 7	Observationsnoter (s. 1-9)
Bilag 8	Analyse af interview med Sundhedsprofessionel 1 (s. 1-24)
Bilag 9	Analyse af interview med Sundhedsprofessionel 2 (s. 1-17)
Bilag 10	Analyse af interview med Borger 3 (s. 1-14)
Bilag 11	Kommunens beskrivelse og evaluering af tilbud (s. 1-2)

# 1.0 Introduktion

## 1.1 Indledning

### Sundhedsbegrebet gennem politiske strømninger

Sundhed som begreb er at finde i mange arenaer i samfundet, der inkluderer både statslige, kommercielle og private områder. Mangfoldigheden blandt de forskellige arenaer afspejles ligeledes i de mange definitioner af sundhedsbegrebet, som kan gå på individuelle overbevisninger hos det enkelte menneske, fælles principper inden for forskellige grupper eller sundhedsregimer eller nationale og internationale definitioner af begrebet. Forskningskonsulent Niels Kristian Rasmussen understreger dette i indledningen til en national terminologi og fremhæver, at sundhedsbegrebet ofte bliver et spørgsmål om *det gode liv* snarere end en entydig definition, som endvidere præciseres af forskellige faggrupper, sundhedsprofessionelle eller myndigheder (Center for Forebyggelse, 2005, s. 10-13).

På verdensplan ses det, hvordan World Health Organization (herefter WHO) definerer sundhed ud fra et bredt perspektiv. Begrebet har udviklet sig fra at dække over udelukkende fravær af sygdom til samtidig at inkludere levevilkår, livsstil og velvære: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (World Health Organization, 2018). Den politiske debat på sundhedsområdet i Danmark påvirkes på forskellig vis af WHO's sundhedsbegreb samt beslutninger og direktiver inden for EU-samarbejdet og har gjort det igennem de seneste 30-40 år. Denne påvirkning synes at forplante sig i sundhedssystemet gennem tre niveauer; stat, regioner og kommuner, hvor det statslige niveau rummer de øverste beslutningstagere gennem Regeringen, Folketinget og Sundheds- og Ældreministeriet, hvor borgeren anses for at være centrum i et "... velfungerende, moderne og effektivt sundhedsvæsen." (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017) (Geil, Søndergaard & Rod, 2016, s. 21-22, 24). Sundhedsstyrelsen hører under Sundheds- og Ældreministeriet og har blandt andet til opgave at:

... fremme folkesundheden og skabe gode rammer for sundhedsvæsenet i Danmark. Vi rådgiver kommuner og regioner og kommer med anbefalinger, retningslinjer og handleplaner. Vi arbejder både i det helt store perspektiv, hvor vi sætter rammerne for sundhedsvæsenet og overvåger fx radioaktiv stråling. Men vi arbejder også med det nære sundhedsvæsen og rådgiver borgere og patienter om forebyggelsesinitiativer og sund livsstil mv. (Sundhedsstyrelsen, 2017)

Sundhedsstyrelsen støtter således de resterende niveauer; regioner og kommuner i deres virke, hvor Sundhedsloven kræver: "... at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient." (LOV nr. 1188, 2016, §

3). Foruden regionernes ansvar for hospitalsvæsenet, og herigennem behandling, samt kommunernes ansvar for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne, defineres der ikke yderligere specifikke opgaver for regioner og kommuner. Gennem Sundhedsloven forventes et samarbejde mellem regioner og kommuner omkring sundhed, som en sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats (LOV nr. 1188, 2016, § 119). Til brug for dette har Sundhedsstyrelsen imidlertid udviklet 11 forebyggelsespakker med anbefalede indsatser valgt ud fra blandt andet lovgivning, evidens for effekt, omkostning, nationale og internationale anbefalinger, forebyggelsespotentialer og fremme af lighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2013, s. 17). Forebyggelsespakkerne forsøger således at imødekomme sundhedsmæssige udfordringer i samfundet gennem konkret inspiration til implementering af indsatser og tilbud til kommunens borgerne inden for en ramme, hvor: "Sundhedsstyrelsen formidler i forebyggelsespakkerne den aktuelt bedste viden, der findes i forhold til at skabe en systematisk og effektiv forebyggelsesindsats i en dansk kontekst." (Sundhedsstyrelsen, 2013, s. 18). Det interessante er imidlertid, hvordan sammenhængen er i praksis fra det statslige overordnede niveau til regionerne særligt i kommunalt regi, hvor forebyggelsespakkerne er rettet mod, og hvor det enkelte menneske, borgeren, befinder sig.

## **1.2 Problemfelt**

### **Sundhed og sygdom i Danmark**

Forebyggelsespakkernes områder er: Alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer og tobak (Sundhedsstyrelsen, 2014) og rummer både livsstilsfaktorer, levevilkår og miljømæssige faktorer, og berører i større eller mindre grad anliggender, som griber ind borgerens personlige sfære. Forebyggelsespakkerne er i overensstemmelse med de sundhedsmæssige udfordringer i samfundet og fokus på de mere ikke-smitsomme sygdomme, som følge af både medicinsk udvikling og stigning i forekomst af sygdomme eksempelvis hjerte-kar-sygdomme og diabetes (Geil, Søndergaard, & Rod, 2016, s. 22-23). Som nævnt er der internationale tendenser om sundhed som begreb gennem indflydelse af WHO, der synes at påvirke danske begreber, om end der ikke synes at være en entydig definition. Det er snarere en enighed om eksempelvis overvægt, som fysiologisk tilstand og dertilhørende påvirkende faktorer, der er nødvendige at ændre for at opnå sundhed for det enkelte. I sidste ende er målet at styrke folkesundheden, som er bredt defineret ved "befolkningens samlede sundhedstilstand" (Center for Forebyggelse, 2005, s. 25). Kommunernes incitament, til at imødekomme udfordringerne og mindske risikofaktorer og -adfærd hos borgerne, bunder blandt andet i ønsket om mindskning af merudgifter til eksempelvis overførselsindkomster, genoptræning



og rehabilitering, støttetilbud og lignende og mindsning af antallet af borgere med nedsat arbejdsevne i forhold til kommunale skatteindtægter (Sundhedsstyrelsen 2014, s. 13).

I disse år er sundhedstilstanden i Danmark generelt præget af sygdom i relation til livsstil og centrale udfordringer er blandt andet overskridelse af ernæringsmæssige anbefalinger, inaktivitet, stigning i medicinforbrug, rygning samt overvægt hos borgerne i befolkningen (Statens Institut for Folkesundhed, u.å.) (Statens Institut for Folkesundhed, 2017) (Nordic Council of Ministers, 2014) (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Socioøkonomisk status er som følge af øget fokus og forskning på området, blevet anerkendt som en væsentlig faktor i forhold til eksponering for risikofaktorer og akkumulering af sygdomsårsager gennem livet. Dette efterspørger et bredt perspektiv på sundhedsfremme og forebyggelse (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011, 17-18). Kravet om et multifaktorielt fokus for at imødekomme udfordringerne bekræftes yderligere i en oversigtsartikel fra 2016, der undersøger folkesundhedsmæssige konsekvenser af social isolation og ensomhed og undersøge årsagssammenhænge. I artiklen associeres dårlige sociale relationer blandt andet med forhøjet forekomst af sygdomme i hjertet som følge af forsnævring i blodkar<sup>1</sup> og generelt hjerte-kar-sygdomme. Det fremhæves, hvordan de fleste inkluderede artikler har justeret for risikofaktorer, som psykiske lidelser og helbredsrelateret adfærd (Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi, & Hanratty, 2016), hvilket efterspørger øget opmærksomhed på at udvide et i forvejen bredt sundhedsbegreb ved at fokusere på betydningen af sociale relationer.

### **Overvægt i centrum for sundhedsfremme**

En fællesnævner for flere af de livsstilsrelaterede sygdomme<sup>2</sup> er overvægt, oftest angivet ved Body Mass Index<sup>3</sup> (herefter BMI) (Dansk Selskab for Almen Medicin & Sundhedsstyrelsen, 2009) (Statens Institut for Folkesundhed & Syddansk Universitet, 2007), og som nævnt retter en af forebyggelsespakkerne fokus på overvægt. Sundhedsstyrelsen lægger op til, at kommunerne, som den udøvende aktør af lovgivningen, imødekommer udfordringerne ud fra et bredt og multifaktorielt perspektiv og inddrager aspekter som fysisk aktivitet og mad og måltider (Sundhedsstyrelsen, 2013, s. 18). I forebyggelsespakken er der specifikke forventninger til de sundhedsprofessionelle, som arbejder med borgere og overvægt i kommunen. Disse forventninger går på emner som kendskab til politikker i kommunen, viden om fysiske, psykiske og sociale konsekvenser af overvægt, viden om forebyggelse, metodiske kompetencer til italesættelse af overvægt og lignende.

---

<sup>1</sup> Åreforkalkning

<sup>2</sup> Ved BMI >25 er risikoen øget for forhøjet blodtryk, hjerte-kar-sygdomme og type 2-diabetes. Risikoen er stigende ved stigende BMI.

<sup>3</sup> BMI er forkortelse for Body Mass Index og beskriver kropsmassen ved vægten (kg) divideret med

I praksis varierer det, hvordan forebyggelsespakkerne kommer til udtryk. På børneområdet er tendensen, at sundhedsprofessionelle på hospitalerne har bevæget sig væk fra at udøve den anbefalede tilgang fra Sundhedsstyrelsen om løbende forandringer gennem Små Skridt-metoden, som oprindeligt blev udviklet til voksne. Omend målet om vægttab, og herigennem sundhedsfremme, går tendensen på anvendelse af en mere konfronterende og direkte tilgang kaldet *Holbæk-modellen*. Udviklingen synes, ud fra et fysiologisk samt sundhedsprofessionelt perspektiv, at være positiv gennem en mere målrettet, effektiv og velunderbygget indsats rettet mod børneområdet med udgangspunkt i videnskabelige undersøgelser og såkaldt *best clinical practise* (Statens Institut for Folkesundhed, 2017, s. 7-8) (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning, 2015) (Holm, 2017, s. 10-11).

I en ny kortlægning fra Statens Institut for Folkesundhed, omkring interventioner i kommunerne i forhold til overvægt, er der en tendens om brug af førnævnte metode, Små Skridt, som indgår i forebyggelsespakken for overvægt (Statens Institut for Folkesundhed, 2017) (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning, 2015, s. 10). Metoden går på værktøjer til enten vægttab på egen hånd eller med hjælp fra sundhedsprofessionelle og tager udgangspunkt i løbende livsstilsændringer, hvor borgeren arbejder med kost- og motionsvaner i en selvdefineret ramme og et langsigtet perspektiv (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning, 2015). En evaluering fra 2013 af 42 satspuljeprojekter i kommunerne undersøgte Små Skridt som sundhedspædagogisk tilgang til voksne med svær overvægt og fandt på trods af stort frafald af borgere og beskedent vægttab efter 15 måneder<sup>4</sup>, at metoden viste resultater, der generelt var positive, og at der fortsat var grundlag for at anbefale metoden (NiRas, 2013, s. 4, 12-13, 28, 57). Ikke desto mindre ses det, at flere kommuner fremhæver, at deres tilbud til voksne med overvægt inspireres af eller på anden vis trækker på Holbæk-modellen som metode (Syddjurs Kommune, 2012) (Norddjurs Kommune, 2016) (oplysninger søgt frem på Sundhed.dk, 2017) (Silkeborg Kommune, 2017), trods at førnævnte kortlægning ikke vidner herom. De sundhedsmæssige udfordringer hos borgeren, hvor særligt overvægt er en afgørende faktor, burde ud fra Sundhedsstyrelsens intentioner kunne imødekommes ud fra metoder og tilgange præsenteret i forebyggelsespakken. Dette antages ud fra præmissen om, at forebyggelsespakken indeholder aktuelt bedste viden i forhold til systematik og effektivitet. Alligevel ses der umiddelbart et veludviklet og -implementeret tilbud til børn med overvægt i både regionerne og kommunerne, som afviger metoderne foreslået i forebyggelsespakken, og endvidere at nogle kommunale enheder for sundhedsfremme og forebyggelse følger denne udvikling når det gælder voksne borgere.

---

<sup>4</sup> Frafald: 44 % af 5065 deltagere. Vægttab efter 15 måneder: I gennemsnit 3,8 kg pr. deltager.

### 1.3 Problemstilling

#### Udvikling i sundhedsfremme

Ovenstående problemfelt, hvor tre umiddelbare perspektiver på sundhedsfremme, værende det statslige og lovgivende niveau, det udøvende niveau i kommunerne og borgerne, er fremhævet og danner grundlag for specialets problemstilling. Det er ønsket, at specialet er bidragende til, at sætte fokus på en mulig ny tendens om et skifte i sundhedspædagogisk tilgang inden for arbejdet med overvægt, kost, ernæring og fysisk aktivitet hos voksne i kommunalt regi. Interessen går på gennemsnit af nationale sundhedsbegreber, love og tendenser gennem velfærdssystemet og ud til den enkelte borger, hvor sigtet om at forandre livsstil muligvis udfordres af flere parametre.

Et væsentligt bindeled mellem det statslige niveau, anbefalinger og forebyggelsespakker og borgeren, formodes at være de sundhedsprofessionelle medarbejdere i kommunerne, som har den direkte kontakt til borgerne gennem undervisning og vejledning. Medarbejderne er professionsbacheloruddannede, og ofte professionsbachelorer i Ernæring og Sundhed (Statens Institut for Folkesundhed, 2017, bilag D2). Bekendtgørelsen for denne uddannelse sigter mod, at professionsbachelorerne i Ernæring og Sundhed virker ved:

... at arbejde professionelt med sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og rehabilitering via mad og måltider samt ernæring med afsæt i professionens rammer og etik i et nationalt og internationalt perspektiv. Den uddannede skal opnå både teoretiske og praktiske kompetencer og skal uddannes til at være reflektiv og kritisk. Den uddannede opnår kompetencer til at kunne deltage i forsknings- og udviklingsarbejde og til at kunne fortsætte i teoretisk og praktisk kompetencegivende efter- og videreuddannelse. (BEK nr. 502, 2016, § 1)

Bekendtgørelsen er lovformelig, og det forventes, at den sundhedsprofessionelle agerer ud fra gældende bestemmelser på nationalt niveau og gennem uddannelse opnår kompetencer til at deltage i udviklingsarbejde. Bekendtgørelsen fremhæver dog også vigtigheden af dagligdagspraksis gennem en forventning om, at de sundhedsprofessionelle uddannes til generelt at være reflekterende og kritiske. En mulig tendens om brug af nye metoder og tilgange, som eksempelvis Holbæk-modellen i forhold til voksne og overvægt, stiller mig nysgerrigt over for førnævnte forventninger til sundhedsprofessionelle. Det interessante beror på, at der som tidligere nævnt findes tilbud i kommunerne, som tager udgangspunkt i en anderledes tilgang, end den som anbefales af Sundhedsstyrelsen.

Ovennævnte forandring i praksis, forestiller jeg, efterspørger ændringer hos medarbejderen, den sundhedsprofessionelle. Min formodning går både på forandringer relateret til arbejdsgange og metoder til evaluering af tilbud afhængigt af ændringen i den praktiske organisering og ligeledes på forandringer vedrørende samtale-tekniske emner, professionsidentitet og generel tilgang til området. På trods af denne forestillings efterspørgsel af specifikke områder for forandring, opfatter jeg ikke efterspørgslen negativt. Det skal i stedet forstås som en nysgerrighed på processer der relaterer sig til den oplevede ændring af sundhedspædagogiske tilgang til borgere med overvægt i kommunerne. Sker ændringen som følge af ledende beslutninger om ændring af metode og efterfølgende efteruddannelsesaktiviteter for den sundhedsprofessionelle? Opstår tendensen om brug af Holbæk-modellen, som følge af induktive forandringer i den sundhedsprofessionelles dagligdagspraksis? Hvordan spiller de sundhedsprofessionelles erfaring og viden sammen med nye tendenser og ændret tilgang til praksis? Spørgsmålene åbner op for en undersøgelse af sundhedsfremmende indsatser på kommunalt niveau, hvor den sundhedsprofessionelle kan være en mulig aktør i udviklingen af det sundhedspædagogiske felt i forhold til udfordringer på overvægtsområdet hos voksne borgere.

#### **Et individualiserende fokus**

Det sundhedsprofessionelle fokus kan synes at være et ensidigt perspektiv på anvendelsen af Holbæk-modellen i praksis, eftersom de sundhedsmæssige udfordringer her er karakteriseret ved fysiske konsekvenser hos den enkelte borger. Det er muligt at forandringen katalyseres af sundhedsprofessionelle i kommunale forløb, men at selve forandringen er centreret om individet, borgeren, hvor overvægten fysisk kommer til udtryk. Med et perspektiv om mennesket som værende frit, antager jeg, at en udpræget ydre regulering er urealistisk og dystopisk, men at en forandring efterspørger ændringer hos borgeren og dennes kontekst. Ud fra professor i læring Knud Illeris' forståelse, kan disse forandringer specificeres som læring, som han karakteriserer gennem en tredimensionel model, hvor læring går på: "... den indholdsmæssige og den drivkraftsmæssige dimension, der drejer sig om den individuelle tilegnelsesproces, og den samspilmæssige dimension, der drejer sig om de sociale og samfundsmæssige sider af læringen." (Illeris, 2009, s. 38). Borgeren må ud fra dette perspektiv gennemgå en tilegnelsesproces, der sætter denne i stand til at handle på egen sundhed og lære at mindske overvægten. Det funktionelle i læringen går på et mål om vægttab, men skal i lyset af Illeris' læringsbegreber samtidig rumme mening og mestring for den enkelte borger, og der må yderligere være elementer af noget motivationelt (Illeris, 2009, s. 40-42). Yderligere indgår borgeren i et relationelt forhold gennem vejledning den sundhedsprofessionelle af borgeren, og livsstilsændringerne må initieres og gennemføres af borgeren uden for tidsrummet, hvor der er kontakt til den sundhedsprofessionelle. I forlængelse af ovennævnte om individets tilegnelse,

forstår jeg læringen, som noget der samtidig vedrører et socialt aspekt, hvor borgeren indgår i forskellige relationelle forhold i eksempelvis det nære og i samfundet generelt. Ud fra et perspektiv om borgerens læring gennem tre dimensioner, er det interessant at se på, hvordan den sundhedsprofessionelle kan understøtte arbejdet med et bæredygtigt vægttab for borgeren inden for rammerne af Holbæk-modellen. Med dette præciseres på den ene side, hvordan den sundhedsprofessionelle kan indvirke på borgerens læringsproces, på tilegnelse af det indholdsmæssige af modellen samt styrke de drivkraftsmæssige elementer med målet om vægttab i sigte. På den anden side præciseres, at Holbæk-modellen anvendt på voksne, som tidligere nævnt er et forholdsvis uudforsket område. De værktøjer og tilgange som ellers synes at præge, og har præget, den sundhedsfremmende dagsorden i Danmark, har i kommunalt regi været forholdsvis entydigt, med Små Skridt-metoden som ramme for vejledning af borgeren og den sundhedsprofessionelles praksis. Det er derfor interessant at se nærmere på Holbæk-modellen, som ny tilgang til sundhedsfremme og vægttab og undersøge selve forandringsprocessen hos borgeren, og hvordan den sundhedsprofessionelle praksis med Holbæk-modellen som tilgang indvirker på denne proces.

I forlængelse af ovenstående formodninger om sundhedsprofessionel praksis, er der grund for yderligere spørgsmål og undren på området. Den adfærds- og sundhedsmæssige forandring hos borgeren, hvor det samfundsmæssige sigte er vægttab og sundhedsfremme, synes multifaktorielt at være påvirket af den sundhedsprofessionelle, den sundhedspædagogiske tilgang, samt individuelle og sociale aspekter hos den enkelte borger. Med en mulig tendens om hel eller delvis anvendelse af Holbæk-modellen flere kommuner leder ovenstående frem til følgende problemformulering:

#### **1.4 Problemformulering**

*Hvordan kan anvendelsen af Holbæk-modellen bidrage til udvikling af sundhedsprofessionel praksis inden for kommunale tilbud rettet mod voksne med overvægt?*

For at besvare ovenstående problemformulering og understøtte undersøgelsen for specialet tages der udgangspunkt i følgende delspørgsmål:

##### **Underspørgsmål**

1. Hvilke forståelser og tilgange indeholder Holbæk-modellen?
2. Hvilke oplevelser har borgeren med Holbæk-modellen?
3. Hvordan anvender den sundhedsprofessionelle Holbæk-modellen?

## 1.5 Specialets struktur

Specialet er inddelt i afsnit for at strukturere og overskueliggøre specialet og er med ovenstående indledt med **kapitel 1**, som indeholder en introduktion til problemfeltet samt specialets problemformulering og dertilhørende delspørgsmål. Efter dette følger **kapitel 2**, som er specialets metodiske afsnit, hvor der behandles videnskabsteoretiske overvejelser, undersøgelsens design, gennemførelse og resultater samt strukturelle og teoretiske perspektiver til brug for analysen. Derpå følger en analyse og diskussion ud fra problemformuleringens tre delspørgsmål med **kapitel 3** om læringsforståelser i Holbæk-modellen, **kapitel 4** om borgerens oplevelse af at deltage i forløb med metoden og **kapitel 5** om den sundhedsprofessionelles oplevelse af at anvende metoden i praksis. **Kapitel 6** angivet som diskussionsafsnit, går på efterreflekterende overvejelser om specialets undersøgelse, analyse og anvendelse af teori samt indeholder en perspektivering af fund i specialet. Slutteligt indeholder **kapitel 7** en samlet konklusion på specialet. I de følgende kapitler, på nær kapitel 7, forkortes Holbæk-modellen til HM.

## 2.0 Metode

### 2.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

I det følgende behandles de videnskabsteoretiske overvejelser i specialet. Positioneringer for undersøgelsesdesignet samt indsamling og behandling af empirisk materiale uddybes for at gennemsigtiggøre besvarelse af specialets problemformulering.

I relation til specialets problemfelt er der en særlig interesse for mennesket som interaktionist i verden (Berger & Luckmann, 1966, s. 33). Der anlægges et socialkonstruktivistisk perspektiv på undersøgelsesfeltet, hvormed der er en interesse for forholdet mellem menneskelige tanker og den sociale kontekst, hvori tankerne opstår (ibid., s. 16). Med begrebet *menneske* forstås det, at der er i undersøgelsen af HM er en væsentlig berøringsflade mellem forskellige aktører, her borgere og sundhedsprofessionelle. I specialet indebærer dette, at vejledningen af borgeren, som kontinuerligt bliver til et forløb, forstås som afledt af intentioner, interaktioner, reaktioner mellem borger og den sundhedsprofessionelle. Yderligere forstås det, at der er mulige tendenser om forskellige typer af påvirkning fra omverdenen, hvor blandt andet det relationelle i sig selv, kan have en mulig indvirkning på sundheden. I det følgende uddybes specialets ontologiske og epistemologiske ståsted ud fra et sociokulturelt perspektiv på problemfeltet.

Med præmissen om et socialkonstruktivistisk perspektiv på problemfeltet tager den videnskabsteoretiske tilgang i specialet udgangspunkt i sociologerne Peter L. Berger og Thomas Luckmanns videnskabelige tilgang om virkelighedens sociale konstruktion (Berger & Luckmann,

1966, s. 15-16). De fremskynder, at virkeligheden er socialt konstrueret omend den er uafhængig af den menneskelige vilje og set ud fra et sociologisk perspektiv:

... must concern itself with whatever passes for 'knowledge' in a society, regardless of the ultimate validity or invalidity (by whatever criteria) of such 'knowledge'. And in so far as all human 'knowledge' is developed, transmitted and maintained in social situations, the sociology of knowledge must seek to understand the processes by which this is done in such a way that a taken-for-granted 'reality' congeals for the man in the street. In other words, we contend that the sociology of knowledge is concerned with the analysis of the social construction of reality. (Berger & Luckmann, 1966, s. 15)

Virkeligheden anses nærmere som en kvalitet ved forskellige fænomener, hvis eksistens afhænger af viden om fænomenerne. I Berger & Luckmanns tilgang er begreberne *virkelighed* og *viden* således centrale i forhold til at kunne definere en virkelighed, og hvad som er reelt for det enkelte menneske (Berger & Luckmann, 1966, s. 13-15). Gennem socialkonstruktivisme anses menneskets væren i verden som primært antidualistisk som følge af det konstruerende element, hvor det er den enkeltes opfattelse og forståelse af objektet, der konstruerer virkeligheden. Berger & Luckmann fremhæver i denne sammenhæng det sociale som forudsætning for, at de individuelle opfattelser bliver til viden om verden, om det objektive, gennem fælles forståelse. Erkendelsesmæssigt fremhæves det dog, hvordan der, foruden den socialt konstruerede virkelighed samtidig findes materielle objekter, og perspektivet anses ikke for fuldt ud antidualistisk (Berger & Luckmann, 1966, s. 66-69). I lyset af specialets sigte om at undersøge praksis for sundhedsfremmende tilbud, giver det således mening at forholde sig til sådanne objekter foruden viden, som fremkommer af specialets undersøgelse.

Den sociale, og måske nærmere bestemt lokale, karakter, som viden og erkendelse får gennem ovenstående perspektiv, er af betydning for undersøgelsen. Ontologisk set må den viden og konstruerede virkelighed, som undersøges i specialet, netop give mening i lyset af undersøgelsesfeltet. Den viden, som specialets problemformulering søger at afdække, kan hverken opfattes som eksisterende inde i mennesket, ej heller udenfor i verden, men netop findes i kraft af mennesket interaktioner med andre og omverden. Det epistemologiske ståsted for specialet går således på en forståelse af, at viden skabes i sociale sammenhænge og har social karakter. Dette være sig både eksempelvis subjekters interaktion med hinanden, men også mellem subjekt og undersøgende forsker. Et undersøgelsesdesign skal på baggrund heraf forsøge at favne, at den undersøgende indlemmes i den fælles virkelighed og viden, som er konstrueret af de undersøgte samt materielle objekter.

Ovenstående videnskabsteoretiske ståsted vil danne ramme om behandlingen af specialets problemformulering velvidende, at reel objektivitet er svært opnåeligt, og at virkeligheden bliver præsenteret snarere end repræsenteret. I forhold til specialet betyder dette at undersøgelsen foretages ud fra, at adgang til subjektive perspektiver er nødvendig for at kunne besvare specialets problemformulering om anvendelsen af HM. Det følgende afsnit beskriver genstanden for analyse og behandling af specialets problemformulering og problemstillinger.

## 2.2 Undersøgellesdesign

Afsnittet søger at give indblik i den kontekst, som er udgangspunktet for specialets undersøgelse samt behandle de metodiske overvejelser, undersøgelsesdesignet i relation til genstandsfeltet og til problemformulerings underspørgsmål.

### Analysegenstand

I specialets undersøgelse, af hvordan en mulig ny tilgang i den sundhedsfaglige praksis i kommunerne kan imødekomme udfordringer i forhold til voksne borgere, er det, qua specialets videnskabsteoretiske ståsted, relevant at undersøge netop *praksis*. Jeg finder det relevant både at undersøge erfaringer og oplevelser med HM i en kommune og se på potentialer og udfordringer ved anvendelse af modellen i forhold til de skitserede sundhedsmæssige udfordringer i specialets indledning. Potentialer går både på et sundhedsprofessionelt perspektiv om tilegnelse af HM som metode til vejledning, samt anvendelse af modellens principper for sundhedsfremme hos borgeren. Udfordringer kan gå på omstillingen og forandringen i, at den sundhedsprofessionelle anvender en anden model end tidligere, og ligeledes på forandringen hos borgeren, som formodes at gå på tilegnelse af viden om sundhed og vanemæssige ændringer. Det er ligeledes relevant at diskutere fund i specialets undersøgelse i relation til en generel udvikling på området og indikering af potentialer og udfordringer på et samfundsmæssigt plan. Undersøgelsen bliver således forsøgt holdt praksisnær som muligt, for gennem en analyse og diskussion af undersøgelsens fund at kunne udbrede viden på området mere generelt for sundhedsfaglig praksis og sundhedsfremme i kommunerne. Med udgangspunkt i dette foretages der et casestudie ud fra præmissen om: "A case study is a detailed examination of one setting, or one single subject, or one single depository of documents, or one particular event." (Bogdan & Biklen (1982) i Wellington, 2015, s. 164). I det følgende er genstandsfeltet beskrevet som case gennem anonymisering af specifikke steder og personer.

### Case: Holbæk-modellen i en jysk kommune

Undersøgelsen finder sted i en afdeling for sundhedsfremme og forebyggelse i en kommune. Kommunen er af middel størrelse på omkring 40.000 indbyggere og er geografisk placeret i Jylland.



Overvægt generelt i kommunen er svarende til landsgennemsnittet og således stigende herefter. Afdelingen for sundhedsfremme i kommunen er fysisk placeret i lokaler, der også rummer forskellige lægefaglige erhverv, sundhedsfaglige professioner og andre kommunale- og regionale afdelinger og områder. Afdelingen betegnes i dette speciale som Sundhedshuset, velvidende at dette ikke er afdelingens rigtige navn.

Sundhedshuset tilbyder 2-årige vægttabsforløb for voksne med individuelle samtaler med sundhedsprofessionelle. Der afholdes opstartssamtale og opfølgende samtaler gennem forløbet. Rekrutteringen sker gennem henvisning fra borgerens praktiserende læge og kræver, at borgeren er over 18 år har et BMI over 25. Der er omkring 100 borgere i gang med vægttabsforløb, og 80 borgere på venteliste til at deltage (bilag 11). Metoden til brug for forløbene angiver kommunen til at være Holbæk-modellen. Medarbejderne, som varetager vægttabsforløbet, har en uddannelsesmæssig baggrund som professionsbachelor inden for forskellige sundhedsfaglige områder.

### **Metode og gyldighedskriterier**

Med udgangspunkt i det socialkonstruktivistiske verdenssyn (Berger & Luckmann, 1966, s. 15-16) samt problemformuleringen er det nærliggende at anvende metoder af kvalitativ karakter. Dette er med øje for, at man i kvalitativ forskning er interesseret i: "... hvordan noget gøres, siges, opleves, fremtræder eller udvikles." (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 17, kildens fremhævelse). Ordet *hvordan* i citatet understreger netop, at emner som social konstruktion, som det er tilfældet med specialets videnskabsteoretiske ståsted, og den praksisorientering som ligger i ordet *anvendelse* (af HM) i problemformuleringen, begge er parametre, der er vanskeligt målbare. Hvis tilgangen til problemfeltet var af mere positivist karakter, kunne der måske være tale om en undersøgelse, hvor spørgsmål til informanter gik på eksempelvis skalalignende spørgsmål, og hvor graden af kategorisering og prædefinering af svarmuligheder var høj. Specialets sigte efterspørger i stedet en nuancering.

For socialkonstruktivismen er målet med kvalitativ undersøgelse: "... *understanding and reconstruction* of the constructions that people (including the inquirer) initially hold, aiming toward consensus but still open to new interpretations as information and sophistication improve." (Guba & Lincoln, 1994, s. 113, kildens fremhævelse). Med citatet forstås det, at et undersøgelsesdesign efterspørger en åbenhed i forlængelse af undersøgelsens specifikke formål, for at imødekomme den kontinuerlige konstruktion af viden. Efterhånden, som den undersøgende interagerer med subjekter i genstandsfeltet, formodes det, at information afledt af sociale interaktioner og konstruktioner forfines og nuanceres og undersøgelsen herigennem afdækker reel viden på området. Master i Uddannelse og doktor i Statistik og målinger Egon G. Guba og professor i Videregående uddannelse

og Human Ressource Development Yvonna S. Lincoln har beskrevet og sammenlignet forskellige videnskabelige tilgange og indikeret bud på gyldighedskriterier for den kvalitative forskning: *Credibility* (troværdighed), *transferability* (overførbarehed), *dependability* (pålidelighed) og *confirmability* (bekræftelse) (Guba & Lincoln, 1994, s. 114, oversættelser i parentes fra Maunsbach & Dehlholm-Lambertsen, 1997). Dette er begreber som indgår i mine overvejelser omkring metodiske valg i undersøgelsen af mulige svar på specialets problemformulering og tilhørende underspørgsmål. Følgende dele af specialet vil derfor beskrive forforståelse og forskerpositionering i forhold til genstandsfeltet samt fremgangsmåde for indsamling af empirisk materiale i specialet og baggrund for valg af metode.

### **Forskerpositionering**

Undervejs i specialeforløbet har jeg reflekteret over min egen rolle i særligt den udøvende del af empiriindsamlingen. I genstandsfeltet, deler jeg samme faglige baggrund, som de nøglepersoner, der står for den daglige drift af sundhedsfremmende indsatser vedrørende overvægtige voksne. Dette er noget jeg fremhæver, da jeg tager kontakt til kommunen, med henblik på at opnå adgang til genstandsfeltet. I forlængelse heraf er min hensigt at synliggøre nogle af mine forforståelser om HM, som specifik tilgang, og på den måde gøre hensigten med specialet og undersøgelsen mere gennemsigtig. Mine faglige erfaringer rummer praksiserfaring med Små Skridt-metoden og kendskab til HM, hvilket giver mig forforståelse for løsningsmuligheder på de samfundsmæssige udfordringer relateret til overvægt. Netop at det er forforståelser gør, at jeg må positionere mig som mere uvidende, eller bevidst naiv, for ikke at fremskynde en ensidig præsentation af virkeligheden i specialet. Omvendt er det muligt, at min viden og forståelse for både modeller, tilgange og for den enkeltes udfordringer med vægttab, skaber rum for sociale relationer i genstandsfeltet og herigennem adgang til viden.

### **Observation**

I undersøgelsen af specialets problemformulering er der valgt observation ud fra at: "Deltagerobservation drejer sig om observation blandt mennesker som aktører i "naturlige omgivelser"." (Saltofte, 2016, s. 28. Kildens fremhævelse). Præmissen om, at undersøgelsen tager udgangspunkt i naturlige omgivelser, de steder hvor genstandsfeltet fysisk befinder sig, bliver opfyldt gennem observation af planlagte individuelle opfølgningssamtaler for borgerne i væggtabsforløbet. Jeg er imidlertid ikke direkte deltagende, på trods af et udgangspunkt om socialkonstruktivisme, men tavs observerende i lokalet, hvor vejledningen foregår. Jeg vælger at lade det relationelle mellem sundhedsprofessionel og borger være omdrejningspunktet og observationen søger at være af passiv karakter. At jeg ikke deltager verbalt i selve samtalen mellem den

sundhedsprofessionelle og borgeren, fritager mig ikke fra at indgå som en deltager i den sociale kontekst. Tilstedeværelsen i rummet, min rolle som observatør, der tager noter på en bærbar computer samt præsentation og briefing af informanterne er alle interaktioner, som jeg formoder påvirker situationen.

At foretage disse observationer giver mening i lyset af HM som fænomen, hvor specialet netop søger at belyse dette fra flere perspektiver. Forud for observationerne er der lavet forespørgsel blandt de medarbejdere, som varetager opfølgningerne og ligeledes spørges borgerne kort før samtalsens start. Her informeres omkring specialets og observationernes formål, og der udleveres en samtykkeerklæring indeholdende blandt andet informationer om håndtering af data og information om at noter fra observationerne, kun vil blive anvendt såfremt borgeren samtykker efter at have læst dem igennem. Tre borgere samtykker til at jeg må observere på deres individuelle opfølgningssamtaler. Samtalerne er med den samme sundhedsprofessionelle medarbejder i kommunen, som bilagene er angivet som S1, men i specialet går under pseudonymet Morten.

Karakteristik af borgere, der er informanter i specialets observationer, er som følger:

<b>Informant</b>	<b>Køn</b>	<b>Alder</b>	<b>Erhverv</b>
B1 ("Bent")	Mand	50 år	(Ukendt)
B2 ("Carsten")	Mand	47 år	Landbrugsmedarbejder
B3 ("Katrine")	Kvinde	45 år	Førtidspensionist

Selve observationerne foretages ud fra en observationsguide (bilag 3), hvor der er markeret observationspunkter, og det er intentionen at observationerne skal foretages ud fra en bestemt struktur. Observationsguiden rummer områder inden for emner i problemfeltet og særligt problemformuleringen og dens underspørgsmål, for at observere på både indholdsmæssige elementer af HM, anvendelsen og det relationelle i mellem borger og sundhedsprofessionel. Ved gennemførelsen af observationerne bliver guiden anvendt i mindre grad end den tilsigtede, og der er fokus på at beskrive så nøjagtigt, som muligt, hvad som sker. Observationsguiden har således i højere grad været et refleksionsredskab forud for observationerne og dialogisk værktøj i udformningen af specialets problemformulering. Observationerne bidrager alligevel med et indblik i, hvad der sker i den specifikke situation, hvor samtalen foretages.

Omend der foretages tavs observation af de individuelle samtaler, er der gennem tilstedeværelsen som observatør stadig et relationelt forhold. En påvirkning i en eller anden grad, i og med at borgerne og den sundhedsprofessionelle ved, at de bliver observeret, og må således være en

præmis for at få adgang til samtalerne og herigennem viden. Det er muligt at konstruktionen ville være anderledes uden min tilstedeværelse. Eksempelvis spørger en deltager ind til min uddannelse (bilag 7), hvortil jeg forsøger at svare kort, for at minimere forstyrrelsen af min tilstedeværelse. Opmærksomheden mod genstandsfeltet, forklaring af baggrund for undersøgelsen samt min tilstedeværelse må formodes at være unaturlig for omgivelserne og påvirke det observerede.

Der anvendes yderligere observation gennem inddragelse af beskrivelse af tilbuddet i kommunen samt beskrevne resultater fra en evaluering (bilag 11). Det observationelle går på noget indirekte, i og med, at jeg modtager materialet som et dokument og således ikke påvirker det undersøgte i genstandsfeltet. Beskrivelsen af tilbuddet forstår jeg som et tidligere nævnt materielt objekt, og evalueringen ligeledes, men hvor jeg med forbehold for manglende indsigt i, hvordan data er indsamlet og fremstillet, anerkender at resultaterne indikerer vægttab hos borgerne i forløb (bilag 11, s. 1-2). Dette er med udgangspunkt i en formodning om forholdsvis præcise og pålidelige målemetoder ved måling af borgerens vægt og BMI, som angivet i et forhold mellem vægt og højde.

### **Interview**

Foruden observationer i genstandsfeltet, finder jeg det ud fra specialets ståsted, nødvendigt at supplere observationer med interview med henblik på at højne empiriens pålidelighed (dependability) samt få en forståelse af borgernes og de sundhedsprofessionelles egne opfattelser i forhold til genstandsfeltet. Det er hensigten at foretage interview med den sundhedsprofessionelle, som varetager de individuelle samtaler, der observeres på, dennes kollega, som sidder i samme funktion, og som har været med i processen om at ændre tilbuddet for vægttab samt de tre borgere. Den sundhedsprofessionelle, jeg ikke har observeret på, er i bilagene angivet som S2, men jeg vælger at denne går under pseudonymet Anne i specialet for læsbarhedens skyld. I forlængelse af begrundelse for valg af interview er mit mål at højne troværdigheden (credibility) af observationerne i empirien gennem triangulering. Ud fra et generelt perspektiv på den kvalitative forskning anses triangulering som værende positiv for kvaliteten i og med, at indsigten på området bliver større, der skabes bedre sammenhæng i materialet og udfordringer vedrørende metodiske svagheder i større grad kan imødekommes (Holstein, 1996, s. 329-330). Der gennemføres interview med de to sundhedsprofessionelle, der er knyttet til tilbuddet og imidlertid kun et interview med en borger, Katrine, da det ikke har været muligt at komme i kontakt med de andre to borgere, der er observeret på.

Interview i specialet er i tråd med professor i pædagogisk psykologi Steiner Kvale og professor i psykologi Svend Brinkmanns tanker om det kvalitative forskningsinterview, der: "... forsøger at forstå verden ud fra subjekternes synspunkter, udfolde betydningen af deres oplevelser og afdække deres

levede verden forud for videnskabelige forklaringer.” (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 19). Formålet er således stadig, som ved observationer, at få et indblik i de naturlige omgivelser og dagligdagen, men yderligere at inddrage deltagernes, her borgerens og de sundhedsprofessionelles egne perspektiver. I forlængelse heraf er der anvendt Kvale og Brinkmanns 7-fase model for interviewundersøgelser (Kvale & Brinkmann, 2014, 154-155), som en ramme der skal sikre systematik og struktur for interviewundersøgelserne, særligt min beskedne praksiserfaring taget i betragtning. Således er design-fasen i undersøgelsen i fokus med henblik på at opnå den tilsigtede viden. Dette kommer blandt andet til udtryk i udformningen af interviewguides, hvor guiden går på spørgsmål om, *hvordan* og *hvorfor*, og selve interviewet designs tragtformet, for at skabe rum for relationen til informanten. For begge interviewguides, med borger og sundhedsprofessionel, gælder det at interviewguiden er semistruktureret ud fra temaer i problemfeltet og min forforståelser og viden om HM. Undervejs i interviewet lægges der vægt på, både at spørge ind til svar, fremhæve tidligere svar og dele viden og erfaringer med informanterne undervejs. Dette er med henblik på at højne pålideligheden (dependability) af svarene således, at det bliver en fælles socialt konstrueret opfattelse og ikke kun interviewerens mulige tolkning. Det skal understreges, at spørgsmålene er formuleret ud fra sigtet om bevidst naivitet, som ifølge Kvale og Brinkmann kan skabe rum for et åbent og forudsætningsløst interview (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 51-52), og således ikke læses op ordret, men snarere definerer temaer og undersøgelsespunkter i genstandsfeltet.

Interviews er blevet optaget på diktafon, for at minimere hukommelsesbias, samt give informanterne mulighed for at læse interviewet igennem efter transskriberingen. Dette blev gjort på min opfordring, for at fremme tillid til mig som interviewer og for at interviewet kom så tæt på en dagligdagssamtale som muligt. Informanterne blev informeret herom inden interviewet. Den ene sundhedsprofessionelle, Anne, og borgeren, Katrine, benyttede sig af muligheden for gennemlæsning, og havde kun rettelser til steder i teksten, hvor det havde været vanskeligt at høre hvad der blev sagt på optagelsen. Jeg gennemfører transskriberingen alene af hensyn til anonymisering, men også i forhold til egen læring om interviewstil og mulige teoretiske perspektiver i empirien. Interviewet er transskriberet fuldt ud, og i transskriberingen har jeg understreget betoning samt lyde eller udtryk, eksempelvis hvis der bliver grinet undervejs i interviewet. Der er anonymiseret hvor personnavne, stednavne eller andet vil kunne afsløre personers eller steders rigtige navne. I teksten har jeg omformuleret, hvor der eksempelvis er uafsluttede sætninger, gentagelse eller sætningskonstruktion, for at citater giver mening for læseren af specialet. Jeg vil gennem analysen forsøge at gengive så meget af konteksten for de anvendte citater, som muligt, for at højne troværdigheden af empirien (credibility).

I Kvale & Brinkmanns 7-fasemodel, er de forskellige faser gensidigt afhængige af hinanden, hvorfor udførelsen af en undersøgelse gennem faserne giver mening i det omfang, at de sidste faser er tænkt ind allerede ved tematiseringen (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 151-152). I analysen af den indsamlede empiri vælger jeg ud fra tematiseringen og problemformuleringens sigte at analysere empirien med fokus på mening. Dette indebærer en kategorisering af nøgleord og -citer samt meningskondensering til brug for meningsfortolkning som sammen med citaterne indgår i specialets analyse. I det følgende afsnit, sættes der særligt fokus på etiske aspekter ved at observere samt lave interview i relation til specialet.

### **Etik**

Etiske overvejelser er ikke kun forbeholdt selve interviewsituationen, men vedrører hele processen, her specialets undersøgelse. For første fase i Kvale & Brinkmanns model, tematisering, gælder at der foruden videnskabelig værdi samtidig må skabes menneskelig værdi (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 107). Specialets intentionen går på at afdække erfaring med HM for sundhedsprofessionelle og borgere samt undersøge muligheder for at imødekomme de sundhedsmæssige udfordringer nævnt i specialets indledning. Intentionen taget i betragtning, er der ifølge Kvale & Brinkmann stadig tale om et asymmetrisk magtforhold mellem interviewer interviewpersonen, gennem instrumentalisering af samtalen samt monopol på fortolkning af svarene (ibid., s. 55-57). Under gennemførelse af interviews i specialet har jeg en bevidsthed om ovennævnte, hvorfor jeg søger at lægge vægt på det relationelle og på deling af specialets sigte med interviewpersonerne, gennem en italesættelse af eksempler fra min egen praksis i forhold til problemfeltet, erfaringer med forskellige sundhedspædagogiske tilgange og generelle sundhedsaspekter. Den etiske udfordring, er for mig at se, at asymmetrien er dobbeltrettet, det vil sige, at jeg som interviewer er den, som spørger mest og giver få svar, og informanten er den som svarer mest, men stiller færre spørgsmål. Ved at give eksempler på min egen oplevelse af mødet med HM over for de to sundhedsprofessionelle, er det muligt, at det relationelle fremmes, og at der bliver større adgang til de sundhedsprofessionelles svar. Min bevidsthed rummer dog også overvejelser om mulig personlig påvirkning af interviewpersonen, hvorfor der bør være tale om en balancegang. Eksempelvis, hvis jeg havde indledt interviews med de sundhedsprofessionelle, med at fortælle om min egen erfaring, er det muligt at det kunne påvirke de sundhedsprofessionelle til at mene det samme, eller på anden vi søge at tilpasse sit svar til mine refleksioner gennem resten af interviewet. For både interviews og observationer gælder det, at informanterne er anonymiserede gennem pseudonymer, da et tal, eksempelvis S1 for den ene sundhedsprofessionelle informant, i mit perspektiv gør personen mindre menneskelig, hvilket ikke er min hensigt, samt gør specialet mere læsbart.

I empiriindsamlingen observeres der yderligere på en opfølgende samtale med en fjerde borger, men netop etiske overvejelser gør at jeg vælger ikke at anvende empirien derfra. Jeg vurderer gennem dialog med den sundhedsprofessionelle, Morten, at min tilstedeværelse påvirker samtalen og den indbyrdes relation mellem borger og sundhedsprofessionel i så høj grad, at det kan have betydning for borgerens forløb. Dette må forstås i lyset af, at Morten fremhæver kognitive udfordringer hos borgeren, som i forvejen synes at vanskeliggøre samtalen under vejledningen og herigennem gennemgang af baggrund for HM's principper og senere borgerens implementering af principperne i dagligdagen. Der er flere aspekter omkring borgeren, som ligeledes kan gøre en anonymisering vanskelig, men som ikke kan gengives i specialet, og jeg har ikke fundet det etisk forsvarligt at lade borgeren indgå som informant i den empiriske indsamling.

I det følgende præsenteres de empiriske fund i specialets undersøgelser i genstandsfeltet, bestående af interviews med sundhedsprofessionelle, observation af individuelle opfølgende samtaler og interview med en borger. Empirien indgår i en senere analyse og diskussion af perspektiver på problemfeltet.

### **2.3 Undersøgelsens resultater**

Følgende afsnit skitserer resultater fra specialets empiriindsamling og temaer baseret på meningskondenseringen, som vil indgå i specialets analyse. Der præsenteres empiri fra observation af tre individuelle samtaler, et interview med en borger og to interviews med to sundhedsprofessionelle i casen. Derudover inddrages beskrivelse og evaluering fra det undersøgte tilbud i Sundhedshuset i kommunen.

#### **Observation**

De tre borgere der indgår som informanter i specialets indsamling af empiri og observation, er alle til en opfølgende samtale, og har således været tilknyttet forløbet i Sundhedshuset gennem en længere periode. For alle tre samtaler gælder det, at den sundhedsprofessionelle, Morten, indleder med at spørge, hvordan det er gået siden sidst, tale med borgeren om, hvordan de efterlever HM's principper, foretage en vejning og måling af kropssammensætning<sup>5</sup> i løbet af samtalen og til sidst give borgeren et papir med noter til handlepunkter, som der er nedskrevet undervejs i samtalen (bilag 7). Ved B1, som tildeles pseudonymet Bent, afsluttes forløbet efter samtalen, da den sundhedsprofessionelle vurderer, at målet er nået, der har været tilstrækkeligt vægttab og at borgeren efterlever principperne i HM. Bent giver udtryk for at blive motiveret af at blive målt i forhold til sin kropsvægt (bilag 7, s. 1-2). For B2, som tildeles pseudonymet Carsten, gælder det, at han har oplevet forløbet værende for restriktivt i forhold til sin livsstil, og han fremhæver forskellige

---

<sup>5</sup> Vejningen foretages på en bioimpedansmåler, som foruden vægt kan estimere kroppens fedtprocent.

mulige barrierer i form af måden der vejledes på, sæsonbetonede lejligheder samt et igangværende rygestopforløb. Ved vejning har Carsten taget på i vægt. Gennem en efterfølgende dialog, finder borgeren og den sundhedsprofessionelle frem til, at borgeren ikke kun har skulle forholde sig til principperne i HM, men samtidig sygdomsrelaterede faktorer, der synes at have begrænset mulighederne i valg af fødevarer. I dialogen afdækkes den viden, som Carsten har om forskellige fødevarer og den sundhedsprofessionelle forklarer om baggrunden for forskellige til- og fravalg i kosten. I slutningen af den opfølgende samtale giver Carsten udtryk for, ikke at have fået de svar eller løsninger, som han havde ønsket, hvortil Morten responderer, at det ernæringsspecifikke skal gennemgås nærmere med en kollega, som er klinisk diætist, og at Carsten i mellemtiden kan forsøge at fokusere på et til to handlepunkter (bilag 7, s. 3-7). Borgeren B3, Katrine, besvarer spørgsmålet om nuværende status, med at forskellige sygdomsrelaterede udfordringer har gjort, at hun har fundet det svært at efterleve principperne i HM. Morten lytter til hendes svar og spørger om Katrine vil have foretaget en vejning. Vægttabet er begrænset siden sidste samtale, og Morten fremhæver, at Katrines vægt har været lavere tidligere i forløbet. De taler kort om motivation og om, hvad Katrine kan gøre for at tabe sig yderligere.

Observationerne i specialet har givet anledning til at undersøge forskellige perspektiver yderligere gennem interview af borgere og sundhedsprofessionelle. Det være sig perspektiver på det reflektive, eftersom observationerne har vist, at samtalerne åbner for en dialog, hvor borgeren har mulighed for mundtligt at reflektere over blandt andet processen siden forrige samtale og tidligere erfaringer med vægttab eller andre emner, som borgeren inddrager. I forlængelse heraf spørges der både indirekte og direkte ind til motivationelle elementer i forløbet og borgerens proces. Det indirekte være sig eksempelvis, da Morten fremhæver Katrines tidligere succes i forløbet HM, og at de gennem dialog finder frem til handlinger, som er meningsgivende for hende (bilag 7, s. 8-9). Observationerne giver i forlængelse heraf anledning til at undersøge betydningen af motivation hos borgeren og ligeledes kvaliteten. Dette perspektiv går på min forforståelse om, at tilbuddet i Sundhedshuset er baseret på HM's principper, som en slags standard, men skal forsøges efterlevet af forskellige borgere med forskellige læringsforudsætninger, erfaring, viden og motivation.

Mellem observationerne taler jeg uformelt med Morten, og han fremhæver blandt andet, at borgerne, som jeg har observeret på, har forskellige udfordringer, som kan gå på både sociale, mentale og fysiske udfordringer, og de kategoriseres som *lidt tungere* borgere i overført betydning i forhold til de borgere, han normalt møder i tilbuddet (bilag 4, s. 3-9). Ud fra Sundhedshusets egne evalueringer samt beskrivelser af tilbuddet fremgår det, hvordan målgruppen er tiltænkt borgere med en alder på over 18 år og et BMI over 25. Evalueringerne beskriver, at der er evalueret på de 95



aktive borgere, som fik vejledning i tilbuddet i år 2017, hvoraf 50 borgere (21 mænd, 29 kvinder) blev afsluttet i løbet af året. Brugergruppen har for henholdsvis mænd og kvinder en gennemsnitsalder på 46 og 50 år, en gennemsnitsvægt på 118,7 og 100 kg, et BMI på 36,8 og 35,8, et vægttab på 4,5 kg, som giver et BMI på 34,6 og 32,3. Evalueringen viser ligeledes, at nogle borgere har en stagnerende vægt, mens få har oplevet vægtøgning gennem forløbet (bilag 11). Det skal understreges, at jeg ikke har foretaget evalueringen af tilbuddet, men at alle resultater og beskrivelser er angivet af kommunen i casen.

### **Interview med borger**

Katrine deltager som den eneste af de tre borgere i et telefonisk interview, da der ikke har været respons på forespørgslen om interview fra de to andre borgere i undersøgelsen. Indledningsvist i interviewet spørges der ind til Katrines syn på sundhed generelt, og interviewet giver en antydning af, en opfattelse hvor sundhed opleves som fravær af sygdom og fravær af overvægt. Borgeren fremhæver en mindskning af symptomer, som værende stor motivationsfaktor for et vægttab og for at følge HM's principper (bilag 10, s. 1-3, 5, 7, 13). Borgeren bringer tidligere erfaringer med vægttab op og fremhæver betydningen af at dele sine tidligere og aktuelle erfaringer med andre, her særligt den sundhedsprofessionelle, men også med nære relationer. Umiddelbart fremhæves det sociale, som positivt for vægttabet og processen, men borgeren finder dog ikke, at et holdforløb vil være relevant. Omvendt fremhæver Katrine, hvordan hun finder det individuelle fokus i forløbet særligt motiverende, og hun giver udtryk for at føle sig anerkendt af den sundhedsprofessionelle gennem vægttabsprocessen. Det fremhæves, hvordan borgeren oplever en tilpasning af forløbet og principperne til sin livsstil og sine personlige forudsætninger (bilag 10, s. 1-2, 4-7, 10-11). Konkretisering af handlinger gennem handleplansplanen og principperne i HM er muligt fremmende for borgerens handlekompetence. Fokus på målet om vægttab og de løbende vejninger gennem forløbet er ligeledes positive for motivationen til at handle og ændre vaner (bilag 10, s. 4-7, 12-13).

### **Interviews med sundhedsprofessionelle**

Undervejs i begge interviews med de sundhedsprofessionelle, bliver jeg bevidst om, at det vanskeligt at afdække opstarten af tilbuddet, muligvis eftersom den ene sundhedsprofessionelle, Morten, ikke har været en del af processen, at det retrospektivt ligger for langt tilbage i tiden for den anden sundhedsprofessionelle, Anne, at huske, at jeg ikke får spurgt specifikt ind til emnet eller informeret tilstrækkeligt om fokus for interviewet (bilag 8, s. 1-4) (bilag 9, s. 1-3). I begge interviews tales der om de sundhedsprofessionelles tilegnelse af modellen i praksis, og jeg finder det alligevel væsentligt at se nærmere på forandring for den sundhedsprofessionelles virke, og efterfølgende brede det ud

på sundhedsfaglig praksis generelt diskuterende elementer i analysen. Indledningsvist for begge interviews berettes der om tidligere tilbud som både har omhandlet vægttab specifikt, og hvor Små Skridt-metoden er anvendt, samt andre sundhedsfremmende tilbud i Sundhedshuset, hvor vægttab har været individuelle mål for borgerne (bilag 8, s. 1-2, 7-8, 19-20) (bilag 9, s. 1, 7-8). På trods af både ønske om vægttab fra borger og i Sundhedshuset fagligt mål om vægttab, fortæller de sundhedsprofessionelle, at der har været vejledningsmæssige udfordringer, og at vægttabet har været minimalt eller at et vægttab kun har været kortvarigt. Tiltaget om Sundhedshusets nuværende tilbud med HM som tilgang synes at være baseret på behov for effektivitet i indsatsen mod overvægt, målt på fysiologiske parametre samt inspiration fra tilbuddet til børn i kommunen og på nationalt, som er baseret på principperne (bilag 8, s. 1-2, 17) (bilag 9, s. 1-5, 6-9). I det nuværende tilbud er der et flerfaktorielt perspektiv på sundhed, idet der fokuseres på flere parametre, såsom motion og kost, hvor sidstnævnte er det primære fokus i vejledningen. I tilbuddet er der en standardisering af, hvilke områder den individuelle plan til borgeren skal indeholde, og begge sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at det indholdsmæssige i HM er i nogenlunde overensstemmelse med de ernæringsmæssige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen (bilag 8, s. 3-4, 8-10, 16, 19-21) (bilag 9, s. 2-3, 5-6, 7-8, 10). Ikke desto mindre giver især Anne udtryk for, at det kan være vanskeligt, kun at forholde sig til det ernæringsmæssige i vejledningen og evaluering af fysiske parametre, foruden sociale og mentale faktorer hos borgeren. Der kan være tale om udfordringer i forhold til en eventuel magtrelation, som kan have betydning på det motivationelle hos borgeren (bilag 9, s. 5-6, 8-9). Begge sundhedsprofessionelle giver generelt udtryk for, at HM giver mening som grundlag for vejledning på overvægtsområdet for voksne borgere, gennem at vejledningen er centreret omkring borgerens liv, hverdag, erfaring og konkrete handlinger for sundhedsfremme. I forlængelse heraf, er det væsentligt for begge sundhedsprofessionelle, at vejlede borgeren ud fra et tilbud, som har en effekt specifikt på overvægt, på de samfundsmæssige udfordringer relateret til overvægt og samtidig være et forandrende element i borgerens proces ved at indgå i en positiv relation og dialog med borgeren (bilag 8, s. 5-7, 8-9, 10-12, 13-14, 19-21) (bilag 9, s. 5-6, 8-9, 11-13, 14-15). De sundhedsprofessionelle i casen er umiddelbart positivt i forhold til perspektivet om at anvende HM på gruppeforløb, særligt på grund af stor tilslutning til det nuværende individuelle tilbud. Morten fremhæver i den sammenhæng, at det sociale og erfaringsudveksling muligt kan være fremmende og motiverende for borgerens vægttabsforløb, og Anne fremhæver eksempler, hvor gruppelignende aktiviteter har været efterspurgt hos nogle borgere. De sundhedsprofessionelle er reflekusive over egen praksis ved udøvelse af HM og indgår i dialog med andre sundhedsprofessionelle i Sundhedshuset og sundhedsvæsenet generelt med et

konstant sigte om sundhedsfremme og vægttab hos den enkelte borger (bilag 8, s. 16-18) (bilag 9, s. 16-17).

## 2.4 Struktur for specialets analyse

For at kunne overskueliggøre første del af analysen og besvarelse af spørgsmålet om læringsforståelser bag HM vælger jeg at gøre brug af en didaktisk model for at strukturere analysen. Problemformuleringen sigter mod at undersøge praksis for anvendelse af HM, hvor praksis er rettet mod voksne med overvægt. Didaktik kan defineres som "... undervisningens og lærings teori og praksis." (Jank & Meyer, 2006, s. 17), men ud fra førnævnte sigte er der i specialet, således ikke tale om undersøgelse af en skolerelateret undervisningssituation, et område hvor begrebet didaktik ofte er anvendt. Der er derimod tale om en undersøgelse af den vejledningssituation, hvor der, i stedet for et lærer-elev-forhold, er et forhold mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren. Dette forhold, vil blive undersøgt nærmere og uddybet i specialets analyseafsnit. Ikke desto mindre begrundes, valget om at anvende en didaktisk model for analysen, i et centralt perspektiv i didaktikkens nerve, det: "... at *ville* noget med nogen ..." (Bengtsen & Qvortrup, 2013, s. 295, kildens fremhævelse). Med dette forstår jeg, at vejledningssituationen tager udgangspunkt i noget intentionelt, gennem målretning af den formidling, som den sundhedsprofessionelle udøver. Den som er *nogen*, ud fra ovenstående citat, må i casen nødvendigvis være borgeren, som skal opnå det *noget*, det formulerede mål. I genstandsfeltet forstås målet som vægttab hos borgeren, hvor både det at *ville* noget med nogen og generelt at opstille mål, må efterspørge egenskaber, som borgeren endnu ikke besidder. I specialets ønskes derfor en analyse og diskussion af intentionerne bag bag målet, processen frem mod at opnå målet og hvilke elementer, som gør sig gældende i processen eller som kræves for at opnå målet. I genstandsfeltet opfatter jeg de individuelle samtaler, hvor vejledning af borgeren foregår, som den centrale del af tilbuddet om behandling af overvægt hos voksne. Tilbuddet i sig selv opfatter jeg, som en del af en sundhedsfremmende indsats i kommunen, som kan påvirke den samlede sundhedstilstand. Samtalen og indholdet i tilbuddet er således det konkrete omdrejningspunkt for specialets analyse ud fra en didaktisk model. I det følgende uddybes valg af specifikke didaktiske model til brug for analysen.

### Den didaktiske relationsmodel

Valg af didaktisk model til brug for analysen beror på professor i pædagogik Hanna Kipers fire funktioner for didaktiske modellen vedrørende at de skal 1) etablere oversigt og orden, 2) reducere kompleksitet, 3) formulere interessante spørgsmål og være retningsgivende og 4) være handlingsorienterede (Jank & Meyer, 2006, s. 37). Valget af model falder således på den didaktiske relationsmodel af professorer i pædagogik Hilde Hiim og Else Hippe. Elementerne i modellen er:

*Læringsforudsætninger, rammefaktorer, indhold, læreprocessen, mål og vurdering* (Hiim & Hippe, 2012, s. 99). På trods af modellens umiddelbare enkelthed i de seks elementer, der indgår, understreges det, hvordan modellen er tænkt som en kompliceret proces. De enkelte elementer kan i samspil med hinanden imødekomme denne kompleksitet og skabe en helhed i undervisningssituationen (Hiim & Hippe, 2007, s. 73), der her nærmere er betegnet som vejledningssituationen i tilbuddet beskrevet i genstandsfeltet. Gennem analyse ud fra den didaktiske relationsmodel tilstræbes det at skabe overblik over anvendelsen af HM som ny sundhedsfaglig praksis ved at behandle hvert element ud fra forskellige empiriske og teoretiske perspektiver. Herved forstås det at *læreprocessen* eksempelvis vedrører borgerens proces mod at opnå målet om vægttab, men at den sundhedsprofessionelle er en væsentlig aktør i forhold til begge elementer i modellen. Således er hensigten ved brug af den didaktiske relationsmodel at imødekomme Kipers førnævnte krav om oversigt, orden og reduktion af kompleksitet i analysen af problemformuleringens første delspørgsmål og efterfølgende anvende elementer fra modellen som referencebegreber i den videre analyse af de resterende to delspørgsmål. Yderligere anvendes teoretiske perspektiver gennem analysen, med sigtet om at undersøge borgerens forandringsproces i lyset af den sundhedsprofessionelles anvendelse af modellen.

## **2.5 Teoretiske perspektiver på genstandsfeltet**

På baggrund af de ovennævnte resultater fra specialets undersøgelse, skitseres i det følgende mulige teorier til belysning af empiri i forhold til specialets problemformulering i analysen. Afsnittet omhandler gennemgang af begreber og teoretiske perspektiver, der sidenhen inddrages i analysen, ud fra specialets sigte og videnskabsteoretiske ståsted, med en forståelse for, at andre teorier muligvis også vil kunne indgå i en behandling af problemstillingen.

### **Handling, vaner og adfærd**

I resultaterne i specialets undersøgelse fremhæves, hvordan borgerens forløb på den ene side, er styret af principperne i HM formidlet af den sundhedsprofessionelle, og samtidig må de konkrete handlinger foretages af borgeren selv. Udgangspunkt med om sundhedsfremme som en indre eller ydre regulering, kan være af betydning for udøvelsen af sundhedspædagogik samt for det enkeltes menneskes udvikling og sundhed (Wistoft, 2009, s. 35-37). Et nutidigt perspektiv på at imødekomme de sundhedsmæssige udfordringer, går på en overvejende indre regulering gennem at styrke individets kompetence til handling på baggrund af kritik af adfærdsmodificerende tilgange (Jensen, 2016, s. 131) (Wistoft, 2009, s. 37). Dette perspektiv kan undersøges ved at sætte fokus på handling, hvad som påvirker den og hvordan den ændres i et sundhedsfremmende perspektiv. I genstandsfeltet ser jeg handlingsbegrebet knyttet primært til borgerens handlinger i forløbet med

HM. Til at belyse dette inddrages professor i filosofi og pædagogik John Deweys perspektiv på læring i specialets analyse. Deweys forståelse af læring går på fokus på udvikling og læring som en undersøgelsesproces i en virkelighed som konstant er i dynamisk udvikling (Garrison om Dewey i Elkjær & Wiberg, 2013, s. 126). Dewey fremhæver at: "En handling, der skal læres, ankommer ikke i færdigstet form, men ud af nødvendighed lærer man at variere dens faktorer, at skabe forskellige kombinationer af dem i overensstemmelse med ændringerne i de givne forhold." (Dewey 1980/1916:50 i Elkjær & Wiberg, 2013, s. 126). Citatet indikerer en læringsproces i en kontekstuel sammenhæng, hvor handlingerne er påvirket af den verden og kontekst, som omgivet mennesket. Dette bidrager med et dynamisk perspektiv, hvor undersøgelsesprocessen, her læringen, må opfattes som kontinuerlig og afhængig af tid, sted, materielle- såvel som relationelle faktorer. Perspektivet på menneskets forbundethed med verden, raffineres gennem Deweys blik på menneskets som deltagende og handlende i verden, hvor deltagelsen og handlinger hænger uløseligt sammen med Deweys begreb om erfaring. Med erfaringsbegrebet understreger Dewey to perspektiver ved undersøgelsesprocessen:

Erfaring kan kun forstås ved at notere sig, at den både omfatter et aktivt og et passivt element, der er forbundet på en ganske særlig måde. I den aktive forståelse er erfaring '*at forsøge sig*' (...). I den passive forståelse er erfaring '*at gennemgå*'. (...) Når aktiviteten fortsættes *ind* i gennemgangen af konsekvenserne, når forandringen skabt af handling reflekteres tilbage ind i en forandring i os, når den evige strøm lades med betydning, så har vi lært noget. (Dewey i Elkjær & Wiberg, 2013, s. 129, kildens fremhævelse).

Læring hos mennesket, består på baggrund af erfaring som en både aktiv og passiv og passiv proces. Den aktive del omfatter handling og interaktion med omverdenen, hvor den passive del går på refleksion over handlingen. De to dele af processen er forbundne, således at en adskillelse ikke vil medføre læring hos den enkelte. Opsummeret vil undersøgelsesprocessen bestå af talrige og forskellige erfaringer, på baggrund af handling og refleksion, og Dewey fremhæver begrebet vaner, som et udtryk for ophobningen af erfaringer:

(...) vi har brug for et ord til at udtrykke den form for menneskelig aktivitet, der er påvirket af tidligere aktivitet og i den betydning tilegnet; som i sig selv rummer en bestemt orden eller systematisering af handlingens delelementer; som er fremadrettet, dynamisk tydeligt manifesteret; og som er operationel i en slags afdæmpet underordnet form, selv når den tydeligvis ikke dominerer aktiviteten (Dewey 1988/1922: 31 i Elkjær & Wiberg, 2013, s. 136).

Vanebegrebet betragtes ud fra ovenstående citat, som en form for disposition for handling, som er automatiseret på baggrund af tidligere erfaringer, handlinger og refleksioner, og sigter mod en tilpasning til den verden, mennesket befinder sig i (ibid.). Ud fra ovenstående perspektiver kan menneskelig adfærd opfattes som værende kontekstafhængig og afhængig er de erfaringer, som et menneske har med sig. Vaneændringer formodes således kontinuerligt at efterspørge nye handlinger og dertil refleksioner, for at en forandring og udvikling hos individet kan finde sted.

### **Sundhed i et situeret perspektiv**

I forlængelse af ovenstående perspektiver, om læring og forandring som kontekstafhængig, specialets videnskabssteoretiske ståsted om social konstruktion af virkeligheden samt forskellige sociale interaktioner mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle, finder jeg det væsentligt at anlægge et situeret perspektiv på analysen. Der er en antydning af, at borgeren ser det individuelle fokus som værende yderst positivt og fremhæver muligheden i at vægttabet lykkes på baggrund heraf. Disse perspektiver er særligt interessante at inddrage i analysen, gennem afdækning af mulighederne i at anvende HM i individuel vejledning med voksne med overvægt. Der anlægges et perspektiv på forandring og læring ud fra socialantropolog Jean Lave og Etienne Wengers teori om situeret læring. Teorien fremhæves som et opgør med læring, som et udelukkende individuelt fænomen (Nielsen, 2013, s. 173) og fremhæver "at læring er et integreret og uadskilleligt aspekt af social praksis." (Lave & Wenger, 2014, s. 33). Konteksten er af betydning og Lave & Wenger præciserer yderligere praksis, gennem begrebet praksisfællesskaber, som tager udgangspunkt i praksisser, hvor mennesker er forbundne gennem sociale relationer. Der er ikke nødvendigvis tale om en fysisk tilstedeværelse, men nærmere en praksis, hvor menneskes forbindes gennem fælles handling, og at praksisfællesskabet "... betyder deltagelse i et virksomhedssystem, hvor deltagerne har en fælles forståelse af, hvad de laver, og hvad det betyder i deres liv og for deres fællesskab." (Lave & Wenger, 2014, s. 83). Der er således ikke nødvendigvis tale om en synlig grænse for fællesskabet, men en praksis hvor der er et tilhørsforhold og deltagelse genkendes som kompetence (Wenger, 2010, 15). I lyset af casen i specialet kan både vejledningssituationen og selve forløbet forstås som en praksis, hvor grænsen er mere eller mindre synlig, men qua personernes forskellige roller har et tilhørsforhold, og hvor den fælles forståelse skaber rum for identifikation med andre. Lave & Wenger præciserer det forståelsesmæssige i praksisfællesskabet gennem begrebet *meningsforhandling*, hvor der skabes mening gennem deltagelse, og hvor meningen konstant er til forhandling: "Vi skaber meninger, der udvider, omdirigerer, afviser, omfortolker, modificerer eller bekræfter - kort sagt genforhandler - de meningshistorier, de er en del af. Livet er i denne forstand en konstant *meningsforhandlingsproces*." (Wenger, 2010, s. 67, kildens fremhævelse).

Ud fra ovenstående anvendes den situerede forståelse som et redskab til at skitsere en helhedsforståelse af borgerens forandringsproces og fremhæve mulige faktorer som kan være fremmende for vægttabet og fastholdelse af det på længere sigt. Yderligere anvendes de ovennævnte begreber på perspektivet om gruppeforløb med HM, hvor der kan være et muligt praksisfællesskab mellem borgere i forløbet.

### **Motivation i sundhedsfremme**

Det empiriske materiale i specialets undersøgelse har afdækket elementer af noget motivationelt, hvor borgeren eksempelvis giver udtryk for forudsætninger for at indgå i forløbet med HM. Gennem analysen ønskes der at undersøge dette og mere implicite motivationelle elementer i genstandsfeltet. Det ønskes at se nærmere på de kræfter, som er katalyserende for, at borgeren opnår en forandring, og på hvilke forskellige roller i processen frem mod vægttabet, der kan fungere som drivkræfter. Omend specialet tager udgangspunkt i en socialkonstruktivistisk videnskabsteoretisk tilgang, vælger jeg her at inddrage en mere individorienteret teori fra det psykologiske felt. Der inddrages Self Determination Theory (herefter SDT) af professorer i psykologi Richard M. Ryan og Edward L. Deci, som går på: "... an approach to human motivation and personality that uses traditional empirical methods while employing an organismic metatheory that highlights the importance of humans' evolved inner resources for personality development and behavioral self-regulation." (Ryan, Kuhl, & Deci, 1997 i Ryan & Deci, 2000a, s. 68). Ovenstående kan antyde behov for et mere kognitivt fokus, end det er hensigten i specialets undersøgelse. Inddragelse af SDT i analysen giver mening ud fra perspektivet om, at de indre ressourcer og motivationelle elementer, som ovenstående citat refererer til, undersøges i interaktionen mellem borger og sundhedsprofessionel. Dette gør sig også gældende i interviewet med eksempelvis borgeren, hvor spørgsmålene fra mig som interviewer er med til at synliggøre og explicitere det 'indre', og det aktiveres gennem det relationelle.

Motivationsbegrebet er i Ryan & Decis optik et kontinuum mellem at være indre eller ydre motiveret, *intrinsic* eller *extrinsic motivated*, og der kan også være tale om amotivation (Ryan & Deci, 2000a, s. 72). Ved den *ydre*, *extrinsic*, motivation refereres der til: ... the performance of an activity in order to attain some separable outcome and, thus, contrasts with intrinsic motivation, which refers to doing an activity for the inherent satisfaction of the activity itself. (Ryan & Deci, 2000a, s. 71). Der anlægges et positivt syn på indre motiverede handlinger, eftersom drivkraften for forandringen udspringer direkte fra det menneske, som forandringen vedrører. Ryan & Deci fremhæver specifikke elementer i SDT, som er fremmende for indre motivation, og som angives som nødvendige for at en forandringsproces kan finde sted. Elementerne forstås som behovsmæssige

faktorer hos det enkelte menneske og vedrører: *Autonomi, samhørighed og kompetence* (Ryan & Deci, 2000a, s. 68). *Autonomi* vedrører individets oplevelse af, at forandringen går gennem autonome handlinger, det vil sige handlinger, der opleves som resultatet af individets egne beslutninger, vilje og indre styring fremfor ydre kontrol (Ryan & Deci, 2000b, s. 59). *Samhørighed*, som på originalsproget er præciseret som relatedness, refererer til individets behov for at føle en tilknytning til omgivelserne og til at opleve en form for tryghed i relationerne, vedkommende indgår i (ibid., s. 64). Elementet *kompetence* vedrører at individet har en oplevelse af at kunne opnå specifikke mål gennem egenskaber og indsats mod målet (ibid.). Elementerne, autonomi, samhørighed og kompetence i SDT, fremhæves som nært forbundne til hinanden, og skal ifølge Ryan & Deci opfattes opsummeret som følge af en indbyrdes afhængighed. Eksempelvis kan motivationen styrkes af, at en person har en oplevelse af at være kompetent til at udføre en handling, men særligt hvis der samtidig er positiv feedback fra omgivelserne (Ryan & Deci, 2000a, s. 70) (Ryan & Deci, 2000b, s. 58). Omend Ryan & Decis teori om SDT går på et individuelt og psykologisk perspektiv, kredser teorien om:

Intrinsically motivated behaviors, which are performed out of interest and satisfy the innate psychological needs for competence and autonomy are the prototype of self-determined behavior. Extrinsically motivated behaviors - those that are executed because they are instrumental to some separable consequence - can vary in the extent to which they represent self-determination. (Ryan & Deci, 2000b, s. 65)

Citatet indikerer indre motiverede handlinger, som markører for længerevarende ændringer af adfærd. I specialet opfattes ovenstående, som en form for præmis for handling og for borgerens forandring af livsstil og vaner. Jeg finder det interessant at inddrage Ryan & Decis teori, som perspektiv på, hvordan motivation i forløb med HM kommer til udtryk. Ligeledes er det interessant at se nærmere på, hvordan anvendelsen af HM kan indvirke på behov for at borgeren oplever autonomi, samhørighed og kompetence, og herigennem hvordan den sundhedsprofessionelle oplever at kunne understøtte disse behov.

Ryan & Decis kontinuum for motivation udfoldes i analysen ud fra borgeren og de sundhedsprofessionelles forskellige roller i forandringsprocessen mod et vægttab. Elementerne i SDT anvendes ligeledes til at karakterisere borgerens behov i processen, og hvordan dette imødekommes af den sundhedsprofessionelle i lyset af et sundhedsfremmende tilbud baseret på HM.

Analysen tager udgangspunkt i problemformuleringens tre underspørgsmål som går på forståelser i Holbbæk-modellen som sundhedsprofessionel tilgang, effekten af et tilbud baseret på HM ud fra et



borgerperspektiv samt analyse af den sundhedsprofessionelles oplevelse af HM som anvendt praksis i sundhedsfremme. I analysen inddrages og diskuteres empiri indsamlet i specialet i lyset af de fremhævede teoretiske tilgange. I specialet tilsigtes at bidrage til en nuancering af perspektiver på sundhedsfremme, og at være undersøgende på anvendelsen af HM som ny tilgang til overvægt hos voksne.

### 3.0 Læringsforståelser bag Holbæk-modellen

I det følgende afsnit vil analysen koncentrere sig om første delspørgsmål til problemformuleringen om mulige læringsforståelser bag HM struktureret ud fra elementerne i Hiim & Hipkes didaktiske relationsmodel. Indledningsvist behandles elementet mål, hvorefter analysen vil inddrage de resterende elementer i modellen.

#### 3.1 Målet med Holbæk-modellen

Med elementerne i Hiim & Hipkes didaktiske model som relationelt forbundne, vælger jeg at indlede analysen ud fra didaktikkens nerve, om: "... at *ville* noget med nogen ..." (Bengtzen & Qvortrup, 2013, s. 295, kildens fremhævelse), og vælger således at behandle elementet mål, som det første i analysen af læringsforståelser i HM. Gennem dette perspektiv synes intentionen bag HM, både at kunne karakterisere andre elementer, som eksempelvis indhold, idet de er relationelt forbundne. Særligt kan målet sige noget, om opfattelsen af borgerens proces frem mod målet, og være med til at indkredse det *noget*, som borgeren må lære og tilegne sig, for at opnå målet.

#### Kroppen som udgangspunkt for forandring

Som specialets indledning indkredser, er HM oprindeligt en tilgang, hvor *nogen* i didaktisk øjemed er børn med overvægt (Holm, 2017). I en artikel fra 2017 fremhæver den forskningsansvarlig overlæge på Holbæk Sygehus og udvikler af metoden Jens-Christian Holm, at overvægt i lyset af HM betragtes som en kronisk sygdom, defineret ud fra forskellige medicinske og patologiske indikatorer (Holm, 2017, s. 10-11). Dette fremhæves af Holm som værende den ene af tre hjørnesteen i metoden, som den sundhedsprofessionelle forventes at behandle ud fra, og dette suppleres med fysiologiske argumenter om blandt andet kroppens regulering af fedtmasse. Holm fremhæver i artiklen de fysiske konsekvenser af overvægt og indkredser overvægten i sig selv, som en trussel mod folkesundheden (ibid., s. 10, 12). Baggrunden for HM synes herigennem at grunde i et til dels positivistisk (Guba & Lincoln, 1994, s. 109) sundheds- og menneskesyn, gennem et snævert og negativt fokus på sygdom, symptomer, samt syn på mennesket som en krop, der er bærer overvægten. Målet er vægttab, men ordet isoleret set afslører ikke umiddelbart en forståelse for læring hos det menneske, som vægttabet vedrører. Perspektivet kan præciseres af en dualistisk opfattelse, hvor kroppen som fysisk genstand, kan ses som den ene af to sider af mennesket

(Qvortrup & Wiberg, 2013, s. 57). I specialet er en antidualistisk tilgang til undersøgelsen fremhævet ud fra en opfattelse af mennesket som interagerende og forhandlende om den virkelighed, det befinder sig i (Berger & Luckmann, 1966, s. 66-69). Dette perspektiv fremhæves i forhold til ovennævnte perspektiv i HM som noget overvejende negativt gennem fysiske konsekvenser bestemt af medicinske forhold, begreber og symptomer. Der synes ikke at være mulighed for en forhandling med det menneske, som overvægten vedrører omkring opfattelser af overvægt, sundhedsbegreber eller lignende.

I ovennævnte artikel fremhæver Holm de mere mentale og psykologiske aspekter som negative konsekvenser ved tilstedeværelsen af overvægt. Hos børn fremhæver han dette komme til udtryk gennem psykosociale udfordringer, som eksempelvis depression og lavt selvværd (Holm, 2017, s. 10) og det fremhæves at der er: "... således et kompliceret samspil og interaktion mellem svær overvægt og psykosociale belastninger, hvor graden af overvægt og livskvalitet og psykosociale forhold viser sig at være tiltagende vigtige at forholde sig til i relation til trivsel, vækst og udvikling." (Holm, 2017, s. 10). Vækst og udvikling forstår jeg knyttet til de fysiologiske aspekter og således den ene side af førnævnte dualisme, hvorimod citatet indikerer et muligt modstykke gennem ordet 'trivsel'. Med dette forstås det at trivsel som udgangspunkt er subjektivt afhængigt af personen, som oplever og har en følelse af (Det Danske Sprog- og Litteraturselskab, 2018), og som noget der ikke kan karakteriseres i samme grad som de fysiologiske aspekter ved overvægt. Sidestykkerne krop og oplevelse, går henholdsvis på noget ydre eksisterende og målbart og noget indre følelsesmæssigt. Men fremfor, at der er tale om en dualistisk opfattelse, kan ovenstående indikere, at det indre og følelsesmæssige er sekundært til det ydre og kropslige, hvorfor påstanden om en dualistisk syn på mennesket bortfalder. Gennem indkredsning af en mulig læringsforståelse i HM kan ovenstående fremhævelse af noget naturalistisk antyde læring som behavioristisk: "... tage udgangspunkt i det ydre, i miljøets påvirkninger. Det er konsekvenserne af vores handlinger, der former vores adfærd og vore kognitive strukturer, og ikke omvendt." (Skinner i Qvortrup & Wiberg, 2013, s. 75). Med et behavioristisk blik på målet om vægttab for HM, er udgangspunktet for menneskets, her borgerens, tilegnelse af egenskaber, der sætter dem i stand til at tabe sig, udtalt som fysiske konsekvenser af adfærd. I dette perspektiv kan adfærd, der har bidraget til overvægten, forstås som indlært gennem omgivelserne og således påvirket udefra (Qvortrup & Wiberg, 2013, s. 77-78). I forhold til målet om vægttab, må *omlæringen* og ændringen af adfærd initieres af ydre påvirkning, hvor HM som nævnt ovenfor anlægger et behandlet fokus, gennem ovennævnte opfattelse af overvægt som patologisk udfordring for samfundet og det enkelte menneske. Jeg finder det væsentligt at udfolde dette perspektiv i det følgende omkring læreprocessen i HM, med sigtet om at indkredse læringsforståelsen.

### **Mål for Holbæk-modellen i genstandsfeltet**

Ovenstående del af analysen tager udgangspunkt i HM til børn, som den er udformet af Holm og Enheden af overvægtige børn og unge på Holbæk Sygehus (herefter Enheden). I analysen legitimeres inddragelse af dette materiale, gennem specialets empiri, hvor de sundhedsprofessionelle fortæller at forløbet for voksne borgere er forsøgt afspejlet af tilbuddet i børn i kommunen (bilag 8, s. 1, 12) (bilag 9, s. 2-4). Yderligere fortæller både Morten og Anne, hvordan de begge har deltaget i uddannelsesforløb for fagpersoner på Enheden, hvor målgruppen har været børn, og at det er udgangspunktet for tilbuddet til voksne i kommunen (bilag 8, s. 1-2) (bilag 9, s. 5, 8-9). Det specifikke mål for tilbuddet i genstandsfeltet er ud fra inklusionskriterier om et BMI på 25 eller derover og en alder over 18 år, vægttab samt mindskning af BMI. Borgeren beskrives ud fra et perspektiv med kroppen som genstand for vægttabet og for målet med tilbuddet, hvilket kan indkredse den førnævnte naturalistiske opfattelse yderligere. Hvis perspektivet skal forsøges nuanceret, finder jeg det interessant at se på ansvar for, at den kropslige forandring sker og målet om vægttab og mindskning af BMI opnås.

Der synes at være gennemsigthed omkring målet gennem forløbet, hvor målet italesættes tidligt i forløbet, allerede ved rekruttering hos borgerens praktiserende læge, hvor borgeren frivilligt samtykker til at Sundhedshuset må tage kontakt, til en opstartssamtale inden forløbet og sidenhen italesættelse undervejs i forløbet (bilag 8, s. 3, 15-16) (bilag 9, s. 3-4). I den didaktiske relationsmodel fremhæver Hiim & Hippe, hvordan det kan være fordelagtigt, at lade den som tilegnelsesprocessen vedrører, her borgeren, sætte mål, for herigennem at tilstræbe meningsfuldhed i processen (Hiim & Hippe, 2007, s. 78-79). Gennem frivillig deltagelse i et vægttabstilbud, formodes det, at målet for tilbuddet i en eller anden grad må være overlappende med ønsker og mål hos borgeren. Med HM sigte om sekundært til vægttabet, at kunne bidrage med eksempelvis trivsel, formodes det ligeledes, hvordan borgeren kan have sekundære, personlige mål, som vedrører dagligdagslivet i højere grad end den generelle folkesundhed. Det intentionelle bag målet i henholdsvis HM og for borgeren, kan ud fra dette perspektiv samles i en fællesmængde, hvor der er mulig enighed om overvægt, som et negativt fænomen og herigennem behov for vægttab. Elementet mål i relationsmodellen, står som tidligere nævnt i relation til Hiim & Hippes andre elementer i modellen, hvorfor elementet vurdering inddrages i det følgende, for at nuancere perspektiver fremkommet i analysen yderligere.

### **3.2 Elementet vurdering i Holbæk-modellen**

Med tidligere fremhævelse af overlappende mål for forløbet omkring vægttab, fremhæver Hiim & Hippe relevansen af, hvem som vurderer processen og herigennem læringen, det vil sige, om det er den lærende selv, her borgeren, som definerer om målet er nået, eller om det sker gennem den

sundhedsprofessionelle (Hiim & Hippe, 2007, s. 81). I kontekst af specialet genstandsfelt er det relevant, at der er tale om en vurdering af borgerens læringsproces ud fra parametre, som den sundhedsprofessionelle evaluerer på gennem fysiske målinger. I forhold til målet, synes der ikke at være fastsat end mængde for vægttabet målt i kilogram, hvor der for anvendelsen af BMI, indgår indeksering af kropsmassen. Indekseringen er kategorisk ud fra om en person er under-, normal eller overvægtig<sup>6</sup>, og målemetoden er oprindeligt baseret på matematiske beregninger i Frankrig i krigsøjemed i midten af det nittende århundrede til at definere *l'homme moyen, den gennemsnitlige mand* og blev senere i 1972 udviklet til det BMI-begreb som siden har været anvendt (Blackburn & Jacobs, 2014). Det kan problematiseres, hvordan vurderingen af borgeren, som individuel person tager udgangspunkt i målemetoder og kategoriseringer som går på et gruppe- eller populationsniveau, i forhold til borgerens muligheder for at opnå de fremsatte mål. At målet for borgerens læring, er fastsat af den sundhedsprofessionelle og går på styring af mennesket, som en fysisk genstand, kan indikere, at der i HM ikke kun er tale et ensidigt syn på borgeren som menneske, men yderligere et instrumentaliserende menneskesyn. I forlængelse af det behavioristiske perspektiv, kan det være relevant at præcisere førnævnte ud fra psykolog Burrhus Frederic Skinners teori om operant betingning. Opfattelsen er, at mennesket er aktivt handlende og responderer på omgivelsernes feedback (Qvortrup & Wiberg, 2013, s. 85-86). Ud fra dette perspektiv vil læringen i genstandsfeltet, det vil sige tilegnelse af viden og egenskaber, der sætter borgeren i stand til at opnå vægttabet, være betinget af respons fra den sundhedsprofessionelle og de fysiske målinger, som foretages i vejledningen. Mennesket som aktivt handlende i denne proces, anses ud fra perspektivet om betingning, som værende begrænset i fri vilje. Uanset borgerens sekundære intentioner til målet om vægttab, defineres læringen i forløbet ud fra den adfærd, som borgeren udviser samt graden af vægttab. Det indholdsmæssige i HM må, ud fra den didaktiske relationsmodel, afspejles i målet, hvor læreprocessen frem mod målet indbefatter den styring, som kan lede borgerens gennem forandringsprocessen mod et vægttab. Forud for inddragelse af ovenstående i analysen, behandles elementer rammefaktorer, for at afdække konteksten for læringsforståelsen i HM.

### **3.3 Rammefaktorer for forløbet**

I relationsmodellen vedrører rammefaktorer "... givne forhold som begrænser eller gør læring mulig..." (Hiim & Hippe, 2007, s. 78), og dette være sig både fysiske og tænkte faktorer, som i en eller anden grad påvirker borgerens forandringsproces. I forhold til specialets indledningen om indkredsning af noget lovformeligt på området for sundhedsfremme i form af Sundhedsloven som

---

<sup>6</sup> Kategorien overvægt inddeles yderligere i to kategorier, hvor et BMI  $25 \leq 30$  definerer moderat overvægt og et BMI  $\geq 30$  definerer svær overvægt (Sundhedsstyrelsen, 2018c)

kræver et samarbejde om dette mellem kommunerne og regionerne (LOV nr. 1181, 2016, § 119). Indholdet i dette samarbejde og for kommunens indsats generelt er ikke yderligere defineret lovmæssigt, men gennem Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker, er der som nævnt indikeret en mulig ramme for udøvelsen af indsatser på forskellige områder, herunder overvægt. Udspillet fremhæver Sundhedsstyrelsen at gå på præmisser om aktuelt bedste viden og effekt (Sundhedsstyrelsen, 2013, s. 18). I tidligere nævnte artikel om HMs og indsatser til børn, fremhæver Holm metoden som værende af paradigmatisk karakter og på nogle områder modstridende med hvad som anbefales af Sundhedsstyrelsen. Dette vedrører hvad Holm definerer som den pædagogiske praksis for udøvelsen af metoden: "Enheden har udviklet en helt ny pædagogik der på mange måder går direkte imod standard sundhedspædagogisk selvforståelse og går direkte imod metoderne; "Den motiverende samtale", "Du bestemmer" og "Små skridt". (Holm, 2017, s. 12). For at kunne afdække læringsforståelser gennem analyse af rammefaktorer i HM, finder jeg det væsentligt at inddrage perspektiver på sundhedspædagogikken. Indtil nu har analysen indikeret et mennesyn, hvor forståelsen synes at være, at mennesket og dets adfærd er styret af ydre påvirkninger. Ved at inddrage perspektiver på sundhedspædagogik, sigter følgende afsnit i analysen at præcisere og nuancere det kontekstuelle for borgerens læring ved anvendelse af HM og rammerne for en mulig forandring hos borgeren.

### **Det sundhedspædagogiske projekt**

Perspektiver på sundhed og sygdom i Danmark har ændret sig de sidste to hundrede år og udviklingen har båret præg af forskellige magtkampe mellem forskellige magtpositioner, meninger og viden om sygdom og behandling. Eksempler fra omkring 1700-tallet går på lægevidenskabens alliering med statslige enheder såvel som præster og lærere i forsøget på regulering af området og løbende gennem den efterfølgende periode en standardisering af behandling gennem fundering i et fælles lægeligt teoretisk grundlag. Ligeledes har synet på mennesket, som centrum for sundhed og sygdom, har i samme periode og op gennem 1800-tallet ændret sig fra et personbundet sygdomsbillede i, hvor mennesket blev identisk med sygdommen, til et mere adskilt billede, hvor mennesket i højere grad opfattes som *bærer* af forskellige sygdomme eller symptomer. Tilgangen til behandling af de pågældende sygdomme, eller sågar behandling af menneskets, som en skyldig enhed for sygdommen, følger de ovennævnte forandringer, gennem udvikling i menneskesynet og den historiske udvikling i medicin synes at have påvirket sundhedspædagogikken frem til i dag (Larsen, 2012, s. 28, 32-34). Indtil for 30 år siden er borgere eller patienter blevet set som objekter gennem forskellige sundhedsinterventioner og behandlinger, men: "... italesættes nu som subjekter. Patienter og klienter er blevet brugere og hen ad vejen også *forbrugere* og på nogle områder er de helt eksplicit blevet kunder, der køber ydelser på et marked med konkurrerende udbydere." (Larsen

& Esmark, 2013, s. 5). I forholdet mellem befolkningen og sundhedsprofessionelle fremhæver professor (MSO) ved Danmarks Institut for Pædagogik og Uddannelse Karen Wistoft sundhedspædagogikken som et gennemgående projekt, i den historiske kontekst for medicin og sundhed (Wistoft, 2009, s. 25-26).

Definitionen af sundhedspædagogik, som begreb, har imidlertid ikke været gennemgående entydigt. I følge Wistoft har diskussionen være af paradigmatisk karakter, hvor uforenelige perspektiver, i hendes optik, har efterspurgt en utopisk ensidig form for sundhedspædagogik. Perspektiverne går på den ene side en medicinsk tradition og på den anden side, at man som sundhedsprofessionel søger at være dialogskabende og involverende i sin praksis. Kampen om de forskellige sundheds- og pædagogiske paradigmer, fremhæver Wistoft alligevel som konstruktiv for kreativ tænkning og kritisk forholden til de sundhedsmæssige udfordringer (ibid., s. 28). Det er ud fra Wistofts perspektiv, at det sundhedspædagogiske projekt, er betinget af personen som beskæftiger sig med eksempelvis sundhedsfremme i forhold til værdier, roller, forventninger, ansvar og ikke mindst behandling (ibid.). Fælles for de metoder, Holm fremhæver HM opponere imod, Den Motiverende Samtale, Du-bestemmer-metoden og Små Skridt-metoden (Holm, 2017, s. 12), hvor sidstnævnte anbefales som metode af Sundhedsstyrelsen og blandt andet indgår i forebyggelsespakken for overvægt (Sundhedsstyrelsen, 2018b, s. 27-28). Små-Skridt-metoden er udviklet til brug for sundhedsprofessionelle som udgangspunkt for vejledning, men særligt som et selvhjælpsværktøj, der henvendt direkte til brugeren: "... giver dig mulighed for at lave ændringer i en sundere retning, i et tempo der passer til dig. Det er dig der bestemmer, og det er dig, der skal tage det næste skridt i en sundere retning (Sundhedsstyrelsen, 2018d). Citatet og beskrivelser af metoden i en guide til brugeren, indikerer et perspektiv, hvor mennesket er det styrende i forandringsprocessen, kontra det menneskesyn analysen indtil nu har afdækket i HM. I Små Skridt-metoden og Du-bestemmer-metoden synes den medicinske tradition, som nævnt ovenfor, at træde i baggrunden for en involverende praksis, hvor mål og indhold i processen defineres af den, som overvægten vedrører (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning, 2015, s. 1-3) (Dalsgaard, Jensen, Kristensen, Thastrup, & Ziebell, 2007, 3.1). Metoden Den Motiverende Samtale går ikke udelukkende på væggtab, den forudsætter tilstedeværelsen af en sundhedsprofessionel og: "... fungerer ved at aktiverer patientens egen motivation for forandring..." (Miller, Rollnick, & Butler, 2009, s. 19) samt kræver af den sundhedsprofessionelle: "... en vis distanceret holdning til resultaterne - ikke i form af ligegyldighed, men snarere som en accept af, at mennesker kan og vil træffe deres egne valg om, hvordan de vil leve deres liv." (Miller, Rollnick, & Butler, 2009, s. 22). Der synes således at være en væsentlig forskel i tilgange til det sundhedspædagogiske projekt mellem HM og Små Skridt-metoden og lignende metoder i forhold målsætning for vægttabet. For HM suppleres tidligere nævnte

hjørnesten med patologisk blik på overvægt fremhævet af, ifølge Holm, den anden hjørnesten i metoden, som værende en rammefaktor, hvor den sundhedsprofessionelle må forholde sig til den medicinske forståelse af fedtmasseregulering i kroppen (Holm, 2017, s. 12). Det sundhedspædagogiske projekt i HM rummer medicinske forudsætninger, som synes ufravigelige og som ikke kan defineres af mennesket, som vægttabet vedrører. Perspektivet om begrænset selvbestemmelse i forhold til mål og indhold, er af betydning for den læringsproces, borgeren skal gennemgå. En væsentlig rammefaktor går således på en opfattelse af forandringen, som deduktivt i forhold til menneskets tilpasning til det medicinske, hvor forandringen i det sundhedspædagogiske projekt ved Små Skridt-metoden, synes at tage udgangspunkt i det specifikke for det enkelte menneske, her borgeren.

De mere praktiske rammefaktorer går blandt andet på tidsaspektet for forløb med HM. For metoden, som den oprindeligt er tiltænkt børn, samt for borgere i genstandsfeltet, gælder det, at et forløb afsluttes, hvis målet om vægttab er nået. I forhold til elementer i relationsmodellen, understreger dette perspektiv på tid, yderligere den ydre styring af borgerens forandring gennem mål om vægttab og succeskriterier for de fysiologiske målinger, hvor rammen for forandringsprocessen og herigennem læringen således afgrænses. I forhold til tidsperspektivet ekspliciteres en forventning om, at borgeren opnår et vægttab efter et halvt år i forløbet, på baggrund af de sundhedsprofessionelles erfaring med metoden og mål om vægttab (bilag 8, s. 7, 15) (bilag 9, s. 11-12, 13-14) (bilag 11, s. 2). Som det er fremhævet tidligere i specialet, er det interessant at se nærmere på de motivationelle elementer i forhold til tilegnelse af viden og egenskaber, der sætter borgeren i stand til at opnå målet om vægttab. Rammefaktorer anser jeg i nogen grad, som værende overlappende med det indholdsmæssige element, der indkredser tilrettelæggelsen af forløb med HM (Hiim & Hippe, 2007, s. 80), og elementet læreprocessen, der handler om, hvordan læringsprocessen forventes at ske (Hiim & Hippe, 2012, s. 103-104). I det følgende vil analysen beskæftige sig med elementet indhold, med henblik på at nuancere læringsforståelsen i HM yderligere.

### **3.4 Indhold i Holbæk-modellen**

Med indholdselementet som dimension for analyse af tilrettelæggelse af læring, er der en særlig interesse for, hvordan der skabes sammenhæng til målet om vægttab, og hvilken forståelsen for læring, der ligger heri. Ud fra tidligere skitsering af forløb med HM som en form for undervisningssituation, indkredser afsnittet det *noget* er, som metoden vil med den enkelte. Der tages udgangspunkt i Illeris' forståelse af indhold som viden, forståelse og færdigheder (Illeris, 2009, s. 40), for at kunne præcisere roller i processen for de forskellige aspekter.

## Handlingsorientering i et magtperspektiv

I sin oprindelige form fremhæver Holm, HM baseret på principper, der går ud over ernæring og fysisk aktivitet, som det er tilfældet i genstandsfeltet (bilag 11, s. 1), og intentionen fremhæves at være: "... at behandleren skal ændre alle uheldige livstilsvalg der vides at medføre eller opretholde svær overvægt til sunde livsvalg med det samme." (Holm, 2017, s. 12). Foruden perspektivet om ydre styring, som er fremhævet tidligere i analysen, synes citatet at indikere element af ansvar for sundhedsfremme i læringsprocessen. For både HM, som den kommer til udtryk i artiklen og i forløbet i casen, indledes forløb med ovenstående afklaring af adfærd og livsstil og herigennem viden og forståelse hos borgeren, hvorefter den sundhedsprofessionelle udarbejder en handleplan med omkring 15-20 punkter, som det forventes at borgeren efterlever (Holm, 2017, s. 12) (bilag 11, s. 1-2). Ud fra et didaktisk perspektiv er dette et manifesteret indhold, og de sundhedsprofessionelle i casen, Morten og Anne, fremhæver konkretiseringen som værende central for særligt opstarten, men ligeledes undervejs i forløbet (bilag 8, s. 5-6) (bilag 9, s. 11). Observationerne i specialets undersøgelse har vist, at handlepunkterne kan gå på områder som måltidsfrekvens, valg i forhold til forskellige fødevarer, energirestriktion, omfang og type af fysisk aktivitet og begrænsning af forskellige fødevarer (bilag 7). Efter de observerede samtaler fremhæver Morten i forhold til handleplanerne, at:

Det er ikke bare lige til, at man skal skære ned eller ændre på nogle ting. Der er selvfølgelig også nogen, hvor det er for voldsomt, men størstedelen, de kan faktisk sagtens det her og er også glade for at have nogle retningslinjer at følge. Det tænkte jeg måske også, okay er det for voldsomt, og det var måske også den tanke jeg havde, da jeg hørte om det første gang. Men jeg synes faktisk ikke, at det viser sig at være det, tværtimod. Faktisk så tror jeg, at det kommer borgeren til gode, det med at de har nogle retningslinjer og får en forståelse af, hvorfor gør vi det her, hvorfor skal de ændre på de ting. ... Lad os sige at vi har en borger, som kommer ind og vedkommende har svært ved at spise eftermiddagsmad. Jeg behøves faktisk ikke engang at fortælle, hvad det er, det har faktisk forstået første gang. (bilag 8, s. 22)

Citatet rummer en forståelse for, at indholdsdelen i HM kan synes fjern fra den viden og forståelse, som Morten opfatter, at borgerne har. Herigennem synes at være et sundhedsprofessionelt ansvar for, at indholdet, i form af viden og forståelse, bliver tilgængeligt for den enkelte borger og tilegnes som færdigheder, der gør borgeren i stand til at nå målet. Det vil det således ikke være meningsgivende at styre borgeren på områder, hvor planen følges og færdigheden er tilegnet. Det er muligt, at der ikke vil være tale om en tilegnelsesproces, snarere en bekræftelse af handlingen, som



en accepteret færdighed hos borgeren. Ansvars-elementet kan rumme den i specialet tidligere fremhævede styring, men ud fra ovenstående et muligt mere interaktionistisk perspektiv. Dette er argumenteret gennem en forudsætning om dialog i vejledningen, som jeg formoder ligger til grund for udarbejdelse og løbende justering af handleplanen. Indforstået, at feedback og respons i behaviorismen ligeledes ses som en interaktion med omverdenen, men i lyset af specialets videnskabssteoretiske udgangspunkt går forståelsen af interaktion her på samspil af mere social og dialogisk karakter. Ansvar og den mulige ydre styring, kan i lyset af dette, ses ud fra idéhistorieker Michel Foucaults teorier om *governmentality*, som: "... dækker over styringens to sider, den man søger at udøve over andre, og den man udøver over sig selv. ... de to sider af styringen beskrives med ordpar som beherskelse-selvbeherskelse, kontrol-selvkontrol og disciplin-selvdisciplin." (Vallgård, 2004, s. 118). Den sundhedsprofessionelle synes at have et ansvar for at gøre viden om indholdet i HM tilgængeligt for borgeren og herigennem styre borgeren mod handlinger, som kan være fremmede for målet. Denne form for magtudøvelse, *governance*, er tidligere i analysen skitseret ud fra et reduceret blik på mennesket, som værende genstand for mindskning af kropsmassen og herigennem fremme af folkesundheden. Imidlertid fremhæves det, hvordan styring til selvstyring, legitimeres gennem magtudøvelsens bidrag til: "... at skabe noget, folk ønsker. Den virker derfor ikke kun begrænsende eller undertrykkende." (Vallgård, 2004, s. 119). Målet om væggtab, er tidligere nævnt som primært mål i HM, men samtidig formodes det, at være et ønske fra borgeren. I forlængelse af citatet er det væsentligt her at fremhæve, at Foucault taler om: "... at magt udøves over frie mennesker, som (inden for visse rammer) har mulighed for at handle, som de selv ønsker." (Vallgård, 2004, s. 118, kildens fremhævelse). Denne positive magtopfattelse, i tråd med konkretisering af indhold for borgeren forandringsproces, kan nuancere det tidligere fremhævede menneske- og læringssyn i analysen, ved at præcisere borgerens reelle muligheder for at styre sig selv mod tilegnelse af færdigheder og mod en forandring.

Konkretisering af indhold i HM til styring af borgeren gennem handleplanen legitimeres af overlappende ønsker mellem borger og sundhedsprofessionel til mål om væggtab samt muligheder i en individuel tilpasning. I det følgende indkredses læringsforståelsen gennem behandling af, hvordan læring kan foregå inden for rammerne af HM.

### **3.5 Læreprocessen**

Analysens behandling af den didaktiske models element læreprocessen, anvendes relationelt som opsamlende på foregående elementer og integrerende i forhold til at afdække læringsforståelser i HM. Elementet læringsforudsætninger vil indgå som begreb, som en del af dette afsnit, med en forståelse for at det oprindeligt er et selvstændigt element i Hiim & HIPPES didaktiske

relationsmodel, til afdækning af den lærendes, her borgerens, holdninger baggrund, værdier (Hiim & Hippe, 2007, 78). Disse parametre er i nogen grad afdækket i genstandsfeltet gennem specialets undersøgelse, og er således empiriske fund relevant for problemformuleringens andet delspørgsmål om borgeren oplevelse af HM. Afsnittet vil således indkredse mulige forudsætninger for læring gennem behandling af elementet læreprocessen i lyset af analysen af det indholdsmæssige i HM.

### **Facilitering af læring i Holbæk-modellen**

Fra tidligere nævnte artikel omkring HM til børn, er der indikeret en forståelse for overvægt som en kronisk sygdom, der bør behandles i dette øjemed. Dette understreger Holm, at behandleren bør eksplicite og de fysiologiske udfordringer i kroppen, som kan besværliggøre og direkte begrænse et vægttab. Sidstnævnte om kroppen som fysisk modstander af forandring, som den anden af de tre hjørneste, der fremhæves i artiklen (Holm, 2017, s. 12). Den tredje hjørneste vedrører, hvordan metoden gribes an pædagogisk set, hvor Holm, som tidligere nævnt, fremhæver metoden som værende af paradigmatisk karakter: "Den nye pædagogik er evalueret til at bidrage med selvidentifikation og værende autentisk, hvilket giver patienten mulighed for at tage behandlingen til sig forstået som styring til selvstyring eller omsorg til egenomsorg." (Holm, 2017, s. 12). Citatet bekræfter analysens behandling af det indholdsmæssige element, om den sundhedsprofessionelle anvendelse af HM som en positiv magtudøvelse, dette gennem at tilrettelæggelsen af borgerens læringsproces går på formidling af indhold, som sætter borgeren i stand til at nå målet. I casen er der tale om forandring hos den voksne, hvorfor det er muligt at magtperspektivet opfattes anderledes lyset af HM, som den er tiltænkt til børn. Den følgende del af analysen vil koncentrere sig om HM, som den anvendes i casen. Med målgruppen for tilbuddet i kommunen, som værende voksne over 18 år inddrages perspektiver på voksenlæring og den tidligere foreslåede dialogbaserede vejledning.

Psykolog Carl Rogers anskuer læring ud fra et relationelt perspektiv mellem underviser, facilitatoren, og den lærende. Rogers fremhæver vigtigheden af at skabe sammenhæng til den lærendes erfaring og værdier, og herigennem udvise værdsættelse (Wiberg, 2013, s. 213). I lyset af analysens behandling af elementet indhold, kan det således være væsentligt at underbygge sammenhængen mellem borgerens nuværende viden, som en forudsætning for at tilegne sig færdigheder, der bringer borgeren nærmere målet. Ved observation af borgeren Carsten, gennemgår Morten handleplansplanen, og de taler om morgenmad, pålæg og rugbrød. Morten understreger, at der ikke er meningen, at planen skal føles restriktivt i en sådan grad, at det går ud over Carstens dagligdagsliv, og forklarer specifikt baggrunden for de ernæringsmæssige valg, planen foreskriver, der skal træffes. Undervejs i samtalen får Carsten be- og afkræftet sin eksisterende viden om de forskellige fødevarer gennem eksplicite og konkretiserede spørgsmål (bilag 7, s. 3-7). I interview

med Morten, understreger han vigtigheden af, at forklare borgeren baggrunden for de forskellige principper i modellen (bilag 8, s. 5) og Anne taler om, at hun oplever præciseringen af handlepunkterne, som værende afgørende for, at borgerne opnår et vægttab:

Der er selvfølgelig rigtig mange som synes, det her, det er simpelthen for hårdt. Det er for mange ting at gå ind og arbejde med på en gang. Samtidig vil jeg også sige, at det er heller ikke sådan jeg forventer, og det kan jeg også godt finde på at sige allerede ved den første samtale, det er jo ikke sådan at jeg forventer, at de skal have styr på alle atten til tyve punkter til næste gang. Men jeg forventer at de for godt styr på nogle af dem, og så er der nogle ting vi arbejder videre med og bliver ved med at have som fokusområde. (bilag 9, s. 12-13)

Det er muligt at det funktionelle i HM afdækkes for borgeren og får mening gennem dialog med den sundhedsprofessionelle. I lyset af Rogers' teori, er den sundhedsprofessionelle faciliterende for, at læring og forandring hos borgeren kan finde sted, gennem inddragelse af borgerens egne oplevelser med metoden (Wiberg, 2013, s. 213). Herigennem at læring som en ydre forudsætning i HM må understøttes af en oprigtighed hos den sundhedsprofessionelle i forhold til at anerkende borgerens viden og færdigheder og tillægge disse værdi (Illeris & Berri, 2005 s. 33-36). I forlængelse af dette fremhæver Rogers et begreb om tillid til den lærende, her borgeren. Hvis facilitatoren formår at imødekomme førnævnte, er der muligheder i at undervisningen, her vejledningen, består af mere end udelukkende instruktion (Wiberg, 2013, s. 214). Borgerens fysiske forudsætninger i form af overvægten, som gennem HM's grundlag problematiseres i forhold til både den enkeltes sundhed og folkesundheden, formodes at forblive en passiv kendsgerning, hvis menneskesynet indsnævres til medicinske begreber, som afhjælpes gennem instruktion og en forventning om, at borgeren tilpasser sig ureflekteret. At borgeren og dens erfaringer, viden og nuværende færdigheder inddrages, anser jeg som værende en forudsætning for, at handleplansplanen kan efterleves og på sigt føre til vægttab, fysisk forandring af borgerens krop og herigennem fremme af borgerens sundhed.

Ovenstående, omkring borgerens læring forudsat af en dialogisk relation til den faciliterende sundhedsprofessionelle, skal ud fra Rogers perspektiv anses som det ene af to aspekter, af det han betegner som signifikant læring. Det andet aspekt går på at borgeren, som et helt menneske må engagere sig, og oprigtigheden, som er nævnt ovenfor gælder således også for borgeren. Læringen er forudsat af, at der fra borgerens side af er et oprigtigt ønske til at gennemgå forandringen, som Rogers betegner som indre motivation (Illeris, 2012, s. 153). Med analysens tidligere indkredsning af vægttabet som det primære mål for forløbet, fastsat af de sundhedsprofessionelle, synes det ud fra beskrivelser af HM samt observationer vanskeligt at indkredse forståelsen nærmere end

motivationen som en implicit forudsætning gennem borgeren deltagelse i tilbuddet. Den drivkraftsmæssige dimension af læring i HM, kan således synes sekundært til tilegnelsen af den indholdsmæssige del gennem forklarende og forstående dialog med den sundhedsprofessionelle.

### **3.6 Delkonklusion**

Gennem anvendelse af didaktiske perspektiver på problemformuleringens første delspørgsmål har analysen indkredset en mulig læringsforståelse i HM til brug for den videre analyse af først borgerens oplevelse og senere den sundhedsprofessionelle anvendelse af metoden.

Læringsbegrebet i HM baseres på vedvarende forandringer, der sigter mod en mindskning af fysisk overvægt hos borgeren og herigennem en forbedring af borgerens sundhed. At der er tale om en forbedring bunder i et samfundsmæssigt sigte om en mindskning af risikofaktorer, i forhold til udvikling af overvægtsrelaterede sygdomme og herigennem en forbedring af folkesundheden. Ud fra den didaktiske præmis om, at ville noget med nogen, er det noget her et sundhedsprofessionelt sigte om, at HM rummer muligheder i at opnå målet om vægttab hos borgeren. Analysen har indikeret at borgeren gennem frivillig deltagelse i forløb med metoden, synes at have overlappende ønsker til målet om vægttab, men det er muligt, at det forbedrende element, kan gå på andre parametre foruden de fysiske. Grundlaget for at forandringen kan finde sted går på at imødekomme målet gennem tilegnelse af viden om ernærings- og motions relaterede aspekter og en sundhedsprofessionel vurdering af om målet nås gennem fysiologiske målinger. Forandringsprocessen mod målet er forudsat af, at borgeren får en forståelse for det indholdsmæssige i metoden og aktivt forsøger sig med konkrete handlinger, som ekspliciteres af den sundhedsprofessionelle. Gennem de fysiologiske målinger og dialog med den sundhedsprofessionelle, skabes der feedback på borgerens viden og kunnen og udvikling af disse. Udviklingen synes at gå på en tilpas integrering af borgerens erfaring og oplevelse med vægttabet ud fra et perspektiv om magtforhold i relationen mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle. Den sundhedsprofessionelle er i analysen fremhævet, som værende af betydning for hvordan forandringen sker, og magtforholdet synes således positivt i lyset af forandring af borgerens potentialer for at handle gennem indholdet i HM.

Det følgende afsnit i specialets analyse vedrører problemformuleringens andet spørgsmål om, hvilke oplevelser borgeren har med forløb med HM. Analysen har indtil nu beskæftiget sig med HM ud fra en præsentation af en mulig læringsforståelse, som der løbende vil blive refereret til gennem analyse af de resterende to delspørgsmål til problemformuleringen, med et sigte om at analysere og diskutere ud fra fund i specialets empiriske undersøgelse samt nuancere perspektiverne gennem anvendelse af de tidligere foreslåede teoretiske perspektiver.

## 4.0 Borgerens oplevelse af Holbæk-modellen

Til brug for analyse af problemformuleringens andet delspørgsmål om borgerens oplevelse af HM tages der udgangspunkt i de emner og områder, som jeg tidligere har fremhævet i de indsamlede empiriske materiale i specialets undersøgelse. Det motivationelle perspektiv ønsker jeg udfordret gennem teoretiske perspektiver i lyset af problemformuleringen og ud fra fund i analysens første del om en mulig læringsforståelse, hvor motivation for forandring hos borgeren synes at være implicit i borgerens deltagelse i tilbuddet. Der tages udgangspunkt i casen primært i interviewet med borgeren Katrine og til dels observationerne af den opfølgende samtale, hun har med Morten.

### 4.1 Motivation i sundhedsfremme i et borgerperspektiv

Med frivillig deltagelse i tilbuddet med HM i kommunen og det skitserede primære mål om vægttab i analyse af første delspørgsmål, synes der at være grund for at udforske det drivkraftsmæssige element i borgerens læringsproces. Ud fra Ryan og Deci opfattelse af motivation som et kontinuum, indkredses yderpunktet om *amotivation*, at afspejle forskellige elementer af inkompetence til handling, uvilje, ureflekteret handling eller manglende intention til handling (Ryan & Deci, 2000, s. 72). Gennem interview med borgeren Katrine, beskriver hun rekrutteringsprocessen forud for forløbet i Sundhedshuset:

Hen over sommeren tog jeg bare på, jeg spiste jo bare løs af alt. Det stopper jo nok på et tidspunkt. Men så kom jeg til årlig kontrol for kolesterotal, der gik jeg hver tredje måned for kontrol. Jeg kom op til lægen og sagde, jeg er faktisk ret ked af mig selv. Astmaen havde det heller ikke godt, og det hele var bare et stort sort hul. Men så siger lægen, kan vi gøre noget ved det, eller skal vi gøre noget ved det nu, så har jeg faktisk noget. Ja, for det er nu jeg har motivationen til det, det nu jeg gerne vil gøre noget ... Jeg siger, ja tak, det kan vi da godt, fordi jeg vil bare i gang. (bilag 10, s. 3-4)

Citatet rummer modsatrettede elementer af førnævnte indikatorer på amotivation, og Katrine fremhæver ydre fysiske parametre som grund for at ville deltage i et tilbud, og hun ekspliciterer en lyst eller vilje til deltagelse og bruger direkte ordet *motivation*. Amotivations modsætning på kontinuummet er, som tidligere nævnt indre motivation, karakteriseret af udførelse af en handling eller aktivitet, katalyseret af lyst til og tilfredsstillelse af selve aktiviteten eller handlingen (Ryan & Deci, 2000, s. 71). Omend der er tale om frivillig deltagelse i forløbet, synes det motivationelle for borgeren at befinde sig et sted midt på kontinuummet, hvor ydre motivation et nuanceret gennem forskellige mængder af indre og ydre styring. Dette argumenteres ud fra fund i analysen første del, om ydre styring i form af overvægt som negativt fænomen. I en rammesætning, hvor konsekvensen af overvægt opfattes negativt, finder jeg det vanskeligt, og tilnærmelsesvis utopisk, at forestille sig et

vægttabsforløb katalyseret af en indre lyst og tilfredsstillelse ved blot vægttabet. Dette perspektiv kan kompliceres yderligere af en diskussion af vægttab som aktivitet, snarere end resultatet af en lang række aktiviteter. I interview med Katrine, spørges der ind til sundhedsbegrebet, hvortil hun svarer:

... jeg har haft nogle karakterer der hedder, at jeg havde forhøjet kolesterol, og skulle ned i vægt. For det kunne jo ende med mit liv. Det var ligesom det der var i det. Sundhed for mig det har altid været noget, ja hvad skal man sige, det har altid bare været en ting, der bare har været der." (bilag 10, s. 1).

Gennem interviewet, fremhæver Katrine yderligere, hvordan forskellige sygdomsmæssige aspekter ligger til grund for ønske om vægttab og deltagelse i tilbuddet i Sundhedshuset (s. 5, 6, 7, 13). Dette indikerer en overensstemmelse med det primære mål for HM, fremhævet i analysens første del, men det intentionelle bag målet er for borgeren baseret på bekymring for konsekvenserne af sygdomme relateret til overvægten og i mindre grad folkesundheden. I det følgende vil jeg anvende begreberne autonomi, kompetence og samhørighed i SDT til at karakterisere graden af den foreslåede ydre motivation for borgeren

### **Autonomi**

Elementet autonomi vedrører en oplevelse af, at handlinger sker på baggrund af selvstændige beslutninger og vilje, frem for ydre kontrol (Ryan & Deci, 2000b, s. 59). Katrine fremhæver erfaringer fra tidligere forløb i kommercielle tilbud, hvor den ydre styring synes at have været dominerende:

Jeg har haft det sådan, at andre aldrig har spurgt ind til, hvordan mit forløb er gået, hvordan jeg har haft det, jeg er altid blevet nedgjort og banket i hovedet hvor de så har sagt: Du skal huske, du skal tænke på, du skal gøre sådan og sådan Og det har man ikke lyst til. (bilag 10, s. 1)

... alle de andre steder (kommercielle forløb) kørt hen over hovedet på en, jamen der kan du bare gøre det bedre næste gang. Det er jo ikke det, jeg har behov for. (bilag 10, s. 6-7, min fremhævelse i parentes)

Så må man bruge de redskaber, man kan få. Og så lade være med at banke sig i hovedet, hvis man har taget på. Så må man bare op på hesten igen, og så lytte til, hvad er det så man kan gøre. ... vi mennesker har tendens til at dømmes os selv, at nu har vi gjort noget forkert... Nogle gange må man bare stoppe op og sige: Er det det her, jeg vil? Det er jo ligesom det, det jeg har fået her. ... jeg vil gerne ned i vægt, godt så, så skal vi tænke på at komme ned i

vægt. Og så må det jo tage den tid jeg tager, om det så skal tage et, to eller tre år, det er ligemeget for mig. Det er ikke noget kapløb for andre, det er et kapløb for mig selv. (bilag 10, s. 8)

Med en umiddelbart lignende stringens for det indholdsmæssige i de kommercielle tilbud, skitserer ovenstående citater en forholdsvis positiv opfattelse om ydre styring gennem en ifølge Ryan & Deci identificeret styring (*identified regulation*) og personlig betydning (*personal importance*) (Ryan & Deci, 2000b, s. 72, min oversættelse). Der synes at være en bevidsthed hos Katrine, om at de konkrete handlinger, er styret af HM's principper gennem den sundhedsprofessionelle, men at hun alligevel oplever dem som værende en selvstændige beslutninger. Det kontrollerende og styrende element synes herigennem legitimeret af borgeren. Ved at inddrage SDT's yderligere to komponenter, er det muligt at indkredse det motivationelle yderligere.

### **Kompetence**

Det kompetencemæssige element i SDT står i relation til teoriens øvrige elementer, og kan ikke isoleret set fremme motivationen til noget indre (Ryan & Deci, 2000b, s. 70). I forlængelse af ovenstående indikation af borgerens oplevelse af legitim styring gennem den personlig betydning, som vægttabet potentielt kan have for sygdomme og velbefindende, forholder Katrine sig i interviewet til den indholdsmæssige den i forløbet:

I fællesskab med dem (de sundhedsprofessionelle), der finder vi frem til, at vi kan prøve at gøre det sådan her og vi kan prøve at ændre en lille smule der. Og det er jo det, jeg har savnet, alle de andre steder kørt hen over hovedet på en, jamen der kan du bare gøre det bedre næste gang. Det er jo ikke det, jeg har behov for. Jeg har behov for at nogen giver mig noget håndgribeligt, som briefing, hvor vi snakker bagefter, hvor jeg siger, jeg ved godt, hvad jeg skal gøre, men jeg har bare ikke overskud til det lige nu. (bilag 10, s. 6-7, min fremhævelse i parentes)

Det er ligesom folk på der er på Julemærkehjem og sådan noget, hvor de får nogle redskaber til, hvordan skal jeg gøre med mit liv herfra og dertil, for at få et resultat. Det er lige netop det, jeg har fået redskaber, jeg er glad, jeg har det fint med at komme (til opfølgning). (bilag 10, s. 8, min fremhævelse i parentes)

Vi kalder det ikke en kur, vi kalder det en kostomlægning. Så lyder det ikke så voldsomt, når folk siger kure, jamen du har jo også lige været på slankekur, nej det er ikke en slankekur, det er en kostomlægning. (bilag 10, s. 9)

Forud for interviewet har jeg, ved den opfølgende samtale, observeret lignende udtalelser, hvor Katrine har ekspliciteret en forståelse for nødvendige handlinger for at nå målet og en oplevelse af, at hun er kompetent til at udføre disse handlinger (bilag 7, s. 8-9). Citaterne synes ligeledes at indeholde en forståelse for forandringens tidsmæssige aspekt, som efterspørger kompetent handling i et langsigtet perspektiv, hvilket stemmer overens med tidligere fund i analysens første del om elementet mål. Katrine fremhæver, hvordan præsentationen for konkrete handlinger opleves som konstruktive for processen frem mod målet. Ud fra et motivationelt perspektiv er det muligt, at elementet kan nuanceres nærmere noget ydre motiveret gennem det Ryan & Deci betegner som introjiceret regulering (*introjected regulation*), hvor forandringen delvist er reguleret udefra og tilegnelsen af HMs indhold går på ubevidst selvstyring (Ryan & Deci, 2000, s. 72, min oversættelse). Det ubevidste forstås her som vedrørende den motivationelle del og ikke evnen til at forholde sig reflektivt til sin tilværelse.

Gennem interview med Katrine synes der at være en indikation af, at hun oplever sig selv som kompetent til at udføre handlingen. I lyset af SDT, giver ovenstående mening i sammenhæng med teoriens øvrige elementer, hvor sidste element, samhørighed, behandles i det følgende ud fra et motivationelt perspektiv på den feedback, som Katrine oplever fra omgivelserne, her de sundhedsprofessionelle.

### **Samhørighed**

Det samhørighedsskabende element går på individets behov for oplevelsen af at føle en tryghed i de relationer, de indgår i (Ryan & Deci, 2000b, s. 64). Under min fremhævelse af emner i specialets afsnit om undersøgelsens resultater beskriver jeg, hvordan jeg observerer, at Morten indleder de opfølgende samtaler med at spørge uspecifikt ind til, hvordan det er gået borgeren siden forrige samtale (bilag 10, s. 1, 3, 8). Katrine beskriver, hvordan hun oplever dette som værende positivt for processen:

Jeg sagde også til hende, det var sådan helt underligt, at man skulle igennem hele repertoiret igen, man havde lagt bag sig, før i tiden har man bare tænkt, det var bare normalt, men det var det sådan set ikke. Så man får lige en øjenåbner, og tænker, hey her er jeg, og endelig er der nogen der spørger ind til mig. (bilag 10, s. 4)

Elementet af oprigtighed hos, som det er fremhævet i første del af analysen, synes ud fra ovenstående, at være til stede i relationen gennem eksplicitering af den sundhedsprofessionelles interesse for borgerens liv generelt. I interviewet beskriver Katrine, hvordan hun har et ønske om at



være mere fysisk aktiv men er begrænset af sygdomsrelaterede aspekter, og at hun oplever det svært at nå målet generelt på grund af fysiske begrænsninger:

Ligesom jeg ikke kan komme ud af den der onde spiral. Men der synes jeg også stadigvæk at de (sundhedsprofessionelle) var gode til at sige, jamen du kan bare gøre lidt. Det behøves ikke være en time, men bare en halv time. prøv at ændre nogle ting, småting. (bilag 10, s. 5)

... jeg er også meget mere glad, når jeg kommer (til opfølgning). Jeg er ikke så ked af det, når jeg godt ved, jeg har gjort noget, jeg ikke skulle gøre. ... de (de sundhedsprofessionelle) er jo ikke sådan nogle som skælder ud og siger, nej nu har du været syg igen, hvad skal vi gøre ved det? Det er jo ligesom, at det er rart, endelig er der nogen som der forstår en. At man har de odds imod sig, både fysiske, psykiske og madmæssigt og det hele. Nogle gange er det da også svært for mig at sætte mig ned og sige, jeg ved da godt jeg har spist det her slik og den her dessert og ikke dyrket så meget motion, som jeg skulle. Men jeg har bare ikke haft overskud til det. Endelig er der nogen, der lytter til det jeg (!) fortæller og siger, at vi har noget i fællesskab, altså den person som sidder overfor mig, kan hjælpe mig tilbage. (bilag 10, s. 7)

Citaterne indikerer, en oplevet ambivalens om, på trods af at vide og forstå hvad vægttabet kræver af handlinger, at borgeren ikke har handlet aktivt, som bliver mødt med lytning. Dette kan tyde på en oplevelse af fortrolighed og en accept i borgerens deling af tanker omkring manglende handling processen, og dette kan indikere en følelse af tryk i relationen. I ovenstående giver borgeren udtryk for en oplevelse af vægttabet som en fælles proces gennem legitimering af den sundhedsprofessionelles styring gennem *hjælp*, og der synes at være en oplevelse af kongruerende intentioner. Der kan således stadig være tale om mere indre reguleret styring, som det tidligere er fremhævet i analysen under elementet autonomi, da der ikke synes at være tegn til et yderligere ydre motiveret perspektiv gennem straf, som det fremlægges af Ryan & Deci (Ryan & Deci, 2000b, s. 72). Det fremhævede magtforhold under specialets analyse af første delspørgsmål om læringsforståelser i HM, synes ud fra ovenstående at være nuanceret yderligere gennem gensidig accept af behovet for styring af processen, hvor processen og borgeren ikke instrumentaliseres fuldt ud gennem målet. Gennem oplevelsen af samhørighed synes en umiddelbar ydre styret proces at indeholde til dels indre motiverede intentioner.

Det følgende afsnit i analysen undersøger borgerens oplevelse af handlemuligheder og adfærd ud fra HM og Deweys begreber om erfaring og handling.

## 4.2 Handlinger, vaner og adfærd i et borgerperspektiv

Udgangspunktet for Deweys begreb om læring går på en forståelse af den kontekstuelle betydning og menneskets deltagelse i verden gennem handlinger, og herigennem *erfaring*, hvor erfaringsbegrebet forstås som:

Erfaring kan kun forstås ved at notere sig, at den både omfatter et aktivt og et passivt element, der er forbundet på en ganske særlig måde. I den aktive forståelse er erfaring 'at *forsøge sig*' (...). I den passive forståelse er erfaring 'at *gennemgå*'. (...) Når aktiviteten fortsættes *ind* i gennemgangen af konsekvenserne, når forandringen skabt af handling reflekteres tilbage ind i en forandring i os, når den evige strøm lades med betydning, så har vi lært noget. (Dewey i Elkjær & Wiberg, 2013, s. 129, kildens fremhævelse).

I interviewet med Katrine, refereres der til tidligere oplevelser med vægttab på egen hånd og i kommercielle væggtabsforløb (bilag 10, s. 2, 4, 8). Da interviewet går på retrospektive refleksioner er det uvist, om der ud fra ovenstående opfattelse, har været tale om en daværende samtidig refleksion gennem handlinger mod et vægttab ved eksempelvis at veje sin mad. Således er det muligt at tidligere oplevelser med væggtabsforløb går på den aktive del af erfaring om at forsøge sig med handlinger og aktiviteter. Det reflektive element synes at være til stede eksempelvis ud fra ovenstående om, at det Katrine ekspliciterer besværligheden i at medbringe en vægt, hvor hun færdes (bilag 10, s. 2-3), men det er muligt at denne aktivitet ikke fortsættes ind i en gennemgang af konsekvenserne. Med udgangspunkt i specialets videnskabsteoretiske ståsted om socialkonstruktivismen er det muligt, at det reflektive og viden om borgerens erfaring kommer til udtryk på baggrund af interaktioner og meningsudveksling i interviewet. Med dette perspektiv udforskes erfaringsbegrebet med udgangspunkt i borgerens oplevelse af samhörighed i relationen til den sundhedsprofessionelle.

Tidsperspektivet om et toårigt forløb, hvor borgeren og den sundhedsprofessionelle er i kontakt hver 6.-8. uge, synes at være rammesættende for muligheder i udvikling af borgerens reflektive kompetencer. Med dette menes, at der som med interviewet skabes rum for eksplicitering af det reflektive ved de opfølgende samtaler:

... de spørger ind til dig: Har du det godt? Hvad kan vi ændre i fællesskab? ...man får lidt en øjenåbner for, hvad man kan gøre noget ved og så banker de ikke en oven i hovedet, når man ikke har gjort det, man skal. Det er jo det, jeg synes er rart ved sådan nogle ting, at jeg har jo været på mange forskellige kure... (bilag 10, s. 1-2)

... at selvom jeg har været syg, og selvom jeg ikke har spist optimalt, men jeg har følt mig mindre sulten, jeg spiser mindre portioner, jeg er begyndt at tænke over, hvad jeg spiser. ... Og som jeg sagde til ham (Morten)... Der er bare lige sådan nogle dagperioder, jeg kommer ned i, og det er jo på grund af, at jeg ikke kan få luft og sådan noget, på grund af vejret, som påvirker mine lunger, det påvirker mit system. (bilag 10, s. 5-6, min fremhævelse i parentes)

Jeg har en veninde som også går derinde, og som også kører individuelle forløb. Det har jeg det rigtig fint med for så kan vi jo snakke sammen og dele erfaringer og sige jeg har gjort sådan og sådan og hjælpe, hvis det går lidt skidt med hende. Så kan jeg ligesom sige, har du prøvet det og det. (bilag 10, s. 11)

Spørgsmålene i interviewet går på HM, eftersom det er specialiets fokus, hvilket kan ligge til grund for, at der hovedsageligt tales om relation til den sundhedsprofessionelle. Katrine nævner i ovenstående citat, en veninde, hvor der gennem erfaringsdeling kan være elementer af noget refleksivt. Imidlertid kan kontinuiteten i samtalerne med sundhedsprofessionelle i Sundhedshuset styrke sammenhængen mellem aktivitet og gennemgang af konsekvenser gennem en systematisering. Dette går på den ene side, det konkrete i handleplansplanerne, som borgeren forsøger sig med mellem samtalerne, og på den anden side det systematisk refleksive i at den sundhedsprofessionelle spørger ind til, hvordan borgeren oplever de tidligere handlinger. Denne tosidede proces orden fremhæver Dewey som værende afgørende for, om der sker en læringsproces, her hos borgeren. Tidligere er fremhævet, at Katrine oplever at blive lyttet til af den sundhedsprofessionelle, at der er tale om omlægning af nuværende kost og ikke en kortvarig kur og at hun er bevidst om at *plejer*, her forstået som nuværende aktiviteter og handlinger der fortsætter uændret, ikke bringer hende nærmere målet om vægttab på lang sigt (bilag 10, s. 7, 9, 8). Yderligere fremhæver Katrine i interviewet, at:

De er også gode til at spørge ind til tingene, i stedet for bare at lade det ligge. Det har bare lige givet det der ekstra skub, når der kommer en person og spørger: Hvordan har du det? Hvad kan vi lave om, hvad kan vi gøre mere ved det, kan vi gøre mere ved det? Man hviler i sig selv og er ikke til forhør, det har jeg prøvet mange gange. Endelig er der nogen, der lytter til, hvad jeg har at sige. Det har man behov for, når man som mig har været overvægtig. (bilag 10, s. 13)

Men jeg tager det stille og roligt, fordi jeg ved, at jeg nok når mit mål på et tidspunkt, men ikke lige nu. Jeg kan ikke nå ned på 70 kg på et par måneder, det ved jeg jo godt, det kan jeg ikke. Det er ikke realistisk, jeg skal se, at det er realistisk (bilag 10, s. 9)

Jamen, jeg regner med at fortsætte ved lægen og tjekket der, hver anden eller tredje måned. Så jeg stadig har de redskaber jeg skal have. Eller lægen kan køre videre med tingene, eller man kan få et samarbejde med dem (kommunen) stadigvæk. Indtil man er helt nede på sin vægt, indtil man er færdig. (bilag 10, s. 9)

Om borgerens oplevelse af læring, karakteriseret som erfaring, er det ud fra ovenstående væsentligt at se på forandringen som mange og forskellige erfaringer. Dette forstået som første citat ovenfor, der indikerer samtalerne i forløbet, som rum for eksplicit refleksion over aktiviteterne og herigennem kan indikere en oplevelse om læring hos borgeren ud fra Deweys begreb om læring. De andre citater indikerer en bevidsthed hos borgeren om handlingernes systematik, som forudsætning for forandringernes kontinuitet og handlingernes implementering i borgerens liv. Ud fra Deweys perspektiv på erfaring kan ovenstående opsummeres i begrebet om *vaner* (Elkjær & Wiberg, 2013, s. 136). Læringsforståelsen er tidligere i analysen af problemformuleringens første delspørgsmål fremhævet som værende læring, når målet om vægttab er nået. I forlængelse af ovenstående, være det aktivitetsmæssige om at borgeren har tabt sig, karakteriseret af erfaringens ene side om at forsøge sig, og synes ikke at være præget udelukkende af dette. Borgeren synes omvendt at give udtryk for, at det systematiserede, fremadrettede og vedvarende refleksive er afgørende for om målet nås. Den fremhævede læringsforståelse således udfordres af, et bredere perspektiv, som går på forandring af vaner ud fra Deweys perspektiv om ophobning og inddragelse af erfaring, som en tosidet proces. Borgerens tidligere erfaringer, både i og uden for forløbet med HM, tilegnes og får, gennem forløbets form og interaktioner med den sundhedsprofessionelle, betydning og bliver som vaneændringer: "... operationel i en slags afdæmpet underordnet form, selv når den tydeligvis ikke dominerer aktiviteten" (Dewey 1988/1922: 31 i Elkjær & Wiberg, 2013, s. 136).

#### **4.3 Delkonklusion**

Gennem anvendelse af motivationelle og erfaringsmæssige perspektiver på læring og forandring på problemformuleringens andet delspørgsmål har analysen indkredset borgerens mulige opfattelser af HM til brug for den videre analyse og diskussion af den sundhedsprofessionelle anvendelse af metoden, som sundhedsprofessionel tilgang til sundhedsfremme.

Efter analysens første del om fremhævelse af noget ydre styrende i læringsforståelsen i HM finder analysen af problemformuleringens andet spørgsmål overlappende perspektiver i forhold til borgeren oplevelse. Det motivationelle hos borgeren i forandringsprocessen synes på lignende vis, at være karakteriseret af en primært ydre drivkraft, trods frivillig deltagelse i forløbet, da analysen ikke finder udelukkende tegn på direkte amotivation eller klar indre motivation. Det ydre motiverende går umiddelbart på sygdomsaspekter af betydning for borgerens helbred og eksistens. Perspektivet

om en oplevet ydre motiveret forandringsproces nuanceres menneskets behov for autonomi, kompetence og samhørighed. I analysen afdækkes, at på trods af borgerens bevidsthed om ydre styring gennem handleplaner fremlagt af sundhedsprofessionelle i forløbet, synes der at være en positiv opfattelse hos borgeren gennem forandringen og målets personlig betydning og det relationelle forhold til den sundhedsprofessionelle. Der synes således at være en til dels opfyldelse af borgernes behov for at handle autonomt og herigennem en legitimering af ydre styrende elementer, særligt fordi at borgeren giver udtryk for at opleve sig selv som kompetent for handling. Sidstnævnte går på en positiv fremsættelse af det indholdsmæssige i HM og oplevelsen af at være i stand til at implementere det i borgerens hverdag. Et element af selvstyring synes at gå på tværs af behovet for autonomi og kompetence og afgrænser motivation som delvis ydre påvirket. Det relationelle med den sundhedsprofessionelle i forløbets samtaler opleves af borgeren som positivt gennem en nødvendighed i den sundhedsprofessionelles faglige kompetencer funderet i HM samt udvisning af en oprigtighed. Det samhørighedsmæssige i samtalerne er karakteriseret af kongruerende intentioner og opleves af borgeren som katalyserende for forandringsprocessen. Ligeledes synes den sundhedsprofessionelle inddragelse af det reflektive element i samtalerne på lignende vis at være positiv for, borgerens oplevelse af en positiv relation og følelse af anerkendelse. Gennem eksplicitering af tidligere og igangværende oplevelser med aktiviteter og handlinger, kan samtaler i forløbet medvirke til, at der sker læring hos borgeren som, sætter denne i stand til at nå målet om vægttab. Læringen synes at gå på forandringen af de vaner, som borgeren har, og der synes at være muligheder i, kontinuerligt at inddrage det reflektive element i processen og herigennem fremme en ophobning af erfaringer.

Det følgende afsnit vil indkredse de sundhedsprofessionelles oplevelse af anvendelsen af HM, som tilgang til sundhedsfremme på overvægtsområdet hos voksne.

## **5.0 Den professionelles anvendelse af Holbæk-modellen**

Ved en analyse af problemformuleringens tredje delspørgsmål om den sundhedsprofessionelles oplevelse af anvendelse af HM inddrages de tidligere fremhævede emner i det indsamlede empiriske materiale i specialets undersøgelse. De teoretiske perspektiver anvendt til analyse af andet delspørgsmål samt fund i analysen anvendes til at belyse den sundhedsprofessionelles oplevelse gennem en undersøgelse af mulighederne i at anvende HM i et sundhedsfremmende perspektiv. Der tages således udgangspunkt i de fremhævede behov og oplevelser, som anden del af analysen har afdækket, og slutteligt diskuterer analysen specialets fund ud fra et situeret perspektiv. Der inddrages empiri fra interview med de to sundhedsprofessionelle knyttet til tilbuddet i Sundhedshuset i casen, Morten og Anne.

## 5.1 Motivation i sundhedsfremme i et sundhedsprofessionelt perspektiv

Ryan & Deci fremhæver forholdet mellem motivation og forandring, som værende afhængigt af typen af motivation, hvor de indre motiverede handlinger, synes at fremme forandringen i største grad (Ryan & Deci, 2000a, s. 68). I specialet er der i analysen fremhævet elementer af ydre styring i analysen af problemformuleringens først og andet delspørgsmål, og at det motivationelle således ikke synes at gå på udelukkende indre drevne kræfter hos borgeren. Dette perspektiv ønskes belyst ud fra de sundhedsprofessionelles oplevelser af, hvordan de gennem HM kan imødekomme elementerne autonomi, kompetence og samhørighed.

### Autonomi

Med autonomi, forstået ud fra individets oplevelse af, at resultater er produkter af individets egne beslutninger, vilje og indre styring snarere end ydre kontrol (Ryan & Deci, 2000b, s. 59), er i lyset af HM væsentlig at se på de sundhedsprofessionelles oplevelse af formidling af modellens indhold. Om anvendelse af handlepunktsplanerne siger henholdsvis Morten og Anne:

... at det bliver forståeligt og vi forklarer noget omkring, hvad der sker hvis man ikke sætter ind på nok punkter. For jeg tænker, det der kan være overvældende for en borger, der starter på Holbæk-modellen, det er måske ikke kun to eller tre punkter, det er måske over 15 punkter, som de får med sig. Det er simpelthen for at få forståelsen for, hvad der sker i kroppen, hvis man ikke gør de ting, at den skruer ned for for eksempel temperatur, forbrænding og sådan nogle ting... (bilag 8, s. 6, Morten)

Så på den her måde synes vi, at det giver rigtig god mening og langt de fleste, når jeg har samtale med nogle borgere, selvom de godt tænke, at det er godt nok mange punkter og det hele er på en gang, så synes jeg de fleste er sådan, det er egentlig okay, det er håndgribeligt og de skal ikke ud og købe en hel masse andre ting. Det er helt almindelig mad og det tænker jeg i hvert fald er en stor fordel, det er meget håndgribeligt og lige til at gå til og noget man egentlig godt genkender fra andre ting, også fra medierne, som man også bliver meget farvet af som borger. (bilag 9, s. 10, Anne)

Citaterne indikerer en umiddelbar positiv opfattelse hos de sundhedsprofessionelle af deres rolle som facilitator og borgerens forandringsproces. Dette forstås ud fra første af ovenstående citater, som fremhæver muligheder i vejledning af indholdet i HM, gennem udvidelse af borgerens forståelse for baggrunden for handlepunkterne. Herigennem er det muligt at der udvikles, om end ikke fuldt ud følelse af autonomi hos borgeren, men et element af ejerskab, gennem tilegnelse af

viden og en oplevelse af et meningsgivende vægttabsforløb. I forlængelse heraf fremhæver Anne yderligere, at vejledningen rummer mulighed for samtale på borgerens initiativ:

Det kan også være nogle gange, at en opfølgende samtale den kan komme til at handle om noget lige lidt andet end mad og motion og om vægten er gået op eller ned. Simplethen fordi det lige er det, der fylder i personens hverdag. Jeg kommer selvfølgelig også altid ind på, hvordan vægten ser ud og alle bliver vejet hver eneste gang, vi laver en opfølgende samtale. (bilag 9, s. 8, Anne)

Dette kan indikere en lignende oplevelse af, at indholdet i modellen kan være afsæt for en meningskabende dialog med borgeren, som gennem konkretisering af handlinger kan være fremmede for målet. Dette er i overensstemmelse med fund i analysen af problemformuleringens andet delspørgsmål borgerens oplevelse af konkretisering af handlinger værende positiv gennem identificeret styring og personlig betydning målet om vægttab har. Ovenstående perspektiv går på det dialogmæssige i samtalerne, hvorfor der inddrages generelle perspektiver på anvendelse af modellen i tilbuddet i forhold til behovet for, at borgerne oplever at føle sig kompetente og herigennem motiverede for et vægttab.

... at der ikke er nogen model, der passer til alle, altså 'No size fits no one'. ... at vi er meget forskellige, og at vi egentlig skal have en forskellig plan. Og det skal man jo lægge væk fra sig, når det er man bruger Holbæk-metoden, for så er der altså kun en måde at gøre det på, efter dens forskrifter. (bilag 8, s. 9, Morten).

... hvis ikke de har tabt sig i løbet af et halvt år, så er der ikke sikkert, at det er det her tilbud, som passer og det er ikke sikkert at det giver mening for dem, at følge det her program, eller måske de bare ikke vil det her helt nok, eller hvad der nu er skyld i, at man faktisk ikke lige får gjort noget ved det. Der er også mange her, som har fået lov til at være i forløbet lige lovlig længe, hvor der kun er et meget lille vægttab eller nærmest et ikke eksisterende vægttab, de har haft. (bilag 9, s. 14)

Trods umiddelbar oplevelse af at HM er velfungerende i praksisøjemed og gennem positive resultater i kommunens evaluering af vægttab i tilbuddet (bilag 11, s. 1-2), tyder ovenstående citater alligevel på en ambivalens hos de sundhedsprofessionelle i forhold til at være styrende for processen. Ud fra inddragede teorier om motivationelle elementer i tilbuddet, kan det fremhævede perspektiv om delvis indre styring muligvis nuanceres af et mere ydre styret perspektiv. Den ydre styring gennem handleplansplaner og lignende fremhæves som værende en forudsætning for

tilbuddet, men ligeledes begrænsende gennem manglende autonomi og herigennem begrænset læring hos borgeren. Dette aspekt uddybes i nedenstående, hvor elementet kompetence i SDT inddrages.

### **Kompetence**

Med det ydre styrende element af motivation taget i betragtning, synes der alligevel at være elementer af noget meningsgivende, hvor den sundhedsprofessionelle oplever, at borgerne generelt giver udtryk for at være i stand til at efterleve principperne trods individuelle forskelle:

Vi oplever netop, at de er så forskellige. Selvom det her er et koncept, hvor det er det samme man skal gøre, jamen så vil der alligevel være nogle individuelle forskelle. Nu så vi ham, der havde en sygdom i dag, hvor der er nogle hensyn, der skal tages, men hvor man godt kan få den (metoden) til at fungere alligevel. (bilag 8, s. 8, Morten, min fremhævelse i parentes)

Vi er begrænsede i forhold til, at vi kun må bruge Holbæk-metoden, men der findes jo andre måder at gøre tingene på. Der er det vores opgave, at se om vi kan hjælpe borgeren videre, hvis det ikke fungerer efter lang tid. Det er jo ikke sådan at vi afslutter dem, efter at der er gået to måneder til den første opfølgning, der går jo noget tid for at finde ud af, virker det her for dem. (bilag, 8, s. 7, Morten)

Citaterne er fremhævet med udgangspunkt i førnævnte del af analysen, hvor de sundhedsprofessionelle fremhæver muligheder i at kunne imødekomme borgerens behov for autonomi gennem vejledning og forklaring. Det individuelle fokus, hvor de sundhedsprofessionelle kan tage højde for specifikke faktorer hos den enkelte borger, synes yderligere at kunne understøtte det kompetencemæssige og autonomiske. Således er det, i et motivationelt perspektiv, en udfordring, at de sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at opleve HM som ensidigt begrænsende, trods evidensbaseret og god effekt på udfordringen med overvægt. Ovenstående kan indikere en oplevelse af divergerende sundhedsopfattelser, gennem de sundhedsprofessionelles tilgang til sundhedsfremme generelt og til den tilgang og forståelse, de arbejder ud fra gennem anvendelse af HM. Det tidligere fremhævede mål om væggtab, kan udfordres af, at de sundhedsprofessionelle oplever, at nogle borgere giver udtryk for, at målet er sekundært til andre ønsker og intentioner vedrørende sundhed, velbefindende. Om det indholdsmæssige i HM fremhæver Morten konkretisering af handlinger gennem de udleverede handleplansplaner:

Det kræver ikke tid, at skulle lave havregryn med skummetmælk eller minimælk. Det er hurtigt og nemt, rugbrød er nemt, så man skal ikke ud og købe alle mulige fødevarer eller



have fuldstændig omvæltet sin kost. ... Det er trods alt danske basisfødevarer, som er tilgængelige og også prismæssigt til at overkomme at købe. ... Det er til at forstå, og man skal ikke ud i nogle specielle opskrifter. Og hvis man er ude at spise, kan man også godt træffe nogle valg, der gør at man godt kan leve inden for Holbæk-metoden. Eksempelvis julefrokost med rugbrød og sild uden karrysalat. Der er et ugentligt råderum i det for tomme kalorier. Vi oplever, at nogle borgere tænker, at det kan simpelthen være ligegyldigt, så vil jeg hellere lade være. Andre de bruger det her råderum der nu er til at få noget chokolade eller kage eller en sodavand. Kroppen vænnes af med, at det skal være hver dag. (bilag 8, s. 14, Morten)

... være en forskel fra børne- til voksenfronten, for når man sidder overfor nogle børn, så kan jeg måske godt sige, du skal bare spise rugbrød på din madpakke, når du skal i skole. Her er der måske ikke en masse andre diagnoser med ind over eller allergier, det kan der selvfølgelig også være på børn. Men jeg synes bare, at jeg oplever, at på voksne, er der rigtig mange andre ting at tage hensyn til. Så det kan være alt fra forskellige diagnoser, skiftende arbejdstider, der er afgørende for at implementere principperne og Holbæk-modellen i hverdagen, samt allergier og psykiske sygdomme, der gør at den her struktur på hverdagen er bare ikke lige så nem at få... Og der kan det være rigtig svært for rigtig mange i dag, at få den der helt almindelige dagsstruktur, specielt hvis man ikke står op og har et arbejde. (bilag 9, s. 5-6, Anne)

I ovenstående citat af Morten fremhæves konkretiseringen og tilgængeligheden i det indholdsmæssige i HM som værende positivt for borgerens vægttab. Borgerens behov for at føle sig kompetent kan blive imødekommet herigennem, og den ydre styring af den sundhedsprofessionelle kan være fremmede for målet om vægttab. Imidlertid fremhæver Anne i citatet ovenfor, hvordan borgeren trods konkretisering, ikke umiddelbart giver udtryk for oplevelsen af at være kompetent. Dette forstået som Annes fremhævelse af, at borgere kan være udfordret af andre faktorer, som muligvis er relateret til overvægten, men ikke direkte afhjælpes gennem et vægttab. Dette kan antyde en oplevet begrænsning i vejledningssituationen hos de sundhedsprofessionelle i forhold til det overordnede mål om vægttab i HM.

Det motivationelle kan ud fra et sundhedsprofessionelt perspektiv og i lyset af HM som ramme, synes vanskeligt at anskue ud fra et overvejende indre motiveret perspektiv. Perspektivet nuanceres i det følgende gennem inddragelse af elementet samhørighed og efterfølgende i afsnittet om det sundhedsprofessionelle perspektiv på handlinger.

## Samhørighed

Elementet samhørighed vedrører som nævnt, at individet, her borgeren, kan føle tilknytning og tryghed i relationen til her den sundhedsprofessionelle (Ryan & Deci, 200b, s. 64). Der er tidligere fremhævet i analyse af problemformuleringens andet delspørgsmål, hvordan der er indikeret en oplevelse af tryghed hos borgeren på baggrund af en udvisning af oprigtighed hos den sundhedsprofessionelle. Holm fremhæver, at den sundhedsprofessionelle, må agere ud fra en opfattelse af fuld compliance hos borgeren (Holm, 2017, s. 12), her forstået som graden af efterlevelse af handleplansplanerne. Om efterlevelse siger de sundhedsprofessionelle:

De (borgerne) får selvfølgelig også at vide, at det ikke er alle den har virket på. Det er også det, vi oplever. Hvorfor det så er, at den ikke virker på alle, det kan nogle gange være svært at vurdere. Om det simpelthen bare er fordi der er nogle, hvad skal man sige, genetiske forskellige eller om det er, at de måske ikke overholder den 100 %. Det kan nogle gange være svært lige at finde ud af. (bilag 8, s. 6, Morten, min fremhævelse i parentes)

Samtidig er der også bare nogle, som fungerer bedre ved at de tænker, jamen der er også lang tid til jeg skal ind og tale med dem i Sundhedshuset igen, så kan jeg godt lige leve som vant. Og så fjorten dage inden man skal ind til samtale så giver man den lige lidt gas, fordi så kan man måske lige nå at tabe sig lidt. Det er jo bare heller ikke nok, og borgerne får heller ikke det vægttab ud af det, som de ønsker sig. Det er sådan for at vise, at det faktisk godt kan lade sig gøre at tabe sig på et halvt år, og det vil vi egentlig rigtig gerne have, at i gør. (bilag 9, s. 14, Anne)

Den førnævnte oprigtighed og herigennem tillid, synes at være dobbeltsidet i vejledningen, for at der kan være tale om en reel relationel tilknytning og herigennem større grad af motivation hos borgeren. Ovenstående citater kan indikere en svag grad af tvivl hos de sundhedsprofessionelle i forhold til borgerens compliance med handleplansplanerne, men samtidig accept gennem en forståelse for, at HM ikke er en universel tilgang. Oprigtigheden hos de sundhedsprofessionelle udfordres imidlertid gennem ekspliciteringen af en forventning om højere compliance og et tilstrækkeligt vægttab før end der er gået to år, og at læringen herigennem tilskyndes at skulle ske hurtigere (bilag 9, s. 15) (bilag 11, s. 2). Ud fra elementet samhørighed, er det muligt at dette perspektiv indikerer en mere ydre styret forandring hos borgerne, som kan udfordre læreprocessen mod målet om vægttab. Ud fra Ryan & Decis perspektiv, synes der ligeledes at være en oplevelse af en ydre styring i forløbet med HM, som kan være begrænset af borgeren oplevelse af især autonomi som følge af forskelligheder i baggrund og erfaring. Dette perspektiv nuanceres i det følgende afsnit om det sundhedsprofessionelle perspektiv på handlinger og vaner.

## 5.2 Handlinger, vaner og adfærd i et sundhedsprofessionelt perspektiv

Med udgangspunkt i en tosidet forståelse af erfaringsbegrebet, som en aktiv og passiv proces, samt vanebegrebet, som ophobninger af erfaringer (Elkjær & Wiberg, 2013, s. 129, 136), er det væsentligt at se på den sundhedsprofessionelles oplevelse af muligheder i anvendelsen af HM. Der er tidligere i analysen fremhævet en opfattelse af, at de sundhedsprofessionelle i casen ser en begrænsning i stringensen i det indholdsmæssige i modellen, men samtidig en udøvende praksis, hvor der tages højde for individuelle forskelle og behov blandt borgerne. Sidstnævnte fremhæver særligt Anne som væsentligt for at en forandringsproces kan finde sted:

Det her med relationen netop, den tænker jeg i hvert fald, jeg tænker simpelthen at jeg ikke kan køre den her model, hvis jeg ikke kan få lov til at gøre det, som jeg gør, hvis jeg skal være så stringent, som jeg kan godt huske at Jens-Christian Holm han sagde, da jeg var på kursus. At relationen, altså jeg skal blæse på at bruge den her tid på relationen, men så ved jeg faktisk ikke helt om jeg ville kunne gøre det. Den bliver jeg simpelthen nødt til at have med, det her med, at jeg faktisk godt lige må se på, jamen hvad er det for et menneske, der sidder overfor mig, hvor udfordret er det? Det kan også være nogle gange, at en opfølgende samtale den kan komme til at handle om noget lige lidt andet end mad og motion og om vægten er gået op eller ned. Simpelthen fordi det lige er det, der fylder i personens hverdag. Jeg kommer selvfølgelig også altid ind på, hvordan vægten ser ud og alle bliver vejret hver eneste gang, vi laver en opfølgende samtale. (bilag 9, s. 8, Anne)

Ud fra ovenstående, er der indikation af, at Anne finder målfokuseringen om vægttab i HM begrænsende for sit virke som sundhedsprofessionel og for relationen til borgeren. Omvendt giver Anne udtryk for en oplevelse af, gennem nuancering af et perspektiv på sundhed, som værende mere end fysiologisk betinget, at kunne inddrage borgerens tidligere erfaringer, i det nuværende forløb. Herigennem er der en opfattelse af, at der i vejledningen er rum for refleksion og at borgerens, indtil da måske aktive handlinger, kan få karakter af noget erfaringsmæssigt ud fra præmissen om erfaring som tosidet proces. Anne fremhæver, at førnævnte muligvis ikke er den oprindelige intention bag HM, hvilket er fremhævet i specialets første del af analysen, men at det i praksis giver mening at inddrage og sætte borgerens tidligere erfaringer i spil. Ud fra dette perspektiv, er det muligt at en tidligere begrænsning i anvendelsen af handleplanerne nuanceres gennem anvendelsen af planerne, som udgangspunkt for refleksion over borgerens tidligere erfaringer og på baggrund heraf fremtidige handlinger mod målet. I forlængelse heraf indkredser Morten det forståelsesmæssige aspekt, som værende centralt hos borgeren:

Faktisk så tror jeg, at det kommer borgeren til gode, det med at de har nogle retningslinjer og får en forståelse af, hvorfor gør vi det her, hvorfor skal de ændre på de ting. ... Lad os sige at vi har en borger, som kommer ind og vedkommende har svært ved at spise eftermiddagsmad. Jeg behøves faktisk ikke engang at fortælle, hvad det er, det har faktisk forstået første gang. De kan godt forstå hvorfor det der eftermiddagsmåltid det skal ind. At de så har svært ved det, det er noget helt andet. Men de vil faktisk gerne arbejde på at få det ind, for de har forståelse for, hvorfor, også for hvad de skal spise, at de skal spise fra morgenmads-kategorien for eksempel. De fanger hurtigt den der, og det tror jeg er givet godt ud. (bilag 8, s. 22, Morten)

Citatet indikerer at refleksion og forståelse opfattes af den sundhedsprofessionelle, som to forudsætninger for at borgerne i forløb kan forandre deres vaner. Dette er i overensstemmelse med den fremhævede pædagogiske opfattelse i HM om styring til selvstyring, som her opfattes i et udvidet perspektiv om et sundhedsbegreb som mere end blot fravær af sygdom, gennem en dialog omkring borgerens tanker, følelser og handleerfaringer. De sundhedsprofessionelle synes herigennem at have en afgørende betydning for katalysering af erfaringens passive del hos borgeren og for den videre læreproces gennem fortsat systematisk erfaringsdannelse gennem forløbet, som i lyset af forløbets tidsperspektiv skaber rum for meningsfulde vaneændringer hos borgeren, opnåelse af mål om vægttab og herigennem læring.

Med et indtil nu individuelt perspektiv på problemformuleringens underspørgsmål diskuteres i det følgende perspektiver på kontekstuel betydning for borgerens vægttab og for udvikling af sundhedsprofessionel praksis.

### **5.3 Sundhedsfremme i et situeret perspektiv**

#### **Kompetent deltagelse i sundhedsfremme**

Praksisfællesskab "betyder deltagelse i et virksomhedssystem, hvor deltagerne har en fælles forståelse af, hvad de laver, og hvad det betyder i deres liv og for deres fællesskab." (Lave & Wenger, 2014, s. 83), og hvor der ikke nødvendigvis er tale om fysisk tilstedeværelse. I lyset af individuelle vejledninger i forløb med HM antager jeg, at borgerne i forløb, som udgangspunkt har en fælles forståelse af, at hvad de laver, gennem handlinger initieret gennem formidling af det indholdsmæssige i tilbuddet. Det individualiserede perspektiv i casen kan udfordres af, at Lave & Wenger fremhæver, at tilhørsforholdet forudsætter en deltagelse, genkendt som kompetence (Wenger. 2010, s. 15), hvor borgere, trods fælles forståelse, anerkendes og accepteres ind i fællesskabet gennem den sundhedsprofessionelles vurdering af kompetence. Deltagere i forløb i casen har som fremhævet en fælles forståelse af den individuelle betydning af overvægten og

samtidig en opfattelse af overvægten som det fællesskabende element. Sidstnævnte forstås som en fælles intention om at opnå et vægttab, og at det fælles i praksisfællesskabet er forstået som værende noget uønsket og negativt. I forlængelse af Lave & Wengers teori, fremhæver de, hvordan der kan være tale om *legitim perifer deltagelse* i praksisfællesskabet, forstået som accepteret deltagelse, gennem det legitime, samt forskellige karakteristika som definerer tilhørsforholdet, gennem det perifere (Nielsen, 2013, s. 177). I forhold til førnævnte fælles mål om vægttab er deltagelsen legitimeret herigennem og ligeledes af de sundhedsprofessionelle, som gennem karakteristika som fysiske målinger samt udvikling af borgerens kompetence til handling giver borgeren adgang. Adgangen går på deltagelse som en betingelse og forudsætning for læring (ibid.). I forhold til læring i et individuelt perspektiv som det er fremhævet gennem analysen af problemformuleringens første og andet delspørgsmål synes teorien om praksisfællesskaber at udfordre dette perspektiv gennem muligheder i legitimering blandt fællesskabets deltagere frem for en ydre styring.

Grundet min forforståelse om, at deltagerne, her borgerne, muligvis vil opleve erfaringsdeling med andre borgere i forløbet givende for deres egen proces og læring, spørger jeg ind til tanker om gruppeforløb i interviewet med borgeren Katrine:

Ved kun en person til stede får man konkret at vide, hvad man skal. Og har man noget konkret at gå efter, er man flere kan det måske være svært at finde ud af, hvad for en person man skal tage først og have mest opmærksomhed. Og så bliver det sådan, du har tabt dig godt, og du har tabt dig mindre godt. Du har slet ikke tabt dig. Jeg kan ikke lide det der hierarki, som er i mange såkaldte grupper. Så tager de udgangspunkt i dem som har tabt sig bedst. Jeg kan ikke forholde mig til det, og det er også derfor jeg forklarer så meget. Hvis det nu var at man skulle træne sammen og lave holdtræning, det ville jeg ikke have noget imod. Jeg kan også sagtens sidde og snakke med en masse mennesker. (bilag 10, s. 12, Katrine)

Katrine udtrykker en bekymring for sin egen læring og vægttab gennem gruppeforløb og fremhæver her den sundhedsprofessionelle styring som værende negativ, når den optræder i en kontekst af gruppeforløb. Ud fra legitim perifer deltagelse, kan det problematiseres at det er den sundhedsprofessionelle, som afgør og legitimerer deltagelsen. Herigennem at det ud fra ovenstående citat af Katrine, forstås som en frigørelse snarere end deltagelse fra praksisfællesskabet. Gruppeforløbene, som Katrine muligvis baserer disse erfaringer på, er tidligere forløb, som ligger uden for kommunalt regi (bilag 10, s. 1-2), hvorfor ovenstående skal forstås som en nuancering af muligheder i at anvende HM som tilgang til sundhedsfremme. Katrine fremhæver, hvordan træning med andre muligvis kan inkluderes som et element i forløbet, og er som tidligere

nævnt positivt stemt over for erfaringsdeling og støtte i andre personer (bilag 10, s. 10-11). Ud fra borgerens perspektiv synes det fælles at være begrænset af adgang gennem udelukkende målfokusering.

I interview med begge sundhedsprofessionelle spørger jeg ligeledes ind til tanken om gruppeforløb gennem brug af HM, hvortil de svarer:

Jeg tænker det kan være en god måde, at så laver vi nogle grupper á ti til tolv personer, og så må det være inspireret af Holbæk-modellen, så godt som det nu kan, i forhold til at det er grupper og at det kommer til at være anderledes. ... der er også nogle mennesker i de her individuelle samtaler, som spørger, jamen er der ikke nogen, man kan snakke med og som man måske kan dele opskrifter med. Det er typisk efter noget tid, når de har været i gang med det, og der har vi jo ikke rigtig noget tilbud om. Og der kan det være, at nogle af dem, hvor de ved, at de fungerer bedre i nogle sociale sammenhænge, hvor man kan sige, fint så har vi faktisk et hold. Så kan det være, at nogle andre ting kommer til at mangle lidt på holdet, men så får man det til gengæld til at fungere, fordi man har nogle at sparre med. Og som man måske også fortsat kunne lave for eksempel en lukket Facebook-gruppe. (bilag 9, s. 16, Anne)

Men der må man jo tage hensyn til de borgere, nu så du jo nogen i dag, de ville have gavn af den individuelle del, fordi det er så specialiseret, og med udfordringer. Men rigtig mange af dem der kommer, vi sagtens kunne køre et gruppeforløb, og have glæde af det fordi der er den der gruppedynamik, og støtte hinanden. Så det tænker jeg kunne være en mulighed, også fordi der er nogle andre kommuner, der kører det på den måde, og det tænker jeg de gør fordi det fungerer. (bilag 9, s. 16-17, Morten)

Ovenstående vidner om, en generel positiv opfattelse af at lave gruppeforløb, gennem en fremhævelse af et muligt formål og fokus med forløbet værende det relationelle. Indholdsdelen fremhæver Anne kunne være inspireret af HM, hvorfor det er muligt at læringsforståelsen som den er fremhævet i analysens første del, vil adskille sig fra HM, som den kan forstås ud fra gruppeforløb. Gennem ord som *gruppedynamik*, *støtte*, og *sociale sammenhænge* synes der at være en opfattelse af, at det primære mål om vægttab her synes sekundært eller på lige fod med det relationelle, og at de sundhedsprofessionelle fremhæver erfaringsdelingen som central. Katrines tidligere erfaringer om en oplevelse af konkurrerende forhold mellem deltagere, kan ud fra tidligere fremhævede perspektiver om Deweys erfaringsbegreb, ikke betegnes som læring gennem umiddelbart fravær af det reflektive element. På lignende vis fremhæver Lave & Wenger det reflektive ved læring gennem

begrebet *meningsforhandling*: "Vi skaber meninger, der udvider, omdirigerer, afviser, omfortolker, modificerer eller bekræfter - kort sagt genforhandler - de meningshistorier, de er en del af. Livet er i denne forstand en konstant meningsforhandlingsproces." (Wenger, 2010, s. 67, kildens fremhævelse). Ud fra ovenstående, om de sundhedsprofessionelles intentioner om fremhævelse af det relationelle element i et gruppeforløb, synes der at være muligheder i at deltagerne, her borgerne, internt i praksisfællesskabet kan legitimere adgang og deltagelse. Dette skal ikke forstås som borgernes vurdering af hinandens vægttab, men snarere en ny genforhandlet fælles forståelse, af udvise støtte og dele erfaringer gennem væggtabsprocessen, samt dele erfaringer. Gennem dette perspektiv, er det således muligt at relationerne og erfaringsudvekslingen bevirker, at et væggtab ikke vil ekskludere borgeren fra praksisfællesskabet, men snarere være ene del af en meningsforhandlingsproces for hele fællesskabet. Gennem erfaringsudveksling og herigennem meningsforhandling synes der, at være muligheder i, at nye overlappende praksisfællesskaber kan opstå gennem fælles læring om livsstilmæssige handlinger.

### **Sundhedsprofessionelt praksisfællesskab**

Som med borgeren nævnt ovenfor kan der ligeledes, mellem de sundhedsprofessionelle i casen være et praksisfællesskab gennem den fælles forståelse og anvendelse af HM og yderligere at de er en del af et større praksisfællesskab, som går på fællesskab i kommunale sundhedsfremmende tilbud som vedrører overvægt. For sidstnævnte, går på min opfattelse på, at sundhedsprofessionelle i samme funktion, som dem i casen i specialet, er legitimt deltagende gennem en fælles forståelse af, det individuelle og samfundsmæssige behov for at kommunerne udbyder tilbud, som sigter mod at styre borgeren mod et væggtab. Graden af styringen, som en borger- eller sundhedsprofessionel styring, kan være sigende for den sundhedsprofessionelles rolle i væggtabsprocessen. Ligeledes kan dette afgrænse karakteristika, som knytter de sundhedsprofessionelle til praksisfællesskabet og kan således gå på tilgange til de sundhedsfremmende aktiviteter. Indtil for nyligt har en sundhedsfremmende tilgang i praksisfællesskabet været baseret på fremme af borger-initierede handlinger gennem anvendelsen af Små Skridt-metoden. Som med borger-praksisfællesskabet, hvor den sundhedsprofessionelle optræder som en legitimerende rolle, kan det på lignende vis opfattes, at det her er Sundhedsstyrelsen, som legitimerer de sundhedsprofessionelles deltagelse. Dette går retropektivt på ovenstående sundhedspædagogiske projekt, som synes at være blevet udfordret af nye perspektiver på sundhedsfremme.

Ud fra tanken om et sundhedsprofessionelt praksisfællesskab kan der her være tale om, en meningsforhandling af den nuværende forståelse af, hvad et meningsfuldt tilbud synes at være i forhold til voksne, overvægt og sundhedsfremme. Grundet at denne forhandling er fremhævet som

værende fremkommet for nyligt i specialets indledning samt at specialet har undersøgt anvendelsen af HM i praksis kan dette ikke entydigt præciseres og det er muligt, at der er tale om udvikling af forståelsen af det eksisterende praksisfællesskab, fremfor at et nyt er opstået. Morten vurderer anvendelse af HM som værende *best practice*, forstået ud fra målet om vægttab og muligheder i at konkretisere handlinger og viden, som hjælper borgeren til at nå målet, men siger samtidig at metoden ikke er universel (bilag 8, s. 20). Anne vurderer ligeledes effekten af tilbuddet, som legitimerende for anvendelsen og for den sundhedsprofessionelles fremhævede styrende rolle:

Jeg tænker langt hen af vejen vil, man heller ikke kunne anvende Holbæk-modellen, hvis man ikke havde prøvet det Små Skridt(-metoden) af. Så det er selvfølgelig fordi, der har kørt Små Skridt i den her kommune i en del år, hvor de så, at der bare ikke er gode resultater. Der er faktisk ikke rigtig nogen resultater, der er ikke rigtig nogen borgere, der taber sig på den, i hvert fald ikke i denne her kommune. Så jeg tænker, at når man så rent faktisk har nogle tal, der viser, at den her (Holbæk-modellen), der taber folk sig faktisk. Vi er også startet ud med en prøvehandling, ... (bilag 9, s. 7, Anne)

Ovenstående kan ud fra et bredt perspektiv om et praksisfællesskab, som inkluderer størstedelen af sundhedsprofessionelle, der arbejder med voksne og vægttab, indikere en mulig induktiv forandring af praksis. Det induktive element går på evaluering af det tidligere tilbud, hvor disse erfaringer, forstået ud fra tidligere anvendte erfaringsbegreb om handling og refleksion, har været afgørende for igangsættelsen af en prøvehandling i Sundhedshuset, fortsat refleksion og herigennem læring hos de sundhedsprofessionelle om målrettet og effektiv udøvelse af praksis. Med udgangspunkt i forandring af borgerens handlinger ved anvendelse af HM og herigennem opnåelse af målet om vægttab, synes forandringerne af gå på noget induktivt. I forhold til læring, kan disse erfaringer fra praksisfællesskabet i kommunen i casen yderligere meningsforhandles ind i det sundhedsprofessionelle praksisfællesskab. Udviklingen af praksis kan således bero på en lignende konkretisering af handlinger, som det er fremhævet for borgerne, der gennem vurdering og evaluering af mål kan hos de sundhedsprofessionelle opleves som meningsgivende og legitimerende for, at der i kommunen vejledes ud fra HM, trods at Sundhedsstyrelsen anbefaler andet. I forhold til perspektivet om det sundhedspædagogiske projekt, går førnævnte på en overvejende medicinsk tradition (Wistoft, 2009, s. 28), hvilket problematiseres i nogen grad af de sundhedsprofessionelle i casen, ud fra intentionen om samtidig at være involverende og dialogskabende. Ovenstående kan således præcisere HM som katalyserende for en meningsforhandlingsproces om det sundhedspædagogiske projekt, gennem at *projektet* udspringer fra de sundhedsprofessionelle, som arbejder med sundhedsfremme gennem anvendelse af HM (ibid.). Ud fra dette perspektiv, er det



muligt at forandringen lokalt i kommunen på sigt kan meningsforhandles gennem overlappende praksisfællesskaber, og til sidste få betydning for den anbefalede tilgang eller muligt flere tilgange afhængigt af målgruppen for sundhedsfremme. Det tidligere fremhævede perspektiv om målstyring og vurdering af effekt og læring, gennem måling af borgerens vægt, kan ud fra førnævnte perspektiv synes positivt for, at anbefalinger påvirkes, gennem det nationale og samfundsmæssige sigte om at mindske overvægt. HM bidrager således til udvikling af sundhedsprofessionel praksis, gennem at der tages udgangspunkt i borgeren, hvor overvægten er knyttet til, at der i vejledningen fremlægges konkrete handlemuligheder, som synes at muliggøre et vægttab, samt at der er en opmærksomhed mod muligheder og udfordringer i formidlingen af principperne. Forandring af praksis udspringer i praksis.

#### **5.4 Delkonklusion**

Med udgangspunkt i fund i specialets analyse af problemformuleringens første og andet delspørgsmål har analysen indkredset de sundhedsprofessionelles mulige oplevelser af anvendelsen af HM.

Ud fra perspektivet om fremme af motivationelle behov hos borgeren, finder de sundhedsprofessionelle det generelt positivt for borgerens forandring, at der i vejledningen er rum for en meningsgivende dialog, hvor borgeren kan tilegne sig viden om den kommende forandringsproces samt agere ud fra konkretiserede handlemuligheder. Herigennem oplever de sundhedsprofessionelle at kunne styrke borgerens oplevelse af autonomi, men påpeger samtidig at det opleves som en udfordring i dagligdagen. Konkretiseringen synes ikke entydigt at være fremmende for borgerens læring, eftersom de sundhedsprofessionelle fremhæver andre faktorer, som begrænse opfattelsen af at være kompetent i forhold til principperne og handleplanerne. Gennem elementet samhørighed synes analysen at indikere, en generel ydre styring af borgerens motivation. Ud fra et perspektiv om erfaring som grundlag for læring, synes der at være en oplevelse af udelukkende mål om vægttab, som værende begrænsende for implementering af principper, men at samtalerne som systematiske refleksive rum synes at nuancere denne opfattelse gennem de sundhedsprofessionelle muligheder i formidling af principperne og konkretisering. Det individorienterede perspektiv kan udfordres gennem situeret læringsteori gennem en oplevelse af borgergruppen som et praksisfællesskab, men samtidig et sundhedsprofessionelt praksisfællesskab. De sundhedsprofessionelle giver udtryk for at formode at gruppeforløb og lignende aktiviteter vil kunne understøtte borgerens forandringsproces gennem inddæmning af den sundhedsprofessionelle styring. Analysen fremhæver forandringer i det sundhedsprofessionelle praksisfællesskab, som værende induktivt katalyseret af fællesskabets deltagere.

## 6.0 Diskussion

I det følgende diskuteres retrospektivt de metodiske, teoretiske samt analytiske valg i specialet, samt deres betydning for specialets undersøgelse, hvorefter der følger en perspektivering af specialets fund.

### 6.1 Efterrefleksion over valg i specialet

Processen omkring indsamlingen af specialets empiriske materiale har været præget af tidsmæssige rammefaktorer i forhold til udfordringer omkring adgang til genstandsfeltet, hvor jeg har været afventende i forhold til adgang til andre mulige kommuner. Efter kontakt til kommunen i genstandsfeltet har undersøgelsen skulle foretages hurtigt i forhold til planlagte dage for opfølgende samtaler og observation. Det har således først været muligt at tage kontakt med de enkelte borgere ved selve observationerne. I forhold til triangulering, kunne der med fordel have været foretaget interviews med borgerne umiddelbart efter hver opfølgende samtale for at få et indblik i borgernes oplevelse af det observerede. Ligeledes er det vanskeligt at overføre fund i specialet ud fra præmissen om kun en borger ud af de tre observerede.

Med specialets socialkonstruktivistiske udgangspunkt og i analysen fremhævede mulige situerede perspektiv på læring, er det muligt at et fokusgruppeinterview med op til ti borgere, vil kunne frembringe en større mængde empiri gennem forskellige synspunkter. Et argument for at foretage et fokusgruppeinterview, kunne være det eksplorative i, at HM synes at være en ny tendens på det sundhedsfremmende område, og at et fokusgruppeinterview muligvis vil kunne afdække (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 205-206). Der er imidlertid etiske aspekter til overvejelse vedrørende, at borgerne bliver bekendt med hinanden trods individuelle forløb, og at der udveksles meninger om emner, som kan være tabubelagte. Dette, selvom der i specialet foretages anonymisering. Ligeledes kunne der foretages fokusgruppeinterviews med samme udgangspunkt i gruppen af sundhedsprofessionelle, men eftersom gruppen består af to til tre medarbejdere, kunne der muligvis undersøges, om der kunne inddrages flere involverede personer i Sundhedshuset. Eksempelvis ledere eller andre medarbejdere, som har eller har haft en tilknytning. For specialet har det imidlertid givet mening at lave interviews med først og fremmest den sundhedsprofessionelle, som der er observeret på og sidenhen den anden sundhedsprofessionelle, der har samme funktion i tilbuddet.

Oprindeligt havde specialet sigte om at afdække processen frem mod, at Sundhedshuset har implementeret tilbud baseret på HB, med udgangspunktet i HB som en ny tendens i sundhedsfremme. Dette har haft betydning for udformningen af særligt interviewguiden for de sundhedsprofessionelle, hvor der har været et spørgsmål med et evaluerende fokus. I praksis har

det haft den betydning, at jeg særligt ved interviewet af Morten, som foregik i forlængelse af observationerne og forholdsvis tidligt i specialeskrivningen, forsøgte at fastholde fokus på de evaluerende spørgsmål, trods Mortens svar vedrørte egen proces og gisninger på processen frem mod implementeringen foruden viden om manglende effekt af tidligere tilbud.

Der er forgæves forsøgt kontakt til Enheden, som har udviklet HB med henblik på perspektiver til brug for analysen af første delspørgsmål om forståelser og tilgange bag HB. Intentionen var at brede perspektivet fremlagt af de sundhedsprofessionelle ud og belyse delspørgsmålet med empiri fra flere kilder.

Det teoretiske perspektiver inddraget i specialets analyse forstår jeg som værende bud på sandheder og perspektiver på genstandsfeltet. Med et sigte om et socialkonstruktivistisk og situeret perspektiv kan der inddrages andre teorier end de fremhævede i specialet. Anvendelsen af motivationelle og handlingsorienterede teorier, som går på det individuelle, er valgt ud fra perspektivet om at analysere deskriptivt og herudfra belyse muligheder i det relationelle mellem borger og sundhedsprofessionel samt oplevelse af anvendelse af HB og udøvelse af tilgang.

Der kan i specialet efterspørges større gennemsigtighed i forhold til mine forforståelser på genstandsfeltet og i forhold til en definition af mit eget begreb om sundhed. Dette er med henblik på at præcisere de forskellige perspektiver, der inddrages fra specialets teori samt empiri. Forforståelser kunne eksempelvis gennemsigtiggøres gennem logbog- og portfoliolignende medier.

## **6.2 Perspektivering**

I forlængelse af det didaktiske perspektiv om "... at ville noget med nogen ..." (Bengtzen & Qvortrup, 2013, s. 295, kildens fremhævelse) samt det læringsmæssige i at inddrage borgerens erfaring på trods af det fastlagte indhold i HM, er det væsentligt at se nærmere på den etiske dimension i sundhedsfremme. Dette med udgangspunkt i den mentale del af WHO's sundhedsbegreb, som det er fremhævet i indledningen, hvor dette går på en subjektiv oplevelse (World Health Organization, 2018). Dette skal ikke forstås som en forening af HM og WHO's intentioner, men snarere en diskussion af afbalancering det sundhedspædagogiske projekt samt effekt af sundhedsfremme. Det er ligeledes væsentligt at se nærmere på de specifikke kompetencer, som efterspørges hos borgeren gennem en undersøgelse, som kan inkludere borgerens livsverden i højere grad end det er tilfældet i specialet. Herigennem at kompetence forstås som "... et helhedsbegreb, der integrerer alt, hvad der skal til for at magte en given situation eller sammenhæng." (Illeris, 2009, s. 143), og således ikke udelukkende vedrører viden og forståelse, men yderligere kompetence til reel handling. Det kompetencemæssige perspektiv kan ligeledes anskues ud fra et mere organisatorisk perspektiv, hvor

eksempelvis Sundhedshuset i casen forstås som en organisatoriske ramme for læring, som vedrører: “... en proces hvor mennesker og organisationer tilegner sig ny viden og ændrer deres adfærd på grundlag af denne viden.” (Jacobsen & Thorsvik, 2014, s. 318. Kildens fremhævelser). Dette rummer en forståelse af, at forandringen i sundhedsprofessionel tilgang ikke kun vedrører de to sundhedsprofessionelle som indgår i specialets undersøgelse, men ligeledes har betydning for hele Sundhedshuset og yderligere kan have betydning i en større kontekst for sundhedsfremme på tværs af kommuner. I forlængelse af efterrefleksioner omkring fokusgruppeinterview med borgere i individuelt forløb, samt specialets inddragelse af et situeret perspektiv er det væsentligt at se nærmere på gruppeforløb i andre kommuner, der anvender HM, som sundhedsprofessionel tilgang.

## 7.0 Konklusion

Specialet tager udgangspunkt i sundhedsrelaterede udfordringer vedrørende overvægt hos voksne, og hvordan disse udfordringer imødekommes i kommunerne. Med borgeren i centrum for sundhedsfremme og vægttab er der en særlig interesse for, hvordan sundhedsprofessionelle i kommunen understøtter den enkelte borgers læringsproces mod en sundere livsstil. Undersøgelsesfeltet er en case over et individuelt vægttabsforløb i en jysk kommune, hvor tilgangen til sundhedsfremme metodisk er forskelligt fra det, som anbefales af Sundhedsstyrelsen. Som en ny tendens anvendes Holbæk-modellen, hvorfor der er en interesse for at se på læringsforståelser og menneskesyn i metoden samt undersøge betydningen af anvendelse ud fra et henholdsvis borger- og sundhedsprofessionelt perspektiv. Dette ledte frem til følgende problemformulering:

*Hvordan kan anvendelsen af Holbæk-modellen bidrage til udvikling af sundhedsprofessionel praksis inden for kommunale tilbud rettet mod voksne med overvægt?*

Undersøgelsen tog således udgangspunkt i følgende tre fokuspunkter: 1) Hvilke forståelser og tilgange indeholder Holbæk-modellen? 2) Hvilke oplevelser har borgeren med Holbæk-modellen? samt 3) Hvordan anvender den sundhedsprofessionelle Holbæk-modellen?

Til brug for analyse af første delspørgsmål anvendes den didaktiske relationsmodel til at indkredse forståelser og tilgange bag Holbæk-modellen. Metoden synes at rumme et primært mål om vægttab og herigennem mindskning af risikofaktorer, som vurderes ud fra fysiske målinger, hvilket indikerer en forståelse af, at borgeren formodes at have samme primære mål og som følge heraf automatisk er motiveret for at følge metodens principper og handleplanerne. Læringsperspektivet nuanceres af, at forandringsprocessen, som gennem vejledning af den sundhedsprofessionelle, forudsætter en tilegnelse af viden og forståelse for handlinger hos borgeren. I læreprocessen synes dette at indikere et nødvendigt magtforhold og sundhedsprofessionel styring og herigennem

formidling af Holbæk-modellens indhold, for at målet om vægttab hos borgeren bliver opnåeligt. På trods af en forståelse af handlinger som værende initieret af målet om vægttab, finder analysen, at feedback fra den sundhedsprofessionelle skaber rum for at borgerens læring tager udgangspunkt i inddragelse af borgerens viden, erfaringer og oplevelser med vægttab og at magtperspektivet således synes positivt.

I analysen af problemformuleringens andet delspørgsmål om borgerens oplevelse af Holbæk-modellen anlægges perspektiver på motivation, erfaring og handlinger. Ud fra det fremhævede perspektiv om ydre styring gennem, indkredser analysen et delvist ydre styret perspektiv på borgerens motivation for handling, forandring og vægttab. Det ydre går på den ene side på en bekymring om fysiske konsekvenser af overvægten og på den anden side den ydre påvirkning gennem den sundhedsprofessionelle udøvelse af Holbæk-modellen. Oplevelsen af autonome handlinger, synes at komme til udtryk i den personlige betydning af målet om vægttab samt borgerens legitimering af den sundhedsprofessionelle styring. Sidstnævnte forstås som en nuancering af motivationen gennem at styringen initierer selvstyring hos borgeren, og at behovet for at opleve sig som kompetent til handling delvist opfyldes. Gennem kongruerende opfattelser af målet med forløbet samt en oplevelse af at blive lyttet til, synes det motivationelle aspekt at være delvist ydre styret men gennem en oplevelse af vejledningssituationen, som et trygt rum for læring og forandring. I analysen synes der at være indikationer om, at trods det indholdsmæssige i Holbæk-modellen er fastlagt ud fra ernæringsmæssige principper, er der i samtalerne mellem borgeren og de sundhedsprofessionelle muligheder i at inddrage borgerens tidligere og nuværende erfaringer gennem refleksion. Inddragelse af disse erfaringer synes positivt for borgerens udvikling gennem oplevelse af kompetence og samhørighed samt fortsat handling og refleksion gennem forløbet.

Specialets analyse af det tredje delspørgsmål går på de sundhedsprofessionelles oplevelse af anvendelsen af Holbæk-modellen. Der synes at være en oplevelse af muligheder i at understøtte borgerens læring og forandring ved at imødekomme og styrke behovet for autonomi gennem en dialog med fokus på mening og på forståelse af Holbæk-modellens indholdsmæssige del. Alligevel synes dette at fremstå, som et muligt punkt for udvikling gennem, at de sundhedsprofessionelle oplever at forskellige faktorer relateret til borgeren kan virke begrænsende for de forståelsesmæssige aspekter omkring indholdet i vejledningen. Dette synes at vanskeliggøre de sundhedsprofessionelles muligheder i at styrke borgerens behov for oplevelse af kompetence. I forlængelse heraf finder analysen, at den fremhævede begrænsning af målfokusering mod vægttab, synes nuanceret af forløbets tidsperspektiv, hvor systematisk refleksion gennem dialog, på sigt kan være understøttende for borgerens implementering af principperne. I forlængelse heraf udfordres

det individuelle perspektiv gennem muligheder i det reflektive mellem borgere, gennem eventuelle gruppeforløb, hvor det er muligt, at der stadig vil være elementer af ydre styring, men at det gennem refleksivitet borgerne imellem vil være delvis ydre styret gennem kongruerende opfattelser af mål, forståelser, og af læringsforudsætninger.

Med et overordnet situeret perspektiv på problemformuleringen, kan de sundhedsprofessionelle opfattes som deltagere i et tværgående praksisfællesskab, hvor der indtil nu synes at være en ydre legitimering af deltagelse gennem Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sundhedsfremmende tilgang. Dette finder specialet, som muligt afløst af et nyt perspektiv om intern legitimering af Holbæk-modellen som sundhedsfremmende tilgang. Perspektivet går på ændringer i det forståelsesmæssige i praksisfællesskabet, hvor Holbæk-modellen er omdrejningspunktet for en meningsforhandling vedrørende muligheder i, at det sundhedspædagogiske projekt i overvejende grad må tage udgangspunkt i den medicinske tradition, hvis målet om vægttab reelt skal opnås. Perspektivet går på overvejelser om egen praksis og inddragelse af borgeren, og gennem specialet er anvendelsen af Holbæk-modellen skitseret som værende mulig katalysator for induktive forandringer på det sundhedsfremmende område for overvægt.

## Referenceliste

- Bekendtgørelse nr. 502 af 30/05/2016. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ernæring og sundhed
- Bengtsen, S. S. E., & Qvortrup, A. (2013). Didaktikkens teorier og didaktikkens nerve. I *Læringsteori og didaktik* (s. 291–311). Kbh.: Hans Reitzel.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality - A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Penguin Books.
- Blackburn, H., & Jacobs, D. (2014). Commentary: Origins and evolution of body mass index (BMI): continuing saga. *International Journal of Epidemiology*, 43(3), 665–669.  
<https://doi.org/10.1093/ije/dyu061>
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder: en grundbog*. København: Hans Reitzel.
- Center for Forebyggelse. (2005). *Terminologi: forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. (H. Tønnesen, Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, & S. og F. Arbejdsgruppen vedrørende Forebyggelse, Red.). Sundhedsstyrelsen.
- Dalsgaard, L., Jensen, B., Kristensen, I. H., Thastrup, B., & Ziebell, B. (2007). *Du bestemmer: nye sammenhænge - nye muligheder*. Holstebro; [Roskilde]; [Kbh.]; Holstebro: Region Midtjylland ; Roskilde Kommune ; Københavns Kommune ; Rekvireres hos Center for Folkesundhed Holstebro.
- Dansk Selskab for Almen Medicin, & Sundhedsstyrelsen. (2009). *Opsporing og behandling af overvægt hos voksne*. Kbh.: Dansk Selskab for Almen Medicin: I samarbejde med Fonden for tidsskrift for praktisk lægegerning.
- Det Danske Sprog- og Litteraturselskab. (2018). trivsel — Den Danske Ordbog. Hentet 14. maj 2018, fra <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=trivsel>
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2011). *Ulighed i sundhed: årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen.

- Elkjær, B., & Wiberg, A. (2013). Kapitel 5: Pragmatismens læringsyn og pragmatisk læringsteori. I A. Qvortrup & M. Wiberg (Red.), *Læringsteori og didaktik* (s. 124–143). Kbh.: Hans Reitzel.
- Geil, K., Søndergaard, D. E., & Rod, M. H. (2016). Organisatoriske og politiske rammer for forebyggelsen i Danmark. I B. Bruun Jensen, M. Grønbæk, & S. Reventlow (Red.), *Forebyggende sundhedsarbejde* (s. 21–39). Munksgaard.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (s. 105–117). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hiim, H., & Hippe, E. (2012). *Undervisningsplanlægning for faglærere*. Kbh.: Gyldendal.
- Holm, J.-C. (2017). Behandling af børn og unge med svær overvægt. Det nye paradigme. *Lægemagasinet*, 31. årgang(2), 10–13.
- Holstein, B. (1996). Triangulering - metoderedskab og validitetsinstrument. I I. M. Lunde & P. Ramhøj (Red.), *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag.
- Illeris, K. (2009). *Læring*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Illeris, K. (2012). *49 tekster om læring*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Illeris, K., & Berri, S. (2005). *Tekster om voksenlæring*. Kbh.; Frederiksberg: Learning Lab Denmark ; Roskilde Universitetsforlag.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisationer fungerer: en indføring i organisation og ledelse*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Jank, W., & Meyer, H. (2006). *Didaktiske modeller: grundbog i didaktik* (1. udg., 1. opl.). København: Gyldendal.
- Jensen, B. B. (2016). Kernebegreber i sundhedspædagogik. I B. B. Jensen, M. Grønbæk, & S. Reventlow (Red.), *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.



- Larsen, K. (2012). Opbrud i medicinen fra 1750 – 1850: Om positioner, kampe, videnskab og praksis i medicinsk felt. *Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 6(1), 25–67.
- Larsen, K., & Esmark, K. (2013). Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier. *Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 7(1–2), 5–14.
- Lave, J., & Wenger, E. (2014). *Situeret læring - og andre tekster*. Kbh.: Hans Reitzel.
- LOV nr. 1188 af 24/09/2016 (historisk). Sundhedsloven
- Maunsbach, M., & Dehlholm-Lambertsen, B. (1997). Gyldighedskriterier. I B. Dehlholm-Lambertsen, M. Maunsbach, & Forskningsenheden for Almen Medicin (Red.), *Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning: fem artikler fra Nordisk medicin 1997*. Århus: Forskningsenheden for Almen Medicin.
- Miller, W. R., Rollnick, S., & Butler, C. C. (2009). *Motivationssamtalen i sundhedssektoren*. Kbh.: Gyldendals bogklubber.
- Nielsen, K. (2013). Kapitel 7: Læring i et situeret perspektiv. I A. Qvortrup & A. Wiberg (Red.), *Læringsteori og didaktik* (s. 173–189). Kbh.: Hans Reitzel.
- NiRas. (2013, april). Slutevaluering af satspuljen: "Vægttab og vægtvedligeholdelse blandt svært overvægtige voksne".
- Norddjurs Kommune. (2016, april 25). Behandling af overvægtige voksne. Hentet 14. februar 2018, fra <https://www.norddjurs.dk/nyheder/2015/jan/behandling-af-overvaegtige-voksne>
- Nordic Council of Ministers. (2014). *Nordic nutrition recommendations 2012 - Integrating nutrition and physical activity*. Place of publication not identified: Nordic Council Of Ministers.
- Qvortrup, A., & Wiberg, M. (2013). Kapitel 2: Læringsteoriene - hvad teoretiserer de over? I A. Qvortrup & A. Wiberg (Red.), *Læringsteori og didaktik* (s. 49–71). Kbh.: Hans Reitzel.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67.  
<https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Saltofte, M. (2016). *Pædagogisk antropologi: et overblik*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Silkeborg Kommune. (2017). Vægttabshold. Hentet 14. februar 2018, fra <https://sundhedshuset.silkeborgkommune.dk/Vores-tilbud/Vaegt/Vaegttabs-hold>
- Statens Institut for Folkesundhed. (2017). *Kortlægning af livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt i regioner og kommuner*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Statens Institut for Folkesundhed. (u.å.). Danskernes Sundhed - tal fra den nationale sundhedsprofil (database). Hentet 7. februar 2017, fra <http://www.danskernessundhed.dk/>
- Statens Institut for Folkesundhed, & Syddansk Universitet. (2007). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. (M. Kjøller, Red.) (2. Opl.). København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Sundhed.dk. (2017, september 27). Behandling af overvægt efter Holbæk modellen - sundhed.dk. Hentet 14. februar 2018, fra <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-nordjylland/mariagerfjord/kost/behandling-af-overvaegt-efter-holbaek-modellen/>
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2017, maj 18). Sundheds- og Ældreministeriet Mission, vision og værdier - sum.dk. Hentet 12. februar 2018, fra <https://www.sum.dk/Om-ministeriet/Mission-vision-vaerdier.aspx>
- Sundhedsstyrelsen. (2018a). *Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. København S.

- Sundhedsstyrelsen. (2013). *Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*. (M. Størup, B. Hjalsted, K. Finke, & Danmark, Red.). Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2017, juni 23). Om os. Hentet 7. februar 2018, fra <https://www.sst.dk/da/om-os>
- Sundhedsstyrelsen. (2018b, april 13). Forebyggelsespakke - Overvægt. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2018c, maj 4). Overvægt. Hentet 23. maj 2018, fra <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/overvaegt>
- Sundhedsstyrelsen. (2018d). Små skridt. Hentet 16. maj 2018, fra <http://altomkost.dk/fakta/slank-overvaegt-og-vaegttab/jeg-skal-tabe-mig-hvad-goer-jeg/smaa-skridt/>
- Sundhedsstyrelsen, & Komiteen for Sundhedsoplysning. (2015). *Små skridt til vægttab der holder*. (P. Brændgaard, Red.). Kbh.: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Syddjurs Kommune. (2012, august 8). Vægttab. Hentet 14. februar 2018, fra <https://www.syddjurs.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/vaegttab>
- Vallgård, S. (2004). Studier af magtudøvelse. Bidrag til en operationalisering af Michel Foucaults begreb governmentality. I P. M. Christiansen & L. Togeby, *På sporet af magten* (s. 117–131). Aarhus Universitetsforlag.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- Wellington, J. J. (2015). *Educational research: contemporary issues and practical approaches* (Second edition). London ; New York: Bloomsbury Academic.
- Wenger, E. (2010). *Praksisfællesskaber læring, mening og identitet*. København: Hans Reitzel.
- Wiberg, M. (2013). Kapitel 9: Humanistisk og transformativ læringsteori. I A. Qvortrup & A. Wiberg (Red.), *Læringsteori og didaktik* (s. 209–229). Kbh.: Hans Reitzel.

Wistoft, K. (2009). *Sundhedspædagogik: viden og værdier*. Kbh.: Hans Reitzel.

World Health Organization. (2018). WHO | Constitution of WHO: principles. Hentet 5. februar 2018, fra <http://www.who.int/about/mission/en/>

## Artikel

### Nye veje i praksis: Om anvendelse af Holbæk-modellen på voksne i en kommunal kontekst

Af Jeanette Nørgaard Videbæk

Stud.mag. Læring og Forandringsprocesser

Institut for Læring og Filosofi

Aalborg Universitet

#### Abstract

Artiklen baserer sig på en undersøgelse af sundhedsprofessionel praksis, hvor Holbæk-modellen anvendt på voksne synes at være en ny tendens på området for behandling af overvægt. Med modellens oprindelse i regi af sygehus samt anvendelse på børneområdet, er det væsentligt at undersøge potentialer og udfordringer i forhold til anvendelsen på voksne. Undersøgelsen tager udgangspunkt i kommunalt regi gennem inddragelse af en case, hvor individuelle forløb er rammen for modellens anvendelse. I artiklen udfoldes perspektiver om intentionelle aspekter af Holbæk-modellen i relation til borgerens læring samt oplevelser i den sundhedsprofessionelle udøvelse af modellen.

#### Indledning

Overvægt defineret ud fra Body Mass Index (herefter BMI) synes at være en fællesnævner for flere livsstilsrelaterede sygdomme og påvirkninger på den enkelte borger og fra statsligt niveau, er der en intention om at mindske overvægten for både individets samt folkesundhedens bedste (Dansk Selskab for Almen Medicin & Sundhedsstyrelsen, 2009) (Statens Institut for Folkesundhed & Syddansk Universitet, 2007) (Sundhedsstyrelsen, 2017). Ud fra præmissen aktuel bedste viden i forhold til sundhedsfremme, har metoden Små Skridt været fremhævet det seneste årti. Imidlertid har evalueringer af metoden indikeret en begrænset effekt på overvægt som fysisk fænomen, hvilket blandt andet har været katalyserende for Enheden for overvægtige børn og unges (herefter Enheden) udvikling af metoden Holbæk-modellen (NiRas, 2013, s. 4, 12-13, 28, 57) (Holm, 2017, s. 10-11). Enheden præciserer at Holbæk-modellen baserer sig på en direkte og konfronterende tilgang og fokuserer på at mindske overvægt og herigennem fremme sundhed og livsstil gennem en indsats, som opfatter overvægt som en fysisk udfordring (Holm, 2017, s. 10-11). Undersøgelsen ønsker således at sætte fokus på Holbæk-modellen, som ny tilgang til sundhedsfremme, hvor det er interessant at se på intentioner og forståelser bag metoden, samt hvordan metoden opleves af borgere som deltager i forløb og sundhedsprofessionelle, som formidler metoden. Det overordnede sigte med undersøgelsen går på: *Hvordan anvendelsen af Holbæk-modellen kan bidrage til udvikling af sundhedsprofessionel praksis inden for kommunale tilbud rettet mod voksne med overvægt.*

#### Undersøgelse af praksis for sundhedsfremme

Undersøgelsen baseres på et casestudie af praksis gennem undersøgelse af tilbud, hvor Holbæk-modellen anvendes som metode i en enhed for sundhedsfremme, her kaldet Sundhedshuset, i en jysk kommune. Undersøgelsen indledes med observationer af individuelle opfølgende samtaler i

forløbet, som afsæt for interviews med borgere og sundhedsprofessionelle. Der gennemføres tre observationer, et interview med en borger, der er observeret på samt interview med den sundhedsprofessionelle, der varetager samtalerne på det tidspunkt, hvor jeg observerer samt interview med den anden sundhedsprofessionelle knyttet til tilbuddet. Indirekte observerende inddrages evalueringer af tilbuddet foretaget af medarbejdere i Sundhedshuset. Borgeren anonymiseres gennem navnet Katrine og de sundhedsprofessionelle anonymiseres henholdsvis ud fra ovenstående gennem navnene Morten og Anne.

Med udgangspunkt i didaktikkens nerve om "... at *ville* noget med nogen ..." (Bengtsen & Qvortrup, 2013, s. 295, kildens fremhævelse) anvendes den didaktiske relationsmodel af Hiim & Hippe til analyse og strukturering af mulige intentioner og læringsforståelser bag Holbæk-modellen gennem begreberne mål, vurdering, rammefaktorer, indhold, læreprocessen og læringsforudsætninger (Hiim & Hippe, 2012). Self Determination Theory anvendes som perspektiv på motivationelle aspekter for forandring hos borgeren gennem begreberne autonomi, kompetence og samhørighed og som spejling i den sundhedsprofessionelles opfattelse af at understøtte elementerne (Ryan & Deci, 2000). Deweys begreb om erfaring inddrages for at indkredse det involverende element i metoden og anvendes ligeledes dobbelt i forhold til borgerens og de sundhedsprofessionelles oplevelser (Elkjær & Wiberg, 2013). Undersøgelsen diskuterer fund gennem et situeret perspektiv som todelt går på et borger-praksisfællesskab og et praksisfællesskab af sundhedsprofessionelle, der arbejder med voksne og overvægt.

## **Holbæk-modellen i praksis**

### Forståelsesmæssige perspektiver på metoden

Målet for Holbæk-modellen baserer sig på fysiske målinger af borgerens vægt BMI, hvor en mindskning synes at være det primære mål og således at være bestemmende for hvornår der er tale om forandring og herigennem læring hos borgeren. Det kan problematiseres hvordan netop vurderingen af borgerens forandringer går på det fysiske og endvidere at det baseres på et masse mål og ikke definerer denne masses bestanddele. Borgeren er herigennem et instrument, for at målet opnås, og Holbæk-modellen synes i mindre grad at involvere den enkeltes intentioner og sekundære mål i processen mod målet. Det fremhæves af Enheden, hvordan metoden direkte opponerer mod metoder som Små Skridt, anbefalet af Sundhedsstyrelsen (Holm, 2017, s. 12) og undersøgelsen finder divergerende opfattelser i forvaltningen af *det sundhedspædagogiske projekt*, hvor Holbæk-modellen vægter den medicinske tradition i højere grad end det involverende element. Disse rammefaktorer står i relation til metodens indholdsmæssige del, som går på styring af borgerens handlinger gennem vejledning af den sundhedsprofessionelle ud fra præcise handleplaner. På trods af et fremhævet magtperspektiv, synes metoden at inkludere et perspektiv om den sundhedsprofessionelle som faciliterende for indholdet, gennem en læreproces, hvor der er stor fokus på det forståelsesmæssige bag metoden. Der synes at være intentioner i metoden om dialogiske perspektiver med menings- og erfaringsudveksling, men som dog er underlagt målet om vægttab.

Evalueringer af forløbet i Sundhedshuset tyder på, at tilbuddet i overvejende grad er effektivt i forhold til målet. De sundhedsprofessionelle fremhæver i interviews, at tidligere anvendte metoder, ikke har været målrettet i samme grad og ikke har givet tilstrækkelige resultater i forhold til mindskning af overvægt.

### Borgerens oplevelse af forandring og støtte i forløbet

Grundet det fremsatte mål om vægttab ser undersøgelsen nærmere på det motivationelle aspekt i et borger-perspektiv. Ud fra interview med borgeren, Katrine, synes det førnævnte magtperspektiv at være legitimeret gennem overlap i mål om vægttab, som primært mål, og der er en delvis oplevelse af borgerens handlinger som autonomisk styret. Den personlige betydning af målet

indvirker på borgerens lyst til at følge handleplanen, og dette synes at lade sig gøre gennem en oplevet følelse af at kunne handle kompetent, ud fra konkretisering af handlinger og dialog med de sundhedsprofessionelle. Sidstnævnte synes at være af betydning for Katrine, ved at hun giver udtryk for at føle sig lyttet til, til trods for bevidsthed om styring og der synes at være en oplevelse af samhørighed med den sundhedsprofessionelle, af positiv betydning for det motivationelle aspekt. Opsummeret på begreberne autonomi, kompetence og samhørighed synes der at være tale om, en til dels ydre styring af borgerens forandring og herigennem læring.

Det dialogiske element i samtalerne, synes at gå på en italesættelse af borgerens erfaringer gennem refleksion over handlinger. At der reflekteres over både tidligere og igangværende handlinger giver Katrine udtryk for at være positiv for oplevelsen af samhørighed med den sundhedsprofessionelle samt følelse af anerkendelse. Dette perspektiv synes positivt for forandring af borgerens vaner og opnåelse af målet.

### De sundhedsprofessionelles oplevelser af muligheder i metoden

Undersøgelsen finder, at Holbæk-modellen synes at rumme muligheder i at fremme ovenstående motivationelle behov hos borgeren, gennem en dialog med fokus på mening for borgeren samt konkretisering af dennes muligheder for at handle aktivt mod målet. Behov for autonomi samt oplevelse af kompetence oplever de sundhedsprofessionelle som en udfordring i dagligdagen ud fra metoden, men at disse er mulige at styrke gennem forståelse for og specificering af handlinger. De sundhedsprofessionelle deler samme opfattelse af dialog i samtalerne, det samhørighedsmæssige, som værende positivt for borgerens forandring. Imidlertid synes perspektivet om vægttabet som det primære mål, at udfordre inddragelsen af borgerens erfaring, meninger, tanker og sekundære mål til vægttabet.

I interview med hver især af de sundhedsprofessionelle er der en positiv stemning for at udvikle tilbuddet gennem anvendelse af Holbæk-modellen på gruppeforløb, blandt andet for bedre at kunne imødekomme ovenstående udfordringer og styrke den enkeltes læring. Undersøgelsen fremhæver borgerne i forløbet, som værende deltagere i et praksisfællesskab, hvor der kan være en mulig fælles forståelse som kan være fremmende for borgerens motivation gennem øget oplevelse af autonomi, kompetence og samhørighed.

I undersøgelse udbredes det situerede perspektiv på det sundhedsprofessionelle plan i forhold til et muligt praksisfællesskab af sundhedsprofessionelle, som beskæftiger sig med overvægt hos voksne, og herigennem muligheder i udvikling i sundhedsfremme. Med et indtil nu anbefalet metode om Små Skridt fra Sundhedsstyrelsen, indikerer undersøgelsen mulighederne i at det forståelsesmæssige forhandles internt i praksisfællesskabet på baggrund af de sundhedsprofessionelles erfaringer med anvendelsen af metoden. Der synes således at være muligheder i, at anvendelse af Holbæk-modellen kan initiere en induktiv forandring af sundhedsprofessionel praksis.

### **Konklusion**

Med udgangspunkt i anvendelse af Holbæk-modellen som effektiv i forhold til de fysiske mål om vægttab, synes metoden at kunne supplere og muligvis forandre den eksisterende forståelse af sundhedsprofessionel praksis på overvægtsområdet. Elementet af ydre styring synes overvejende positivt ud fra borgerens oplevelse at blive hjulpet til vægttab gennem fokus på konkretisering og forståelse i den sundhedsprofessionelles formidling af indhold i metoden. Med metoden medicinske perspektiv på det sundhedspædagogiske projekt synes forandringen at kunne understøttes af inddragelse af borgerens erfaringer, tanker og sekundære mål for vægttabet. Overordnet set kan de sundhedsprofessionelles erfaring med anvendelse med metoden bidrage til en udvidet forståelse af sundhedsfremme på tværs af kommunale enheder.

## Referencer

- Bengtzen, S. S. E., & Qvortrup, A. (2013). Didaktikkens teorier og didaktikkens nerve. I *Læringsteori og didaktik* (s. 291–311). Kbh.: Hans Reitzel.
- Dansk Selskab for Almen Medicin, & Sundhedsstyrelsen. (2009). *Opsporing og behandling af overvægt hos voksne*. Kbh.: Dansk Selskab for Almen Medicin : I samarbejde med Fonden for tidsskrift for praktisk lægegerning.
- Elkjær, B., & Wiberg, A. (2013). Kapitel 5: Pragmatismens læringsyn og pragmatisk læringsteori. I A. Qvortrup & M. Wiberg (Red.), *Læringsteori og didaktik* (s. 124–143). Kbh.: Hans Reitzel.
- Hiim, H., & Hippe, E. (2012). *Undervisningsplanlægning for faglærere*. Kbh.: Gyldendal.
- Holm, J.-C. (2017). Behandling af børn og unge med svær overvægt. Det nye paradigme. *Lægemagasinet*, 31. årgang(2), 10–13.
- NiRas. (2013, april). Slutevaluering af satspuljen: "Vægttab og vægtvedligeholdelse blandt svært overvægtige voksne".
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Statens Institut for Folkesundhed, & Syddansk Universitet. (2007). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. (M. Kjøller, Red.) (2. opl). København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Sundhedsstyrelsen. (2017, juni 23). Om os. Hentet 7. februar 2018, fra <https://www.sst.dk/da/om-os>