

Anbefalinger til fremtidige overvejelser til beslutninger i arbejdet med ændringen af borgeres sundhedsadfærd hos en dansk kommune – Et kritisk hermeneutisk perspektiv

Udarbejdet af specialegruppe: 21gr10301

Camilla Bang Kjøbsted

Charlotte Marker Vestergaard

Specialevejleder:

Kirsten Schultz Petersen

Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Kandidaten i Folkesundhedsvidenskab,
4. semester, Aalborg Universitet

Antal anslag med mellemrum: 238589

Forord

Dette kandidatspeciale er udarbejdet i perioden februar til juni 2021 på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet af Camilla Bang Kjøbsted og Charlotte Marker Vestergaard.

Vi vil gerne takke vores vejleder, Kirsten Schultz Petersen, for vejledning af høj kvalitet gennem faglig sparring og gode refleksionsspørgsmål, der bidrog til et højt læringsudbytte. Ydermere har vi sat stor pris på din tid og opmærksomhed til at bistå os, når specialeprocessen var udfordrende.

Endvidere rettes en stor tak til informanterne for deres tid og bidrag, som muliggjorde indsamling af værdifuld empiri i form af deres perspektiv til at kunne udarbejde kandidatspecialet.

Camilla og Charlotte

Læsevejledning

Specialet er udarbejdet med udgangspunkt i Aalborg-modellen (1,2). Indledningsvist fremgår et initierende problem, som er et emne, der skaber undren (3). Det initierende problem udfoldes og analyseres i problemanalysen for at udmunde i en afgrænsning af problemfeltet (2,3). Som følge af problemanalysen formuleres specialets problemformulering samt dertilhørende undersøgelses-spørgsmål, der er retningsgivende for problembearbejdningen (2,3). I problembearbejdningen redegøres og begrundes for anvendte metoder, analysen og de fundne resultater. Dette anvendes til at udarbejde anbefalinger til videre overvejelser om arbejdet med ændring af borgernes sundhedsadfærd ved kommunale medarbejdere i en given kommune. Herefter følger en diskussion af både resultater og metodevalg, for slutteligt at munde ud i en konklusion.

Resumé

Titel: Anbefalinger til fremtidige overvejelser til beslutninger i arbejdet med ændringen af borgeres sundhedsadfærd hos en dansk kommune - Et kritisk hermeneutisk perspektiv.

Formålet:

Er at opnå viden fra kommunale dokumenter og kommunale medarbejders oplevelse af deres arbejde med ændringen af borgeres sundhedsadfærd, samt et forandringsperspektiv omhandlende anbefalinger til fremtidige overvejelser om beslutninger i kommunen vedrørende deres indsatser rettet mod ændringen af borgernes sundhedsadfærd.

Metode:

Der blev anvendt tre dataindsamlingsmetoder; dokumentanalyse, individuelle online interviews og en systematisk litteratursøgning. Baseret på videnskabsteorien, Paul Ricoeurs kritiske hermeneutisk, blev to separate tekstanalyser udført af henholdsvis dokumentanalysen og interviewundersøgelsen. Der blev inkluderet 6 kommunale dokumenter, og der blev foretaget 3 individuelle online interviews. Teksterne blev analyseret med afsæt i Birthe Pedersen og Pia Dreyers tretrins Paul Ricoeur-inspirerede fortolkningsmetodes trin 1, *naiv læsning*, og trin 2, *strukturanalyse*. Det tredje trin var en sammenfatning af de dominerende temaer på tværs af de to tekstanalyser med inddragelse af Steen Wackerhausens *Det åbne sundhedsbegreb* og *Refleksion i praksis* til en kritisk fortolkning. Den systematiske litteratursøgning blev udført grundet en efterspørgsel vedrørende andre målbare outcomes i arbejdet med ændringen af borgernes sundhedsadfærd. 4 studier blev inkluderet.

Resultaterne:

Der var divergens i forståelsen af sundhedsadfærd på tværs af tekstanalyserne af henholdsvis de kommunale dokumenter og individuelle interview med kommunale medarbejdere. Det fremgik, at de kommunale medarbejders arbejde i høj grad stemte overens med Steen Wackerhausens åbne sundhedsbegreb, som handler om målindfrielse, livsbetingelser og handlefærdigheder, og at deres forståelse af og arbejdet med borgernes sundhedsadfærd rakte bredere end sundhedsadfærden.

Endvidere blev der udarbejdet anbefalinger til fremtidige overvejelser i kommunens beslutning om arbejdet med ændringen af borgernes adfærd. Både i forhold til arbejdet med ændringen af borgernes sundhedsadfærd ud fra en åben tilgang til borgernes sundhed, men også i forhold til, hvordan succes med ændringen opgøres grundet en efterspørgsel på andre målbare outcomes

Konklusion:

Således var forståelsen af og arbejdet med borgernes sundhedsadfærd, ud fra medarbejdernes perspektiv, en bred forståelse af sundhedsadfærd, mens denne brede forståelse ikke kom til udtryk i deres måling af, hvorvidt borgerne ændrede sundhedsadfærd. Dermed blev anbefalinger til fremtidige overvejelse af en fortsat arbejdsgang ud fra et åbent sundhedsbegreb og andre målbare outcomes i kommunen udarbejdet. I fremtiden vil det være fordelagtigt at undersøge den åbne tilgang til forståelsen af det kommunale arbejde med ændringen af borgernes sundhedsadfærd ud fra anden litteratur for at undersøge, hvorvidt dette har almen mening.

Abstract:

Title: Recommendations for future considerations for decisions in the work of changing citizens' health behavior in a Danish municipality - A critical hermeneutic perspective.

Purpose:

The purpose of this thesis is to gain knowledge from a municipality's public documents and employees' experience of their work with changing their citizens' health behavior, as well as a change perspective regarding recommendations for future consideration of decisions in the municipality regarding their efforts aimed at changing citizens' health behavior.

Methods:

Three data collection methods were applied; document analysis, individual online interviews and a systematic literature search. Based on the theory of science, Paul Ricoeur's critical hermeneutics, two separate text analyses were performed by the document analysis and the interview study, respectively. 6 municipal documents were included and 3 individual online interviews with municipality employees were conducted. The texts were analyzed based on Birthe Pedersen and Pia Dreyer's three-step Paul Ricoeur-inspired interpretive method step 1, *naïve reading*, and step 2, *structural analysis*. Step 3 was a summary of the dominant themes across the two textual analysis, involving Steen Wackerhausen' *The Open Health Concept* and his *Reflection in Practice* to a Critical Interpretation. The systematic literature search was performed due to a demand regarding other measurable outcomes in the work with the change of citizens' health behavior. 4 studies were included.

Results

The results showed that there was a divergence in the understanding of health behavior across the text analyzes after the municipal documents and the individual interviews with municipal employees. It appeared that the work of the municipal employees was pretty much in line with Steen Wackerhausen's open concept of health, which is about goal fulfillment, living conditions and action skills, and that their understanding of and work with citizens' health behavior extend beyond health behavior. Furthermore, recommendations were prepared for future considerations in the municipality's decision on the work of changing citizens' behavior. Both in relation to the work with the change of the citizens' health behavior based on the work of changing citizens' behaviors. In relation to the work with changing the citizens' health behaviors based on an open approach to the citizens' health, but also in relation to how success with change is measured due to a demand for other measurable results.

Conclusion

Thus, the understanding of and work with citizens' health behaviors, from the employees' perspective, was a broad understanding of health behaviors, while this broad understanding was a broad understanding of health behaviors, while this broad understanding was not expressed in their measurement of whether citizens changed health behaviors. Thus, recommendations for future consideration of a continued workflow based on an open health concept and other measurable outcomes in the municipality were prepared. In the future, it will be beneficial to examine the approach to the understanding of municipal work with the change of citizens' health behavior from other literature to examine whether this has general meaning.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem.....	1
2. Problemanalyse.....	3
2.1 <i>Forståelse af sundhedsadfærd på internationalt og nationalt niveau.....</i>	<i>3</i>
2.1.1 International forståelse af sundhedsadfærd	3
2.1.2 Forståelse af sundhedsadfærd og sundhed i dansk regi.....	4
2.2 <i>Forskellige forståelser af risiko og dets indflydelse på sundhedsadfærd</i>	<i>6</i>
2.3 <i>Kommunernes forståelse af og arbejdet med ændringen af borgernes sundhedsadfærd</i>	<i>7</i>
2.3.1 Eksempel på landkort over tre danske kommuner	9
2.4 <i>Konsekvens af en individualistiske tilgang til ændring af sundhedsadfærd.....</i>	<i>12</i>
2.4.1 Omgivelsernes i lokalsamfundets indflydelse på sundhedsadfærd	12
2.4.2 Social relationers betydning for sundhedsadfærd.....	13
2.4.3 Borgerens hverdagslivets betydning for ændring af sundhedsadfærd	14
3. Problemafgrensning	16
4. Formål	16
5. Problemformulering.....	16
5.1 <i>Undersøgelsesspørgsmål.....</i>	<i>17</i>
6. Metodeafsnit.....	17
6.1 <i>Design til at skabe sammenhæng mellem de metodiske komponenter</i>	<i>18</i>
6.2 <i>Videnskabsteoretisk positionering som kritisk hermeneutik</i>	<i>20</i>
6.2.1 Paul Ricoeurs kritiske hermeneutik	20
6.2.2 Paul Ricoeurs fortolkningsteori	21
6.2.3 Ricoeurs trefoldige mimesis	21
6.2.4 Analysestrategi - Pedersen og Dreyers Ricoeur-inspirerede fortolkningsmetode	22
6.3 <i>Teoretisk referenceramme</i>	<i>24</i>
6.4 <i>Dataindsamlingsmetoder</i>	<i>25</i>
6.4.1 Dokumenter til tekstanalyse.....	25
6.4.2 Semistrukturerede individuelle online interviewundersøgelse	26
6.4.3 Systematisk litteratursøgning	33
6.5 <i>Etiske overvejelser.....</i>	<i>40</i>

6.6 Kvalitetskriterier	41
7. Resultater	42
7.1 Resultat af dokumentanalyse.....	42
7.1.1 Naiv læsning af kommunale dokumenter	42
7.1.2 Strukturanalyse af kommunale dokumenter	43
7.2 Resultater fra interviewundersøgelse	50
7.2.1 Naiv læsning af interviews.....	50
7.2.2 Strukturanalyse af interviews	51
7.3 Kritisk fortolkning med inddragelse af Det Åbne Sundhedsbegreb	65
7.3.1 Sammenhængen mellem dominerende temaer i den kritiske fortolkning	65
7.3.2 Forskellige forståelser af sundhedsadfærd - kritiske fortolkning.....	66
7.3.3 At arbejde midtsøgende mod det åbne sundhedsbegreb med ændring af borgernes sundhedsadfærd	67
7.3.4 Sundhedsadfærd forstås ud fra det åbne sundhedsbegreb - refleksion over praksis.....	70
7.4 Præsentation og kvalitetsvurdering af de inkluderede studier	73
7.4.1 Kvalitetsvurdering af udvalgte studier	0
7.5 Perspektivering af outcomes til ændring af borgernes sundhedsadfærd	3
7.5.1 Inddragelse af videnskabelige studier til refleksion af målemetoder	3
7.6 Forandringsforslag til praksis	6
7.6.1 Omsætning af forandringsforslag til praksis med anvendelse af Kotters ottetrinsproces til forandring.....	7
Trin 1: Etablering af en organisatorisk oplevelse af nødvendighed	8
Trin 2: Oprettelse af den styrende koalition	9
Trin 3: Udvikling af en vision og en strategi	9
Trin 4: Formidling af forandringsvisionen	10
Evaluerings og implementering.....	10
8. Diskussion	11
8.1 Resultat diskussion	11
8.1.1 Implikationer af en højrisikostrategi til borgernes sundhedsadfærd	12
8.1.2 Handlefærdigheder	16
8.2 Metodediskussion.....	18
8.2.1 Dokumentanalyse.....	18
8.2.2 Interviewundersøgelsen	19
8.2.3 Systematiske søgning	21

9. Konklusion	22
----------------------------	-----------

1. Initierende problem

Danskerens sundhedsadfærd anses for at være en folkesundhedsmæssig problemstilling, idet borgernes sundhedsadfærd har konsekvenser for individet, samfundet og for samfundsøkonomien. Det fremgår af Den Nationale Sundhedsprofil 2017, at flere danskere har usunde kostvaner, er ikke tilstrækkelig fysisk aktive, er overvægtige, har dårligere mentalt helbred, er stressede, mens redueringen af rygning er stagneret (4). Det fremgår, at flere danskere har usunde kostvaner, ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive, er overvægtige, har dårligere mentalt helbred, er stressede, mens redueringen af rygning er stagneret (4). For individet gælder det, at overvægt og svær overvægt er associeret med øget dødelighed (5), der er en omvendt association mellem fysisk aktivitet og mental sundhed (6), og en sund livsstil er associeret med en lavere risiko for depressive symptomer (7). Endvidere fremgik det i 2013, at rygning, fysisk inaktivitet og alkohol havde betydning for tab i middellevetid, hvor den største risikofaktor, rygning, betød et tab i middellevetid på tre år og seks måneder for mænd og tre år for kvinder (8). I Danmark gælder det bl.a., at tabt produktivitet har ekstra omkostninger på 10 mia. kr. relateret til svær overvægt, 12 mia. kr. relateret til fysisk inaktivitet og 34 mia. kr. relateret til rygning (8).

Kommunalreformen i 2007 bevirkede, at kommunerne blev hovedaktør for den borgerrettede sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme (9). På baggrund af Sundhedslovens §119 fremgår det, at den kommunale instans skal tilbyde forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og skabe rammer for en sund levevis (10). I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 identificeres SA som KRAM-faktorerne og vægt (4). I relation til dette fremgår en tilbøjelighed til, at danske kommuner udarbejder individrettede indsatser, hvor borgerne forventes at ændre SA på baggrund af oplysning og en medicinsk forståelsesramme (11,12). Dette understøttes, idet Kommunernes landsforening (KL) skriver i deres rapport *Forebyggelse for fremtiden*, at fokus bør være på: ”de væsentligste risikofaktorer og lidelser: Rygning, For meget alkohol, Fysisk inaktivitet, Overvægt, Dårlig mental sundhed og Muskelskeletlidelser” (13) p. 9). Endvidere skriver de, at sundhed er et fælles ansvar, men: “Det er først og fremmest det enkelte menneske, der har ansvar for eget liv og sundhed.” (13) p. 11)

På baggrund af en socioøkologisk tænkning vedr. SA influeres borgerne dog gensidigt af andre niveauer; politisk, institutionel, lokalsamfundsmæssigt eller omgivelsesmæssigt, og interpersonelt (14). Det synes derfor paradoksalt, at indsatserne er individrettede, når SA'en betinges af mere end borgeren selv.

Således synes der at være behov for at afdække gældende forståelser af SA blandt kommunale medarbejdere samt deres samt deres oplevelse af deres arbejde med ændring af borgernes SA. Dette med henblik på at skabe refleksion i organisationen, der på sigt kan bidrage til forandring af praksis ifm. det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde samt dets tilsigtede og utilsigtede konsekvenser.

2. Problemanalyse

Dette afsnit vil udfolde og analysere problemfeltet vedr. opfattelsen af sundhedsadfærd (SA) som individets ansvar, til trods for at disse påvirkes af det omkringliggende samfund. Indledningsvist vil en analyse af den nationale og internationale forståelse af sundhedsadfærd præsenteres. Dernæst følger en analyse af tre kommunale sundhedspolitikker og sundhedstilbud ift. sundhedsadfærd, da kommunerne er den primære aktør i varetagelsen af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Afslutningsvis følger en analyse af, hvad den individrettede tilgang har af konsekvenser ift. andre niveauer fra den socioøkologiske model.

2.1 Forståelse af sundhedsadfærd på internationalt og nationalt niveau

Ud fra en socioøkologisk tænkning, vil den internationale forståelse af SA interagere med den nationale og den kommunale forståelse af SA, da lagene i den socioøkologiske model gensidigt påvirker hinanden (14). Det er væsentligt at analysere, hvordan SA forstås, ift. arbejdet med ændringen af SA i de kommunale tilbud.

2.1.1 International forståelse af sundhedsadfærd

For at analysere, hvordan SA forstås internationalt tages afsæt i World Health Organizations (WHO) definition.

WHO definerer SA som:

“Any activity undertaken by an individual, regardless of actual or perceived health status, for the purpose of promoting, protecting or maintaining health, whether or not such behaviour is objectively effective towards that end.” (15) p. 355)

Ifølge WHO er SA enhver aktivitet udført af individet for at fremme, beskytte eller opretholde egen sundhed. WHO skelner mellem SA og risikoadfærd, hvor sidstnævnte er adfærd associeret med større modtagelighed overfor sygdom eller dårligt helbred (15,16). De to former for adfærd forbindes ofte som livsstil, hvilket kan have betydning for både individets egen sundhed, men også andres sundhed (16). Forståelsen af SA synes at være forankret i sundhedsforståelsen. WHO's definition på sundhed indeholder både fysisk, mentalt og socialt *wellbeing* (16). Det tyder altså på, at WHO har

en bred forståelse, da definitionen indeholder mere end blot fravær af sygdom, som er kendetegnende for den medicinske tænkning (17,18). Velvære er individuelt, og if. Testoni, Mansfield & Paul (19) er det subjektivt og omhandler, hvordan mennesker føler (19). WHO's sundhedsforståelse synes sundhedsrelativistisk, da velvære, og dermed også sundhed, opleves individuelt (20).

WHO's adskillelse af sundheds- og risikoadfærd kan dog være problematisk. Individets adfærd afhænger af, hvad dennes forståelse af sundhed er funderet i, og er ikke nødvendigvis samme som de sundhedsprofessionelles. Derfor kan individets adfærd for individet skabe sundhed, mens det for de sundhedsprofessionelle gør individet mere modtagelig overfor sygdom. Helle Timm (21) berører problematikken, at lægfolks sundhedsperspektiv adskiller sig fra de professionelles (21). Den biomedicinske forståelse af sundhed, som de professionelle repræsenterer, kan if. Helle Timm (21) ikke begribe det sunde i det usunde, og vice versa (21), hvorfor subjektets forståelse af sundhed, kan være noget, der gør dem modtagelige overfor sygdom og dårligt helbred fra en professionel forståelse. En biomedicinsk tænkning omhandler at undgå sygdom og risikofaktorer (18).

Et studie af Holton, Barry & Chaney (22) undersøgte medarbejdere på et universitets håndtering af stress, og hvorvidt deres copingstrategi var fordelagtig for deres sundhed (22). De typiske uhensigtsmæssige copingstrategier var alkoholindtag og at spise mere end normalt (22). Med en biomedicinsk forståelse af sundhed, kan det sunde i medarbejdernes håndtering af stress på arbejdet og i hverdagen gennem alkohol og kost, ikke rummes. Det antages i stedet, at sundhed ud fra denne forståelse ville være reducere af alkoholindtaget og andre copingstrategier. Samme tilbøjelighed kan gøre sig gældende i studiet af Brown, Luckett, Davidson al. (23), hvor et tema var, at rygning blev anvendt som copingstrategi ift. håndtering af nye udfordringer som forældre (23). I denne sammenhæng kan rygning ses som usund med en biomedicinsk forståelse, mens det for individet er sundt i den forstand, at det muliggør håndteringen af de nye udfordringer.

Yderligere beskriver Helle Timm (21), at når sundhed reduceres til livsstilsadfærd, negligeres den subjektive mening med den pågældende adfærd (21). Det forekommer problematisk, at WHO's forståelse af SA og risikoadfærd samles som livsstil, da den subjektive mening bag en adfærd forsvinder. WHO's sundhedsforståelse fremgik som sundhedsrelativistisk, mens den internationale forståelse af SA i højere grad forstås ud fra et biomedicinsk perspektiv.

2.1.2 Forståelse af sundhedsadfærd og sundhed i dansk regi

Den danske forståelse af SA interagerer med både det internationale og kommunale niveau, og har betydning for det danske sundhedsarbejde. I 2005 udgav Sundhedsstyrelsen deres Terminologi (24),

som var et forsøg på en begrebsmæssig forståelsesramme for at muliggøre bedre kommunikation mellem aktørerne på det forebyggende og sundhedsfremmende område (24). En problemstilling heri er dog, at Sundhedsstyrelsen ikke ekspliciterede sundhed, til trods for at sundhed fremgår i andre definitioner, hvilket formodes at have implikation på forståelsen af de andre definitioner og dermed sundhedsarbejdet.

I Sundhedsstyrelsens Terminologi (24) defineres sundhedsadfærd som: ”*Adfærd, som patienter og andre borgere bevidst eller ubevidst udviser, og som påvirker deres livsstil og dermed deres sundhed.*” (24) p. 48). SA er således influerende på livsstil, og derigennem individets sundhed. I terminologiens ‘bemærkninger’ om SA står, at SA både kan være positiv og negativ, hvor negativ SA er risikoadfærd (24). I kraft af at SA kan være positiv og negativ, indeholder det et salutogenetisk og et patogenetisk perspektiv (24). Modsat WHO’s skelnen mellem sundheds- og risikoadfærd, er risikoadfærd, if. Sundhedsstyrelsen (24), en komponent af SA. Sundhedsstyrelsens definition på risikoadfærd er: ”*Sundhedsadfærd, hvor en patient eller anden borger bevidst eller ubevidst øger sin sandsynlighed for at blive udsat for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker*” (24) p. 41). Idet risikoadfærd er en komponent af SA, er denne også influerende på livsstil og dermed sundhed (24). Til trods for at SA i Terminologien opdeles som positiv og negativ, fremgår det ikke tydeligt, hvad positiv SA er, hvormed det antages at være adfærd, hvor borgeren ikke øger sandsynligheden for at blive udsat for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker, altså modsatrettet risikoadfærd.

I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 fremgår tal vedr. rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, vægt og kombinationen af flere risikofaktorer i afsnittet om SA (4). Det sætter således spørgsmålstegn ved, at Sundhedsstyrelsens i deres Terminologi (24) skrev, at SA både kunne være positiv og negativ. Ifølge Sundhedsstyrelsen (24) øger risikofaktorer risikoen for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker (24). Det synes at have sammenhæng til risikoadfærd, som var adfærd der øgede sandsynligheden for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker. Idet Den Nationale Sundhedsprofil 2017 fokuserer på risikoadfærd som SA, er der en kobling til livsstil, hvilket tyder på en mere snæver sundhedsforståelse (17). At der i Danmark fokuseres på livsstil og KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) kan hænge sammen med den liberale ideologi, der sætter selvbestemmelse og autonomi højt, hvilket fordrer, at individet er ansvarlig for dets livsstil og dermed sundhed (18). Dette ansvar sker som følge af, at individets egen adfærd påvirker individets livsstil og dermed sundhed eller sygdom. Det kan medføre den utilsigtede konsekvens *blaming the*

victim (18,25) Individet tillægges altså skylden for sygdom på baggrund af den selvvalgte risikoadfærd, fremfor fx at se på betingelserne omkring individet, altså leveår (26).

I Sundhedsstyrelsens terminologien (24) sidestilles arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme til trods for, at forebyggelse af sygdom forbindes med at hindre sygdom, psykosociale problemer og ulykker, og at sundhedsfremme omhandler mobiliseringen af borgernes ressourcer og handlekompetencer (24). I bemærkningerne om definitionen af sundhedsfremme anvender Sundhedsstyrelsen eksempler på sundhedsfremme som bl.a. forebyggende hjemmebesøg, børneundersøgelse samt motion på arbejdspladsen m.m. (24), hvilket i højere grad tyder på at hindre sygdom, psykosociale problemer og ulykker, fremfor mobilisering af borgernes ressourcer. Således synes sundhedsfremme som middel til målet, altså at undgå sygdom, og dermed en snæver sundhedsforståelse (27). Samme tendens synes at gøre sig gældende i dag, da det fremgår i en rapport af Sundhedsstyrelsen (28) vedr. anbefalingerne til livsstilsintervention ved svær overvægt, at: *“Der er således ikke tale om slankekur, men om at lægge livsstilen om til nye og sundere vaner for at opnå mere sundhed, trivsel og livskvalitet hos den enkelte.”* (28) p. 5). Det fremgår af citatet, at livsstilen skal ændres til nye og sundere vaner for at opnå mere sundhed, trivsel og livskvalitet. I rapporten ses det, at børn og voksne skal opnå sundere vægt, bedre livskvalitet og trivsel primært ved at ændre SA til sundere vaner (28). På denne måde er sundhed ikke ækvivalent med trivsel og livskvalitet, men i stedet sundere vægt, hvorfor det indikerer, at sundhed forstås som middel til målet, som er at undgå sygdom. De uddyber, at livsstilsintervention og herunder sundere vaner centrerer sig om mad-, måltids- og fysiske aktivitetsvaner, samt stress, stillesiddende tid, søvn, alkoholindtag, rygning og psykosociale problemer (28). Det stemmer overens med definitionen på adfærdsændring fra 2005, som sørger at ændre risikoadfærd (24). Sundhedsstyrelsens signalerer med den begrebsmæssige forståelsesramme til aktørerne på det forebyggende og sundhedsfremmende område, at det omhandler ændring af den negative SA. Derfor opfattes SA som risikoadfærd i en national forståelse.

2.2 Forskellige forståelser af risiko og dets indflydelse på sundhedsadfærd

Udledt af den foregående analyse har Sundhedsstyrelsen fokus på risikoadfærd, men risiko forstås ikke nødvendigvis på samme måde blandt sundhedsprofessionelle som hos lægfolk. Thomas Breck (29) skrev om risikokommunikationen og komplikationerne herved, og påpegede at lægfolk ikke altid gør det ønskværdige if. eksperterne (29). Lægfolk har en bredere risikoforståelse end eksperterne, hvori værdier og etik er inkluderet (29). De drives af mere end, hvad der er sundt eller en risiko fx nydelse, bekvemmelighed eller spænding (12,29,30). I studiet af Kirkegaard, Edwards,

Risør et al. (31) fremgår det, at patienters risikoforståelse om højt kolesteroltal og risiko for kardiovaskulære sygdomme var indlejret i deres sociale relationer og hverdagsliv (31). For eksempel kunne der ved sociale sammenkomster blive serveret fedtholdig mad, og patienters forståelse af højt kolesterol blev således tildelt mening ud fra den givne sociale kontekst (31). Hermed var risikoreduceringen ift. kardiovaskulære sygdomme ikke nødvendigvis den primære bekymring, og risikoen ved denne type mad blev i stedet opvejet ift. den pågældende sociale kontekst og dets normer (31). Det tyder på, at risiko for individet var den sociale bekymring fremfor sygdommen. Breck (29) introducerede begrebet om *public deficient model*, der omhandler, at myndigheder via deres kommunikation forsøger at ændre lægfolks risikoforståelse (29). Dette synes problematisk, da myndighedernes forsøg på at ændre lægfolks risikoforståelse, det kan opdele lægfolk og eksperter, hvilket betyder, at samfundet i mindre grad kan håndtere forskellen i risikoforståelserne (29). Det tyder på en envejskommunikation af risiko, da eksperterne forsøger at ændre lægfolkets risikoforståelsen, uden tydelig indikation af at denne risikoforståelse favnes. Det gør sig gældende, når den danske forståelse af SA er ændring af risikoadfærd og KRAM-faktorerne. En utilsigtet konsekvens af denne envejs risikokommunikation kan være, at der i samfundet sker en boomerang effekt (32). Dette er, når individer bevidst handler modsat af, hvad der var intentionen med en indsats (32). I dette tilfælde kan det være, at lægfolk øger sin risikoadfærd pga. trods eksperternes forsøg med et fokus på livsstil og den medfølgende risiko, uden at inddrage lægfolkets perspektiv på risiko.

Et eksempel herpå ses i Hoeeg, Christensen & Grabowski (33) studie omhandlende familier med små børn og begyndende overvægtsproblemer, hvor den generelle holdning til sundhed inden for familierne var ens, men forståelsen af risiko var forskellig (33). Den generelle bekymring hos mødre var om barnets overvægt ville komme ud af kontrol, medføre stigmatisering og negative sundhedskonsekvenser, hvorimod bekymringen hos fædre i højere grad var at blive for sund og at børnene ville blive drillet (33). Når Sundhedsstyrelsen (24) skriver, at ændring af den negative SA er ensbetydende med en risikoadfærd, der skal ændres, kan dette ses som problematisk, da der hersker forskellige risikoforståelser blandt lægfolket og de sundhedsprofessionelle, hvorfor envejskommunikation omkring risiko kan medføre utilsigtede konsekvenser.

2.3 Kommunernes forståelse af og arbejdet med ændringen af borgernes sundhedsadfærd

Det fremgår af Sundhedsloven §119, stk. 1 og 2, at kommunalbestyrelsen er ansvarlige for at skabe rammer, der understøtter sund levevis og etableringen af forebyggende og sundhedsfremmende

tilbud til borgerne (10). Idet ansvaret er pålagt kommunerne, udarbejder hver kommune egen sundhedspolitik (34), der sætter retning for det kommunale arbejde med borgernes SA.

Kommunernes Landsforening (KL) er en interesseorganisation, der arbejder for at støtte kommunerne i løsningerne af deres opgaver (35), herunder i udvikling af kommunale sundhedspolitikker (34). Kommunerne kan, ud fra en socioøkologisk tænkning (14), påvirkes af KL. Ifølge Center for Forebyggelse i praksis og KL (34) kan kommunerne finde inspiration i nationale retningsgivende dokumenter fx Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker og politiske udspil fra både Regeringen og KL (34). KL udgav i 2018 deres politiske udspil med seks pejlemærker for fremtidens forebyggelse (13). Det kan udledes af rapporten *Forebyggelse for fremtiden* (13), at det biomedicinske fokus er fremtrædende, da fremme af trivsel og sundhed samt forebyggelse af sygdom og for tidlig død, sker ud fra fokusering på de væsentligste risikofaktorer og lidelser; KRAM-faktorerne, dårlig mental sundhed og muskelskeletlidelser (13). Dokumenterne kan influere på, hvilket sundhedssyn, og dermed syn på SA, de enkelte kommuner har, hvilket har implikation på deres rammer og tilbud til borgerne. Kommunens sundhedspolitik og arbejdet med at forbedre borgernes sundhed formodes at tage udgangspunkt i kommunens sundhedsforståelse.

Ifølge From (11) var der tilbøjelighed til at fremhæve de målbare KRAM-faktorer gennem sundhedspolitiske dokumenter (11). Ligeledes gør det sig gældende if. Center for Forebyggelse i praksis og KL (34), hvor det udmeldes, at de kommunale sundhedspolitikker ofte indeholder kvantitative mål for borgernes sundhed (34). Tilbøjeligheden til kvantitative mål tyder på et større fokus på risikoadfærd, som knytter sig til en mere biomedicinsk forståelse af adfærd rettet mod sundhed. Jævnfør 2.1.1 *International forståelse af sundhedsadfærd* er WHO's sundhedssyn fremanalyseret som et bredt sundhedssyn, hvilket indeholdt fokus på fysisk, psykisk og socialt velvære (16). Til trods for, at den brede sundhedsforståelse ikke afspejlede sig i WHO's forståelse af SA og risikoadfærd jf. 2.1.1 *International forståelse af sundhedsadfærd* SA i en bred sundhedsforståelse være et samspil mellem borgerens valg, sociale og samfundsmæssige strukturer, som konstituerer borgerens sundhedstilstand (11). Nuancerne af det brede sundhedssyn, som fx WHO's psykiske- og sociale velvære og det dynamiske begreb livskvalitet, inddrages ikke i kommunernes måling af borgernes sundhed (11), der blot har fokus på den fysiske komponent KRAM-faktorerne.

Tilbøjeligheden til kvantitative mål kan, dels skyldes kommunens interesse i statslig finansiel støtte af deres indsatser, og dels besværligheden i at måle på borgerens livskvalitet som komponent (11). Således kan den nationale tilgang og KL's biomedicinske udspil være influerende på arbejde med ændring af SA.

2.3.1 Eksempel på landkort over tre danske kommuner

I afsnittet fremanalyseres Vejle Kommune, Holstebro Kommune og Gentofte Kommunes forståelse af SA og ændringen heraf, på baggrund af nedslag i deres sundhedspolitik og indsatser til ændringen af SA.

2.3.1.1 Forståelsen af sundhedsadfærd i kommunernes sundhedspolitikker

I Vejle Kommunes sundhedspolitik 2017-2024 fremgår det, at gode vaner dannes i barndommen og at kommunen vil investere tidligt i borgernes sundhed (36). Ud fra Vejle Kommunes sundhedspolitik tyder det på, at kommunen arbejder med en bred sundhedsforståelse, da sundhed beskrives som værende mere end de valg, som borgeren træffer i hverdagen, samt at borgernes levevilkår og sociale relationer har betydning for, hvorvidt borgeren trives og oplever livskvalitet (36). Vejle Kommune ønsker, at børn indgår i sunde fællesskaber, færdes i røgfrie miljøer, afskærmes fra alkohol og rusmidler samt er sunde og fysisk aktive m.m. (36). Det tyder således på, at borgernes gode vaner og SA sidestilles med: ikke at ryge, drikke alkohol, anvende rusmidler eller være fysisk aktiv. Derfor sidestilles gode vaner eller SA altså med KRAM-faktorerne, og dermed den biomedicinske sundhedsforståelse jf. 2.1 Forståelse af sundhedsadfærd på internationalt og nationalt niveau. Vejle Kommune ønsker at understøtte borgeren i at træffe sunde valg, som skal være lette og naturlige valg (36). Til trods for at kommunen ser sundhed som mere end borgernes valg, tilskriver kommunen alligevel borgerne ansvaret for egen sundhed, da de ekspliciterer, at det største ansvar for forebyggelse ligger hos borgeren og de lokale fællesskaber (36). Kommunen tilgang til sundhed og SA formodes at have implikationer på, hvordan de arbejder med SA og hvilke tilbud kommunen udbyder, med fokus på KRAM-faktorerne.

På Holstebro Kommunes hjemmeside vedr. deres sundhedspolitik, fremgår det, at livsstil, vaner og adfærd har betydning for borgernes helbred (37). Det ekspliciteres dog ikke, hvad livsstil, vaner og adfærd er. I Holstebro Kommunes sundhedspolitik er visionen at skabe understøttende rammer, som hjælper borgerne til at træffe valg, der understøtter et godt helbred både fysisk, psykisk samt socialt (38) (01:00-01:13 sek.). Det peger således retning ad, at kommunen har en bred sundhedsforståelse, men at borgerens helbred influeres af dets livsstil, vaner og adfærd. Mere konkret vil Holstebro Kommune skabe rammer, der gør det let at træffe de valg, der understøtter et godt helbred (38) (01:04-01:09 sek.). Således tyder det på, at SA relaterer sig til valg, som understøtter et godt helbred. Det kan problematiseres, at det er uklart, hvad Holstebro Kommune mener et godt

helbred er, da det kan være svært at præcisere, hvorvidt det ses i relation til fravær af sygdom eller et bredere sundhedsbegreb. Idet Holstebro Kommune har fokus på borgerens valg, der skal understøtte et godt helbred, tyder det på, at gode helbred er en biomedicinske forståelse af sundhed som fravær af sygdom. I tilfælde af, at det omhandler sygdomsforebyggelse, og kan borgeren potentielt blive pålagt ansvaret for sygdomme (12,39). Det vil i så fald være modstridende til, at Holstebro Kommunes vision i deres sundhedspolitik omhandler mere end at helbrede sygdomme.

I den ene del, *borgerrettet forebyggelse*, af Gentofte Kommunes sundhedspolitik 2017-2024 er visionen at skabe flere gode leveår, skabe sundhed sammen og arbejde med borgernes trivsel og livskvalitet (40). Gentofte Kommunes sundhedspolitik er udarbejdet på baggrund af den, på det tidspunkt, eksisterende sundhedspolitik, den regionale sundhedsprofil samt Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker (40). Sundhedspolitikken fokus er på forebyggelse, KRAM-faktorerne og trivsel (40). Gentofte Kommune har seks principper til at opnå visionen; 1) Sundhed for alle, 2) ansvar for egen sundhed, 3) sunde valg skal være lette, 4) fokus på mental sundhed, 5) lokal inddragelse og 6) partnerskaber, udnyttelse af IT og ny teknologi (40). Gentofte Kommune betoner den enkeltes ret og frihed til at bestemme ift. deres sundhed, hvorfor de også beskriver, at borgeren har ret til selv at træffe de sunde valg (40). Samtidig fremgår det, at Gentofte Kommune har en række sundhedsudfordringer, herunder KRAM-faktorerne, som influerer på borgernes sundhed og sygelighed (40). Det tyder dermed på, at borgerne skal selv skal træffe det sunde valg, og at de sunde valg i høj grad drejer sig om KRAM-faktorerne.

Nudging og individets selvbestemmelse

Gentofte Kommune beskriver, at de tager udgangspunkt i idéerne bag nudging, når de ønsker at skabe strukturelle rammer og sociale normer, der skal gøre det lettere at træffe det sunde valg (40). Holstebro Kommune og Vejle Kommune fremhæver også i deres sundhedspolitik, at det sunde valg skal være det lette valg, men beskriver ikke eksplicit nudging (38) (01:04-01:09 sek.). Gentofte Kommunen beskriver et nudge som; “(...) *et venligt skub i den rigtige retning*” (40) p. 11). Et nudge defineres af adfærdsøkonomiens fader Richard Thaler og en af verdens fremmeste juraprofessorer Cass Sunstein i 2008 (41) som:

“A nudge (...) is any aspect of the choice architecture that alters people’s behavior in a predictable way without forbidding any options or significantly changing their economic incentives.” (41) p. 6)

Det omhandler altså ændre menneskers adfærd i en bestemt retning. En adfærdspåvirkning bevirker en række etiske dilemmaer fx hensynet til individet eller kollektive goder (42), hvilket fx kan være

ift. Bekendtgørelsen af sundhedsloven §2 omhandlende respekten for den enkelte, dennes selvbestemmelse og integritet (10). I Gentofte Kommunes sundhedspolitik er en sund levevis ikke blot fordelagtigt for borgeren, men også for samfundet (40). Nudging, if. Sunstein og Thaler, er en bestræbelse på at skubbe individet i en fordelagtig retning, uden at forbyde valgmuligheder og karakteriseres derfor som liberalistisk paternalisme (41). Gentofte Kommune tilslutter sig Sunstein og Thalers forståelse af nudging metode, hvor borgeren ikke begrænses i valgmuligheder (40). Da individet skal skubbes i en fordelagtig retning, indeholder nudging et styringselement, da forståelsen er, at individet ikke formår at styre sig selv (12). Det fremgår på tværs af de tre kommuner, at de arbejder med at skabe understøttende rammer for, at borgerne kan træffe det sunde valg, hvorfor det synes at være en form for styring af borgeren. Således handler det i en folkesundhedsmæssig kontekst om at styre individet i en fordelagtig retning for sundhed, samtidig med at borgeren ikke pålægges forbud. I relation hertil er det uklart, hvorvidt individets autonomi, som fremhævet i Sundhedslovens (LBK 903 af 26/08/2019) §2, anerkendes og respekteres i anvendelsen af nudging, samt hvorvidt nudging overskrider grænsen for individets frihed (10). Nudging kan dog anses for værende begrænsende for individets reflekterede stillingtagen (42). På den ene side kan nudging være effektiv til at fremme borgernes sundhed, men på den anden side betaler borgerne også en pris, i form af manglende selvbestemmelse (42).

2.3.1.2 Kommunale indsatser rettet mod ændring af borgernes sundhedsadfærd

På Vejle Kommunes hjemmeside fremgår det ikke eksplicit at indsatserne beskæftiger sig med ændring af individers SA (36). En af indsatserne "*Rygestop til dig med en sygdom*" kan sættes i relation til ændring af borgernes SA, til trods for at KRAM-faktoren ikke fremgår i deres sundhedspolitik. Det kommunikeres ikke tydeligt, på Vejle Kommunes hjemmeside, hvad den pågældende indsats omfatter (43). På den ene side bygger den på individuelle samtaler, altså flervejskommunikation, i tilfælde af sygdomme fx lunge-, hjertesygdom eller psykiske problemer (43). På den anden side ekspliciterer Vejle kommune, at borgeren får viden om eksempelvis redskaber til at tackle rygetrang (43). Idet indsatsen beror på, at borgerne opnår viden og redskaber, tydeliggør det et individualistisk fokus, inden for den medicinske forståelsesramme, hvor ansvaret pålægges individet, hvorfor det forventes, at individet ændrer adfærd på baggrund af oplysning (11,12).

Holstebro Kommunes sundhedstilbud rettet mod adfærdsændring, tager udgangspunkt i sundhedsrådgivning samt samtaler om KRAM-faktorer i en samlet pakke, som understøtter ovenstående problematik (44). Derudover eksisterer tilbud rettet mod de enkelte KRAM-faktorer, fysisk aktivitet, kost og ernæring, rygestop (44), hvilket synes at være vejledning og rådgivning. Det

fremgår i ovenstående, at ændring af SA tilkobles individets livsstil, hvilket er en individualistisk tilgang som bygger på den medicinske dominans, grundet rådgivning og fokus på biologiske faktorer.

Ud fra Gentofte Kommunes hjemmeside kan det udledes, at deres indsatser rettet mod ændring af SA, beror på samtaler og forløb vedr. livsstil, som sund kost, rygestop- og alkoholsamtaler og motionsvejledning (45). De har ydermere en indsats "*Hjælp til vægttab - Sundhedskoaching*", som ud fra deres beskrivelse af indsatsen, omhandler motion og kost (46). Dette foregår ved, at borgerne tilbydes hjælp og viden om motion, sund kost, fokus på livsstil og vaneændring (46). Endvidere er et inklusionskriterium $BMI \geq 30$ (46). Den biomedicinske dominans fremtræder ved, at der er fokus på motion og sund kost ift. at opnå vægttab, og dermed antages det, at borgerne skal reducere deres BMI. Begrebet livsstil er individrettet og er tilknyttet individets gode eller dårlige vaner, hvor livsstil tilvælges (26). Hvis fokus derimod rettes mod levekårene, er et individ underlagt samfundsmæssige betingelser, langt hen ad vejen bestemt af, hvor individets placering er i samfundet både socialt og økonomisk (26).

Ens for alle de ovenstående indsatser, der har til formål at hjælpe borgere til at ændre deres SA er, at de viser samme tilbøjelighed til en individualistisk tilgang med et biomedicinsk fokus. På baggrund af kommunernes sundhedspolitikker, tyder det på, at kommunerne intenderer at arbejde med en bred forståelse af sundhed og sygdom, men på trods heraf vinder den medicinske dominans indpas i deres indsatser samt i sundhedspolitikkerne.

2.4 Konsekvens af en individualistiske tilgang til ændring af sundhedsadfærd

Idet indsatserne er individrettede og dermed pålægger individet ansvaret for dets SA og sundhed, vil der ud fra en socioøkologisk tænkning stadig være andre faktorer, som influerer på individets SA (14), som ikke medtænkes; omgivelsernes indflydelse på individets SA, sociale relationers betydning og borgerens eget hverdagsliv.

2.4.1 Omgivelsernes i lokalsamfundets indflydelse på sundhedsadfærd

I et scoping review blev barrierer og facilitatorer for sunde kostvaner blandt unge voksne undersøgt, og det fremgik, at bekvemmeligheden af usunde fødevarer var en barriere (47). Afstanden fra bopæl til steder med fastfood og supermarkeder har betydning for et individets kostvaner (47). Der ses en association mellem kort afstand til steder med fastfood og supermarkeder og det at være overvægtig (47). Dette understøttes af et andet systematisk review ift., at maden, der blev valgt i hjemmet og på

arbejdet afhang af adgangen af og bekvemmeligheden til mad i omgivelserne (48). Derfor synes det at være svært for individet at ændre adfærd blot på baggrund af kommunernes indsatser, hvis omgivelserne og supermarkederne ikke understøtter de sunde kostvaner. Det fremgår dog også, at unge voksne ikke nødvendigvis vil købe frugt og grøntsager, uanset afstanden til supermarkederne, tilstrækkeligheden af sunde produkter og hvor dyrt det er (47).

Ikke desto mindre fremlagde et systematisk review, at deres inkluderede tværnsnittsstudier viste en association mellem bebyggede omgivelser (parker, stier, fortov) og fysisk aktivitet og raten for svært overvægtig (49). Det understøttes af et andet systematisk review, som viste, at bebyggede omgivelser (især flere elementer i gadebilledet, installationen af fitness udstyr, midlertidig lukkede veje og legeudstyr, samt tætheden af fritidsfaciliteter) har positiv effekt på adfærden, fysisk aktivitet (50). Det tyder således på, at omgivelserne kan have positiv betydning for ens SA i form af fysisk aktivitet. Samtidig fremgår det også, at en barriere for fysisk aktivitet, fremkommet i et systematisk review, var mangel på rekreative faciliteter (48). Således kan miljøet både have en positiv og negativ betydning for ens SA. Det antages, at hvis der i en individrettet indsats ikke medtænkes miljøet, men blot pålægger borgeren ansvaret for ændringen, kan det have den konsekvens, at borgeren ikke nødvendigvis formår at ændre sin SA, da miljøet influerer på denne.

2.4.2 Social relationers betydning for sundhedsadfærd

Det optræder, at arbejdet med ændringen af borgernes SA i en dansk kontekst i høj grad omhandler at ændre KRAM relateret adfærd. Det fremgår ud fra en socioøkologisk tænkning, at flere niveauer har indvirkning på individets SA (14), hvor livsstilen eksempelvis også er afhængig af individets sociale interaktioner (16). Med en individualistisk tilgang til adfærdsændring, synes individets sociale kontekst ikke medtænkt. Et scoping review af Munt & Partridge & Allman-Farinelli (47) viser, hvorledes den sociale kontekst har indflydelse på SA i form af, at venner og familie både være en barriere og facilitator for, at unge voksne spiser sundt (47). Det fremgår ydermere, at unge voksne har en tilbøjelighed til at spejle sig i andre unge voksne omkring dem, hvilket bevirker, at de efterligner deres adfærd, for at opnå en følelse af accept, inklusion eller selvtillid (47). Dette synes at være uhensigtsmæssigt i tilfælde af, at de andre unge voksne har en uhensigtsmæssig SA. Ovenstående understøttes i et review af Cruwys, Bevelander, Hermans (51) omkring *social modeling* af spiseadfærd viser, at *social modeling* har betydning for valg af fødevarer og mængden af mad, der indtages (51). Det fremgår, at normer om, hvad andre gør ift. fødevarer er centrale, og at individer tilpasser sin adfærd uagtet om der er tale om venner, bekendte eller fremmede (51). Ikke desto mindre viser et systematisk review af Kwasnicka, Dombrowski, White, et al. (52), at individer er mere

tilbøjelige til at følge de eksisterende sociale normer og regler om adfærd i den sociale gruppe de tilhører (52). En *third-wave* spørgeskemaundersøgelse om stratificering, sundhed, indkomst og netværk fra Japan viste, at et individs rygeadfærd var relateret til jævnaldrendes rygeadfærd (53). Det gjaldt i endnu højere grad, når de jævnaldrende var populære, hvis individet havde gymnasium (high school) som højeste fuldførte uddannelse eller lavere (53). Hvilket kan betyde, at individer med lavere socioøkonomisk status (SES) ryger, fordi de populære ryger, og individerne med lav SES dermed tilpasser denne observerede adfærd.

Den sociale indflydelses betydning på ændring af SA fremgår yderligere i studie af Blok, de Vlas, van Empelen et al. (54), hvor individer i mindre grad var tilbøjelige til rygestop og i højere grad var tilbøjelige til at falde i ved et rygestop, når proportionen af deres relationer, der ryger, var større (54). Det afhang i høj grad af, hvilken type de pågældende sociale bånd var, da rygning blandt venner og medlemmer af husstanden var associeret med rygestop og dét at falde i, mens familiemedlemmer uden for husstanden ikke var signifikant associeret med dette (54). Således kan intentionen med en individualistisk indsats, hvor den enkelte skal ændre SA, være svært forenelig med individets sociale kontekst.

2.4.3 Borgerens hverdagslivets betydning for ændring af sundhedsadfærd

Idet interventioner i en dansk kontekst identificerer SA som KRAM-faktorer er det væsentligt også at medtænke borgerens hverdagsliv, altså det interpersonelle niveau. Ifølge kultursociologen Birte Bech-Jørgensen betinges hverdagslivet af selvfølgeligheder, samfundsskabte institutioner og meningsuniverser (55). De grundlæggende betingelser for hverdagslivet er selvfølgelighederne (55). *“Det er de daglige upåagtede aktiviteter, der genskaber den symbolske orden af selvfølgeligheder, som er hverdagslivets grundlæggende betingelse”* (55) p. 141).

Selvfølgelighederne består altså af de daglige aktiviteter, som individer ikke bemærker, og gentagelser, hvilket kan sættes i relation som vaner og rutiner (55). Det kan dermed også have overensstemmelse med borgers SA, som blev beskrevet i en dansk kontekst som adfærd, der enten er bevidst eller ubevidst, og som påvirker livsstilen og sundheden (24). Selvfølgelighederne bemærkes ikke og kendes ikke nødvendigvis til, før de brydes (55). Det antages, at selvfølgelighederne kan bidrage til opretholdelse af en uhensigtsmæssig SA, hvis de ikke bemærkes eller kendes til. Det kan derfor synes problematisk, at individer ansvarliggøres for egen sundhed, idet vaner i form af SA kan tilskrives ubevidste handlemønstre (12). Manglende viden er ikke årsag til individens ageren, i stedet agerer individet pga. at aktiviteter og objekter tillægges betydning (55). Som det blev fremman-

lyseret i 2.2 Forskellige forståelser af risiko og dets indflydelse på sundhedsadfærd kan lægfolk have en anden forståelse af, hvad risiko er, og deres forståelse af sundhed kan både rumme det sunde i det usunde og omvendt. Det skal ses i sammenspil med, at individet lever under betingelser, som er med til at skabe mening for individet, og dermed bidrager til at individet kan håndtere hverdagslivet (55). For at ændre på en uhensigtsmæssig adfærd, kræves det derfor, at disse selvfølgeligheder ændres. Idet de brydes, skaber det dog uro, undren og uoverskuelighed i hverdagslivet (55). Når den symbolske orden forandres, kræver det justeringer for at genoprette selvfølgeligheder (55). Cleo, Hersch, Thomas (56) udarbejdede et kvalitativt studie omhandlende to typer vandbaseret interventioner rettet mod vægttab; et med fokus på at skabe nye vaner, og et med fokus på at bryde gamle vaner (56). Cleo, Hersch, Thomas (56) beskrev, at deltagerne gav udtryk for, at det havde været udfordrende, især i begyndelsen, men idet interventionerne passede til deres livsstil og daglige rutiner, krævede det kun små ændringer (56). Det indikerer således, at hvis tilegnelsen af nye vaner eller at stoppe med gamle vaner opfattes af deltagerne som passende for livsstilen, vil det ikke kræve så stor en ændring i de upåagtede aktiviteter og dermed selvfølgeligheden, og hverdagslivet vil ikke i samme grad blive uoverskueligt, som hvis dette ikke var opfattelsen.

En metaanalytisk syntese af Ouellette, Wood (57) viste, at når adfærd ikke er integreret eller udført i en svær kontekst, kan det være nødvendigt med en bevidst beslutning for at udføre adfærden (57). Endvidere kan det potentielt betyde, at en tidligere adfærd (sammen med holdninger og subjektive normer) kan bidrage til intentioner, og intentioner guider adfærd (57).

Stigmatisering ved adfærdspåvirkning

Generelt ifm. interventioner målrettet adfærdspåvirkninger, skal der, if. Det Ethiske Råd, foretages refleksioner omkring bl.a. skønnede negative effekter, herunder stigmatisering (42). Ifølge Erving Goffman er et stigma et ødelæggende eller negativt mærkat for et individ eller en gruppe (58,59). Goffman skelner mellem tre typer stigma; 1) kropslige vederstyggeligheder, 2) karaktermæssige skavanker og 3) tribale (59). Stigma i form af kropslig vederstyggelighed omhandler fysiske deformiteter (59), hvilket fx kan ses i Gentofte Kommunes indsats rettet mod overvægt og BMI $\geq$ 30 (46). På denne vis tyder det på, at denne form for fysiske deformiteter, forsøges fjernet gennem indsatsen, hvilket kan ses som en vederstyggelighed, der derfor er et negativt mærket. Derfor kan en utilsigtet konsekvens være, at borgergruppen pga. en deformitet stigmatiseres.

3. Problemafgrænsning

På baggrund af ovenstående problemanalyse er det fremanalyseret, at SA i Danmark i højere grad identificeres med risikoadfærd, mere præcis KRAM-faktorerne, som er et individualistisk syn på SA. Problematikken synes gennemgående i flere af landets kommuner, da der på trods af, at sundhedspolitikkerne afspejler et bredt sundhedssyn, fortsat er fokus på borgerens risikoadfærd i arbejdet rettet mod ændring af borgernes SA. Kommunerne sætter selv rammen for deres sundhedspolitik, samtidigt med at kommunerne påvirkes af instanser såsom Sundhedsstyrelsen, KL, samt andre retningsanvisende og lovgivende dokumenter, eksempelvis Sundhedsloven. Det fremgik af problemanalysen, at Sundhedsstyrelsen og KL også bærer præg af en biomedicinsk forståelse, som dermed gensidigt influerer med kommunerne. Derfor formodes der at være en sammenhæng på tværs af kommunernes sundhedspolitikker, hvilket kan skyldes de retningsgivende dokumenters indflydelse på kommunernes sundhedspolitikker.

Specialet afgrænser sig til at forstå og forklare én af de 98 danske kommuners forståelse af deres arbejde med ændring borgernes SA. Således findes det nærliggende at undersøge den pågældende kommunes udlægning af deres arbejde med ændringen af borgernes SA ud fra kommunale dokumenter samt de kommunale medarbejderes perspektiv. De kommunale medarbejderes perspektiv på indsatserne er relevant grundet deres praksiserfaring.

4. Formål

Formålet med specialet er at opnå viden om kommunale dokumenter og kommunale medarbejderes oplevelse af deres arbejde med ændringen af borgernes SA. Denne viden skal give anledning til anbefalinger med henblik på skabe organisatorisk refleksion om arbejdet med ændringen af borgernes SA, som potentielt kan ændre praksis på sigt. Viden fra den kommunale kontekst kan danne grundlag for en forståelse i en større sammenhæng på tværs af de danske kommuner.

5. Problemformulering

Hvilke forståelser af sundhedsadfærd eksisterer i en dansk kommune ud fra kommunale dokumenter og de kommunale medarbejderes eget perspektiv, og hvordan kommer disse forståelser til udtryk i arbejdet med ændring af borgernes sundhedsadfærd? Hvordan kan denne viden bidrage til forandring i form af fremtidige overvejelser til beslutninger i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser rettet mod ændring af borgeres sundhedsadfærd?

5.1 Undersøgelsesspørgsmål

Problemformuleringen søges besvaret af tre undersøgelsesspørgsmål.

Undersøgelsesspørgsmål 1 (Herefter U1)

Hvilken forståelse af ændring af sundhedsadfærd fremgår i en dansk kommunes dokumenter af den kommunale sundhedspolitik og de kommunale forebyggende og sundhedsfremmende indsatser til ændring af borgernes sundhedsadfærd?

Undersøgelsesspørgsmål 2 (Herefter U2)

Hvordan forstår medarbejdere i en dansk kommune det kommunale arbejde med ændringen af borgernes sundhedsadfærd, ud fra deres eget perspektiv, og hvordan kommer forståelsen til udtryk i deres arbejde med indsatserne?

Undersøgelsesspørgsmål 3 (Herefter U3)

Med afsæt i hvordan de kommunale medarbejders forståelse kom til udtryk i arbejdet med ændringen af borgernes sundhedsadfærd: Hvilke målbare outcomes, forskellig fra BMI, vægt og fedtprocent, anvendes i videnskabelige studier i forhold til ændringen af sundhedsadfærd hos individer med overvægt og svær overvægt?

6. Metodeafsnit

I afsnittet redegøres og begrundes for metodevalgene, der dannede grundlag for besvarelsen af problemformuleringen og de tre underspørgsmål. Indledningsvist vedrører det designet, der tager udgangspunkt i Joseph A. Maxwells (60) interaktive model til skabelse af sammenhæng, for at vise den overordnede sammenhæng mellem specialets komponenter (60). Dette gælder indledningsvist den videnskabsteoretiske position, der tager afsæt i Paul Ricoeurs kritiske hermeneutik, hvorefter den anvendte Ricoeur-inspirerede fortolkningsmetode vil følge. Dernæst gælder det den teoretiske referenceramme og dataindsamlingsmetoder, herunder dokumentanalyse, kvalitativ semistruktureret onlineinterview og en systematisk litteratursøgning. Afslutningsvist præsenteres etiske overvejelser, samt kvalitetskriterierne, der blev anvendt til vurdering af besvarelsen af problemformulering og de tre underspørgsmål.

6.1 Design til at skabe sammenhæng mellem de metodiske komponenter

Joseph A. Maxwells interaktive model (60) blev anvendt til at skabe sammenhæng mellem de fem komponenter; *formål*, *forskningsspørgsmål*, *konceptuelle ramme*, *metode* og *validitet* (60). Modellen er en iterativ og interagerende proces mellem de fem indbefattede komponenter, hvilket fordrede opmærksomhed og fleksibilitet gennem hele opgaven til at korrigere komponenterne for at sikre fortsat sammenhæng i specialet (60). Eksempelvis blev U3 udarbejdet før dataindsamlingen og korrigeret efterfølgende, således at empirien kunne bidrage til at besvare U3, og at sammenhængen mellem komponenterne blev opretholdt.

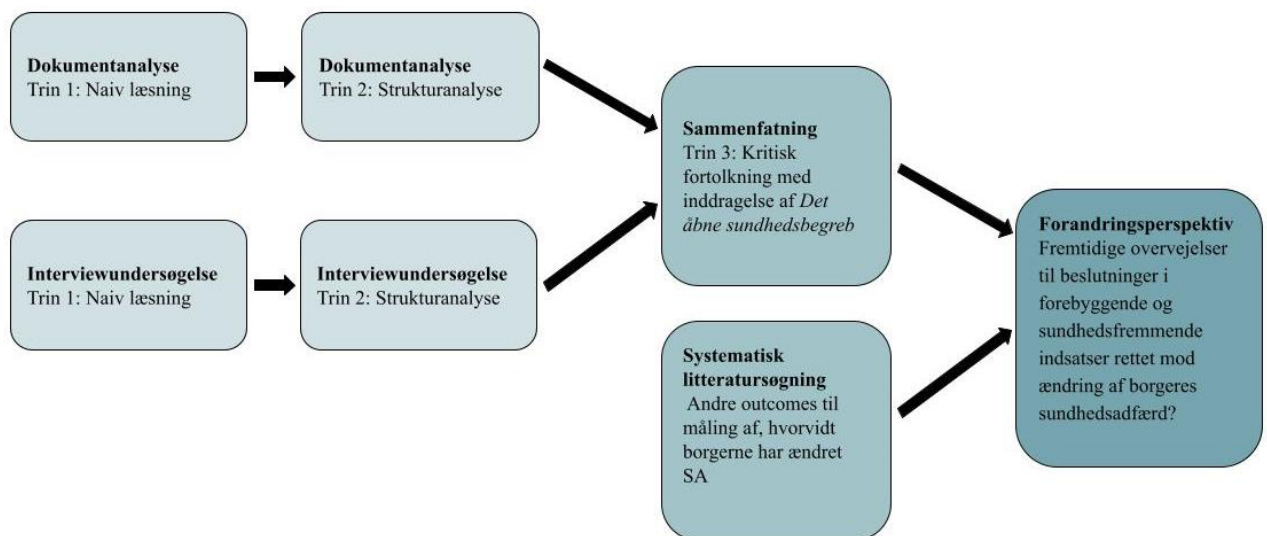
Formål omhandler undersøgelsens berettigelse og bidrag (60), hvilket var at opnå viden om arbejdet med ændring af borgernes sundhedsadfærd ud fra kommunale dokumenter og medarbejderes oplevelser hermed, jf. 4. Formål. Centralt i modellen er *forskningsspørgsmålet*, der binder komponenterne sammen, og omhandler, hvad der ønskes undersøgt og besvaret gennem opgaven (60). Specialets problemformulering og de dertilhørende undersøgelsesspørgsmål fremgår af 5. Problemformulering, hvor de to første undersøgelsesspørgsmål vedrører, hvilke forståelser af SA og af arbejdet med ændringen af borgernes SA, der eksisterede i en dansk kommune. Det tredje undersøgelsesspørgsmål omhandlede, hvilke målbare outcomes der anvendes i videnskabelige studier på baggrund af de kommunale medarbejderes efterspørgsel.

I Maxwells (60) model er videnskabsteori ikke en komponent, men influerer på designet (60). Den videnskabsteoretisk position var kritisk hermeneutik med afsæt i den franske filosof Paul Ricoeur, se 6.2 Videnskabsteoretisk positionering som kritisk hermeneutik omhandler fortolkning af fæstnet sprog, altså tekst (61), da sproget er væsentligt, idet individets forståelse af sin verden viser sig herigennem (62).

Den konceptuelle ramme drejer sig både om teori og tidligere resultater, som kan være retningsgivende for undersøgelsen, samt litteratur, studier og personlige erfaringer, som bidrager til forståelse af problemet (60). Problemanalysen fungerede som tidligere resultater på baggrund af studier og litteratur, hvorfor der bl.a. blev anvendt en *a priori* teoretisk referenceramme (63) om nudging i dataindsamlingen, se 6.3 Teoretisk referenceramme. Efter dataindsamlingen opstod et behov for at ændre teoretisk referenceramme til Steen Wackerhausens *Det åbne sundhedsbegreb* for at kunne forstå og fortolke empirien.

Metoder vedrører tilgangen til dataindsamling og -analyse, hvilket indbefatter relationen til informanterne, valg af informant, tid og sted eller andre datakilder, dataindsamlingsmetoder og analysestrategi (60). Videnskabsteorien betingede tekstfortolkning, hvorfor data skulle være tekst. Til

at opnå viden om den kommunale forståelse af SA og arbejdet med ændringen af borgernes SA, blev der anvendt dokumentanalyse af kommunale dokumenter og individuelle interviews med kommunale medarbejdere, i transskriberet form, se 6.4.1 Dokumenter til tekstanalyse og 6.4.2 Semistrukturerede individuelle online interviewundersøgelse. Analysen bestod af to separate, parallelle tekstanalyser af hhv. de kommunale dokumenter og de transskriberede interviews med kommunale medarbejdere. Skitseringen af forløbet med analyse og problembearbejdning skitseres i Figur 1: Design. Birthe Pedersen og Pia Dreyers Ricoeur-inspirerede fortolkningsmetode blev anvendt til hver tekstanalyse, som separat gennemgik trin 1, *naiv læsning*, og 2, *strukturanalyse*, se 6.2.4 Analysestrategi - Pedersen og Dreyers Ricoeur-inspirerede fortolkningsmetode. Analysetrin tre, *kritisk fortolkning*, var en sammenfatning af de dominerende temaer på tværs af tekstanalyserne med inddragelse af den førnævnte teori, *Det åbne sundhedsbegreb*, til at forstå det kommunale arbejde med ændringen af SA. På baggrund af interviewene forekom en efterspørgsel af nye outcomes til måling af borgernes ændring af SA, hvorfor den systematiske litteratursøgning blev anvendt til at indsamle data om andre målbare outcomes ifm. SA. Resultaterne skulle anvendes til at skabe overvejelser omkring, hvilke outcomes der anvendes i den pågældende kommune fremadrettet.



Figur 1: Design

Komponenten *validitet* vedrører, hvorledes undersøgelsens resultater og konklusion er korrekte, og hvad kunne være blevet gjort for at udfordre eller understøtte resultaterne og konklusionen (60).

Kitto, Chesters, Grbich (64) kvalitetskriterier om pålidelighed, stringens, troværdighed og relevans (Kitto, Chesters et al. 2008) blev anvendt til vurdering af specialet metoder til besvarelse af problemformuleringen. Kvaliteten afhang endvidere af videnskabsteorien, idet det gælder inden for kritisk hermeneutik, at en forståelse blot er én af mange (61), og argumentet er bærende for, hvorvidt den nye viden og de nye handlemuligheder er gyldige (62).

6.2 Videnskabsteoretisk positionering som kritisk hermeneutik

Den videnskabsteoretiske position var kritisk hermeneutik ud fra den franske filosof Paul Ricoeurs fortolkningsteori. Hensigten med tekstfortolkning er at gøre en teksts mening til en almen mening, og dermed forklare den menneskelige eksistens og handling (65). Problemformuleringen var central for skabelsen af sammenhæng (60), og skulle derfor hænge sammen med videnskabsteorien, herunder også ontologi, epistemologi samt metodologi. Problemformuleringen indeholdt en eksplorativ undersøgelse af *medarbejdernes perspektiv på deres forståelse af ændring af borgernes sundhedsadfærd* og hvordan denne forståelse kommer til udtryk i arbejdet med ændring af sundhedsadfærd, samt et forandringsperspektiv i form af *fremtidige overvejelser til beslutninger i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser rettet mod ændring af borgernes sundhedsadfærd*. Problemformuleringen stemte overens med hensigten med tekstfortolkningen, idet meningen fra de kommunale dokumenter og transskriberede interviews med kommunale medarbejdere skulle udmunde i en almen mening om det kommunale arbejde med ændring af borgernes SA. Følgende skildres ontologi, epistemologi, herunder fortolkningsteori og hans begreb *den trefoldige mimesis* samt metodologi, hvilket var Birthe Pedersen og Pia Dreyer Ricoeur-inspireret fortolkningsmetode.

6.2.1 Paul Ricoeurs kritiske hermeneutik

Ricoeur tog afsæt i fænomenologien (66), som forstår væren-i-verden ud fra individets egen betragtning (62), idet han mente, at: "*Bevidsthed er altid 'bevidsthed om noget for nogen'*" (65) p. 13). Han adskilte sig dog fra Edmund Husserl og hans begreb *epoché*, altså at sætte forståelsen i parentes, ved at mene, at individet ikke kan beskrive bevidsthedens erfaringer fuldstændigt grundet dets historisk betingede forståelse (65). Ontologien, altså måden hvorpå virkelighed anskues (67), defineres ikke tydeligt af Ricoeur, men intentionen med fortolkningsteorien er at opnå viden om væren-i-verden, hvilket skal resultere i refleksion over selvet (61). Intentionen med fortolkningsteorien, refleksionen, kan dog kun tilegne sig viden om væren-i-verden i kraft af forståelsen (61), mens for-

tolkningen muliggør at opnå en større forståelse af sig selv (65). Forståelsesbegrebet dækker over, at der er flere måder at erkende verden på, hvorfor et individs forståelse blot er én mulig måde (61).

6.2.2 Paul Ricoeurs fortolkningsteori

Centralt for fortolkningsteorien er, at refleksionen over subjektiviteten, går ad *fortolkningens omvej* (61). Epistemologien, altså hvordan viden om virkeligheden skabes (67), var således gennem Ricoeurs fortolkningsteori til at skabe viden om de kommunale medarbejders forståelse af arbejdet med ændring af borgernes SA. Fortolkning er dialektikken mellem forklaring og forståelse (61). Erfaringer videregives gennem fortælling, og fortolkning er en del af denne (62), hvilket implicerede, at fortællingerne fra dokumenterne og interviewene indeholdt forfatterens egen fortolkning ift., hvordan de erfarede arbejdet med ændring af borgernes SA. Diskurs i form af sproget er centralt for fortælling og fortolkning, da det viser, hvordan individet forstår sin verden, hvor diskurs i fortællinger er det, at én siger noget til en anden om noget, og kan både være skriftlig og mundtlig (62). En succesfuld fortolkning betinges af forståelse (65). Forståelsen betinges af en distancering mellem tekst og læser, da væren-i-verden først kan erkendes gennem distanceringens omvej, altså fortolkning (65). Fortolkning retter sig mod tekst (61). Det empiriske tekst materiale var tekst i form af både dokumenter om den pågældende kommunes sundhedspolitik og deres forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (herefter kommunale dokumenter) samt transskribering af online interviews, da diskursen kan konverteres fra mundtlig til skriftlig (62). I denne konvertering fæstnes kun *det sagte*, altså meningen i den skriftlige fortælling (62), hvorfor fortællerens intenderede betydning med fortællingen løsrives herfra (62).

6.2.3 Ricoeurs trefoldige mimesis

Distanceringens omvej, altså fortolkning, fremgår i Ricoeurs den trefoldige mimesis (65), hvorfor denne var væsentlig for opnåelse af viden om medarbejdernes forståelse af arbejdet med ændringen af borgernes SA. Den trefoldige mimesis er til at forstå menneskets ageren i den historiske tid (65). Dette stemmer således overens med, at fortolkningen er en dialektik mellem forklaring og forståelse (61). I den trefoldige mimesis sker en sammensmeltning mellem læser og tekst (65), hvilket i dette tilfælde var hhv. specialegruppen og det empiriske tekst materiale. Ifølge Ricoeur, står læseren foran teksten, og derigennem bliver teksten genstand for forståelsen (Pedersen, Dreyer 2018). Forståelsen rummer altså et bud på, hvad tekstens sag er, mens forklaringen er et forsøg på at argumentere for dette bud (62). I dette tilfælde, hvad sagen var i de kommunale dokumenter og interviewene.

Ricoeur skelnede mellem tre former for *mimesis* (62). *Mimesis I*, også kaldet *præfiguration*, er ens forståelse af verden forinden fortællingen (62). Dette er således den første forståelse af tekstens sag (61), og dermed første forståelse af de kommunale dokumenter og online interview. *Mimesis II*, der også kaldes *konfiguration*, er bindeleddet mellem *mimesis I* og *mimesis III*, og er processen, hvormed fortællingen udfærdiges (62). *Mimesis III*, også kaldet *refiguration*, er, hvor teksten tilegnes i fortolkerens egen situationen og danner basis for fortolkningen (62). Processen vedbliver, indtil den bedste forståelse og forklaring findes (62). *Mimesis'* cirkel fortsætter dog ikke altid, da den endelige fortolkning må være mere sandsynlighed end en anden (61), hvilket dermed relaterer sig til kvalitetskriteriet, som nævnt i 6.1 Design til at skabe sammenhæng mellem de metodiske komponenter.

6.2.4 Analysestrategi - Pedersen og Dreyers Ricoeur-inspirerede fortolkningsmetode

Birte Pedersen og Pia Dreyers Ricoeur-inspirerede tilgang til fortolkning blev anvendt som analysestrategi til de kommunale dokumenter og interviewene med kommunale medarbejdere. Ifølge Pedersen og Dreyer er analyse og fortolkning en bevægelse mellem forklaring og forståelse, og tilgangen muliggør at kunne følge processen og argumenterne for tolkningen (62). Det er i overensstemmelse med deres udlægning af Ricoeurs trefoldige *mimesis* og hermed fortolkning som processen mellem forklaring og forståelse (62). Tilgangen anvendes til analyse og fortolkning af tekster (62), hvilket stemmer overens med Ricoeurs fortolkningsteori af tekster. Analysestrategien består af tre analysetrin; *naiv læsning*, *strukturanalyse* samt *kritisk fortolkning og diskussion* (62).

6.2.4.1. Analysetrin I - Naiv læsning

Første trin var en naiv læsning af hver teksts fulde omfang, og er en åben tilgang til materialet (62). Trinnet stemmer overens med *mimesis I* (61), og var dermed første forståelse af, hvad tekstens sag omhandlede, altså den kommunale forståelse af arbejdet med borgernes SA. Efterfølgende blev en tekst nedfældet om denne forståelse ud fra den naive læsning af alle teksterne inden for hver tekstanalyse (62), hvilket fremgår af resultaterne i 7.1 Resultat af dokumentanalyse og 7.2 Resultater fra interviewundersøgelse.

6.2.4.2. Analysetrin II - Strukturanalyse

Strukturanalysen fungerede som overgangen mellem den naive læsning og den kritiske fortolkning (62), og stemte derfor overens med mimesis II i 6.2.3 Ricoeurs trefoldige mimesis. Dette trin bidrog til at forklare meningen og betydningen af teksterne (62), altså forklare meningen der forekom om den kommunale forståelse af og arbejdet med ændringen af SA. Pedersens og Dreyers strukturanalyseskema blev anvendt som skema til hver tekstanalyse (62) og et eksempel herpå fremgår af Tabel 1: Eksempel på strukturanalyseskema.

Tabel 1: Eksempel på strukturanalyseskema

Meningsenhed → hvad siges der	Betydningsenhed → hvad tales der om	Temaer
<i>“Vi tror på, at hvis den enkelte borger oplever at kunne mestre sit eget liv og se sammenhæng og mening i hverdagen, giver det en høj livskvalitet og muliggør det gode liv.”.</i>	Denne meningsbærende enhed taler om, at der er en betydning mellem dét at mestre sit eget liv og høj livskvalitet, da disse kobles. Ydermere sidestilles mestring, sammenhæng og mening med det gode liv. Samtidig vægtes det, at borgeren skal kunne mestre eget liv for at opnå høj livskvalitet.	MÅL Livsmestring skaber livskvalitet

Indledningsvist blev teksterne inden for hver tekstanalyse endnu engang gennemlæst som helhed (62). Følgelig blev hver teksts struktur åbent inddelt i *meningsenheder*, som er, hvad der siges (62). Det var altså citater fra hhv. dokumenterne eller interviewene. Inddelingen var med afsæt i antagelser og spørgsmål, som kom gennem den naive læsning (62). Herefter bevægede strukturanalysen sig fra meningsenheder til *betydningsenheder*, som er, hvad der tales om (62). Det var altså en forklaring af, hvad der blev talt om i citaterne. Det muliggjorde at udfolde hver teksts mening og betydning (62), om forståelsen og ændringen af borgernes SA. Dette trin er således forklaringen i dialektiske proces mellem forståelse og forklaring, da forklaringen er en argumentation for forståelsen af teksten (62). Herefter blev der dannet temaer ud fra betydningsenhederne (62), hvilket vil sige, at det var datastyret. Analysen foregik indtil temaerne for hver tekst var identificeret, og de centrale temaer på tværs af teksterne i hhv. dokumentanalysen og interviewene blev udledt. I resultatafsnittet af strukturanalysen for hhv. dokumentanalysen og analyse af interviewundersøgelsen, blev der inddraget citater som belæg, både som et separat citat, men blev også indskrevet i teksten.

6.2.4.3 Analysetrin III - Kritisk fortolkning

Ifølge Pedersen, Dreyer (62) består dette trin af både fortolkning og diskussion (62), men i specialet består dette analysetrin af den kritiske fortolkning. Analysetrinnet består af en forklaring og forståelse ud fra litteratur og anden forskning (62). Indledningsvist blev hver strukturanalyses resultater revideret, da temaernes navne skulle være mere sigende. Årsagen til revideringen var, at det blev tydeligt, at argumentationen for, hvad meningen i teksten var, ikke var tilstrækkelig til at kunne foretage en fortolkning heraf.

Analysetrin III er en dialektisk proces mellem forklaring og forståelse, samt mellem det konkrete og almene niveau (62). Dette trin relaterer sig til Ricoeurs tidligere nævnte *Mimesis III*, hvor en dialog mellem tekst og læser opstod (65), og gjorde teksten til genstand for forståelse, hvilket danner grundlag for fortolkningen (62). Udledt af Pedersen, Dreyer (62) foregik den kritiske fortolkning af en sammenfatning af de dominerende temaer på tværs af tekstanalyserne gennem en forklaring og forståelse ud fra anden litteratur og forskning (62), i dette tilfælde Steen Wackerhau-sens *det åbne sundhedsbegreb og refleksion i praksis* (20,68). Beslutningen om at anvende en teori til at fortolke de dominerende temaer på tværs af tekstanalyserne skyldtes, at teorien var relevant for temaerne på tværs af strukturanalyserne. Derfor kunne teorien bidrage til en mere dybdegående forståelse og til at bevæge viden fra medarbejdernes perspektiv mod et mere alment niveau af det kommunale arbejde med ændringen af borgernes SA, som var hensigten med tekstfortolkningen jf. 6.2 Videnskabsteoretisk positionering som kritisk hermeneutik.

6.3 Teoretisk referenceramme

I dette afsnit redegøres for den teoretiske referenceramme, som havde betydning for dataindsamlingen og blev anvendt i analysetrin III til en kritisk fortolkning af temaerne fra strukturanalyserne. I problemanalysen fremgik det, at kommunerne ønskede at gøre det sunde valg til det lette valg for borgerne. Dette relaterer sig til metoden *nudging*, som Cass R. Sunstein & Richard Thalers mener er, at individet skal hjælpes til at træffe valget, som gavner det og dets sundhed mest, ved at skubbe individet i en bestemt retning (41). Dette var således specialets '*a priori*' teoretiske referenceramme, da det er en teori, der fremkommer i begyndelsen af en undersøgelse (63). Det bevirkede, at nudging blev inddraget i dataindsamlingen, hvilket også fremgår af interviewguiden, Bilag 1. Ifølge Creswell (63) kan den indledende teori justeres på baggrund af dataindsamlingen (63), hvilket var tilfældet, da det efter dataindsamlingen fremgik, at nudging ikke var den mest anvendelige teori til at forstå og forklare empirien. Derfor blev den teoretiske referenceramme justeret for at skabe

sammenhæng mellem den teoretiske referenceramme og empiri til besvarelse af forskningsspørgsmålet (60). I stedet blev Steen Wackerhausens teori om *det åbne sundhedsbegreb* og *refleksion i praksis* anvendt i den kritiske fortolkning. Wackerhausens *Det åbne sundhedsbegreb* omhandler en midtsøgende sundhedsforståelse mellem sundhed som substantiel eller relativ (20). Det åbne sundhedsbegreb tager afsæt i, at sundhed er individets generelle handlekapacitet, der konstitueres af individets handlefærdigheder, ægte mål og livsbetingelser (20). Teorien var således anvendelig til at forstå og forklare resultaterne fra strukturanalyserne ift. den kommunale sundhedsforståelse og dermed forståelsen af SA.

Den supplerende teori *refleksion i praksis* omhandler vigtigheden af at kunne gøre sin egen praksis til genstand for refleksion (20). Ifølge Wackerhausen (20) er det nødvendigt for at optimere sin egen praksis at opnå nye erfaringsdannelser og handlebåren kundskaber (20). Teorien blev vurderet relevant, da den understøttede, at forandringen i den kommunale forståelse af og arbejde med SA skulle foregå gennem refleksion, hvilket er i overensstemmelse med Ricoeurs fortolkningsteori, hvor hensigten er refleksion over selvet (61).

6.4 Dataindsamlingsmetoder

I afsnittet redegøres og begrundes for de tre anvendte dataindsamlingsmetoder; dokumentanalyse, individuelle online interviews og systematisk litteratursøgning.

6.4.1 Dokumenter til tekstanalyse

Til at besvare U1 blev kommunale dokumenter anvendt, da dokumenter er anvendelige til at skabe viden om en problemstilling (69). De kommunale dokumenter om kommunens sundhedspolitik og forebyggende og sundhedsfremmende indsatser kunne altså anvendes til at skabe viden om forståelse af og arbejdet med ændringen af borgernes SA, da dette er kommunens udlægning af, hvordan de forstår og arbejder med ændringen borgernes SA. Grundet anonymisering henvises dokumenterne ikke med direkte kilde eller er vedlagt i bilag, men medbringes til specialeforsvaret.

6.4.1.1 Indsamling af dokumenter

Forinden udvælgelsen af dokumenter blev der opstillet en række kriterier, hvilket omhandlede udvælgelse og antallet af dokumenter (69). Kriterierne er udvalgt på baggrund af forståelsen af SA jf. 2.1.2 Forståelse af sundhedsadfærd og sundhed i dansk regi. Beslutningen, om at dokumenterne skulle findes på kommunens egen hjemmeside, skyldes, at det er kommunens platform til at udmel-

de deres politik og arbejde, hvorfor deres offentligt tilgængelige kommunale dokumenter blev valgt. Idet kommunen havde flere forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, blev søgestrategien *fokuseret søgning* valgt, hvilket er, at dokumenterne blev udvalgt pga. bestemte ord eller begreber (69). De bestemte ord og begreber tog udgangspunkt i U1, hvor forståelsen af ændringen af SA var central, og for at afdække SA, blev der taget afsæt i problemanalysen, hvor det kom til udtryk som *ændring af vaner og/eller livsstil*. På baggrund af de inkluderede dokumenter, blev dokumenter ekskluderet, hvis ikke det var kommunens egen indsats, ekskluderet, da det var nødvendigt for besvarelsen af U1, eller indsatser målrettet en bestemt målgruppe (borgere i sårbare situationer, psykisk syge osv.), da det blev antaget, at de havde specifikke behov.

6.4.1.2 Udvalgte dokumenter

Seks dokumenter blev udvalgt, og var både statiske og dynamiske (69). Ét kommunalt dokument var et statisk dokument, hvilket betyder, at dokumentet er et færdigt dokument, der ikke løbende kan ændres (69). De fem andre dokumenter var dynamiske, som dermed kan ændres og opdateres (69).

Kvaliteten afhænger af, hvorvidt dokumentet kan besvare undersøgelsesspørgsmålet (69). Idet undersøgelsesspørgsmålet baserede sig på kommunens forståelse og arbejde med ændringen af borgernes SA, og dokumenterne fremviste kommunens tilgang til sundhed og SA, samt konkrete indsatser til ændringen af SA, blev det vurderet at kunne besvare U1.

6.4.1.3 Temaer

Dokumentanalysen gennemgik analysetrin 1 og 2 af Pedersen & Dreyers Ricoeur inspirerede analysestrategi, og det resulterede i fire temaer med dertilhørende 10 subtemaer på tværs af de seks dokumenter. Temaerne og deres indbyrdes relation fremgår i 7.1.2 Strukturanalyse af kommunale dokumenter og illustreres i Figur 3: Kodetræ for dokumentanalysen. For at kunne adskille temaerne i dokumentanalysen fra dem i interviewundersøgelsen, vil -D fremgå efter nummeringen af temaet.

6.4.2 Semistrukturerede individuelle online interviewundersøgelse

Følgende afsnit skildrer den individuelle semistrukturerede online interviewundersøgelse, som havde til formål at besvare U2.

Tre individuelle semistrukturerede online interviews, blev anvendt til at indhente data fra kommunale medarbejdere i en dansk kommune. Metoden blev valgt, da de kommunale medarbejdere

bejdere kunne videregive deres fortælling vedr. forståelsen af og arbejdet med ændring af borgernes SA i kommunen for at få indblik i deres fortolkning af verden (62). Metoden er velegnet til at indfange kontekstbundet data såsom oplevelser, erfaringer og livshistorier fra individers livsverden (70), hvilket i dette tilfælde var de kommunale medarbejders oplevelser, holdninger og historier i deres livsverden, som er den verden, de møder i arbejdet med ændring af borgernes SA. Dermed kunne data indsamles om meningen de kommunale medarbejders tillagde arbejdet med at ændre borgernes SA.

6.4.2.1 Online individuelle interviews

Ifølge Kvale, Brinkmann (70) er interviewet en aktiv proces, hvor relationen og samspillet mellem informant og interviewer skaber viden i en sproglig og kontekstuel samtale (70). Samtalen blev skabt gennem individuelle online interviews, som er en velegnet dataindsamlingsmetode til at indfange individers oplevelser, holdninger og livshistorier (70). Grundet COVID-19 pandemien anbefales det at mindske den fysiske kontakt for at minimere en potentiel smittespredning (71), hvorfor alle interviews blev udført som online interviews. Denne form for interviews muliggør, at intervieweren og informanten ikke behøver at have samme geografiske placering (72,73), og at indsamle fortællinger gennem kvalitative interviews som videointerviews (70). Et online interview er, if. Merriam, Tisdell (70) og Howlett (74) et interview i realtid, og som indeholder en videokomponent, der er i høj grad et godt alternativ til ansigt-til-ansigt interviews (70,74). Interviewene foregik over kommunens egen digitale platform til online møder for at beskytte informanterne. Årsagen var, at nogle digitale platforme fx Zoom indsamler og lagrer personlige oplysninger om brugerne og personerne, de interagerer med (75). Generelt er der tilfredshed med forskeres og deltagers anvendelse af en lignende digitale platforme som dataindsamlingsværktøj (75), hvor et online interviews dynamiske miljø forhindrer at deltagerne overtænker deres svar samt overvejer det mest ønskværdige svar (74,76). Anvendelsen af individuelle interviews bidrog til at opnå flere nuancer af informantens helhedsforståelse, da det er uforstyrret af andres forståelse (70).

6.4.2.2 Rekruteringsstrategi

Rekrutteringen er sket gennem en gatekeeper, der har hjulpet med at rekruttere informanterne (77). Strategien var en purposeful sampling, som er baseret på ønsket om at udforske, forstå og opnå en større indsigt, hvorfor rekrutteringen af informanter blev baseret på dem der kunne bidrage til mest mulig læring (72). Det fremgik af U2 at opnå viden om det generelle arbejde med ændringen af borgernes SA, hvorfor de kommunale medarbejdere have viden, erfaring og kompetencer inden for

flere af kommunens forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Det kan dog argumenteres, hvorvidt der også var anvendt en convenience sampling, idet gatekeeperen formidlede kontakten, hvorfor tilgængeligheden af respondenter har været afgrænset (72).

In- og eksklusionskriterier

De opstillede Inklusionskriterier var direkte udledt af U2 til at guide mod informationsrige informanter (72). Kriterierne blev defineret, inden kontakt til gatekeeperen. Gatekeeperen besvarede med tre potentielle informanterne. Tabel 2: In- og eksklusionskriterier i rekrutteringen, illustrerer in- og eksklusionskriterierne, hvor inklusionen var kommunale medarbejdere med praksis erfaring, særlige kompetence i form af at arbejde med ændringen af borgernes SA, samt viden og kendskab til de kommunale indsatser. Alle informanter blev inkluderet, hvorfor eksklusionskriterierne ikke blev anvendt.

Tabel 2: In- og eksklusionskriterier i rekrutteringen

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Medarbejdere der har praksiserfaring	Medarbejdere som blot beskæftiger sig med én indsats, og dermed mangler det overordnede billede på arbejdet med ændring af sundhedsadfærd
Medarbejder der har kompetence i form af at arbejde med ændring af borgernes sundhedsadfærd	
Viden om og kendskab til flere indsatser, for at få et generelt indblik	
	Medarbejdere der ikke har praksiserfaring

Af hensyn til informanternes anonymitet er der ikke vedlagt en generel beskrivelse af deltagerne.

6.4.2.3 Individuel semistruktureret interviewguide

Interviewguiden blev udarbejdet som semistruktureret for have en vis struktur i spørgsmålene i kombination med de kommunale medarbejders levende og uventede svar. Da dialog blev prioriteret, blev en række interviewspørgsmål opstillet som en naturlig samtale med fokus på de enkelte temaer (78). Interviewguiden var en liste over temaerne, der skulle bidrage til at besvare U2. Rækkefølgen af temaerne i interviewguiden kunne afvige, så informanterne kunne tale om temaerne i vilkårlig rækkefølge, fremfor en udspørgen ud fra fastlagte spørgsmål (72).

Der blev taget udgangspunkt i Jensen, Gjødsbøl, Bogicevic (79) forhold mellem spørgsmål, hvor problemformuleringen er det overordnede spørgsmål, forskningsspørgsmål som er en række spørgsmål skal kunne besvare problemformuleringen, og for at besvare de forskellige forsknings-spørgsmål opstilles undersøgelsesspørgsmål, der udgør interviewguiden (79). Spørgsmålene blev omskrevet fra undersøgelsesspørgsmålet U2 til en række interviewspørgsmål (70). Interviewguiden, som fremgår af Bilag 1, Interviewguide, bestod derfor af forsknings- og interviewspørgsmål.

Spørgsmålene bar præg af hverdagsprog og uden fagtermer, for at spørgsmålene blev forståelige og for at interviewet skulle minde om en almindelige samtale (70,72). I Tabel 3: Uddrag af Interviewguide, fremgår et uddrag af interviewguiden.

Tabel 3: Uddrag af Interviewguide

Første tema der handler om sundhedsadfærd som begreb (Tema 1)		
Hvad er medarbejderen i en dansk kommunes forståelse af sundhedsadfærd?	Som sagt handler specialet om den kommunale tilgang til ændringen af borgernes sundhedsadfærd. Helt generelt: når vi tænker på sundhedsadfærd er det den adfærd borgeren har i forbindelse med egen sundhed. Derfor vil vi gerne høre dig, hvordan du, i dit arbejde, forstår sundhedsadfærd dvs. borgerens adfærd i forbindelse med deres sundhed? - Tavshed - - Positiv (sundhedsadfærd) / negativ (risikoadfærd) - Sunde rammer - fremmer sundhed - Mental sundhed - KRAM/ Livsstil	Kan du give et eksempel? Hvordan kommer dette til udtryk i dit arbejde? Hører jeg det rigtig, når jeg hører dig sige...

6.4.2.4 Spørgeteknik i interviewene

Spørgsmålstyper er forskellige måder at dirigere samtalen i en ønsket retning, da et spørgsmål ikke blot er et spørgsmål (70). Den generelle spørgeteknik var åben, undersøgende og eksplorativ (80). Merriam, Tisdell (72) anbefaler ligeledes, at spørgsmålene indledningsvist har en neutral og deskriptiv karakter (72). Interviewet blev indledt med et åbningsspørgsmål (80). I interviewet blev der benyttet 1) Gode opfølgende spørgsmål, hvis formål er at holde fortællingen i gang og uddybe relevante fortællinger med spørgsmål, med en direkte spørgeren til det sagte, eller nikket i kombination

med et *uhm*, eller et *interessant*, 2) Sonderende spørgsmål for at være åben og undersøgende fx *kan du sige noget mere om ...*, 3) Fortolkende opfølgende spørgsmål såsom *hører jeg det rigtigt, når jeg hører dig sige...*, 4) Strukturerede spørgsmål ved overgang til et nyt tema, 5) Specificerede spørgsmål såsom *vi vil gerne, at du fortæller om, hvordan du oplever ...*, 5) og 6) tavshed for at give informanten plads til refleksivitet (79,80). Tavshed, specificerende spørgsmål og gentagelser af betydningsfulde ord er en måde at muliggøre uddybning (79). Overgangen til et nyt tema blev varsomt tilgået, indtil medarbejderne begyndte at opnå, hvorefter andre spørgeteknikker blev anvendt for at få medarbejderen til at opnå yderligere op (70). Eksempelvis blev tavshed anvendt for at give medarbejderen plads til det (70).

Specialegruppen forforståelse, i form af tematikker, blev afprøvet enkelte steder under interviewet, hvor det naturligt gav mening. Interviewguiden bør memoreres for at sikre en fleksibel og løs interviewsamtale (80), hvilket specialegruppen bestræbte sig på inden interviewene. Yderligere anbefales et pilotinterview for at sikre, at spørgsmålene virker som intenderet (72). Dette blev foretaget på en anden gruppe specialestuderende, som ikke havde kendskab til problemstillingen på forhånd, hvorefter spørgsmålene, som ikke virkede som intenderet, blev justeret.

6.4.2.5 Gennemførelsen af interview

Interviewene blev gennemført online. Interviewene blev optaget på to diktafoner for at sikre, at vigtige informationer ikke gik tabt, i tilfælde af tekniske fejl eller uventede situationer. Optagelsen frigør interviewer til at fordybe sig i selve interviewet (70), hvorfor det bl.a. var muligt at stille væsentlige opfølgende spørgsmål. Endvidere sikrer optagelsen, at det sagte kan danne grundlag for senere analyse (72).

Specialemedlemmerne var skiftevis primær og sekundær interviewer, hvorfor begge var til stede under alle interviews. Den primære interviewer havde ansvaret for at lede interviewet, lytte aktivt, fremme dialogen ved at stille opfølgende spørgsmål, mens den sekundære interviewer havde ansvaret for at starte lydoptagelserne på diktafonerne, lytte aktivt, strukturere tiden, notere nonverbal kommunikation (stemme og tone) og evt. samspil hvis relevant, samt stille opfølgende spørgsmål ved behov. Fordelingen for til for at undgå misforståelser eller at tale i munden på hinanden.

Interviewene havde en varighed på 45-60 min, hvoraf de første fem minutter forinden interviewet var afsat til briefing, mens de sidste fem minutter var afsat til debriefing. Briefing af informanterne havde til formål at indhente mundtligt informeret samtykke, informere om formålet med interviewet og gøre opmærksom på brugen af diktafonerne samt procedurerne for specialet, herunder fortrolighed, ift. adgang til datamateriale og sløring af informanterne i form af anonymisering

(70). Forinden var en skriftlig samtykkeerklæring tilsendt, se Bilag, 2, Samtykkeerklæring. Debriefingen blev anvendt til at kontrollere, hvorvidt spørgsmålene var gennemgået, samt til at lade informanten tilføje andet, som de fandt relevante, der ikke var blevet talt om i interviewet, før afrunding (70). Efter endt interview er en ordentlig afslutning og udtryk for taknemmelighed for deltagelse og tid væsentligt (Jensen, Gjødsbøl et al. 2019) (79), hvilket specialemedlemmerne gjorde.

Specialemedlemmerne anvendte sig selv som redskab under interviewet, hvilket er centralt i det semistrukturerede interview (70). Dette for at opnå en tilgang med tilpas åbne spørgsmål der rammer ind i det tema der ønskes belyst (70). Derudover gjorde den primær interviewer brug af en vekselvirkning mellem en professionel karakter som kom til udtryk ved nærvær samt engagement og en personlig karakter i interviewet (70). Gruppemedlemmernes personlighed i form af deres personlige karakter, blev anvendt til at udforske med, men alligevel med en distance der bevarede overblikket over om samtalerne bevægede sig i en relevant retning (70).

6.4.2.6 Transskribering og transskriptionskonventioner

Ud fra Pedersen, Dreyers (79) udlægning af Paul Ricoeurs tekstfortolkning er sproget og fortællingen central (79). Derfor blev lydoptagelserne, herunder sproget og fortællingen fra interviewene, transskriberet og dermed konverteret til tekst (62). Det medførte, at fortællingen blev fjernet fra ophavsmandens intention, og teksten friset fra forfatteren (62,65). Således blev de kommunale medarbejderes fortælling til tekst, som dannede grundlag for fortolkning.

For at lette kompleksiteten og skabe konsistens på tværs af interviewene blev der forud for transskriberingen udarbejdet transskriptionskonventioner (70). Disse fremgår af Tabel 4: Transskriptionskonventioner. Ord som *øh* og pauser blev anvendt, da det if. (70), kan have betydning for fortællingen og dermed fortolkningen (70).

Tabel 4: Transskriptionskonventioner

P, S, X1, X2, X3	Tilkendegivelse af hvem der taler P = primær interviewer S = sekundær interviewer X1, X2 og X3 = informant
Linjeskift	Ved ny person, der taler
<i>Kursiv skrift</i>	Ved tryk eller understregning af ord
[X]	Denne sløring af informationer blev anvendt vedr. bl.a. stilling, tilknyttede indsatser m.m.

(mumler)	Når det ikke er tydeligt
Tænkepause (kort)	...
Tænkepause (lang)	
Anerkendende ord (ja, okay, mmh)	Anvendes, hvis det ikke afbryder den andens tale
Ord som (øhh, ehmm, jamen)	Anvendes hvis personen siger dette
//	Hvis personen afbryder den anden
./	Hvis personen afbryder sig selv

Transskriberingen blev foretaget af specialemedlemmerne på dagen for interviewets afholdelse, hvor ordlyden med større sandsynlighed gengives mere præcist (70,80). Ved at specialemedlemmerne transskriberede interviewene, muliggjorde det et dybdegående kendskab til materialet og et forarbejde til analysen (72). Et specialemedlem transskriberede et interview, mens de to andre interviews blev transskriberet af begge. Ved anvendelse af citater i præsentationen af resultaterne, er gentagelser fx “*der der*” fjernet for at gøre det mere læsevenligt.

Softwareprogrammet NVivo blev anvendt til selve transskriberingen (81). Idet transskribering foregik i NVivo kunne analysen finde sted i programmet efter transskriberingen (81) Det bevirkede, at analysen blev mere overskuelig.

Tematikker fremanalyseret i NVivo

Indledningsvist læste specialemedlemmerne sammen interviewene mhp. at frembringe meningsenhederne. Da NVivo ikke på samme måde kunne opstille analysen efter strukturanalyseskemaet blev meningsenhederne først sorteret, mens specialemedlemmerne diskuterede og nedfældede, hvad der blev talt, altså betydningsenhederne, for herefter at inddele i forskellige temaer. Efter analyse af hver enhed var der 18 overordnede temaer. Hvert tema blev undersøgt for, hvorvidt det havde sammenhæng med andre temaer, og hvilke der var temaer og subtemaer (72). Det udmundede i tre temaer med i alt syv subtemaer, hvor de fremanalyserede temaer var repræsenteret i alle interviews. Temaerne fra denne strukturanalyse vil fremgå med -I efter temanavnet, for at illustrere, at det var fra interviewundersøgelsen og adskille det fra temaerne i dokumentanalysen. Temaer og subtemaer er illustreret i Figur 4: Kodetræ interviewundersøgelsen i 7.2.2 Strukturanalyse af interviews, hvor det også fremgår, hvordan temaerne på tværs af interviewene er forbundet.

6.4.2.7 Datahåndtering

Den praktiske håndtering af data og databearbejdning forekom i analyseprogrammet NVivo. Data, i form af lydfilen fra interviewet og fra analysen i NVivo, er opsat således, at det gennem en krypteret harddisk oprettet i VeraCrypt, af sikkerhedsmæssige årsager efterlever datatilsynets retningslinjer for opbevaring af personfølsomme oplysninger (67). Dette indebærer, at der skal logges ind på den krypterede harddisk, inden opstart af NVivo.

6.4.3 Systematisk litteratursøgning

I afsnittet præsenteres den systematiske litteratursøgning, som har til formål at besvare U3, herunder den indledende søgning samt specialets søgeprotokol.

6.4.3.1 Indledende søgning

Den indledende søgning blev benyttet ifm. det initierende problem og problemanalysen til at undersøge og dokumentere problemet (3). I den indledende fase, *idéfasen*, blev en bred søgning anvendt til at finde inspiration til indsamling af viden om genstandsfeltet, hvad der lå til grund herfor, samt en klarlægning af et videnshul (3,82). Hertil blev Google Scholar, Aalborg Universitets Biblioteks hjemmeside og forskellige kommunale hjemmesider anvendt. Endvidere blev løst strukturerede søgninger i ProQuest, Pubmed, Embase (82), anvendt til at undersøge genstandsfeltet med videnskabelige studier, og der blev anvendt bevidste tilfældige søgninger, som bidrog til inspiration ift. nye søgetermer (82). De indledende søgninger gav overblik over kendt litteratur på området (82). Citationssøgning blev også anvendt, hvilket muliggjorde at finde nyere referencer, som citerede én af de i forvejen fundne relevante referencer (83). Derudover blev der ud fra en anvendelig kildes referenceliste gjort brug af retrospektive kædesøgninger, hvor der blev fundet nye begreber og termer til videre søgninger (82).

6.4.3.2 Søgeprotokol

Gennem interviewene fremgik en efterspørgsel på andre målemetoder til outcomes ift. ændringen af borgernes SA, hvorfor formålet med den systematiske litteratursøgning var at finde studier vedr. andre målemetoder til outcomes, for at imødekomme efterspørgslen og skabe refleksion i praksis.

Inklusion af databaser

Den systematiske litteratursøgning byggede på søgning i fire forskellige databaser for at imødekomme en bred afsøgning af området. Søgningerne blev foretaget i hhv.: *Scopus*, *ProQuest (Sociological abstract)*, *PubMed* og *Embase*.

Søgedatabasen *Scopus* blev inkluderet, da denne er en multidisciplinær database med viden indenfor det medicinske område, det naturvidenskabelige område og det samfundsvidenskabelige område (84). *Scopus* var anvendelig, da den bidrog til at undersøge et område med indsatser rettet mod ændringen af SA hos borgere med overvægt.

Søgedatabasen *ProQuest* blev inkluderet men indskrænket til databasen *Sociological abstracts*, idet *Sociological abstracts* favner viden om sociale og adfærdsmæssige emner (85), hvilket var relevant iht. besvarelse af U3.

Endvidere blev søgedatabasen *PubMed* og *Embase* inkluderet for at favne en bred afsøgning af videnskabelig litteratur. *PubMed* er en amerikansk søgedatabase, der indeholder viden inden for biomedicin og sundhed, hvori adfærdsvidenskab indgår (86). Søgedatabasen *Embase* blev inkluderet, da databasen er inden for det medicinske område med en bred dækning af europæiske tidsskrifter (87), og er et godt supplement til *PubMed* (88). Ydermere inkluderer *Embase* også den medicinske database *MEDLINE* (87).

Ved at afsøge ovenstående databaser bidrog det til, at genstandsfeltet, som var outcomes ifm. ændring af borgeres SA, blev afdækket på et flervidenskabeligt grundlag.

Den systematiske søgestrategi

Den systematiske søgning blev opstillet ud fra en PICO-inspireret bloksøgning (89), da bloksøgning, if. Buus, Tingleff, Kristiansen et al. (83), er den bedste søgestrategi til en systematisk afsøgning af søgedatabaser (83). Søgestrategien fremgår i Bilag 4, Systematisk søgestrategi, der viser søgningen i de forskellige databaser. Søgestrategien blev udviklet efter vejledning af en bibliotekar tilknyttet universitetet.

Ved bloksøgningen opdeles søgefacterne i blokke, som kan indsnævre eller udvide søgningen ved hhv. at tilføje eller fjerne blokke efter behov (83). Bloksøgningen tog udgangspunkt i kernebegreberne i U3 (89), og var hhv. overvægtige, adfærdsændring, sundhedsfremme og sundhedsadfærd. P står for enten population eller problem (89). I søgestrategien blev to P'er anvendt ved blok #1 om overvægtige, altså population, og blok #4 om sundhedsadfærd, altså problem. I et om-

fatter intervention (89), hvilket gjaldt blok #2 om adfærdsændring. O'et står for outcome (89), og gjaldt for blok #3 om sundhedsfremme.

Kernebegreber til blokkene tog afsæt i U3 og de fremanalyserede temaer fra både dokumentanalyse og interviewundersøgelsen, hvorfor bl.a. målgruppen blev indsnævret til at favne *overvægtige* ($BMI \geq 25$) (Blok#1), grundet stort fokus på målgruppen i begge undersøgelser. Endvidere omhandlede kernebegreberne *sundhedsfremmende* (Blok#3) *indsatser* (Blok#2) rettet mod ændringen af *sundhedsadfærd* (Blok#4) for at andre typer målemetoder relaterede sig til en indsats rettet mod ændringen af SA, som genstandsfeltet for specialet.

Med rådgivning fra den førnævnte bibliotekar blev PubMed udvalgt til at udarbejde søgestrategien i, som grundlag for søgningerne i de forskellige databaser. Derefter blev søgningen tilpasset de resterende databaser enkeltvis. Eksempelvis havde Embase kontrollerede emneord (Emtree) for adfærdsændring, *behavior change* og *lifestyle modification*, mens ingen af de resterende databaser havde et.

Søgningen i PubMed, Embase og Scopus blev inddelt i fire blokke, mens søgningen i ProQuest (Sociological abstract) blev inddelt i tre. De fire blokke blev valgt for at indsnævre søgningen, da søgningen i databaserne med blot tre blokke gav mange hits.

Søgningen i ProQuest (Sociological abstract) havde tre blokke for at udvide søgningen, da der med tre blokke kun var 236 hits.

Blokkenes fokus blev oversat til hhv. kontrollerede emneord samt til fritekstsøgninger (83). Ydermere blev der gjort brug af citationsdatabasen *Scopus* til at høste emneord til blokkene. Dette blev foretaget ved at søge i forvejen fundne relevante artikler frem og undersøge Scopus' *Author keywords* og *Indexed keyword* for at afdække andre relevante emneord (Subject Headings og keywords) (90). Der blev derudover fundet inspiration af relevante artiklers keywords (82).

Anvendelse af thesaurus og fritekstsøgning

I søgningen blev kontrollerede emneord, *thesaurus*, anvendt for at sikre, at søgningen indeholdt ensartede emneord. Dette er databasens indekserede emneord, hvor de kontrollerede emneord kan divergere fra database til database ift. hvordan emneordene indekseres (83). Databasen *ProQuest*, herunder *Sociological abstracts*, indeholder en thesaurus, kaldet Sociological Thesaurus, PubMeds thesaurus kaldes MeSH og Embases thesaurus kaldes EMTREE. Scopus indeholder ikke en thesaurus, hvorfor alle søgningerne er foretaget som *fritekstsøgninger* i *all fields*. Det blev undersøgt, hvordan de kontrollerede emneord hierarkisk var opbygget ift. om mere præcise søgeord kunne anvendes, da thesaurus er hierarkisk opbygget med brede og generelle emneord, *broader terms*,

øverst, samt præcise og specifikke emneord, *narrower terms*, under (83). Når flere narrower terms blev vurderet relevant, blev *explode* funktionen anvendt, som bevirkede at, de underordnede hierarkiske termer blev inddraget. Eksempelvis havde det kontrollerede emneord *overweight* i PubMed tre MeSH-kategorier, hvor *obesity* var et specifikt emneord (narrower term) til hver MeSH-kategori. Det gjaldt dog, at det kontrollerede emneord *obesity* havde fire MeSH-kategorier, hvor én af MeSH-kategorier ikke havde *overweight* som et bredt emneord (broader term), men i stedet overnutrition. For at alle relevante kontrollerede emneord for overweight og obesity blev inddraget, blev begge kontrollerede emneord anvendt.

Den systematiske søgning blev suppleret med fritekstsøgninger, hvor thesaurus-terminerne ikke var tilstrækkelige, eller når der ikke var en thesaurus for ordet. Med rådgivning fra den førnævnte bibliotekar blev de kontrollerede emneord i PubMed også anvendt som *fritekstsøgning* for at sikre inklusion af de nyeste artikler, der endnu ikke havde fået tildelt det kontrollerede emneord. For at undgå for meget støj blev frasesøgninger anvendt i fritekstsøgningerne til at søge på det specifikke sammensatte ord i en bestemt streng af ord (89), fx “health promotion*”. Yderligere blev der i fritekstsøgningerne eksperimenteret med trunkering (*) for at medtage alle relevante endelser på specifikke søgeord (89). Ved hver anvendelse af trunkering blev der foretaget en konkret vurdering. Yderligere blev der truffet et valg om, at der i *Scopus* blev søgt i titel-abstract-keywords, hvor der i PubMed og Embase blev søgt i all fields for at opnå en bred søgning.

Kombineret søgning

Booleske operatoren blev anvendt til at kombinere de endelige kontrollerede emneord, fritekstsøgninger og blokke i de respektive databaser (83). Alle emneord og fritekstsøgninger blev kombineret inden for hver blok ved anvendelse af operatoren OR, der bevirkede, at synonymerne blev forenet og udgjorde en foreningsmængde (83). Herefter blev foreningsmængderne for hver blok kombineret med operatoren AND, der bevirkede en fællesmængde (83). De endelige fremkommende hits fra de respektive søgedatabaser blev 1.636.

6.4.3.4 In- & eksklusionskriterier

Da den endelige søgning gav 1.636 hits, blev der opstillet inklusions- og eksklusionskriterier til at frasortere mindre relevante referencer (83). Kriterierne blev dog revideret flere gange i løbet af udvælgelsesprocessen, da behovet for at præcisere kriterierne for artiklerne blev tydeligt. Således blev der suppleret med flere in- og eksklusionskriterier, og det fremgår af Tabel 5: In- og eksklusionskriterier for udvælgelsen af studier, hvornår der blev suppleret med flere kriterier i form af *faser*.

Tabel 5: In- og eksklusionskriterier for udvælgelsen af studier

		Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Fase 1	Sprog	Dansk, Engelsk, Norsk, Svensk & Tysk	Øvrige
	Kontekst		Religiøse settings: • Churches Pediatric
	Population	Obese (BMI $\geq$ 30) Overweight (BMI $\geq$ 25)	Infant Children Adolescent Elderly
	Fokusområder	Interventioner rettet mod ændring af sundhedsadfærd	Diagnoser: • Serious mentally illness Sygdomsspecifikke: • Diabetes treatment • Kræft • Chronic kidney disease • Osteoarthritis • Postmenopausal women
	Oprindelsesland		Lande, der adskiller sig fra DKs kontekst & kultur, såsom artikler fra: • Afrika • Latinamerika
Fase 2	Type af studie		Ikke empiriske studier
	Type af intervention		Family centret intervention
Fase 3	Outcomes	Outcome relateret til ændring af sundhedsadfærd	Kun BMI eller anden biomedicinsk måling som outcome
Fase 4	Besvarelse af U3		Hvis det ikke kunne bidrage til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet

Fase 1:

Studier med sprog på dansk, engelsk, norsk, svensk og tysk blev inkluderet, da specialegruppen mestrer disse, og øvrige sprog blev ekskluderet. Flere studier omhandlede pædiatri, religiøse settings, sygdomme, hvilket blev ekskluderet, da det var specifikke målgrupper, der var sværere at overføre til en bredere population. Derudover blev studier fra fx Afrika og Latinamerika ekskluderet, da det blev vurderet, at deres kontekst ikke er særlig overførbart til specialets kontekst. Yderligere tog inklusionskriterierne afsæt i den systematiske litteratursøgnings blokke, hvorfor artikler med

obese BMI $\geq$ 30 og/eller overweight BMI $\geq$ 25 og interventionen rettet mod ændring af adfærd blev inkluderet.

Fase 2:

Studier vedr. family centered care og ikke-empiriske studier blev ekskluderet, da en intervention til familier har en anden kontekst end interventioner rettet mod individer, og at besvarelsen af U3 skulle være på baggrund af empiriske studier.

Fase 3:

Studier blev inkluderet, hvis deres outcomes relaterede sig til ændring af overvægtiges SA. Endvidere blev studier kun omhandlede BMI eller anden biomedicinsk måling ekskluderet.

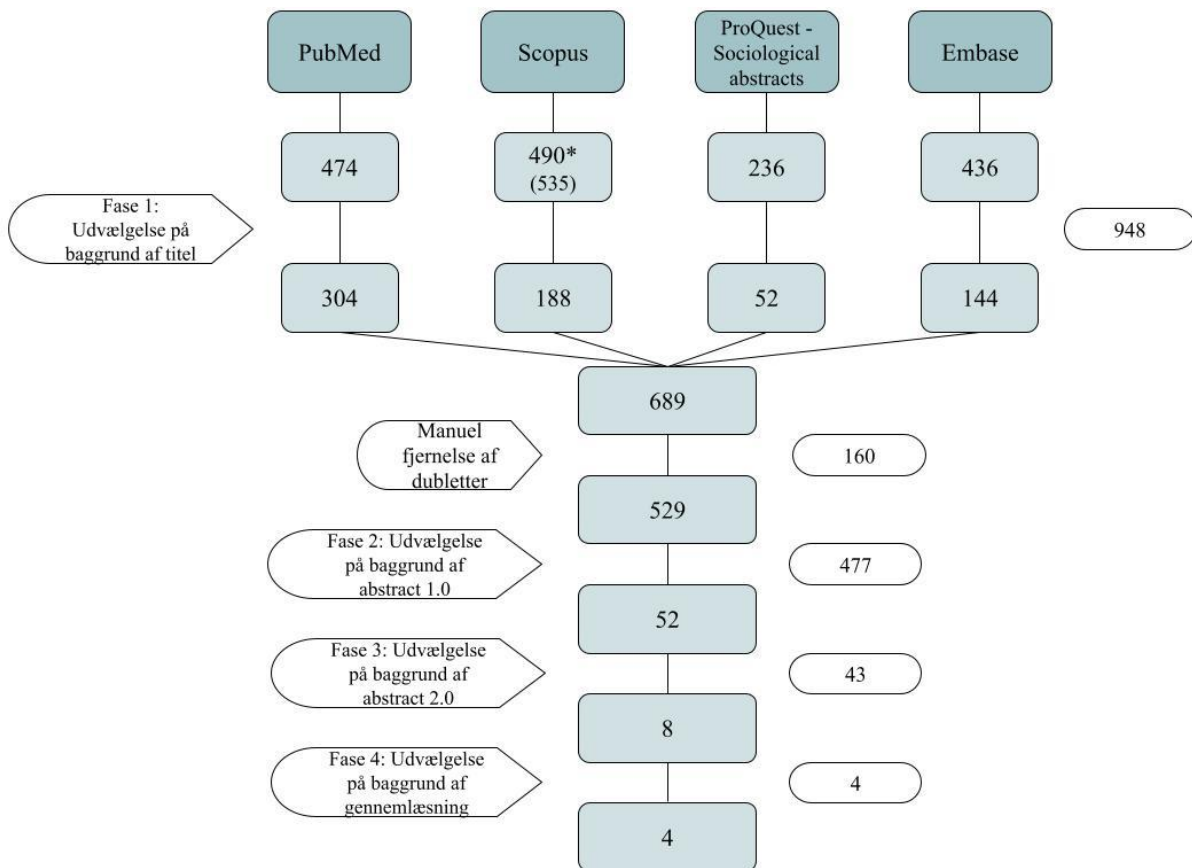
Fase 4:

Studier blev ekskluderet, hvis ikke de specifikt kunne bidrage til besvarelsen af U3.

6.4.3.5 Udvalgelse af systematisk fremsøgte studier

De udvalgte in- og eksklusionskriterier blev anvendt i udvælgelsesprocessen, som illustreres i Figur 2: Flow-chart over udvælgelsen af artikler. * illustrerer hits fra artikler og reviews, hvor de resterende 44 ekskluderede studier var: noter, conference papirer, editorial, breve, bogkapitel og kort survey. Selve udvælgelsen var inddelt i fem dele.

I første del blev studierne vurderet på titel ift. kriterierne i fase 1. 948 studier blev ekskluderet. I anden del blev 160 dubletter fjernet. Når artiklerne ikke blev ekskluderet på baggrund af titel, skulle abstract læst (83). I tredje del blev studierne vurderet på abstract med udgangspunkt i de reviderede kriterier i fase 2. 477 studier blev ekskluderet. Fjerde del var endnu en udvælgelse på baggrund af abstract, da der var behov for en yderligere revidering af kriterierne, altså fase 3. 43 studier blev ekskluderet. Idet studiet fortsat var relevant, blev artiklen læst i femte del (83). Når studierne ikke kunne bidrage til at besvare U3, altså kriteriet i fase 5, blev de ekskluderet, hvilket gjaldt 4 studier. Det udmundede i fire artikler til kritisk vurdering.



Figur 2: Flow-chart over udvælgelsen af artikler. * illustrerer hits fra artikler og reviews, hvor de resterende 44 ekskluderede studier var: noter, conference papirer, editorial, breve, bogkapitel og kort survey.

6.4.3.6 Tjekliste til kvalitetsvurdering af inkluderede studier

Til kvalitetsvurdering af de udvalgte studier blev Joanna Briggs Institutes (JBI) tjeklister og The Journal of Mixed Methods Research (JMMR) tjekliste anvendt til hhv. tre og et studie. Kvalitetsvurderingerne fremgår af Bilag, 5.

JBIs tjeklister er udviklet på baggrund af omfattende peer-review, og muliggjorde vurderingen af de udvalgte artiklers pålidelighed, relevans og resultater (91). Af JBIs hjemmeside fremgår 13 forskellige tjeklister, der afhænger af studiedesignet (91). Tjeklisten skulle altså udvælges ud fra studierne design, hvorfor tre af studierne blev vurderet med JBIs tjeklisterne til hhv. kohortestudier (92), quasi-eksperimentelle studier (93) samt tværsnitsstudier (94).

Til det fjerde studie blev JMMRs tjekliste *A Checklist of Mixed Methods Elements in a Submission for Advancing the Methodology of Mixed Methods Research* anvendt (95). Det skyldes, at JBI ikke har en tjekliste til mixed-methods studier. JMMR-tjeklisten anvendes oprindeligt til reviews i en vurdering af, hvorvidt studiet indeholder de væsentligste elementer inden den publiceres (95). JMMR-tjeklisten blev vurderet anvendelig til at vurdere, hvorvidt et mixed-methods studie

metodologisk set overholder kriterierne for at kunne blive publiceret. I kraft af at mixed-methods studier kan favne kombinationer af metoder er der elementer, den ikke favner. Specialegruppen var opmærksom på, at fx at confounding ikke favnes i JMMRs tjekliste. Confounding favnes i JBIs tjekliste til kvalitetsvurderinger for kohortestudier og JBIs tjekliste for tværsnitsstudier (92,94), som var studiedesignet i studiet, hvorfor der var fokus på dette. Det samme gjorde sig gældende vedr. rekruttering. I den kritiske vurdering af mixed-methods studiet blev der derfor sideløbende skelet til JBIs tjekliste til hhv. tværsnitsstudier og til kohortestudier (92,94).

JBI anbefaler, at to foretager den kritiske vurdering (92-94), hvorfor begge specialemedlemmer medvirkede hertil, hvor den ene foretog den kritiske vurdering, udfyldte bilag og resultat af kvalitetsvurdering, hvormed den anden efterfølgende gav sit besyv for at sikre enighed om studiernes kvalitet.

6.5 Etiske overvejelser

Grundet kvalitativ forsknings værdiladede sociale praksis og omhandler menneskers erfaringer (96), var det nødvendigt for specialegruppen at gøre sig etiske overvejelser herom. Specialegruppen var forpligtet til at *do no harm* og søge at undgå at skade informanterne (97). Specialgruppen arbejdede med udgangspunkt i *Danish Code of Conduct*, som har til hensigt at forebygge videnskabelig uredelighed samt brud på en ansvarlig forskningspraksis (67), og har værdierne ærlighed, transparens og ansvarlighed (Uddannelses- og Forskningsstyrelsen 2014), hvilket har været stort fokus for specialegruppen.

Moralsk ansvarlighed er forbundet med forskerens moralske integritet, empati og sensitivitet i dennes adfærd (70). Specialegruppen tilstræbte at udvise moralsk ansvarlighed gennem hele forløbet. Idet specialegruppen anvendte sig selv som redskab til indhentning af viden, betyder det, at forskerens integritet er essentiel for at indhente viden (70). Ifølge Kvale, Brinkmann (70) skal forskningsresultater repræsentere forskningsfeltet så nøjagtigt og repræsentativt som muligt (70), hvilket der i specialet er lagt en stor indsats i. Der var ikke en interessekonflikt i forholdet mellem specialegruppen og de kommunale medarbejderne i den danske kommune. Endvidere tilstræbte specialegruppen at efterleve fundamentale principper om; reliabilitet, ærlighed, respekt og ansvarlighed inden for forskningsintegritet (98).

Specialgruppen har kendskab til datatilsynet (99), ift., at personfølsomme data skal behandles og opbevares forsvarlighed (67). I specialet gjorde det sig gældende ved, at korrespondance med informanter blev foretaget via studiemail, hvor der anvendes multifaktor-validering,

samt at materialet blev opbevaret i VeraCrypt, som er en krypteret harddisk. Specialegruppen har haft fortrolighed for øje ift. deltagerne privatliv og hvilken information, der skulle være tilgængelig og for hvem (70). I arbejdet med interviewdata og transskriberingen blev datahåndtering grundigt reflekteret over og diskuteret. Det betød, at indsatserne og informanterne blev sløret, og udtalelser som blev vurderet personhenførbare er blevet undladt. Endvidere blev der allerede i transskriptionen anvendt [] for at sløre og sikre, at der ikke var personhenførbare informationer. Dette var for, at kombinationer af informanter, som dermed kunne være henførbare, ikke var muligt.

Der blev indhentet både mundtligt og skriftligt informeret samtykke. Formålet var at informere informanterne om, hvad formålet med specialet var, hvad deltagelsen ville indebære, at materialet ville blive anonymiseret for ikke at være personhenførbart, samt at deltagelse var frivilligt, hvorfor informanten kunne trække samtykket tilbage, hvis ønsket (67). Det fremgår af afsnit **6.4.2.5 Gennemførelsen af interview**, at informanterne briefet og debriefet, og i Bilag 2, Samtykkeerklæring. Endvidere fremgår informationsbrevet, som blev sendt til de kommunale medarbejdere, af Bilag 2, Informationsbrev.

Idet interviews er en interaktiv proces, kan der opstå interpersonelle samspil, som kan influere forskningen (70). Specialegruppen har tilstræbt en professionel afstand til informanterne under hele specialeprocessen.

6.6 Kvalitetskriterier

Der arbejdedes for skabe et pålideligt (*trustworthy*) speciale, dette med fokus på Kitto, Chesters, Grbichs (64) skabelse af stringens (*rigour*), troværdighed (*credibility*) og relevans (relevance) under udarbejdelsen af specialet (64). Stringens opnås if. Kitto, Chesters, Grbich (64) ved at være transparent iht. specialties udførelse af forskning, ift. at dataindsamlingsmetoderne tydeligt skal være dokumenteret, i kombination med at selve analysen af data er udført på gennemsigtig vis, hvilket specialitet søger at efterleve. I relation hertil skal der være refleksivitet iht. etiske og politiske aspekter ifm. selve udførelsen af forskning, jf. 6.5 Etiske overvejelser. Ydermere fremgår det eksplicit i specialet, at der ikke er tale om interessekonflikter iht. forholdet mellem specialegruppen og medarbejderne i den danske kommune, hvilket er med til at øge transparensen og pålidelighed i specialet. I følge Kitto, Chesters, Grbich (64) sikres troværdighed ved at resultaterne er vel præsenteret og meningsfulde, hvilket er i tråd med specialets fremgangsmåde (64). Slutteligt forholder specialegruppen sig til relevansen, som relaterer sig til, hvor nyttige resultaterne er for den kontekst og det fænomen der undersøges (64).

Forskellige ontologiske og epistemologiske antagelser fører frem til kriterier for hvad der er god forskning(100). Grundet specialets positionering er argumenterne bærende og belægget for gyldigheden til ny viden og nye handlemuligheder i den fænomenologiske-hermeneutiske Ricoeur inspireret forskningstilgang (62)

I henhold til kvalitetsvurderingerne af de inkluderede studier er der taget udgangspunkt i JBIs tjeklister samt JMMR jf. Bilag 5.

7. Resultater

I følgende præsenteres resultaterne jf. 7.1 Resultat af dokumentanalyse og 7.2 Resultater fra interviewundersøgelse. For begge analyser gælder det, at resultaterne gennemgår trin 1 *naiv læsning* og trin 2 *strukturanalyse* fra Pedersen & Dreyers Ricoeur inspireret tretrins analysestrategi. Efter de to parallelle strukturanalyser kondenserer temaerne, således at de temaer der medtages til den kritiske fortolkning, er temaer der har vist sig dominerende på tværs af de to metoder. Analysetrin tre *kritisk fortolkning* foretages på de dominerende temaer repræsenteret både i dokumentanalysen og i interviewundersøgelsen, som samlet set præsenteres i afsnit 7.3 Kritisk fortolkning med inddragelse af *Det Åbne Sundhedsbegreb*.

7.1 Resultat af dokumentanalyse

Resultaterne af dokumentanalysen præsenteres ud fra trinnene: *naiv læsning* og *strukturanalyse*. For at imødekomme anonymisering findes dokumenterne, der refereres til ikke i specialet, men vil blive medbragt til det mundtlige forsvar.

7.1.1 Naiv læsning af kommunale dokumenter

Den naive læsning af de kommunale dokumenter gav en begyndende forståelse af hvordan der i kommunen arbejdes med ændring af borgerens SA. Sundhed ses som mere end fravær af sygdom, kommunalt set, og beskrives som livskvalitet og livsstil. Kommunalt udmeldes det, at forskellige faktorer har betydning for sundheden, og at mental sundhed, SA og kronisk sygdom særligt prioriteres. I den konkrete kommune ses SA som kost, rygning, alkohol og motion som videre påvirker livsstilen, hvilket stemmer overens med indsatsernes fokus, der beror på ændring af livsstil. Det fremgår, at kommunen ønsker at skabe sundhed sammen med borgeren og andre relevante aktører. Der er flere slags indsatser, både individuelle-, gruppe- og familieforløb. Indsatserne beror på, at borgerne enten skal ændre eller fastholde vaner, ikke desto mindre fremgår det ikke konkret, hvilke

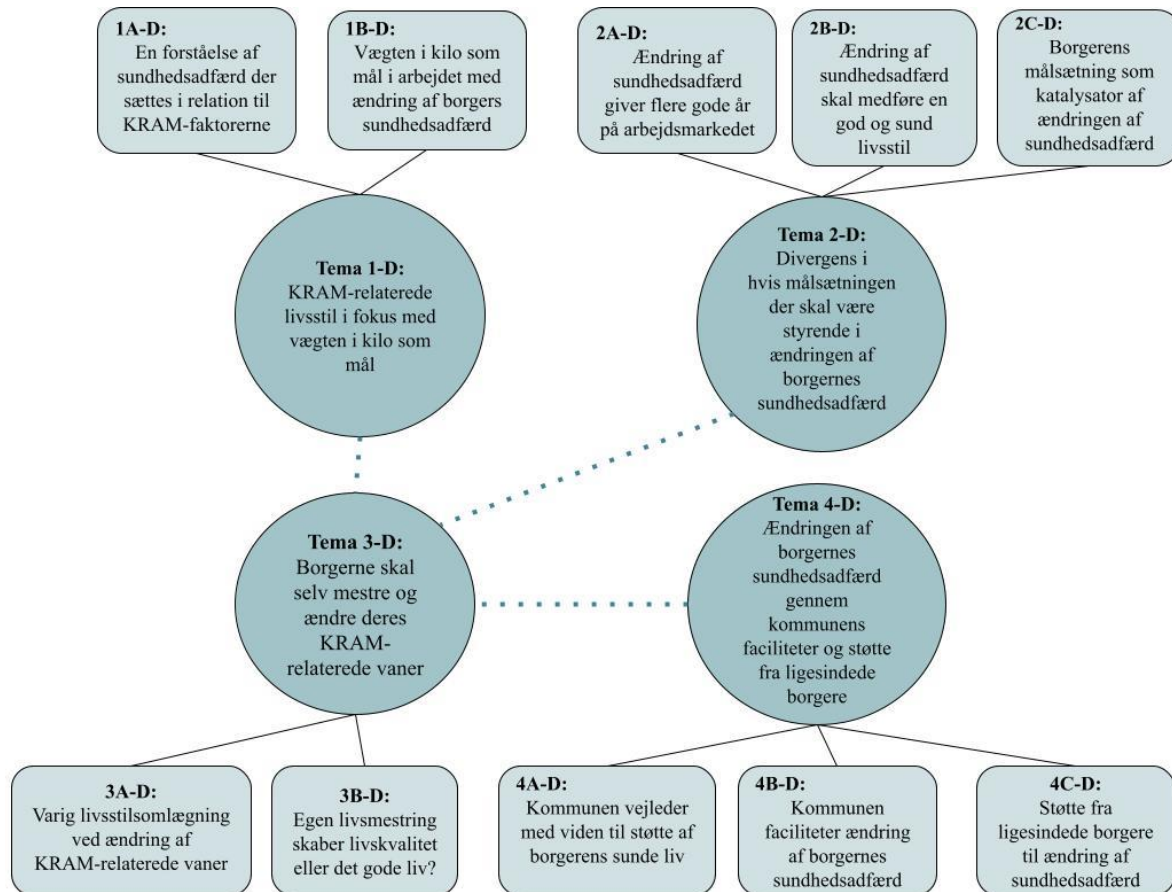
typer af vaner. Flere af indsatserne tager dog udgangspunkt i vanerne, som borgerne selv ønsker at ændre. Imidlertid handler det overvejende om vægttab, en aktiv livsstil eller fysisk aktivitet og kost.

7.1.2 Strukturanalyse af kommunale dokumenter

Strukturanalysens resultater af seks kommunale dokumenter, repræsenteres med et nummer, hvor nummeret refererer til ét centralt tema. D'et betyder, at temaet stammer fra de kommunale dokumenter. De tilhørende subtemaer har et bogstav efter nummeret for at skabe transparens. I resultaterne af strukturanalysens blev der lokaliserede fire centrale temaer.

Fire centrale temaer
1-D <i>Livsstil i fokus med vægten i kilo som mål</i>
2-D <i>Divergens i hvis målsætning der skal være styrende for ændringen af borgernes sundhedsadfærd</i>
3-D <i>Borgerne skal selv mestre og ændre deres KRAM-relaterede vaner</i>
4-D <i>Ændringen af borgernes sundhedsadfærd muliggøres gennem kommunens faciliteter og støtte fra ligesindede borgere.</i>

Temaerne er dominerende på tværs af dokumenterne og indeholder væsentlige aspekter til besvarelse af projektets U1. De centrale temaers sammenhæng forklares i nedenstående afsnit X og illustreres i nedenstående kodetræet, jf. Figur 3: Kodetræ for dokumentanalysen.



Figur 3: Kodetræ for dokumentanalysen. Den stiplede linje illustrerer temaernes sammenhæng.

De centrale temaernes sammenhæng i dokumentanalysen:

1-D og 3-D relaterer sig til hinanden, da sundhedsvaner og SA sættes i relation til kost, motion, aktivitet og vægt, i begge tilfælde. KRAM-faktorerne forstås som livsstil, med fokus på vægt som mål, i 1-D, og der ses et fokus på KRAM-relaterede vaner i 3-D. Yderligere er der relation mellem 3-D og 4-D, hvor omdrejningspunktet er, at borgeren selv skal mestre ændringen af SA, da 3-D omhandler, at borgerne selv skal mestre og ændre deres KRAM-relaterede vaner, mens det i 4-D omhandler, at kommunen stiller faciliteter til rådighed, men ændringen af sundhedsrelaterede vaner er stadigvæk borgerens opgave at mestre. Der fremgår en relation mellem 2-D og 3-D, da begge omhandler, hvorledes målsætningen skal være styrende for indsatsen med at ændre borgerens målsætning, men der ses divergens i, hvis målsætning, der skal være den styrende for indsatsen. Nedenstående præsenteres hvert centrale tema med tilhørende subtemaer. Under hvert centrale tema præsenteres subtemaernes relation til hinanden.

Tema 1-D: KRAM-Relateret livsstil i fokus med vægten i kilo som mål

1-D
1A-D <i>En forståelse af sundhedsadfærd der sættes i relation til KRAM-faktorerne</i>
1B-D <i>Vægten i kilo som mål i arbejdet med ændring af borgers sundhedsadfærd</i>

I 1A-D relaterer livsstil og sundhed sig til KRAM-faktorerne, hvilket har relation til 1B-D da vægten er et fokus, som kommunen arbejder med i ændringen af borgernes SA. I 1B-D er der en divergens i, da det fremgår at fokus skal væk fra vægten hvilket ikke stemmer overens med at borgerne vejes tre gang i forløbet. Vægten i kilo er stadig er omdrejningspunkt i kommunen.

Subtema 1A-D: En forståelse af sundhedsadfærd der sættes i relation til KRAM-faktorer

I dokument 1 defineres SA som en positiv eller negativ adfærd, der influerer på livsstil og sundhed, hvor fokus på SA relaterer sig til KRAM-faktorerne: *“Sundhedsadfærd (positiv eller negativ adfærd, som påvirker livsstil og sundhed med fokus på faktorerne kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet)”* (Dokument 1, linje 7-10). I dokument 1, ses den kommunale forståelse af sundhed som et samlet hele, hvor sundhed både handler om livsstil og livskvalitet: *(...) et samlet hele. (...) Det betyder, at sundhed handler om både livsstil og livskvalitet.”* (Dokument 1, linje 7-11).

Subtema 1B-D: Vægten i kilo som mål i arbejdet med ændring af borgers sundhedsadfærd

I dokument 5 illustreres det, at fokus ikke skal være på vægten, men på det der gøres i arbejdet med ændring af borgerens SA, som illustreret: *“(...) fokusere på det, I gør for at arbejde med vaneændringerne i stedet for vægten.”* (Dokument 5, linje 16-17). I dokument 5 afspejler den kommunale arbejdstilgang at fokus fortsat er på vægten, da det illustreres at borgerne vejes tre gang i forløbet: *“Derfor ligger der, som udgangspunkt kun vejning ved start, midtvejs og slut i jeres forløb.”* (Dokument 5, linje 17-18).

Tema 2-D: Divergens i hvis målsætningen, der skal være styrende i ændringen af borgernes sundhedsadfærd

I 2-D ses en uklarhed omkring, hvis målsætning, der er styrende for ændring af borgerens SA. I dokumenterne udlægges det, at ændringen skal tilpasses borgeren.

2-D

2A-D <i>Ændring af sundhedsadfærd giver flere gode år på arbejdsmarkedet</i>
2B-D <i>Ændring af sundhedsadfærd skal medføre en god og sund livsstil</i>
2C-D <i>Borgerens målsætning som katalysator af ændringen af sundhedsadfærd</i>

De tre subtemaer relaterer sig til hinanden og differentier på samme tid, da hvert subtema omhandler én af de tre mål med ændring af borgerens SA.

Subtema 2A-D: Ændring af sundhedsadfærd giver flere gode år på arbejdsmarkedet

I Dokument 6 kan forebyggelse af livsstilssygdomme og nedslidning være et mål for borgeren, men hvorvidt målet med flere gode år på arbejdsmarkedet er borgerens eget mål eller arbejdspladsens mål fremgår ikke, og illustreres i citatet: “(...) *vejledning om små tilpasninger i din livsstil, som kan være med til at sikre flere gode år på arbejdsmarkedet, forebygge mulige livsstilssygdomme og nedslidning.*” (Dokument 6, linje 7-8). I dokument 6 illustreres det at borgerne skal opnå lavere sygefravær, forebygge nedslidning og arbejdsskader: “*Et lavere sygefravær. Forebygge nedslidning og arbejdsskader. Øget performance og stabil produktivitet. Større medarbejderengagement. Bedre arbejdsmiljø.*” (Dokument 6, linje 22-26). Ovenstående mål synes, at være arbejdsmarkedets mål til gavn for den selv.

Subtema 2B-D: Ændring af sundhedsadfærd skal medføre en god og sund livsstil

I dokument 5 er det kommunale mål, at en god livsstil kan blive til en selvfølge og hverdag, og illustreres i citatet: “(...) *en god sund livsstil kan blive til hverdag og selvfølge i familien.*” (Dokument 5, linje 11). Således har kommunen borgernes livsstil som målsætning. Af dokument 2 illustreres det at målet er at opnå varig livsstilsovlægning ifm. vægttab.: “(...) *til dig, som (...) og som gerne vil støttes i en varig livsstilsovlægning i forbindelse med et vægttab.*” (Dokument 2, linje 1-2). I dokument 3 illustreres det, at kommunen forsøger at bidrage til den varige livsstilsovlægning: “*Vi vil gerne hjælpe dig, så dine ændringer bider sig fast og bliver hverdag.*” (Dokument 3, linje 7). Således ses ændringen at resultere i noget varigt, borgernes hverdag, hvilket understøtter kommunens førnævnte mål.

Subtema 2C-D: Borgerens målsætning som katalysator af ændringen af sundhedsadfærd

I dokument 3 tager ændring af borgerens SA udgangspunkt i målsætning, støtte, erfaringsudveksling og sparring, og illustreres i citatet: “*Målsætning, støtte, erfaringsudveksling, sparring.*” (Dokument 3, linje 11). Borgerens egen målsætning bliver styrende for ændringen af deres SA, hvor borgerens målsætning er fokuseret på vægt. I dokument 4 kan det indikeres ved, at borgerne ønsker

at fortsætte aktiv livsstil efter endt forløb: “(...) deltagerne har et ønske om at fastholde en aktiv livsstil efter endt træningsforløb (...).” (Dokument 4, linje 6-8). Imidlertid fremgår det i dokument 5, at forløbene bliver tilpasset den enkelte, som illustreret i citatet: “Jeres forløb bliver tilrettelagt efter jeres behov og barnets alder.” (Dokument 5, linje 6-7). I dokument 5 er fokus bl.a. på vægttab, det fremgår ikke hvis mål det drejer sig om, men der er i højere grad målsætning inden for kommunens ramme, hvilket også gjorde sig gældende i dokument 3.

Tema 3-D: Borgerne skal selv mestre og ændre deres KRAM-relaterede vaner

3-D
3A-D Varig livsstilsomlægning ved ændring af KRAM-relaterede vaner
3B-D Egen livsmestring skaber livskvalitet eller det gode liv?

I 3A-D er den kommunale udlægning af arbejdet med SA omhandlende en varig livsstilsomlægning som skal ske med en vaneændring af både mad- og motionsvaner. På tværs af dokumenterne i 3B-D fremgår det, at borgeren selv er ansvarlig for ændring af deres SA, hvor borgeren selv skal tage styring over sin adfærdsendring ved at bryde med KRAM-relaterede vaner. Subtemaerne relaterer til hinanden favner at ændringen af borgernes SA er ændring af borgernes KRAM-relaterede vaner.

Subtema 3A-D: Varig livsstilsomlægning ved ændring af KRAM-relaterede vaner

I dokument 2 illustreres det, at kommunen ønsker varige livsstilsomlægning for borgeren gennem vaneændring: “(...) til dig, som er nysgerrig på vanens magt og som gerne vil støttes i en varig livsstilsomlægning i forbindelse med et vægttab.” (Dokument 2, linje 1-2). Af citat tegner der sig et billede af, at vanen har magt over livsstilen og omlægningen af livsstilen, her vægttab. I dokument 2 har vaner betydning for borgerens livsstil, da de skal brydes og tages styring over, som illustreret; “Vil du gerne bryde med dårlige vaner, være mere aktiv i hverdagen og ikke mindst selv tage styringen over din livsstil?” (Dokument 2, linje 4). At bryde med dårlige vaner sidestilles med at være mere fysisk aktiv. I dokument 3 støtter kommunen op om at bryde de dårlige vaner ved at tilbyde hjælp. Ydermere illustreres det, at vanerne har betydning for vægttab og for at kunne fastholde vægten: “Her får du hjælp til at ændre vaner, så du kan gå ned i vægt og fastholde den.” (Dokument 3, linje 6-7). I dokument 3 kan kommunens hjælp til vaneændring bl.a. ske med udgangspunkt i mad- og motionsvaner, hverdagen samt udfordringer og styrker, som illustreret i citatet: “ (...) tager udgangspunkt i dine mad- og motionsvaner, din hverdag, dine udfordringer og styrker.” (Dokument 3, linje 9-10).

Subtema 3B-D: Egen livsmestring skaber livskvalitet eller det gode liv?

I dokument 1 illustreres det, at kommunen tror på at livskvalitet opnås ved, at den enkelte borger oplever at kunne mestre eget liv i kombination med at hverdagen giver mening, hvilket skaber mulighed for et godt liv:

“Vi tror på, at hvis den enkelte borger oplever at kunne mestre sit eget liv og se sammenhæng og mening i hverdagen, giver det en høj livskvalitet og muliggør det gode liv.” (Dokument 1, side 2, Spalte 1, linje 17-20)

På tværs af dokumenterne ses samme pointe med, at borgerne selv skal mestre adfærdsændring. I dokument 3 illustreres det, at borgeren får hjælp til vaneændring, hvor de selv skal ændre vanerne så de taber sig og fastholder vægten: *“Her får du hjælp til at ændre vaner, så du kan gå ned i vægt og fastholde den.”* (Dokument 3, linje 6-7). I dokument 6 fremgår det yderligere, at borgeren selv er ansvarlig for vaneændringen for at gavne deres sundhed og trivsel: *“(…) vejledning om, hvad du kan gøre for at gavne din sundhed og trivsel.”* (Dokument 6, linje 6-7). I dokument 2 illustrere det, at borgeren skal kunne tage styring over sin egen adfærdsændring i form af at bryde med dårlige vaner, være mere aktiv og livsstil: *“Vil du gerne bryde med dårlige vaner, være mere aktiv i hverdagen og ikke mindst selv tage styringen over din livsstil?”* (Dokument 2, linje 4). I dokument 5 illustreres det, at borgeren selv skal opnå adfærdsændringer, med kommunens hjælp: *“I får jeres egen handleplan, som hjælp til at opnå en sund og positiv udvikling for barn og familie.”* (Dokument 5, linje 4-5).

Tema 4-D: Ændringen af borgernes sundhedsadfærd gennem kommunens faciliteter og støtte fra ligesindede borgere

4-D
4A-D Kommunen vejleder med viden til støtte af borgerens sunde liv
4B-D Kommunen stiller faciliteter ændring af borgernes sundhedsadfærd
4C-D Støtte fra ligesindede til ændring af sundhedsadfærd

I 4A-D er det en kommunal opgave at skabe rammer, hvor viden og vejledningen nævnes, som understøtter borgerens mulighed for det sunde valg, som relaterer sig til 4B-D, hvor kommunen tilbyder fysiske faciliteter, der kan muliggøre ændringen og fastholdelse af borgernes SA. I 4C-D forsøger kommunen at sikre borgernes aktive livsstil ved at tilbyde et fællesskab, relationel støtte, med

andre ligesindede borgere. Alle tre subtemaer relaterer til hinanden, da de alle omhandler forskellige måder at støtte borgerne på i ændring af SA.

Subtema 4A-D: Kommunen vejleder med viden til støtte af borgerens sunde liv

I dokument 1 illustreres det, at kommunen påtager sig opgaven med at sikre borgerne de bedste mulige betingelser for at de kan opnå et sundt og godt liv:

"Det er derfor vores opgave at være med til at sikre de bedst mulige betingelser for, at alle har mulighed for at opnå et sundt og godt liv." (Dokument 1 – p. 2, Spalte 1, linje 20-22)

Det indikeres hermed, at ændring af SA'en er et fællesanliggende. Ét af indsatsområder fra kommunens dokument 1 er sunde rammer, hvorfor kommunens opgaver er at skabe rammer, der understøtter borgerens mulighed for det sunde valg: *"Sunde rammer (det sunde valg skal være det lette valg)"* (Dokument 1, p. 2, spalte 1, linje 29-30). I dokument 5 har kommunen en vejledende rolle overfor borgeren i form af at gøre det sunde valg det lette valg. Vejledningen omhandler viden om, hvad der har betydning og hvilke tiltag borgeren selv kan gøre ifm. deres SA: *"Via vejledning får I viden om- og forståelse for (...)"* (Dokument 5, linje 3-4). I dokument 6 fremgår det at den kommunale vejledning søger at gøre det sunde valg det lette valg gennem en tilrettelæggelse ud fra borgernes livsstil: *"(...) får du en status på dit helbred og vejledning om små tilpasninger i din livsstil (...)"* (Dokument 6, linje 7). Det indikeres at kommunen tilpasser deres arbejde med ændring af borgernes SA til den pågældende borger, så det er nemmere at tage det sunde valg.

Subtema 4B-D: Kommunen faciliterer ændring af borgernes sundhedsadfærd

I dokument 2 illustreres det at kommunen støtter borgerens sunde og gode liv, ved at have faciliteter som motionsaktiviteter og motionskort til rådighed for borgerne: *"Forløbet indeholder også introduktion til forskellige motionsaktiviteter og et motionskort, som giver dig fri adgang til motionstilbud i den hal, hvor du er tilmeldt [dokument 2]." (Dokument 2, Linje 7-8).* I dokument 2 handler det om livsstilsomlægning, hvor kommunen forærer borgerne et motionskort med fri adgang og introduktion til motionsaktiviteter. Som det blev udlagt i 3B-D, er det borgerens eget ansvar at lykkes med en livsstilsomlægning, men kommunen sikrer, at det sunde valg bliver det lette valg, som udlagt i 4A, hvilket i dette tilfælde er gennem gratis faciliteter. I dokument 4 er der tale om fysiske faciliteter, i form af et selvtræningskoncept, der stilles til rådighed i lokalforeningen: *"[Dokument 4] er et selvtræningskoncept, som foregår i din lokale forening."* (Dokument 4, linje 6-8).

Subtema 4C-D: Støtte fra ligesindede borgere til ændring af sundhedsadfærd

På tværs af de kommunale dokumenter var støtte fra ligesindede væsentligt, hvor ændring af borgernes SA bl.a. sker ud fra gruppeforløb. I dokument 4 fremgår det, at borgerne kan have et ønske om at træne med ligesindede borgere: *“Og måske et ønske om at træne sammen med andre i lignende livssituation som dig selv?”* (Dokument 4, linje 4-5). Det fremgår, at kommunen forsøger at sikre borgernes aktive livsstil ved at tilbyde et fællesskab med andre borgere. I dokument 3 illustreres det at et vægttab kan være ensomt og at et fællesskab, støtte og motivation gør en forskel: *“Ofte kan det være en ensom rejse at tabe sig på egen hånd, og derfor kan fællesskab, støtte og motivation gøre en stor forskel. Derfor er en del af forløbet i [dokument 3] et gruppeforløb.”* (Dokument 3, linje 18-19). I dokument 3 illustreres det at målsætning, sparring erfaringsudveksling og støtte er en del af kommunens arbejde i: *“Målsætning, støtte, erfaringsudveksling, sparring.”* (Dokument 3, linje 11).

Det fremgik vedr. forståelsen af SA, at det relaterede sig til en livsstilsændring ift. KRAM-relaterede vaner og KRAM-relateret livsstil med fokus på vægt. Således indikerer det en biomedicinsk forståelse af sundhed, og dermed sundhedsadfærd. Endvidere var en del af forståelsen af SA, at det var individet selv, som var ansvarlig for ændringen heraf.

7.2 Resultater fra interviewundersøgelse

Resultatet af interviewundersøgelsen udlægges fra Pedersen og Dreyers tretrins analysestrategi. De to første trin *naiv læsning* og *strukturanalyse* præsenteres særskilt i afsnittene. Det tredje trin, *kritisk fortolkning*, fremgår i 7.3 Kritisk fortolkning med inddragelse af *Det Åbne Sundhedsbegreb*.

7.2.1 Naiv læsning af interviews

Den naive læsning gav en begyndende forståelse af de kommunale medarbejders perspektiv på deres forståelse og arbejde med ændring af borgernes SA. Ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv, er den kommunale sundhedsforståelse funderet i, at borgerne skal oplyses og måles for at se, om de opnår forbedringer med deres SA. Ud fra medarbejderens perspektiv, tages der dog afstand herfra, da de kommunale medarbejdere nærmere fornemmer en manglende kropskontakt og fornemmelse for sig selv som borger, fremfor mangel på viden. Der fremgår stor interesse fra de kommunale medarbejdere for en anderledes tilgang, da de ikke oplever, at den nuværende tilgang med oplysning og måling i vægt har den ønskede effekt. I stedet er der ønske om en anderledes og bredere tilgang til ændring af borgerens SA. Anderledes fra det fra de kommunale medarbejdere beskriver som SA i en klassisk forstand, der sættes i relation til KRAM-faktorerne. Det fremgår i

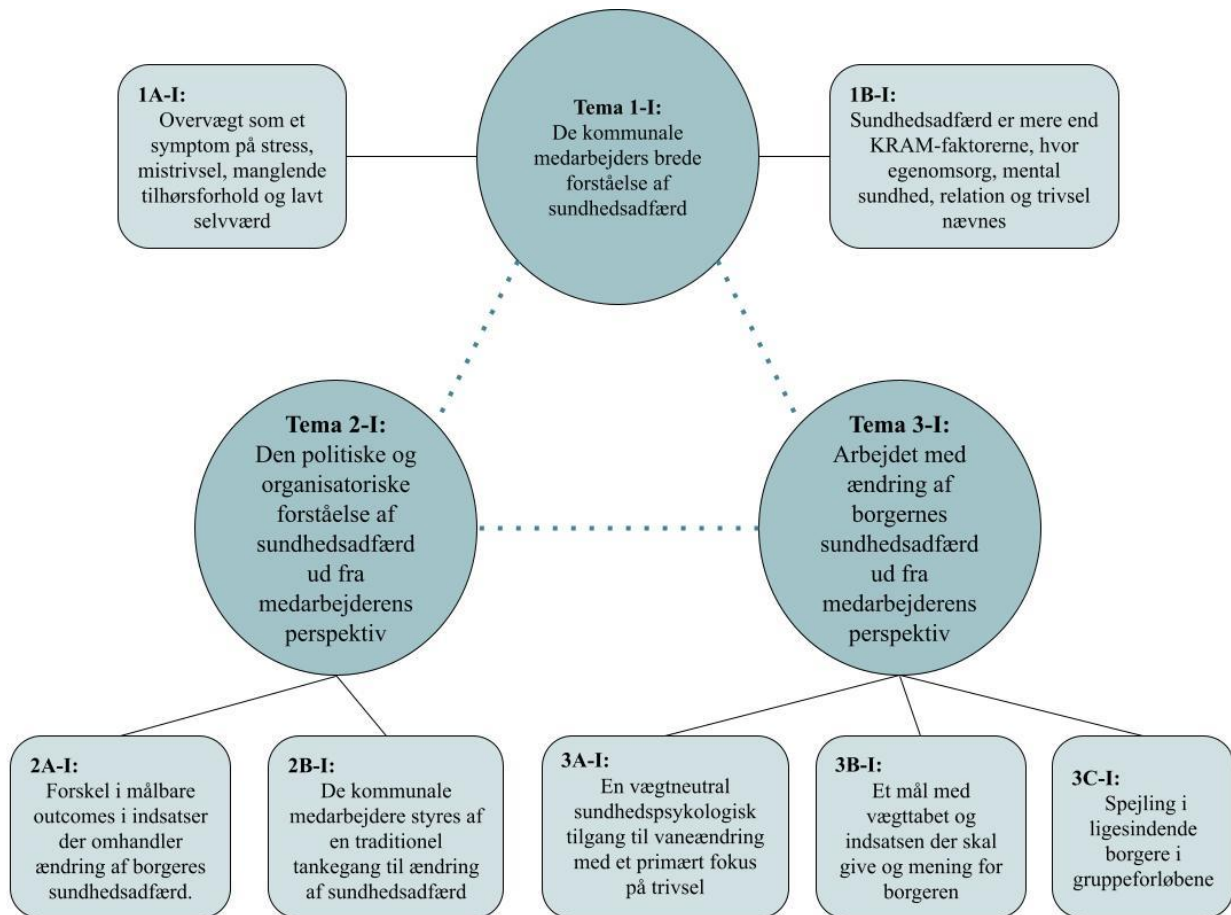
teksterne, at der er fokus på en vægtneutral tilgang, hvilket betyder, at fokus skal væk fra vægten i ændringen af borgernes SA samt at borgeren kan have det godt uanset størrelse. Endvidere fremgår en efterspørgslen for at succesen kan måles subjektiv og kvalitativt, da medarbejderne opfatter sundhed som mere end kost, motion og tal på vægten, hvor også trivsel, noget socialt, relationer og netværk nævnes. Det fremgår ud fra de kommunale medarbejders perspektiv at borgere benytter mad som en måde at håndtere følelser på, hvorfor de kommunale medarbejdere arbejder sundhedspsykologisk, således at borgeren kan lære at håndtere deres følelser.

7.2.2 Strukturanalyse af interviews

Strukturanalysens resultater af de tre semistrukturerede online interviews med de kommunale medarbejdere, repræsenteres med et nummer, hvor nummeret refererer til ét centralt tema. I'et betyder, at temaet stammer fra interviewundersøgelsen. De tilhørende subtemaer har et bogstav efter nummeret for at skabe transparens. I resultaterne af strukturanalysens blev der lokaliserede 3 centrale temaer, på baggrund af de kommunale medarbejders oplevelser.

Tre centrale temaer-I
1-I <i>De kommunale medarbejders brede forståelse af sundhedsadfærd</i>
2-I <i>Den politiske og kommunale forståelse af sundhedsadfærd ud fra medarbejderens perspektiv</i>
3-I <i>Arbejdet med sundhedsadfærd ud fra medarbejderens perspektiv</i>

Hvert tema har subtemaer og fremgår af kodetræet i Figur 4: Kodetræ interviewundersøgelsen. Den stiplede linje illustrerer temaernes sammenhæng. Temaerne er dominerende på tværs af interviewene og indeholder væsentlige aspekter til besvarelse af projektets U2.



Figur 4: Kodetræ interviewundersøgelsen. Den stiplede linje illustrerer temaernes sammenhæng.

De centrale temaernes sammenhæng i interviewundersøgelsen:

I 3-I fremgår de kommunale medarbejderes oplevelse af deres arbejde med ændringen af borgernes SA. Der er tale om en vægtneutral sundhedspsykologisk tilgang til vaneændring med et primært fokus på trivsel i kombination med, at vægttab og indsatsen skal give og mening for borgeren. I 1-I er der tale om en bred forståelse af borgerens SA, hvor overvægt ses som et symptom på stress, mistrivsel, manglende tilhørsforhold og lavt selvværd. 3-I har sammenhæng med 1-I, da de kommunale medarbejderes forståelse af borgernes SA i begge temaer er mere end KRAM-faktorer og hvor mental sundhed, egenomsorg, relationer og trivsel er i fokus. 3-I afspejler de kommunale medarbejderes oplevelse af deres arbejde som er i overensstemmelse med de kommunale medarbejderes forståelse af SA i 1-I. Disse to temaer modsætter sig 2-I, da de kommunale medarbejderes perspektiv på den politiske og organisatoriske forståelse af SA er en klassiske forståelse med fokus på borgerens vægt, som de kommunale medarbejdere forventes at arbejde ud fra. Der er tale om en tilgang der lægger op til at ændre borgers vaner der fastholder eller øger borgernes vægt. 1-I og 2-I modstrider hinanden, da der er tale om to forskellige forståelser for ændring af borgernes SA.

Nedenstående præsenteres hvert centrale tema med de tilsvarende subtemaer. Relationerne mellem de enkelte centrale temaerne og subtemaerne fremgår i afsnittene.

Tema 1-I: De kommunale medarbejders brede forståelse af sundhedsadfærd

1-I omhandler, de kommunale medarbejders forståelse af SA, som er bredere end overvægt og ses som fravær af stress og mistrivsel med en tilstedeværelse af selvværd med fokus på egenomsorg, mental sundhed, relationer og trivsel. Temaet indeholder to subtemaer.

1-I
1A-I <i>Overvægt som et symptom på stress, mistrivsel, manglende tilhørsforhold og lavt selvværd</i>
1B-I <i>De kommunale medarbejders forståelse af sundhedsadfærd handler om mere end KRAM-faktorerne, hvor egenomsorg, mental sundhed, relation og trivsel nævnes</i>

De kommunale medarbejdere anser overvægt som et symptom på noget bagvedliggende, hvorfor der ses en sammenhæng mellem de to centrale temaer. Dette da de kommunale medarbejders forståelse af SA omhandler mere end KRAM-faktorerne, hvor egenomsorg, mental sundhed, relation og trivsel nævnes.

Subtema 1A-I: Overvægt som et symptom på stress, mistrivsel, manglende tilhørsforhold og lavt selvværd

Kommunens medarbejdere ønsker ikke fokus på vægttab i deres arbejde med at ændre borgernes SA, men i stedet at have fokus på det, der sker inde i borgerne. Ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv ses overvægt som et symptom på, at borgeren er forstyrret af stress, mistrivsel, lavt selvværd eller et manglende tilhørsforhold i deres hverdagsliv:

“(...) hvad er det egentlig der sker inde i den her borger, fordi tit og ofte så har de grebet fat om ønske af vægttab. Ja de er overvægtige, men der er så meget der forstyrrer den her borger i deres hverdag i deres liv, og det de bare ser, det er egentlig symptomet overvægt, men det er stress, det er mistrivsel, det er, jeg hører ikke til nogle steder øh det er noget ekstremt lavt selvværd.” (X3)

Det indikerer derfor, at overvægt er sekundært ift. vægttab. Når en borger har et ønske om vægttab, arbejder de kommunale medarbejdere med det bagvedliggende som forstyrrer, såsom stress, mistrivsel og lavt selvværd. Medarbejdere tager afstand fra det klassiske fokus på borgerens vægt i deres

arbejde med borgernes SA. De kommunale medarbejderne mener ikke, at der skal præsteres med en tynd kop for at være sund, hvilket betegnes som vægtneutral sundhed:

“(...) vi vil gerne arbejde med vægtneutral sundhed og man kan godt være sund og aktiv og spise sundt selvom faktisk er stor, man behøver ikke præstere med en tynd krop, for at vise at man er sund (...).” (X1)

Ved vægtneutral sundhed har kropsstørrelsen ikke har betydning for, hvorvidt borgeren er sund eller ej. Citatet viser dog også, at en vægtneutral forståelse sættes ift. kost og motion. Den ovenstående forståelse for medarbejdernes tilgang til ændring af borgernes SA illustreres yderligere, da de kommunale medarbejdere ønsker at have fokus på borgerens levemåde, fremfor overvægt:

“(...) det er jo heller ikke overvægten i sig selv, men det er igen også måden vi lever på, mange kan sagtens leve uden at få livsstilssygdomme, uden at det er hæmmende for deres liv, hvis de har, hvis de, man kan jo godt leve sundt, men have en overvægt, (...)” (X2)

Subtema 1B-I: Sundhedsadfærd er mere end KRAM-faktorerne, hvor egenomsorg, mental sundhed, relation og trivsel nævnes

Ud fra medarbejderens perspektiv fremgår det, at de kommunale medarbejders og det politiske niveaus generelle forståelse af SA er, at sundhed er kropslig sundhed og mental sundhed og trivsel, hvilket ses ved: *“Så den generelle forståelse det er jo egentlig kropslig sundhed, og så kommer der sådan lidt mere af det her med mental sundhed og trivsel.” (X3).*

Ifølge de kommunale medarbejders forståelse, dækker SA over de klassiske KRAM-faktorer i kombination med, hvordan den enkelte borger behandler sig selv ift. søvn, aktivitetsniveau, kost, egenomsorg, hvilket illustreres i citatet:

“(...) i klassisk forstand, så vil jeg sådan tænke, at sundhedsadfærd, altså så handler det om (...)hvorfor behandler jeg mig selv (...) hvad spiser jeg, sådan rent ernæringsmæssigt. Øh det er også øhm, prioriterer jeg min søvn, øh min egen omsorg, øh dyrker jeg./Er jeg aktiv, øh eller inaktiv, og øh ja det er jo rygning og alkohol og ja, altså KRAM-faktorerne som sådan er de klassiske ting i forhold til sundh./sundhedsadfærd.” (X2)

Således rummer SA flere elementer. Det illustreres, at borgerne har en tilbøjelighed til at overse egne behov:

“PI: Lidt i relation til dét der med hvor du sådan sætter lidt ord på hvordan sundhed skal forstås, at de overser egne behov, hvad kunne det være for nogle behov de ikke får set eller lyttet efter.?” (PI)

“Den klassiske det er søvn. De kommer for sent i seng, de står for tidlig op og de er dødtrætte, så drikker de en masse kaffe eller cola eller spiser en helt masse for ligesom at få energi, til det de nu skal..” (X3)

De kommunale medarbejdere sætter således KRAM-faktorerne ift., at borgeren overser egne behov. Forståelsen af SA, ud fra de kommunale medarbejders perspektiv, sættes også ift. relationer, hvilket illustreres i citatet:

“Altså særligt også det der med, at det er øh ja noget, at det også handler om relationer, og at vi i vores sundhed også, at er altså meget mere end, hvad vi spiser og hvor meget motion vi dyrker.” (X2)

Det fremgår af de kommunale medarbejders perspektiv, at der har været fokus på en større sundhed uden at vægten er i fokus, hvilket illustreres i citatet:

“(...) men her på det seneste år, der har det været rigtig meget i hvordan vi får sundere vaner og hvordan vi kan gøre det bare lidt bedre end vi gør nu, for at have en større sundhed, uden at have så meget fokus på vægt.” (X1)

Derudover mener kommunens medarbejdere, at der er forarbejde forinden arbejdet med borgernes vaneændring: (...)hvor vi arbejder med overvægt, hvor vi sådan kan komme og har lidt forarbejde inden vi griber helt fat i selve vaneændringen. “ (X1). Eksempelvis fremgår det, at mad anvendes til håndtering af følelser, tanker, træthed og frustrationer: “(...) fordi vi spiser på vores følelser, og vores træthed og vores tanker og frustrationer, øh eller også lader vi være med at spise på dem, og det er jo lige så galt.” (X3). Forarbejdet inden vaneændringen kan eksempelvis være håndtering af følelser. Det er de kommunale medarbejders forståelse, at med livskvalitet følger overskuddet og lysten til at leve sundt, hvilket ses i citatet: “(...) jeg tror da hvis man har en højere livskvalitet, så tror jeg også man har mere lyst til at leve sundt fordi det også ofte vil give et overskud (...)” (X2).

Tema 2-I: Den politiske og organisatoriske forståelse af sundhedsadfærd ud fra medarbejdernes perspektiv

Ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv divergerer den politiske og organisatoriske forståelse af SA fra de kommunale medarbejders forståelse i 2-I. Dette ift. hvilke outcomes der kan måles på i indsatser rettet om ændring af borgeres SA. Temaet indeholder to subtemaer.

2-I
2A-I <i>Forskel i målbare outcomes i indsatser der omhandler ændring af borgeres sundhedsadfærd</i>
2B-I <i>De kommunale medarbejdere styres af en traditionel tankegang til ændring af sundhedsadfærd</i>

I og med at de kommunale medarbejdere er styret af en traditionel tankegang afspejler det sig i den kommunale måde at måle outcomes med deres indsatser på, hvorfor der ses en relation mellem de to subtemaer.

Subtema 2A-I: Forskel i målbare outcomes i indsatser der omhandler ændring af borgeres sundhedsadfærd

Der ses en divergens mellem de kommunale medarbejderes egen forståelse og den overordnet kommunale og politiske forståelse ud fra medarbejderens perspektiv. Der er forskellige forståelser af, hvilke outcomes der kan måles på i indsatser rettet om ændring af borgeres SA. Ud fra medarbejderens perspektiv, vil de gerne rapportere mere bløde og kvalitative værdier. Dette skyldes, at de oplever at borgerne forbedrer deres søvn kvantitet, bliver mere aktive og bare har det godt. Det organisatoriske og politiske niveau ønsker en kvantitativ afrapportering i vægt og et dertilhørende BMI. Dette illustreres i følgende citat:

“Det, har stor betydning i forhold til, når vi skal afrapportere(...). Fordi de har den her forforståelse med et [tilbud], så går BMI'et ned, så går vægten ned, og det, er det. Og når vi så melder tilbage, personen har det rigtig godt, de er begyndt at gå, øh 30 minutter eller motionere 30 minutter om dagen. De sover 9 timer hver nat, eller hvad søren vi nu kan finde på. Og så er BMI'et gået tre BMI-point op.” (X3)

Det fremgår ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv, at selvom at borgernes BMI er steget, så falder deres fedtprocent. Det medarbejderne ønsker at rapporterer, er hvordan borgerne egentlig det, og illustreres i citatet:

“(...) så kan man jo godt se fedtprocenten, den faktisk er faldet. Det kan godt være, at BMI'et er steget, men det er jo fordi muskelmassen er steget, væskemængden er steget. Men når man kun kigger på BMI og ren vægt, så kan man ikke se det her.

Og vi vil gerne rapportere, hvordan folk har det i stedet for. Øh de her bløde værdier, men de er sørme svære og lave (...) kvantitative.” (X3)

De kommunale medarbejdere har en lyst til at gøre noget andet, da de oplever, at den kommunale tilgang, der arbejdes ud fra, ikke har den ønskede effekt, og at de ikke står alene med den oplevelse, hvilket illustreres i følgende citatet:

“(...) jeg oplever at der er rigtig mange der har lyst til at vi skal gøre noget andet end det vi har gjort. Så det, og den lyst den kommer jo af at en oplevelse af at det ikke virker, i længden.” (X2).

Ud fra de kommunale medarbejders perspektiv, er det problematiske at BMI’et er afgørende for hvorvidt indsatser måles som succesrig, da vægttabet ofte er en langvarig proces som typisk vil forekomme som et sekundært outcome, som det fremgår i citatet:

“(…), vi ser bare typisk det, også hvor vægten er stabil, at der sker så mange ændringer inde i kroppen, men vægten er stabil. Fordi det tager pokkers lang tid og stabilisere alt det her (...) det jo først tit, når vi slipper dem. At det er der, vægten begynder at gå nedad. Fordi alt det andet er der styr på, men så kan vi ikke dokumentere det, altså med BMI og vægttab.” (X3).

Ved kun at måle på BMI og vægt som outcome, så overses andre positive forandringer og forbedringer borgeren har fået med fra indsatsen, og understøttes i følgende citat:

“Så, jeg tror kun det er et spørgsmål om tid, så får vi lov til at gøre det og dokumentere de kvalitative data frem for de kvantitative, og det skal være vægttab, men at det egentlig køre mere på det her med trivsel og velvære, så skal vægttabet nok komme”. (X3)

Det illustreres ud fra de kommunale medarbejders perspektiv at BMI ikke kan sættes lige med sundhed og mistrivsel, da man som borgere ikke behøver at placere sig inden for et normalt BMI-område for at være sund og være i trivsel: *“(…) altså man kan jo godt have et øh et barn, der er sundt og i trivsel, men som ligger uden for normalområdet i BMI. Og det kan man jo også, det samme kan man jo som voksen.”(X2).*

Ud fra de kommunale medarbejders perspektiv, ses der udfordringer forbundet med hvilke outcome der kan måles på, som er anderledes fra BMI og borgernes vægt i kilo. Der er en efterspørgsel

efter noget der favner bredere end BMI og borgeres vægt i kilo. De oplever at det er nemmest at måle på kost og motion:

“Så kan vi sige hvordan kan vi få arbejde med andre ting end kost og motion ind i det her. (...) det bliver vi nok ved med at have i mange år, fordi at det er som om det er blevet det nemmeste at måle på (...)”(X1).

Ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv vil de gerne måle på hvor meget borgeren sover, deres almen trivsel, parametre der fortæller hvordan de enkelte borgere rent faktisk har det: *“Øh, og det vi gerne vil måle på, det er jo søvn, det er almen oplevet trivsel, altså hvor hvordan har du det, er du glad” (X3).*

Grundet politisk krav om kvantitativ dokumentation er de kommunale medarbejdere begyndt at gøre brug af borgeres fedtprocent som mål for outcome, da det typiske er på denne parameter, der først viser sig som en biologisk målbar ændring hos borgeren, på trods af at de kommunale medarbejdere gerne vil have en anden tilgang hertil, hvilket fremgår i følgende citat:

“Vi er så begyndt at tage fedtprocent med ind i, i vores, ja vores dokumentation, fordi der kan man faktisk se noget. Fordi selvom vægten er stabil, så kan vi faktisk se, de fleste har mindsket deres fedtprocent. Men det er bare det, vi gerne vil væk fra. Det er ikke det der er vigtigt. Det er alt det andet” (X3).

Det fremgår at de kommunale medarbejdere gerne vil måle på andet end BMI og fedtprocent, når de ser ud over politiske krav de skal leve op til: *“Men den vil vi jo også gerne væk fra. Det er simpelt-hen fordi at der er krav om, på nuværende tidspunkt, at vi skal vise et eller andet kvantitativt” (X3).*

Subtema 2B-I: De kommunale medarbejdere styres af en traditionel tankegang til ændring af sundhedsadfærd

Ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv så skal de leve op til nogle traditionelle tankegange, hvilket illustreres i citatet: *“(...) , fordi der skal man leve op til nogle traditionelle tankegange (...)” (X1).* Den traditionelle tankegang fremhæves, ud fra medarbejdernes perspektiv, som at borgerne skal oplyses og måles. Samtidigt fremgår der en forståelse hvor overvægt sættes lige med risiko for livsstilssygdomme:

“(...) jeg tænker sådan den kommunale opfattelse stadigvæk bærer præg af, altså, at det er meget fysisk (...) så er der en risiko for livsstilssygdomme og vi skal ja, oplyse, måle, altså jeg tænker stadigvæk at det sådan er den dominerende. Men, altså både for mit eget vedkommende men også (...) andre der arbejder med, med

tilsvarende målgrupper, så oplever jeg, at der er en kæmpe stor interesse for at vi skal gøre noget andet.” (X2).

Ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv forventes de at arbejde ud fra, en tilgang der lægger op til at alle de vaner en borger måtte have der fastholder eller øger borgernes vægt skal ændres: *“(…), det der så er lagt op til, det er jo at ændre alle de vaner, som fastholder eller øger borgerens vægt.” (X3).* De kommunale medarbejdere har muligt for at opnå indflydelse hos beslutningstagere, på deres klassiske tankegang til at ændre borgernes SA. Denne mulighed opstår i kraft af arbejdet, hvor de har mulighed for at kommunikerer deres praktiske og faglige erfaringer ift. hvordan arbejdet kan gøres på anden vis:

“(…) vi er med til at puffe den tankegang med hvad kommunen tænker, så der ligger også noget [arbejde] i at få fortalt, hvordan man (...) fagligt synes vi skal arbejde med, og den skulle gerne sprede lidt til beslutningstagere på alle niveauer.” (X1).

Det fremgår at beslutningstagere også præger arbejdet:

“(…) nogle beslutningstagere kan jo være med til at præge hvordan, altså de bestemmer jo en del også, man er jo politisk styret (...)” (X1).

Ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv opleves det, at kommunen er åben for hvordan de kommunale medarbejdere fagligt ser arbejdet med ændring af borgerens SA, men det er hårdt arbejde:

“der synes jeg at der i [kommunen] har været en åbenhed til at arbejde med det, men stadigvæk er det hårdt arbejde og det kræver rigtig meget.” (X1).

Grunden til at der er et stort arbejde i at skabe indflydelse, er at der er mange forskellige organisatoriske niveauer der skal kommunikeres med og opnå forståelse for de kommunale medarbejderes budskaber:

“(…) jeg synes også at der er meget arbejde i det for det er [politiske og organisatoriske niveauer] og det er hele vejen op (...) (...) de skal forstå det, (...)” (X1).

Tema 3-I: Arbejdet med ændring af borgernes sundhedsadfærd ud fra medarbejderens perspektiv

3-I omhandler, hvordan de kommunale medarbejdere, ud fra deres eget perspektiv, forstår deres arbejde med ændringen af borgernes SA. Temaet indeholder tre subtemaer.

3-I
3A-I <i>En vægtneutral sundhedsspsykologisk tilgang til vaneændring med et primært fokus på trivsel</i>
3B-I <i>Et mål med vægttabet og indsatsen der skal give og mening for borgeren</i>
3C-I <i>Spejling i ligesindede borgere i gruppeforløbene</i>

Temaerne har sammenhæng da de kommunale medarbejdere ud fra eget perspektiv, har en vægtneutral tilgang til ændringen af borgernes SA, som er anderledes fra den klassiske tilgang. Den klassiske tilgang blev beskrevet i 1B-I, hvor det primært omhandlede KRAM-faktorer, men også søvn og egenomsorg. Den vægtneutrale tilgang omhandler bl.a. mindre fokus på borgernes vægt, men større fokus på en vægtneutral sundhedsspsykologisk tilgang, arbejdet med borgerens mål for indsatsen og mening i livet, samt hvordan gruppeforløb kan have en positiv effekt for borgerne.

Subtema 3A-I: En vægtneutral sundhedsspsykologisk tilgang til vaneændring med et primært fokus på trivsel

Ud fra de kommunale medarbejdere udlægning, har fokus det seneste år været på ændring af borgernes SA. Et fokus, der handler om mere end mad og motion, hvori der er en afstandtagen fra at arbejde med kostplaner: *“Æhhh, de seneste år, der har det hvert fald været sådan fokus, at det er meget mere end mad og motion det handler om, æhh, vi har aldrig sådan arbejdet med kostplaner (...) (X1).* De kommunale medarbejdere oplever, at borgeren ikke forstår, hvorfor de ikke får udleveret en kostplan: *“(...) fordi det med, hvorfor kan jeg ikke bare få sådan en kostplan, det der bliver efterspurgt af borgere (...)”(X1).* De kommunale medarbejdere mener, at det fremgår i dialogen med borgeren, at den vægtneutrale tilgang er befriende for borgerne, som det illustreres i citatet:

“Så allerede der skabes dialogen øh med den her anderledes måde. Og de synes, det er ganske befriende. Altså de kommer med den der forventning om, at det er det traditionelle [tilbud].” (X3).

De kommunale medarbejdere tager afstand fra, at fokus skal være på borgerens vægt og ønsker derfor en vægtneutral tilgang til sundhed: *“Vi vil gerne have at det skal hedde vægtneutral sundhed, for eksempel. Det er det nye vi arbejder med og synes det giver rigtig god mening.” (X1).* Når de kommunale medarbejdere omtaler vægtneutral sundhed, mener de ikke, at vægten ikke har betydning, men nærmere borgerens tilgang til sundhed skal være accepterende fremfor en straffende:

“(...) vi siger ikke at vægt ikke betyder noget, men kan man arbejde med at være, en accepterende tilgang også så sundhed, fremfor en straffende tilgang, fordi det harmonerer ikke (...)” (X1).

Derudover mener de kommunale medarbejder også at folk skal overbevises om, at man kan have det godt, uanset størrelse: *”(...) men altså, at overbevise folk om at man kan godt få det bedre, man kan godt have det godt og være sund i forskellige størrelser (...)” (X2).*

Kommunens medarbejdere vil gerne tilgå arbejdet med at ændre borgernes SA med et primært fokus på hvordan borgerens trives, hvor kost og motion udgør et sekundært fokus, som det fremgår i citatet:

“(...) vi går egentlig meget mere ind i, hvordan du har det, hvordan du trives og så bliver det et meget langsomt vægttab, fordi vi netop kigger på søvn og trivsel og så videre, før vi egentlig kigger på kost og motion. ” (X3)

Medarbejderne arbejder med søvn og mistrivsel, før de arbejder med de kostmæssige- og motionsmæssige vaner, som illustreres i citatet:

“Og i bund og grund er det dét vi arbejder med, og så bliver det her med de sunde øh kostmæssige, motionsmæssige vaner, det kommer til, når de ligesom har fået styr på søvn og mistrivsel og ja alt det andet som går ind og misfarver øh billedet.” (X3)

Den vægtneutrale tilgang til ændring af borgernes SA, tegner sig derfor som en sundhedspsykologisk tilgang, da meget omkring indsætterne omhandler at håndtere, hvordan borgeren har det:

“Ja, så derfor synes jeg også at sundhedsadfærd mange gange kommer til at trække over i noget sundhedspsykologi, altså sådan hvordan har jeg det mentalt og hvordan kan jeg håndtere det.” (X2)

De kommunale medarbejdere benytter en sundhedspsykologisk tilgang, til at hjælpe borgeren med at lære dem, hvordan de kan håndtere deres følelser: *“Fordi mad er blevet en måde at håndtere følelser på for rigtig mange mennesker” (X2).* Det opleves, ud fra medarbejdernes perspektiv, at borgeren er mest motiveret for at ændre på vaner, hvis de selv er med til at udpege hvor de føler sig udfordret. De vaner sættes ift. kostvaner, som illustreret i citatet:

“Det er altid første ønske, at de selv kommer frem. At de selv udpeger hvor de føler sig udfordret, det kan godt være der er mange steder jeg kan se at de føler sig

udfordret, men hvor er det de føler sig udfordret lige nu. Det er jo der de er mest motiveret for at tage fat.” (X3)

Ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv illustreres det at, medarbejderne arbejder på at indtænke borgerens handlekompetencer og deres sundhedskompetencer når de skal træffe kostmæssige valg: *“Så vi prøver at få deres handlekompetence og sundhedskompetence ind i det her så de selv træffer nogle valg”(X1).*

Ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv, ses der en sammenhæng mellem ikke at blive rummet følelsesmæssigt som barn og spisning på følelserne som voksen. Hvilket gør at de kommunale medarbejdere har fokus på borgerens mentale trivsel, samt deres håndtering af følelser, som illustreret i citat:

“(...) jamen hvordan er de vokset op med det her med følelser, fordi de jo lige præcis mange gange er nogle, som spiser på følelser (...). Så hvis man var sur og vred, så skulle man gå væk og så skulle der lukkes ned (...) der er en rigtig tydelig sammenhæng med, sådan noget følelsesregulering (...). (X2)

Det fremgår af de kommunale medarbejderes arbejde med ændring af borgernes SA, at de har en tilgang hvor de forsøger at arbejde med borgerens indre mekanisme ift. hvad de egentligt har brug for, som det fremgår i citatet:

“(...) altså arbejde med din indre mekanisme, og arbejde med det du egentligt har brug for, hvad sker der med dig, hvad er det for en følelse, hvad er det for nogle situationer du kan havne i, hvis du lige præcis skal undvære...” (X1)

Ud fra de kommunale medarbejderes perspektiv fremgår det at de forsøger, at give borgeren en måde de selv kan arbejde med småspisning på, en kompetence, hvor borgerne kan undlade at lade mad stå fremme på bordet og ved at have sunde alternativer, som illustreret i citatet:

“Nej, vi siger til dem at en måde de kan komme, eller arbejde med det her småspisning på det kunne være og fjerne det her mad på bordet, det kunne også være at udskifte slik skålen med en frugtskål, altså igen, det kommer an på hvor deres problemstilling er.” (X3)

Subtema 3B-I: Et mål med vægttabet og indsatsen der skal give og mening for borgeren

De kommunale medarbejdere sætter fokus på, at borgerens ønske om vægttab eller en bestemt kropsstørrelse ikke nødvendigvis kommer fra borgeren selv, hvilket illustreres i citatet:

“(...) hvordan man skal se ud, hvor kommer det fra. Er det fra en selv eller er det fra samfundet, og hvad betyder det bare at tabe for at tabe og er det lige meget hvilken vej man går” (X1)

Når de kommunale medarbejdere spørger ind til, hvorfor borgerne ønsker at tabe sig, fremgår det, at borgerne påvirkes af samfundet og dets omgivelser i form af medierne, hvor der er en forventning om slankhed og sygdom: *“Og når jeg så spørger, hvorfor de skal tabe sig, jamen det skal man jo, man skal jo være slank, det hører vi i medierne. Jeg bliver jo syg” (X3)*. De kommunale medarbejdere har således fokus på, at samfundet og medierne påvirker borgerens ønske om at ændre SA og tabe sig. I stedet bestræber medarbejderne sig på, at målet for indsatsen skal være meningsfuldt for borgeren: *“(...) jeg vil jo gerne have at de vil ændre på noget sundhedsadfærd når de kommer i et forløb, men jeg vil rigtig gerne have at de ønsker det af andre årsager end vægttab (...).” (X2)*. Ud fra medarbejdernes perspektiv skal borgerne sommetider hjælpes til at få en indsigt i, at man godt kan gøre ting af andre årsager, som eksempelvis at spise mere varieret og grønt, fremfor at dette skyldes et ønske om vægttab. Dog vil de kommunale medarbejdere hjælpe borgeren til at indse, at årsagen blot kan være, at det er noget, borgeren nyder eller synes er dejligt, hvilket illustreres i citatet:

“(...) Og det skal de nogen gange hjælpes til at få den der indsigt i at man også godt kan gøre ting af andre årsager og man kan også godt vælge at spise mere grønt og mere varieret af andre årsager end og opnå et vægttab.” (X2)

Ud fra de kommunale medarbejders perspektiv, vil en bredere tilgang til sundhed være fordelagtig, hvor borgeren primært opnår indsigt i og arbejder med, hvilke aktiviteter, der er meningsfulde for dennes liv, hvorfor vægttab og sundhed skal være det sekundære:

“(...) og kigge på hvordan kan man komme i gang med de aktiviteter der giver en mening i livet, og så arbejde med vægttab og sundhed som det sekundære, så en størrelse ikke kommer i vejen for hvad man føler man skal, kan udrette i livet, i dagligdagen.” (X1)

Ud fra de kommunale medarbejders perspektiv, hjælper de borgerne til at klarlægge et mål med deres vægttabet, et mål der skal give mening for dem, hvor målet med ændring af SA omhandler at kunne opnå meningsfulde aktiviteter. Et eksempel på en aktivitet som et mål giver én borger en større mening, ud fra de kommunale medarbejders perspektiv, er en ældre person der gerne ville

kunne lege sammen med sit barnebarn nede på gulvet, hvilket overvægten sætter en hindring for, da personen ikke kan komme op fra gulvet igen og illustreres i citatet:

“(...) ældre person, som rigtig gerne vil kunne lege med deres børnebørn, de vil gerne ned på gulvet og sidde, men de tør ikke sætte sig ned på gulvet, fordi så kan de ikke komme op igen. Øh så så det kan være sådan helt håndgribelige ting, at det er derfor jeg gerne vil tabe mig nu.” (X3)

De kommunale medarbejdere har ud fra deres eget perspektiv erfaret at, de borgere der kommer på baggrund af lægens anvisning, hurtigt falder fra indsatsen. De kommunale medarbejdere oplever, at hvis ikke vægttabet kommer indefra og er af borgerens eget ønske, så lykkedes det ikke, som det fremgår i følgende citat:

“Dem der har fået af vide af lægen, du skal tabe dig. De er væk inden, der er gået et halvt år. Altså det, hvis det ikke kommer inde fra, at det er eget ønske, eget behov om og bedre dit liv, så øh så bliver de ikke i det her forløb.” (X3)

Det illustreres at de kommunale medarbejdere lytter rigtig meget i deres job: *“(...) Jeg lytter, rigtig meget i mit job” (X3).*

Subtema 3C-I: Spejling i ligesindede borgere i gruppeforløbene

Ud fra de kommunale medarbejders perspektiv er der en oplevelse af, at borgerne i gruppeforløbene drager fordel heraf, da de selv får mulighed for at komme på banen. Borgeren oplever, ud fra medarbejderens perspektiv, at kunne spejle sig i ligesindede borgere: *“(...) opleve at det kan de andre også nikke genkendende til, øhh, det er jo en stor del af et gruppeforløb, altså det med ligesom at kunne spejle sig.” (X2).* Gruppeforløbene bidrager ud fra de kommunale medarbejders perspektiv, også til et fællesskab hvor borgeren accepteres trods deres store størrelse, som borgerne har oplevet at blive set skævt til i samfundet, hvorfor det er af stor betydning for disse borgere at føle sig forstået og have nogle ligesindede at spejle sig i: *“Nogle har også nogen konkret fortællinger omkring det, og det kan jeg bare mærke, at det betyder enormt meget for dem, at der er nogen der har det på samme måde som dem.” (X2).*

De kommunale medarbejders forståelse af SA omhandler en bredere tilgang til SA, hvor der er fokus på bagvedliggende faktorer. Det skyldes, at de kommunale medarbejdere er af den opfattelse, at SA påvirkes af bl.a. trivsel, søvn, relationer m.m. Denne forståelse af SA kommer dog ikke nødvendigvis til udtryk i deres arbejde. På den ene side arbejder de kommunale medarbejdere med

vægtneutral sundhed og et forsøg på at fjerne fokus fra vægt. På den anden side fortæller de kommunale medarbejdere, at måden hvorpå de afrapporterer succes med ændring af borgernes SA ikke kan måles med de nuværende målbare outcomes. Dermed favnes den brede tilgang til SA ikke i så høj grad, da de målbare outcomes er BMI, vægt og fedtprocent.

7.3 Kritisk fortolkning med inddragelse af *Det Åbne Sundhedsbegreb*

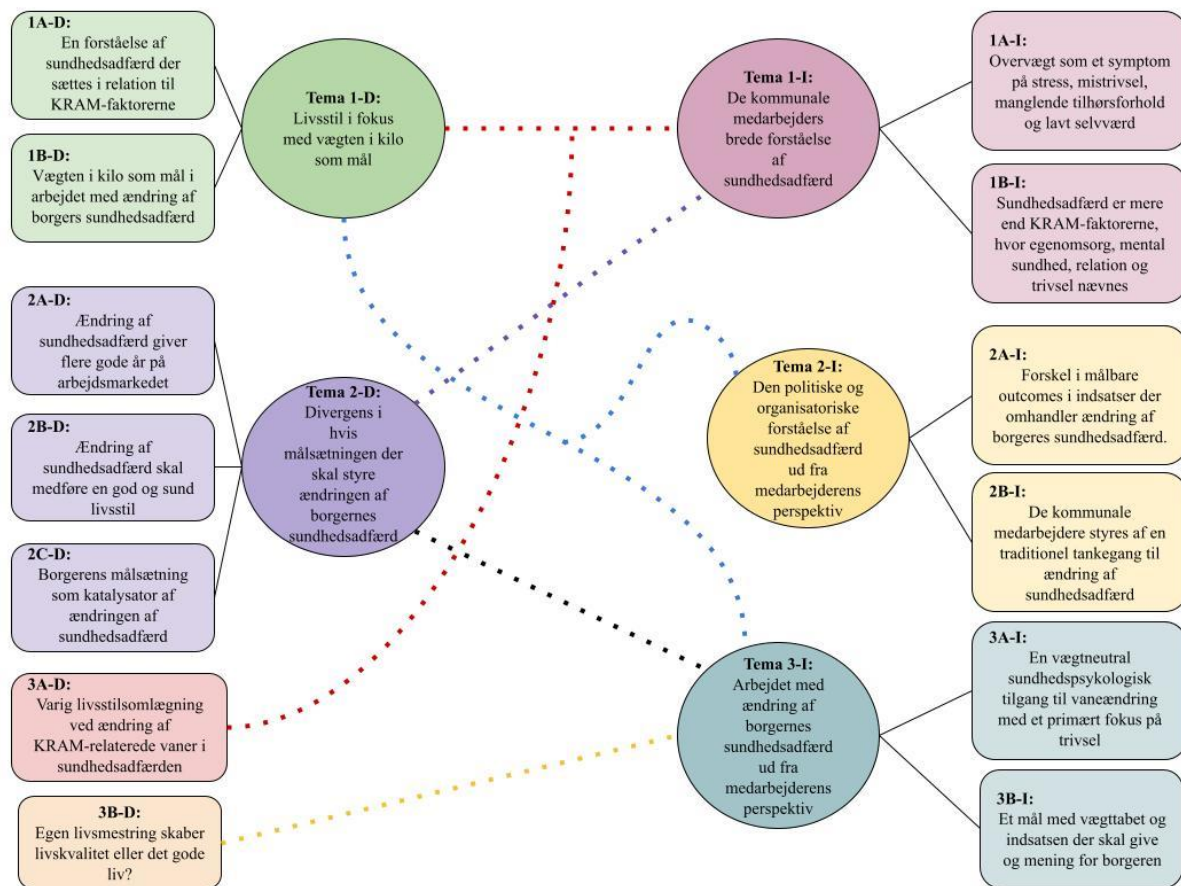
1-D, 2-D, 3-D, 1-I, 2-I og 3-I udgjorde de dominerende temaer, med dertilhørende subtemaer, på tværs af dokumentanalysen og interviewundersøgelsen (med undtagelse af 3C-I).

Med afsæt i Pedersen & Dreyers udlægning af Ricoeurs tekstanalyse (62) anvendes Steen Wackerhausens teori (20) *Det åbne sundhedsbegreb* (20,68). Wackerhausen anvendes til at forstå og forklare, hvordan de kommunale medarbejders forståelse af SA er, og hvordan denne forståelse kommer til udtryk i deres arbejde. Dette for if. Ricoeur, at løfte det til et alment niveau jf. 6.2 Videnskabsteoretisk positionering som kritisk hermeneutik.

Ud fra de kommunale medarbejders perspektiv, ses en divergens mellem den politiske og organisatoriske forståelse ud fra medarbejdernes perspektiv og de kommunale medarbejdernes oplevelse af deres arbejde med ændring af borgernes SA. Divergensen kommer til udtryk ved, at medarbejdernes oplevelse med deres arbejde synes at bero på Wackerhausens *åbne sundhedsbegreb*, hvor den kommunale tilgang ud fra medarbejderens perspektiv, synes at bero på en mere sundhedsfundamentalistisk tilgang.

7.3.1 Sammenhængen mellem dominerende temaer i den kritiske fortolkning

I Figur 5: Dominerende temaer på tværs af dokumentanalysen og interviewundersøgelsen. Den stiplede linje illustrerer sammenhæng, illustreres de dominerende temaer. De stiplede linjer illustrerer temaernes sammenhæng.



Figur 5: Dominerende temaer på tværs af dokumentanalysen og interviewundersøgelsen. Den stiplede linje illustrerer sammenhæng.

7.3.2 Forskellige forståelser af sundhedsadfærd - kritiske fortolkning

Fortolkning af temaerne fra strukturanalysen af dokumenterne og interviewene viser, at den kommunale forståelse af SA tager afsæt i Wackerhausens sundhedsfundamentalisme. Sundhedsfundamentalisme er en sundhedsforståelse, hvor sundhed defineres substantielt biomedicinsk, absolut og tidsløst, hvor fravær af sygdom ses som en biologisk normaltilstand, og raskhed og et lang liv er målet (20). I 1-D fremgår den kommunale sundhedsforståelse udfra dokumenter som både livsstil og livskvalitet, der tager afsæt i KRAM-faktorerne (1A-D) samtidig med, at vægttab bliver et mål for at ændre SA (1B-D). Arbejdet med ændringen af SA retter sig således mod en livsstilemslægn (3A-D). Sundhed ses derfor som noget substantielt i form af reducere af KRAM-relaterede risikofaktorer, livsstil og overvægt, da dette kan anses som værende medicinsk orienteret, hvor sundhed bliver et middel til at holde borgeren rask for at opnå en biologisk normaltilstand (20). Borgeren holdes rask gennem reducere af KRAM-relaterede risikofaktorer og overvægt, for at

kunne opnå en biologisk normaltilstand, som formodes at være en normaltilstand i form af fravær af hhv. KRAM-risikofaktorer og overvægt, hvorfor SA omhandler adfærd for at holde borgeren rask. Medarbejdernes egen forståelse af SA adskiller sig dog fra dette, da de anser overvægt som et symptom på andre bagvedliggende faktorer fx stress og mistrivsel (1A-I). Derfor er der ikke på samme måde fokus på denne biologiske normaltilstand. SA forstås som KRAM-faktorer, egenomsorg, mental sundhed, relationer og trivsel (1B-I). Dette er ikke substantielt og absolut men afspejler i hvordan borgeren har det. Det peger altså i retning af to forskellige forståelser af borgernes SA.

7.3.3 At arbejde midtsøgende mod det åbne sundhedsbegreb med ændring af borgernes sundhedsadfærd

Der tegner sig et billede af, at de kommunale medarbejders forståelse af SA har elementer af Wackerhausens *det åbne sundhedsbegreb*. Udledt af *det åbne sundhedsbegreb* er tre elementer afgørende for, at borgerne opnår sundhed i form af en *generaliseret handlekapacitet*; 1) borgerens *livsbetingelser*, 2) deres *handlefærdigheder* og 3) deres ægte, realistiske og etiske *mål* (20). Med anvendelse af Wackerhausen (20) forstås sundhed som handleevne i en bred forstand, hvor borgeren i sin realisering af egne mål og værdier kan håndtere de udfordringerne de støder på (20). Det betyder, at: "*Sundhed er evnen til at indfri mål under givne livsbetingelser.*" (20) p.49). Den generaliserede handlede kapacitet, er borgerens mål-indfrielsespotentialer, og kan øges ved at ændre på en af de tre elementer (20).

Livsbetingelser

Det ses at det kommunale arbejde med ændring af borgernes SA indbefatter et fokus på borgerens livsbetingelser. Ifølge Wackerhausen (20) indbefatter livsbetingelser familie, omgangskreds, kultur, boligsituation, fysiske rammer mv. (20). De kommunale medarbejdere har, i deres arbejde med ændring af borgernes SA, fokus på, hvad der rører sig i borgerens hverdag, eksempelvis stress, mistrivsel, ensomhed mv. (1A-I), samt relationer (1B-I). Dette kan bl.a. relatere sig til livsbetingelserne i form af familie og omgangskreds. Med fokus på borgerens livsbetingelser, bliver det muligt at få øje på bagvedliggende faktorer der gør sig gældende for en specifik adfærd (1-I). Det fremgår, at indsatserne skal tilpasses til borgernes hverdag og behov og tage udgangspunkt i deres livsstil, uagtet hvis målsætning, der viser sig at være styrende for indsatsen (2-D). Måлиндfrielsen hænger altså sammen med livsbetingelserne.

Handlefærdigheder

De kommunale medarbejderes arbejdstilgang fremgår som en sundhedspsykologisk tilgang (3-I). En sundhedspsykologisk tilgang, indikerer at de kommunale medarbejdere arbejder med borgerens handlefærdigheder, som omhandler den fysiske og psykiske funktionsevne (20). Arbejdet med ændringen af borgernes SA bliver i højere grad ift., hvordan borgeren har det, og hvordan borgeren kan håndtere sine følelser (3A-I). I 3A-I fremkom det, at borgerne ikke mangler viden om hvordan de skal ændre SA, I stedet omhandler det at borgeren skal lære at selektere i viden, for at opnå en fornemmelse for sig selv og kropsbevidsthed i form af fx, at mærke efter ift. sult og mæthed (3A-I).

Yderligere fremgik det, at de kommunale medarbejderne arbejdede med at styrke borgerens handlekompetencer til selv at træffe det sunde valg (3A-I). Derfor synes fokus ikke at være på vægttab men handlefærdighederne til at kunne opnå dette, for selv at kunne træffe det gode valg i fremtidige situationer (3A-I). Kommunen giver borgerne en handleplan, der skal bidrage til at opnå sund og positiv udvikling (3B-D), men det fremgår ikke, hvorvidt det er en plan, som borgeren blot skal følge eller om den bidrager til at styrke deres handlefærdigheder. Det synes at være et udtryk for, at det kommunale arbejde i indsatserne centrerer sig om at øge borgerens handlefærdigheder for at muliggøre øget mål-indfrielsespotentialer, og dermed opnåelsen af sundhed.

Ægte vs. uægte mål med indsats og vægttab

I *det åbne sundhedsbegreb* anses sundhed som et middel til at opnå målet ift. borgerens livsbetingelser (20), således er mål en essentiel del i sundhedsbegrebet. Udledt af Wackerhausen er det væsentligt, at borgerens mål er realistisk, tvangfri og ægte mål (20). Wackerhausen opererer med ægte og uægte mål, hvor det førstnævnte er, at individet selv vælger sit mål og sidstnævnte er et påtvunget mål eller kan forekomme i tilfælde af, at ægte mål ikke kan opfyldes (20). Der forekommer en tilbøjelighed til, at borgerens ønske om vægttab eller konkret kropsstørrelse ikke nødvendigvis udspringer fra borgeren selv, men i højere grad er samfundsskabt (3B-I). Det skyldes, at når medarbejderne spørger ind til, hvad der ligger til grund for dette ønske, er der erfaring med, at borgerne giver udtryk for, at det skyldes forventninger fra samfundet og medierne om at være slank og undgå sygdom (3B-I). I tilfælde af, at målet er uægte, er der risiko for, at individet ikke indfrier målet (20), altså er der risiko for, at borgerne ikke opnår vægttab. I arbejdet forsøger de kommunale medarbejdere således at være opmærksom på denne påvirkning og bestræber sig på, at borgerens mål med deltagelse i indsatsen i stedet skal være meningsfuld og ægte for borgerne (3B-I).

Endvidere fremgår det, at de kommunale medarbejdere oplever en betydelig forskel i, hvorvidt borgeren deltager pga. egne mål eller grundet lægens anvisning (3B-I). Hvis borgeren deltager grundet uægte mål i form af lægens anvisning, uden selv at have det som ægte mål, falder borgeren fra inden for kort tid (3B-I). Borgerne er altså mest motiveret for at ændre deres sundhedsvaner, hvis de inddrages i at udpege, hvor de føler sig mest udfordret (3A-I). Dermed kan det formodes, at risikoen for at borgeren enten ikke opnår et vægttab eller ikke kan vedligeholde et vægttab, er stort, grundet det påtvunget mål. Det er dog væsentligt at have for øje, at kommunen udbyder forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, hvorfor dette er fokus i indsatsen, og dermed vil arbejdet med ændringen af borgernes SA også være betinget af nogle rammer i form af forebyggelse og sundhedsfremme. Der fremgår en divergens i, hvorvidt målsætningen for indsatsen skal omhandle en hensyntagen til arbejdsmarkedet i form af flere gode år på arbejdsmarkedet, til kommunen i form af en god og sund livsstil og dermed hvad den kommunale sundhedsforståelse rummer, eller hvorvidt det omhandler en hensyntagen til borgeren selv (2-D). Det ses dog i kommunens udlægning, at der i det konkrete arbejde tages afsæt i borgerens egen målsætning (2C-D).

Ifølge Wackerhausen (20) kan en dialog, med åben og indlevende kommunikation, bidrage til en mål- og værdiafklaring hos borgeren (20). Medarbejderne oplever til tider gennem dialogen og lytning og kortlægningen af borgerens incitament for ønske om ændring af deres SA, at der fremkommer andre ting (3B-I). Således hjælper medarbejderne borgeren til at klarlægge dennes ægte mål. Eksemplet fra 3B-I var, at en ældre person ønskede at lege på gulvet med sit barnebarn, og derfra udsprang ønsket om vægttab, hvorfor det er et ægte mål. Endvidere kan der i arbejdet med ændringen af borgernes SA også være opmærksomhed på, at borgerne sommetider skal hjælpes til at indse, at indtagelse af flere grøntsager, en varieret kost kan ske på baggrund af andre årsager, som ikke nødvendigvis er funderet i et ønske om vægttab, men at det eksempelvis kan omhandle nydelse og lyst (3B-I). Det er dog væsentligt at være bevidst om risikoen for, at arbejdet med at give borgeren indsigt, kan være et uægte mål, i tilfælde af, at indsatsen blot skal forbedre borgernes SA, fremfor at en positiv SA kan give borgeren nydelse. Dette ville i så fald i højere grad betyde en sundhedsfundamentalistisk tilgang, hvor målet er baseret på biomedicin og opnåelse af en biologisk normaltilstand (20). Udledt af Wackerhausen, skal indsatsen altså centrere sig om at inddrage borgerens egne mål og værdier, i det tilfælde det er muligt (20).

7.3.4 Sundhedsadfærd forstås ud fra det åbne sundhedsbegreb - refleksion over praksis

Et ønske om afrapporteringen på baggrund af bløde subjektive og kvantitative værdier

I interviewene oplever de kommunale medarbejdere et politisk krav om kvantitativ afrapportering (2A-I). Ud fra de kommunale medarbejders oplevelse i interviewene, er den traditionelle tankegang styrende, hvor borgeren skal oplyse og måles ift. deres SA (2B-I). I dokumenterne illustreres det, at vejning af borgerne indgår som måleredskab i arbejdet med ændring af borgernes SA (1B-D). I interviewene oplever medarbejderne en politisk og organisatorisk forventning om, at borgernes vægt falder ved deltagelse i indsatsen (3A-I), hvilket muligvis skyldes, at dette er den letteste måde at måle en ændring i borgerens SA på (2A-I). Det fremgår, med afsæt i de kommunale medarbejders oplevelse fra interviewene, at de forsøger at præge til en anden faglig forståelse af arbejdet med SA, og at kommunen har modtaget dette med åbenhed (2B-I). I interviewene er det medarbejdernes oplevelse, at fedtprocenten inddrages som dokumentation for succes med indsatsen, i arbejdet med ændringen af borgernes SA (2A-I). Fedtprocenten inddrages if. medarbejderne, da den er mere sigende for ændringen i kroppen end BMI og fordi den overholder det kvalitative for afrapportering (2A-I). Ifølge medarbejderne i interviewene er fedtprocenten er dog stadig en målemetode der tages afstand fra (2A-I). Fedtprocenten som dokumentation for succes er et outcome af sundhedsfundamentalistisk karakter, da det er objektivt, værdifrit og naturvidenskabeligt (20). I interviewene er det medarbejderens opleves, at der er mange der har lyst til at gøre noget andet end at arbejdede sundhedsfundamentalistisk, hvor overvægt sættes lige med risiko for livsstilssygdomme, i arbejdet med ændring af borgernes SA (2A-I). Det er medarbejdernes oplevelse og at lysten til at gøre noget andet kommer ud fra en oplevelse af, at det de gør nu ikke virker i længden (2A-I). I interviewene oplever de kommunale medarbejdere, at borgerens vægt er stabil og at borgerne ikke nødvendigvis opnår et vægttab, men at der forekommer mange ændringer inde i kroppen (2A-I). I stedet ønsker medarbejderne at afrapporteringen sker på baggrund af bløde subjektive og kvantitative værdier i form af, hvordan borgernes trivsel, velvære og tilfredshed med egen indsats er (2A-I) samt søvnhygiejne (3A-I). Ifølge de kommunale medarbejdere vil et vægttab følge trivsel og velvære (2A-I). De kommunale medarbejders forståelse af SA kan ud fra Wackerhausens åbne sundhedsbegreb forstås ud fra det åbne sundhedsbegreb, hvilket implicerer en anden tilgang til at måle ændringen af SA på end ved blot naturlidenskabeligt objektiv og værdifrit (20).

Velvære og livskvalitet som resultat af sundhed

Med sit åbne sundhedsbegreb tager Wackerhausen (20) afstand fra, at sundhed er noget oplevelsesmæssigt som eksempelvis velvære eller livskvalitet (20). Det skyldes, at sundhed omhandler realiseringen af egne mål under givne livsbetingelser, hvorfor velvære eller livskvalitet kan være et resultat af sundhed, ved at have indfriet egne mål (20). Hvis formålet er sundhedsfundamentalistisk som en biologisk normaltilstand i form af vægttab og normalvægt, vil det med udgangspunkt i Wackerhausens åbne sundhedsbegreb ikke betyde, at kommunen bidrager til at fremme borgernes sundhed. Hvis formålet med de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser derimod er at fremme borgernes handlefærdigheder for at indfri egne ægte mål, eksempelvis ved at borgerne får at opnå livsstilsomlægning og vægttab for at lege på gulvet med sit barnebarn (3B-I), så betyder det, at kommunen bestræber sig på at fremme borgernes sundhed med inddragelse af borgernes egne mål. Som fremanalyseret på baggrund af Wackerhausens sundhedsbegreb er det vigtigt at borgerne indfrier egne mål, da dette er sundhed for den enkelte, og kan medføre velvære og livskvalitet. Det betyder, som nævnt indledningsvist, at borgerne kan håndtere udfordringerne og situationerne, som denne støder ind i.

Refleksion til udfordring af den sædvanlige praksis

Wackerhausen betoner væsentligheden af refleksion for at udfordre gældende erfaringer og den sædvanlige praksis, og dermed opnå nye erfaringer, handlingsfærdigheder og optimal praksis (68). Refleksion defineres af Wackerhausen som: *"En bevidst, omhyggelig og tidskrævende form for tænkning, som er karakteriseret ved en kritisk-konstruktiv spørgende og svarsøgende holdning."* (68) p.14). De kommunale medarbejderes refleksion og forsøg på at ændre praksis ud fra deres faglige retning beskrives som en tidskrævende proces (2B-I). Ændringen af praksis forekommer ved at reflektere over sædvanen og praksis udefra, hertil anvender Wackerhausen 1. ordens- og 2. ordensrefleksion (68). En 1. ordensrefleksion er refleksion, der tager afsæt i sædvanen og dets traditionelle perspektiv, og som er en væsentlig del af praksisfeltet (68). Dette er altså refleksionen i kommunen over arbejdet med ændringen af borgernes SA ud fra en tænkning, der tager afsæt i et traditionelt og sædvanligt perspektiv. I den kritiske fortolkning anvendes vægt som målbart outcome, da dette er den eksisterende praksis og den nemmeste måde at måle (2A-I). Wackerhausen beskriver, at denne form for refleksion næppe fører til nye erfaringer og færdigheder (68). At forholde sig til praksis' sædvane og færdigheder kræver en 2. ordensrefleksion, hvilket er en refleksion over den 1. ordensrefleksion ift., hvordan man normalt gør tingene (68). Det fremgår gennem den kritiske fortolkning, at medarbejderne har gjort sig erfaringer om, at det ikke fungerer med vægt som målbart outcome, og dermed er begyndt at reflektere over praksis og 1. ordensrefleksionen. På denne måde øger det

altså potentiallet for, at der i kommunen kan opnås nye erfaringer og færdigheder, hvormed kommunen optimeres ift. måling af borgernes ændrede SA.

Målbare outcomes bør kunne favne borgerens indfrielse af egne mål

Til trods for at vægttab er det målbare outcome, der anvendes til at vurdere de forebyggende og sundhedsfremmende indsatsers effekt på ændringen af borgernes SA, kan det ud fra ovenstående kritiske fortolkning med anvendelse af Wackerhausens teori synes relevant at justere på de målbare outcomes. De målbare outcome bør således kunne favne borgerens indfrielse af egne mål under givne betingelser på baggrund af handlefærdigheder. Steen Wackerhausens (20) *åbne sundhedsbegreb* har den kvalitet, at det er hult i den forstand, at det er åbent over for individers egne mål (20). Det formodes dog at være svært for kommunen at måle på succes med ændringen af borgernes SA ud fra borgernes mål, idet disse relaterer sig til borgeren. Derfor vurderes det fordelagtigt at undersøge, hvorledes ændringen af borgerens SA kan opgøres i andre målbare outcomes.

7.4 Præsentation og kvalitetsvurdering af de inkluderede studier

I afsnittet præsenteres resultaterne af den systematiske litteratursøgning i Tabel 6: Matrice over studier fra den systematiske litteratursøgning efterfulgt af kvalitetsvurderingen af studierne.

Tabel 6: Matrice over studier fra den systematiske litteratursøgning

Forfatter, årstal, titel	Formål og intervention	Design, metode og studiepopulation	Outcome	Resultater og konklusion	Kvalitet
Leung AWY, Chan RSM, Sea MMM, Woo J. <i>Psychological Factors of Long-Term Dietary and Physical Activity Adherence among Chinese Adults with Overweight and Obesity in a Community-Based Lifestyle Modification Program: A Mixed-Method Study. Nutrients</i> 2020 May 12;12(5):1379 (101)	<u>Formål</u> At undersøge de psykologiske faktorer, <i>stages of change</i>, viden, <i>self-efficacy</i> og motivation for overholdelsen af kost og fysisk aktivitet efter 10 mdr. deltagelse i et community-based livsstilsprogram i Kina. <u>Intervention</u> Individuel rådgivning om kost med registrerede diætister /ernæringseksperter og ifm. fysisk aktivitet, fitnessspecialister, med udgangspunkt i adfærdsmæssige tilgange. Indsatsen er selvfinansieret. Ved første konsultation blev sundhedstilstanden og en vurdering af kost foretaget af diætister/ernæringseksperter. De hjalp også med realistisk	<u>Design</u> Mixed-methods, kohortestudie med kvantitative og kvalitative data. <u>Metode</u> Kvantitative data indsamles ved baseline og 10 mdr. follow-up med kinesiske variationer af forskellige valideret spørgeskemaer til selvrapportering. Deltagerne modtog 6,5 USD kontant for deres deltagelse. Kvalitative data var dybdegående semi-struktureret interviews anvendt samt observation. Data fra baseline og efter 10 mdr. delta-	Self-efficacy relateret til overholdelse af PA og overholdelse af kosten. Ernæringskendskab og kosten <i>stage of change</i> Fysisk aktivitet <i>stage of change</i> Viden om kost og fysisk aktivitet Motivation	<u>Resultater</u> Ved follow-up havde deltagerne signifikant højere viden omkring kost og fysisk aktivitet, større kost og PA self-efficacy, kontrolleret motivation til en sund kost og PA, større kost og PA <i>stages of change</i> end ved baseline ($p < 0.05$). Resultaterne viste at forbedringer i viden om kost og <i>stages of change</i> var relaterede til kostindtag som prædikerede større <i>dietary adherence</i>, hvor forbedringer i <i>self-efficacy</i> ift. fysisk aktivitet og <i>stages of change</i> der relaterede til prædiker en større <i>Physical Activity adherence</i> <u>Konklusion</u> Studiet bidrog med viden til den eksisterende litteratur og evidens til at udvikle bæredygtige strategi-	Middel

	målsætning og en kostplan.	gelse blev analyseret. Der var lavet 2 pilot-test. <u>Studiepopulation</u> Kinesiske voksne overvægtige og svært overvægtige voksne, som var tilmeldt et <i>culturally adapted lifestyle modification program</i>. I alt fuldførte 140 den kvantitative undersøgelse og 26 fuldførte den kvalitative.		er til at håndtere overvægt. Funderne understøtter anvendelsen af score for programspecifikke kost- og fysisk aktivitet overholdelse som indikatorer for overholdelsen af et <i>lifestyle modification program</i> (LMP).	
Wright RR, Nelson R, Garcia S, Butler A. <i>Health Behavior Change in the Classroom: A Means to a Healthy End?</i> <i>J Prim Prev</i> 2020;41(5):445-472 (102)	<u>Formål</u> Undersøge virkningen af en indsats baseret på Theory of Planned Behavior i et klasseværelsesetning <u>Intervention</u> 6 ugers intervention med fokus på at ændre enten: 1) kost, 5+ daglige serveringer af frugt og grønt 2) Søvn, 7+ timers søvn hver nat 3) fysisk aktivitet 4) eller flere dage om ugen med 30+ minutter af moderat til energisk træning. Der var der undervisning hhv.	<u>Studiedesign</u> Kohortestudie med to forskellige studier. <u>Metode</u> Målingerne var ift. sundhedsvariablerne relateret til svær overvægt. En forskningsassistent udførte objektive fysiske sundhedsmålinger før og efter. De studerende målte selv deres adfærd, og besvarede et online spørgeskema før og efter.	<u>Kost</u> Frugt og grønt indtag ift. hvor ofte og hvor meget i den sidste måned. Vandindtag om dagen pr. uge den sidste måned. Indtag af usunde fødevarer den sidste måned samt koffeinindtag. <u>Søvn</u> Kvantitet og kvaliteten <u>Fysisk aktivitet</u> Hvor mange ugedage deltageren havde ≥ 30 min fysisk aktivitet af hård, moderat, styrke	<u>Resultater</u> Der skete store ændringer i de valgte SA på tværs af studierne. Der var sundhedsindikatorer, som blev forbedret fra de selvrappede og objektive sundhedsvariabler, og nogle af disse sundhedsresultater (subjektiv sundhed, søvn kvalitet, fleksibilitet, ensomhed) blev forbedret på tværs af disse grupper. <u>Konklusion</u> Indsatser som er rettet mod ændring af SA kan være en effektiv måde at fremkalde adfærdsændring og fremhæver mulige måder at afhjælpe og forebygge svær	Lav til middel

	tre og to gange om ugen i de seks uger vedr. SA. I studie 1 var der sociale støttegrupper en gang om ugen.	Studie 2 adskilte sig ved, at der ikke var sociale støttegrupper, indhold og instruktørerne var forskellige, der var kun undervisnings to gange om ugen fremfor tre. <u>Studiepopulation</u> Amerikanerne <i>Studie 1</i> 433 deltagere fra 19 klasser på et sundhedspsykologi kursus over en fireårig periode. Gns. alderen var 23,1 år, hvor 62 % var kvinder. <i>Studie 2</i> 155 deltagere på et køkkenhave-kursus, over en treårig periode, der inkluderede syv semestre og syv forskellige klasser. Gns. alderen var 22.3 år hvor 79,5% var kvinder.	eller andre typer. <u>Selvrapporterede sundhedsmål</u> Subjektiv sundhed, deres sundhed ift. jævnaldrende, fysiske symptomer fx hovedpine, kvalme og muskelskelet smerte/ubehag i fire kropsregioner, opfattet stress i livet, humør både positiv og negativ, depressive symptomer, selvregulering, interpersonelle konflikter, ensomhed, opfattet social støtte, tilfredshed med sit forhold <u>Objektive fysiske sundhedsmålinger</u> Systolisk og diastolisk blodtryk, hvilepuls, kropsvægt, fedtprocent, højde, BMI, baglårs fleksibilitet, livvidde, grebsstyrke	overvægt og relaterede sygdomme.	
Carbonneau E, Bégin C, Lemieux S, Mongeau L,	<u>Formål</u> At undersøge effekten af en Health at Every Size® (HA-	<u>Design</u> Quasi-experimental	1) Food frequency questionnaire (FFQ), som omhandler den sidste	<u>Resultater</u> HAES®-interventionen havde effekt i at fremme den Intuitive	Middel

<i>Paquette M-, Turcotte M, et al. A Health at Every Size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. Clinical Nutrition 2017;36(3):747-754. (103)</i>	ES®) intervention ift. intuitiv spisning og kvaliteten af kosten hos kvinder. <u>Intervention</u> Fremme af adfærdsændringer ift. kost og fysisk aktivitet, samt fremhæve selvaccept og velvære, uden fokus på vægttab. Det var 13 tre timers møder og en seks timers dag i grupper á 10-15 deltagere. Emnerne, der blev diskuteret, var bl.a. fornøjelse ved fysisk aktivitet og sund ernæring, følelsers påvirkning på spiseadfærd, accept af egen og andres kroppe m.m.	design <u>Metode</u> Studiet foregik i efteråret (2010 og 2011) samt vinter (2010). Målinger blev foretaget ved baseline (T=0), efter interventionen (T=4 måneder) og et år efter (T=16 måneder). Ved T=0 blev socio-demografisk spørgeskema udfyldt. Ved hver måling udfyldte de et valideret, internetbaseret selvadministreret spørgeskema. <u>Studiepopulation</u> 326 canadiske kvinder, hvoraf 216 var i HAES®-gruppen og 110 i kontrolgruppen. HAES®-gruppen kom fra 21 forskellige Health and Social Services Centers (HSSC). Kontrolgruppen, som bestod af kvinder på ventelisten til programmet, kom fra 17 forskellige HSSC	månedets kostindtag. Det blev vurderet på daglig indtag af energi og makroernæring, fødevarer med højt fedt-/sukkerindhold, Kennedy's Healthy Eating Index (HEI) ift. den globale kvalitet af kosten. 2) The Intuitive Eating Scale, der målte en total intuitiv spisningsscore samt tre subskala a) spisning for fysiske fremfor følelsesmæssige grunde, b) ubetinget tilladelse til at spise, når jeg er sulten og hvilken slags mad jeg har lyst til og c) tillid til interne sult- og mæthedssignaler. BMI blev målt ved hver måling.	Eating Scale, totale og subskala score. De kvinder der deltog i HAES® øgede signifikant deres intuitive spisning sammenlignet med kontrolgruppen. På kortsigtet ændrede HAES®-gruppen også deres kvalitet af madindtaget, men ikke på langsigtet. Kvindernes kvalitet af kosten var positivt relateret til deres Intuitive Eating Scale score sammenlignet med kontrolgruppen. Effektive teknikker der kan bidrage med at opretholde adfærdsændringer er målsætninger, handleplaner, selvmonitorering og social støtte. <u>Konklusion</u> HAES®-interventionen havde effekt i at fremme den Intuitive Eating Scale score og subskala score. Kvindernes kvalitet af kosten var positivt relateret til deres intuitive spisnings score.	
--	---	---	--	---	--

Lacey SJ, Street TD. <i>Measuring healthy behaviours using the stages of change model: an investigation into the physical activity and nutrition behaviours of Australian miners.</i> Biopsychosoc Med 2017 Dec 5;11:30-7. eCollection 2017 (104)	<u>Formål</u> At forfine og vurdere, hvordan Stages of Change-modellen måles for at opnå en præcis og reliable klassificering af individer i stadiet <i>førovervejelse</i> ift. sund adfærd.	<u>Design</u> Tværsnitsstudie <u>Metode</u> Spørgeskema til sammenligning mellem en traditionel måling af førovervejesstadiet og en modificeret version i vurderingen af fysisk aktivitet og indtag af frugt og grøntsager <u>Studiepopulation</u> Klynge sample af 897 medarbejdere fra en stor minevirksomhed i det landlige af Australien. Det var primært mænd (73,6%, n=658), gifte eller i et forhold (64,7%, n=559), og 25-44 år (58,9%, n=474). Der var blevet udvalgt nogle arbejdsenheder, og disse blev inviteret af deres tilsynsførende.	Selvrapporteret spørgeskema om sundhed ift.: 1) Fysisk aktivitet, målt som antal minutter som fysisk aktiv i en periode på syv dage. 2) Ernæring, målt som den gns. kvantitet ift. daglige serveringer af frugt og grøntsager. 3) Teoretisk Stages of Change, målt som modellen af Proschaska og DiClemente men med det modificerede spørgsmål til <i>førovervejesstadiet</i>.	<u>Resultater</u> Den modificerede version (ny førovervejesstadie, der bygger på sund kost) af målingerne var mere præcis og indfangede færre medarbejdere, som aktuelt imødekom anbefalingerne for både fysisk aktivitet og indtag af frugt og grøntsager ift. den traditionelle måling af stages of change. Uanset version findes ukorrekte klassifikationer sted. Procentdelen som imødekom anbefalingerne for kost var højere for dem, der blev identificeret i det traditionelle førovervejesstadie eller i vedligeholdelses ift. deltagere som blev identificeret som værende i ethvert andet stadie. <u>Konklusion</u> Når <i>Stages of Change</i>-målingerne overføres til SA skal det anvendte førovervejesstadie fortsat forfines, så refleksion over usund adfærd og modstand mod ændringen er mulig. Derudover skal målingerne definere sundhedsanbefalinger for at øge pålideligheden af klassifikationerne på tværs af alle Stages of Change. Resultaterne kan anvendes til at informere ift. design og implementeringen af	Lav
--	---	--	---	--	------------

21gr10301

				sundhedsfremme strategier, der er målrettet svær overvægt relateret til livsstilsadfærd i den generelle population.	
--	--	--	--	---	--

7.4.1 Kvalitetsvurdering af udvalgte studier

Nedenstående præsenteres en opsummering af kvalitetsvurderingen for hver af de fire inkluderede studier. Den fulde vurdering er vedlagt som Bilag 5. Indledningsvist fremgår kvaliteten ud fra den pågældende tjekliste, efterfulgt af Kitto, Chester og Grbich pålidelighed (64). Pålideligheden vurderes ud fra stringens, troværdighed og relevans (64) jf. 6.6 Kvalitetskriterier. Dette med udgangspunkt i, om disse øges eller reduceres.

Kvalitetsvurdering af Leung, Chan, Sea Woo, 2020

Studiet vurderes samlet set middel i kvaliteten, da studiet overholder flere punkter fra JMMRs tjekliste, se Bilag 5.1. Med anvendelse af Kitto, Chesters, Grbichs (64) kvalitetskriterier vurderes studiets pålidelighed som middel (64). Der kan være selektionsbias (105), idet deltagerne er rekrutteret fra *the Center for Nutritional Studies* (CNS-center) i hhv. et beboelsesområde og et handelsdistrikt, hvor 59,3% af studiepopulationen havde videregående uddannelse eller over. Indsatsen var selvfinansieret, hvilket kan bevirke, at individer fra lavere socioøkonomisk status (SES) ikke havde samme muligheder for deltagelse, som dem med højere SES. Applicering til borgere med lavere SES kan derfor betvivles. Rekrutteringen af informanterne fremgår, hvilket øger transparensen i udførelsen, hvilket øger stringens. Studiet har *maximum variation sampling*, hvorfor Inklusionskriterier if. Merriam & Tisdell skal fremgå (Merriam, Tisdell 2016). Studiets inklusionskriterierne er fraværende, hvilket kan påvirke studiets transparens og stringens negativt (64). Studiet var transparent omkring at *sample size* var bestemt ud fra *saturation*, hvilket øger stringensen. Samtidig med må det formodes at resultaternes troværdighed øges, hvis de har opnået *saturation* i data. Studiets interviewguide fremgår ikke, hvilket ikke er transparent, da det ikke er muligt at se, hvilke spørgsmål de har stillet, hvilket reducerer stringensen. Både etiske overvejelser og begrænsninger nævnes, hvilket øger transparens og stringensen. Der nævnes ikke confounding, hvilket er en svaghed ved studiet, da det kan reducere troværdigheden af resultaterne. I resultatafsnittet beskrives, at der i den multivariate regressionsanalyse justeres for psykologiske variabler og potentielle co-variabler. Det er dog ikke udspecificeret, hvilke variabler der kontrolleres for og hvornår i analysen, hvilket reducerer studiets troværdighed af resultaterne.

Relevansen af studiet for speciales kontekst vurderes middel. Idet studiet omhandler overholdelse af fysisk aktivitet og kostindtag, og har flere forskellige outcomes til måling af dette, har det relevans for specialet. Det kan dog diskuteres, hvorvidt resultaterne fra Kina er relevante for en dansk kontekst. På den ene side omhandler det psykologiske prædiktorer ifm. fysisk aktivitet og

kostindtag, som ikke formodes at være anderledes i en dansk kontakt, men på den anden side er tilbuddet selvfinansieret, hvilket ikke er gældende i den danske kontekst.

Kvalitetsvurdering af Wright, Nelson, Garcia, Butler, 2020

Studiet vurderes lav til middel i kvalitet ud fra JBIs kritiske checkliste til kohortestudier (92), se Bilag 5.2. Ud fra Kitto, Chesters, Grbichs (64) kvalitetskriterier vurderes studiets pålidelighed som lav til middel.

Der var ingen kontrolgruppe, hvorfor der ikke fremgik forskel ift. andre studerende, hvilket reducerer troværdigheden af resultaterne. De fysiske objektive mål blev foretaget af en forskningsassistent med bl.a. en biometrisk impedans (TANITA BF-350), blodtryksmåler (OMRON, 7100REL) m.m., hvilket indikerer en ensartet måling og bidrager til at øge troværdigheden af resultaterne. De studerende besvarede et spørgeskema, hvor de skulle vurdere egen SA, hvorfor der kan være informationsbias (105). De studerende fik ikke karakter på baggrund af succes, men i stedet indsats, hvorfor det kan formodes, at de kan have overestimeret deres sunde adfærd efter interventionen, da det kan være et tegn på en stor indsats (social desirability). Dette kan reducere resultaternes troværdighed, så resultaterne fremstår mere favorable. I studiet fremgår, at der udføres måling på den interne konsistens ift. de psykosociale målinger fra det selvrapporterede spørgeskema fra før og efter, hvor de var tilstrækkelige eller med stærk intern konsistens. Dette øger derfor troværdigheden af resultaterne. De studerendes SA forinden interventionen fremgår ikke, hvilket ikke er transparent, og reducerer dermed stringensen. Forfatterne ekspliciterer ikke, hvorvidt de undersøger for confoundere, men beskriver, at de undersøger, hvorvidt andre faktorer har betydning for resultaterne bl.a. tidligere deltagelse på sundhedsrelaterede kurser, køn og tidligere forsøg på adfærdsændring. Det reducerer altså transparensen og dermed stringensen. De ekspliciterer ikke, hvordan de håndterer disse andre faktorer, men de anvendte bl.a. lineær regression, Bonferroni post hoc justeringer, og de angiver t-værdier og F-værdier, hvorfor de må have lavet t-test til sammenligning af middelværdier og F-test til sammenligning af spredninger. Studiets håndtering af justeringerne øger troværdigheden af resultaterne. Studiet foregår i et klasselokale i USA og de studerende får karakter for deres indsats, hvilket indikerer en reduceret relevans ift. konteksten for specialet. De inddrager dog flere forskellige outcomes ift. kost, fysisk aktivitet og søvn, som er SA, der også gør sig gældende i den danske kontekst, hvorfor det findes relevant.

Kvalitetsvurdering af Carboneau, Bégin, Lemieux, Mongeau, Paquette, Turcotte, et al., 2017

Studiet vurderes som middel i kvalitet ud fra JBIs kritiske checkliste til quasi-eksperimentelle studier (93), se Bilag 5.3. Med anvendelse af Kitto, Chesters, Grbichs (64) kvalitetskriterier vurderes studiets pålidelighed som middel. Der var ingen signifikant forskel mellem kvinderne i HAES®-gruppen og kontrolgruppen ved baseline, hvilket øger troværdigheden af resultaterne, da en mulig forskel kan identificeres. Follow-up var ikke fuldstændig, men forfatterne beskrev hvor mange, hvorfor og hvornår kvinderne droppede ud eller blev fjernet fra analysen, hvilket øger transparensen, og dermed stringensen. Kvinderne, som droppede ud, var signifikant yngre og havde signifikant forskellig distribution af uddannelsesniveau, med en højere procentdel af kvinder med gymnasie som højeste fuldførte uddannelse. Forskellen kan betyde, at resultatet blev skævvredet grundet selektionsbias (105), hvis det både hang sammen med eksponering, interventionen, og udfaldet, intuitiv spisning og kvaliteten af kosten. En skævvridning af resultater vil reducere troværdigheden af resultaterne. Kvinderne skulle besvare samme spørgsmål ved alle målingerne, hvilket kan bevirke til informationsbias (Strandberg-Larsen, Madsen 2019). Idet dataindsamlingen foregik ens i begge grupper, vil det være en ikke-differentiel informationsbias (105), og samtidig har forfatterne gennem en Outliner Labeling Rule sat interkvartil rækkevidden (IQR) til 2.2 for at sikre, at data med urealistiske madindtag blev ekskluderet, hvilket øger transparens i datahåndteringen og øger troværdigheden. Studiet omhandler tilbud til kvinder, som vil ændre deres kostvaner med fokus på intuitivspisning og kvalitet af kosten, hvorfor det vurderes relevant for den danske kontekst.

Kvalitetsvurdering af Lacey, Street, 2017

Studiet vurderes som lav kvalitet ud fra JBIs kritiske checkliste til analytiske tværsnitsstudier (94), se Bilag 5.4. Med anvendelse af Kitto, Chesters, Grbichs (64) kvalitetskriterier vurderes studiets pålidelighed som lav (64). Dataindsamling foregik ud fra et spørgeskema med specifikke spørgsmål ift. antal minutter udført moderat en syv dages periode og deres daglige indtag af fem serveringer grøntsager og to serveringer frugt. Det kan føre til recall bias (105), hvilket kan reducere troværdigheden. Det selvrapporterede spørgeskema var dog en replikation af tidligere validerede emner fra Australien Bureau of Statistics Australian Health Survey, hvilket øger troværdigheden. Forfatterne skrev, at deltagernes forståelse af spørgsmålene kan have haft betydning for resultatet, hvilket skyldes, at når deltagerne steg i stadierne i *Stages of Change*, var der færre, som imødekom WHO's anbefalinger ift. fysisk aktivitet samt anbefalingerne for indtaget af frugt og grøn, hvorfor det øger transparensen og dermed stringensen.

Det fremgik, at forfatterne var blevet gjort opmærksomme på, at nogle deltagere ikke havde gode *literacy*-evner, hvorfor forskningsassistenter læste spørgsmålene højt for dem. Der kan være social desirability ift. at deltagerne, som får læst spørgsmålene højt, vil svare, hvad de forventer forskningsassistenter ønsker at høre. Det kan reducere troværdigheden af resultaterne. Forfatterne mener dog, at der potentielt kunne være flere deltagere, som havde lavere *literacy*-evner, men ikke var ærlige omkring dette, hvilket også reducerer troværdigheden. Det fremgår i studiet, at målingerne ud fra spørgeskemaet kunne mangle validitet ift. sund adfærd, hvilket kan reducere troværdigheden. Idet de ikke eksplicit beskriver, hvorvidt deres modificerede stadie var valideret, reducerer det transparensen af udførelsen af forskningen og dermed stringensen. Studiet vurderede paratheden for ændring af SA, hvilket findes relevant for den danske kontekst, da det måler, hvor i processen med ændring af SA, som borgerne befinder sig i.

7.5 Perspektivering af outcomes til ændring af borgernes sundhedsadfærd

Refleksionen tager empirisk afsæt i de dominerende temaer fra den kritiske fortolkning jf. 7.3 Kritisk fortolkning med inddragelse af *Det Åbne Sundhedsbegreb*. De omfattede temaer er 1B-D fra dokumentanalysen og 2A-I, 2B-I, 3A-I samt 3B-I fra interviewundersøgelsen. I interviewundersøgelsen kom det frem, at medarbejderne oplever, at borger der har deltaget i de kommunale indsatser, begyndte at motionerer 30 min. om dagen, sov 9 timer om natten og følte at de havde det godt, dog var deres BMI steget (2A-I). Ud fra medarbejderens oplevelse af deres arbejde, er disse outcome svære at håndtere, fordi det organisatoriske politiske niveau ønsker en kvantitativ afrapportering (2-AI). De kommunale medarbejdere kan ikke dokumentere et vægttab eller en reducere af BMI, da dette ofte er et sekundært outcome, der kommer når borgeren er i trivsel (1A-I). På baggrund af empirien er det behov for refleksion over andre potentielle måder at måle de outcomes på som de kommunale medarbejdere oplever ændringer på.

7.5.1 Inddragelse af videnskabelige studier til refleksion af målemetoder

I afsnittet analyseres målbare outcomes fra de systematisk fremsøgte videnskabelige studier jf. 7.4 Præsentation og kvalitetsvurdering af de inkluderede studier. Den systematiske litteratursøgning tog afsæt i de kommunale medarbejders efterspørgsel af subjektive outcomes forskellig fra fedtprocent, vægt og BMI til afrapportering ifm. indsatser målrettet ændring af borgernes SA. Formålet med afsnittet er at skabe refleksion hos medarbejderne ifm. andre potentielle målemetoder til ændring af borgernes SA mhp. at skabes overvejelse og dialog i kommunen vedr. andre outcomes.

Måling på *Stages of Change* som outcome

Studiet af Lacey, Street (104), tager udgangspunkt i Prochaska and DiClemente's *Stages of Change* model, der er udviklet til at forstå usund adfærd (104). Af studiet fremgik et behov for også at kunne bedømme sund adfærd ift. fysisk aktivitet og indtagelsen af frugt og grønt i førovervejelsesstadiet (104). Udvidelse af modellen muliggjorde identificering af borgere i vedligeholdelsesstadiet ift. sund adfærd (104). Således kan det overvejes, at anvende *Stages of Change* til at måle, hvilket stadium borgeren befinder sig på før og efter indsatsen for at se, hvorvidt der er sket en ændring af borgerens parathed til at ændre adfærd. Handlingsstadiet indikerer, at individet er i gang med at ændre adfærd, hvorfor det er væsentligt at medtænke, at borgerne først ændre adfærd ved dette stadium. Anvendelsen af *Stages of Change* understøttes ved, at studiet af Leung, Chan, Sea et al. (101) også anvendte *Stages of Change* ift. kost og fysisk aktivitet som et sekundær outcome (101). Dermed kan *Stages of Change* være et andet muligt outcome til at vurdere borgernes parathed til at ændre sin SA.

Måling af kostindtag som outcome

Studiet af Wright, Nelson, Garcia et al. (102) havde bl.a. fokus på kost (102). Interventionen baserede sig på *Theory of Planned Behavior*, som består af holdning, subjektive sociale normer og opfattede adfærdskontrol ift. en bestemt adfærd (102). Jævnfør Tabel 6: Matrice over studier fra den systematiske litteratursøgning var de målbare outcomes ifm. kost; indtag af frugt og grønt, indtag af vand, fastfood den sidste måned, koffeinindtag, indtag af sukkerholdig snack og indtag sukkerholdige drikkevarer (102). Hvilket indikerer, at kost kan måles med forskellige outcomes ift. om borgeren har ændret sine kostvaner fremfor nødvendigvis kun vægttab. Leung, Chan, Sea et al.s (101) studies primære outcome var bl.a. en *adherence score* for kostindtag og de sekundære outcomes var; self-efficacy ifm. overholdelse af kostindtag, viden i form af kendskab til ernæring og kostindtags *stage of change* og motivation (101). Det understøtter dermed, at kostvaner kan måles med forskellige outcomes.

Studiet af Carbonneau, Bégin, Lemieux et al. (103) måler på intuitivspisning og kvaliteten af kosten (103). Tilgangen er holistisk, hvor fokus fjernes fra vægt (103). Hvis arbejdet med borgernes SA omhandler en anden tilgang til borgernes kostvaner, kan måling af borgernes intuitive spisning eller kvaliteten af borgernes kost være en anden form for outcome end vægttab.

Måling af fysisk aktivitet som outcome

Studiet af Wright, Nelson, Garcia et al. (102) målte på ændringen af fysisk aktivitet ud fra, hvor mange dage om ugen deltagerne var aktive i ≥ 30 minutter ved hård, moderat, styrke eller andre typer af fysisk aktivitet (102). Dette outcome kan relatere sig til, at de kommunale medarbejdere oplevede, at borgerne blev mere aktive, men at medarbejderne ikke kunne afrapportere ændringen. Der blev anvendt en Likert-skala til dette (102), hvorfor selvrapporterede subjektive mål for fysisk aktivitet, med anvendelse af en Likert-skala, kan overvejes til at rapportere en ændring i borgernes SA.

Studiet af Leung, Chan, Sea et al. (101) undersøgte bl.a. scoren for overholdelse af fysisk aktivitet, og de sekundære outcomes for psykologiske prædiktorer; Viden, self-efficacy, motivation og stages of change ift. fysisk aktivitet (101). Det viser en anden måde at måle borgernes overholdelse af fysiske aktivitet på med udgangspunkt i bl.a. psykologiske prædiktorer.

Måling af søvnkvalitet og -kvantitet som outcome

I interviewundersøgelsen fremkom det, at medarbejderne forstår SA som bl.a. søvn og egenomsorg (1B-I). De kommunale medarbejders forståelse er, at søvn påvirker de kostmæssige og motionsmæssigt vaner, og at medarbejderne derfor først arbejder med at ændre borgernes søvnadfærd (3A-I). I studiet af Wright, Nelson, Garcia et al. (102) var søvn også et outcome, ift. kvalitet og kvantitet af søvn (102). Kvaliteten og kvantiteten af borgernes søvn kan således også være et outcome mål for, om borgerne i den danske kommune forbedrer deres SA i form af deres søvn.

Måling af graden af succes ift. målfrielse

I et studie af Carbonneau, Bégin, Lemieux et. (103) fremgår det, at teknikker til opretholdelse af adfærdsændringer kan være at formulere målsætninger, udarbejde handleplaner samt inddrage social støtte (103). Udledt af den kritiske fortolkning har de kommunale medarbejdere et ønske om, at borgerne har et ægte mål med deres vægttab, der skal være realistisk og være meningsfuldt (3B-I). Dette relaterer sig til studiet af Wright, Nelson, Garcia et al. (102), hvor deltagerne skulle forholde sig til, hvorvidt de følte succes med at nå deres egen målsætning (102). Dermed indikerer det, at et målbart outcome kan være graden af succes for egen målfrielse, som borgeren opnår. De kommunale medarbejdere mener, at det kan være nødvendigt at hjælpe borgerne til at opnå indsigt i, hvad deres ægte mål med vægttab er (3B-I). I studiet blev oplevelsen af succes med målfrielsen målt med ja/nej-spørgsmål suppleret med en rangering fra 0-100% ift. måling af graden af succes (102), hvilket kan være et potentielt outcome i den danske kommune.

Måling af ændrede handlefærdigheder som outcome

Studiet af Carbonneau, Bégin, Lemieux et al. (103) viste, at den største ændring i kvindernes intuitive spisning var at spise pga. fysiske fremfor emotionelle årsager (103). På baggrund af den kritiske fortolkning fremgår det, at det er nødvendigt at øge borgernes handlefærdigheder, hvilket kan sættes i relation til at lære at spise af andre årsager end følelser. Det indikerer altså, at kostadfærden kan skyldes andre bagvedliggende årsager, hvilket understøttes af de kommunale medarbejderes perspektiv, hvor overvægten er et symptom på stress, mistroivsel, manglende tilhørsforhold og lavt selvværd (1A-I). Det peger derfor i retning af, at et målbart outcome også kan forholde sig til, hvorvidt borgerne spiser pga. emotionelle årsager, og hvorvidt dette ændres gennem en indsats.

Psykosociale og subjektive fysiske outcomes

Yderligere målte studiet af Wright, Nelson, Garcia et al. (2020) på psykosociale outcomes i form af opfattede stress, positive påvirkning, negativ påvirkning, depressive symptomer, selvregulering, interpersonelle konflikt, ensomhed, social støtte, tilfredshed med ens forhold, samt subjektive fysiske sundhedsoutcomes i form af subjektiv sundhed, komparativ sundhed ift. deres jævnaldrende, fysiske symptomer og lokale kropssmerter (103). De kommunale medarbejdere efterspurgte bl.a. outcomes for trivsel og følelser, hvorfor en overvejelse kan være at anvende lignende psykosociale og subjektive fysiske sundhedsoutcomes for målingen af borgernes ændrede SA.

7.6 Forandringsforslag til praksis

Den kritisk fortolkning med anvendelse af Wackerhausens teori, bidrager til at skabe refleksion over de kommunale medarbejderes forståelse og arbejde med ændring af SA, i den konkrete kommune. Ved at reflektere over, hvordan medarbejderne forstår og arbejder med ændring af borgernes SA kan det medvirke til en almen forståelse af hvordan de kommunale medarbejder forstår og arbejder med SA.

Det kan anbefales at de kommunale medarbejdere reflekterer over Wackerhausens *generelle handlekapacitet*, bestående af tre elementer; *livsbetingelser*, *handlefærdigheder* og *mål* (20), I deres forståelse og I deres arbejde med ændringen af borgernes SA:

- I. Borgerens omgivelser, familieforhold, deres demografi samt økonomiske situation kan overvejes i arbejdet med ændring af borgernes sundhedsadfærd, for at favne deres livsbetingelser.

II. Borgerens handlefærdigheder i form af deres fysiske og psykiske funktionsevner i form af diagnoser, biomedicinske sygdomme og kognitive udfordringer kan favnes.

III. Det kan overvejes at tilpasse borgernes mål ift. borgerens livsbetingelser og dets handlefærdigheder således, at målet bliver et realistisk og borgerens egne mål i ændringen af dets sundhedsadfærd.

Perspektivering ud fra den systematiske litteratursøgning giver et bud på de kommunale medarbejderes efterspørgsel på andre outcomes end fedtprocent, BMI og vægt. Jævnfør 7.5 Perspektivering af outcomes til ændring af borgernes sundhedsadfærd kan de kommunale medarbejdere tage afsæt i følgende outcomes i beslutningen om deres arbejde med borgernes SA: Stage of Change, kostindtag, fysisk aktivitet, måling af søvnkvalitet og -kvantitet, måling af graden af succes ift. målbefrielse, måling af ændrede handlefærdigheder og psykosociale og subjektive fysiske outcomes.

7.6.1 Omsætning af forandringsforslag til praksis med anvendelse af Kotters ottetrinsproces til forandring

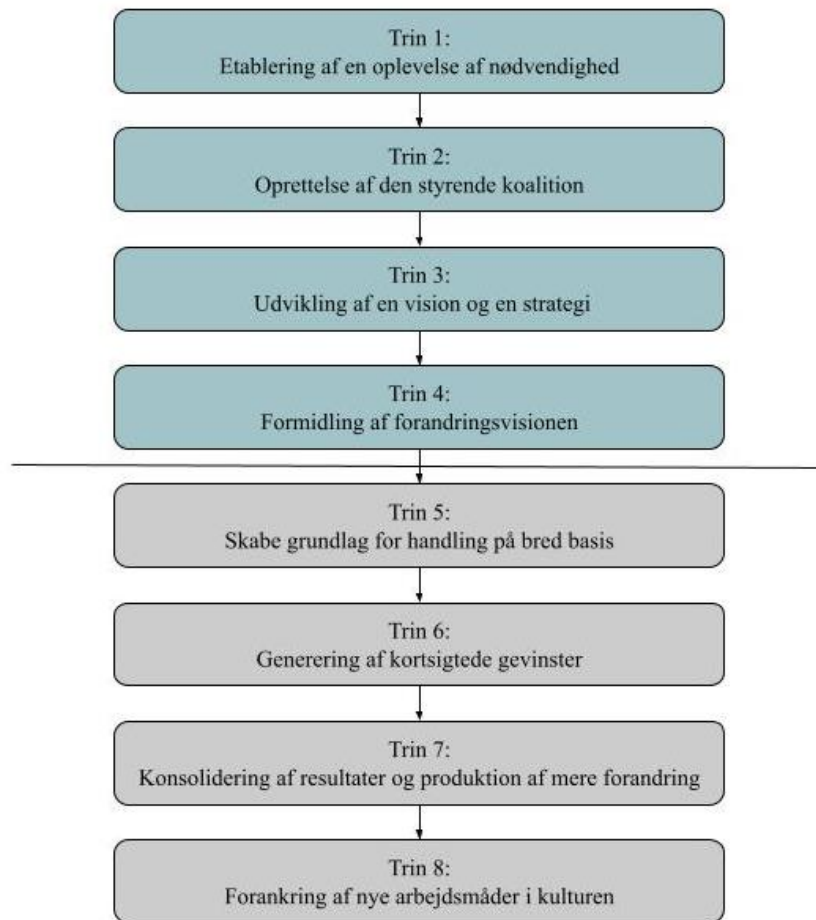
Ved anvende John P. Kotters ottetrinsproces til forandring, som er illustreret i Figur 6: John P. Kotters 8 trins forandringsproces med oversættelse af Torben Hanson (106) samt specialets anbefalinger, der skal udgøre kriterier for fremtidige forståelser, har den kommunale organisation større sandsynlighed for, at lykkedes med at gennemføre beslutninger, gennem kommunikation, der skal skabe forandring i organisationen (106). Fx kan en beslutningen være, at den kommunale organisation kan håndterer forskellige sundhedsforståelser, med en gensidig respekt for, at det er organisationerne der træffer beslutningerne. Det handler derfor ikke om at opnå en konsensus i forståelse af og arbejdet med borgernes SA.

Specielt arbejder med de først fire trin, som danner grundlag for videre beslutninger, og kan overføres til praksis. Dette på grund af at de første fire trin if. Kotter (106) er de trin der danner grundlaget, for fastgroede tilstande, altså forandringen i organisationens beslutninger (106).

7.6.1.1 John P. Kotters ottetrinsproces til forandring

John P. Kotters ottetrinsproces til forandring anvendes for at opnå en vellykket forandring (106). En succesfuld forandring bevæger sig fortløbende gennem alle otte trin, men processen kan godt foregå på flere trin samtidigt (106). Forandring er en tidskrævende proces der kræver involvering af mange mennesker og et godt lederskab (106). Hvert trin relaterer sig til én af de otte fundamentale fejl, der

undergraver forandring i en organisation, for bedre at kunne håndtere barrierer ifm. forandringen (106). Disse såkaldte fejl der ofte begås, er derfor nogle den kommunale organisation skal have for øje i forandringsprocessen for at kunne undgå dem eller minimere fejlene (106). Trin 1-4 er aktiviteter, som bidrager til at ændre status quo, trin 5-7 omhandler præsentationen af nye metoder, og trin 8 er integrationen af forandringerne i virksomhedskulturen og sikrer, at de vedligeholdes (106).



Figur 6: John P. Kotters 8 trins forandringsproces med oversættelse af Torben Hanson (106) samt specialets anbefalinger, der skal udgøre kriterier for fremtidige forståelser

Trin 1: Etablering af en organisatorisk oplevelse af nødvendighed

For at kunne opnå det nødvendige samarbejde, der skal til for at skabe en forandring, er det essentielt at der etableres en oplevelse af nødvendighed i organisationen (106). En oplevelse af nødvendighed bidrager til at indstille medarbejderne på at yde en ekstra indsats, der ofte er udslagsgivende, og uden denne vil det højst sandsynligt betyde, at drivkraften til at forandre praksis forsvinder (106). Specielt udgør trin 1, og kan bidrage med skabelse af oplevelsen af nødvendighed i den

kommunale organisation, da specialet svarer til Kotters (106) anbefaling om at undersøge situationen på området samt diskuterer potentielle muligheder og kriser forbundet hermed (106).

En typisk fejl, der afspejler sig på dette trin, er accept af for stor *complacency* (106), som ses ved at organisation holder fast i status quo og modsætter sig initiativer der relaterer sig til forandring (106). Ledere er vigtige i mindselsen af accept af *complacency* og øge oplevelsen af nødvendighed, samt chefer er nøglepersoner til at reducere inerti mod forandring (106). Derfor er det væsentligt at etablere følelsen af nødvendighed hos lederne på flere organisatoriske niveauer i den pågældende kommune for at sikre, at samarbejdet om forandring går på tværs af organisationen, og at der er en generel følelse af nødvendighed.

Trin 2: Oprettelses af den styrende koalition

De kommunale medarbejder oplever, at der i netværksgruppen er en kæmpe interesse for at gøre noget andet (2B-I), hvorfor denne netværksgruppe er oplagt som en del af koalitionen. I subtema 2B-I er det de kommunale medarbejders oplevelse, at det er muligt for dem at opnå indflydelse hos beslutningstagere. For at overvinde inerti mod forandring, er det vigtigt at etablere en stærk og styrende koalition, med den rigtige sammensætning af medarbejdere, der har indbyrdes tillid og fælles mål (106). En styrende koalition består af én eller flere ledere, hvor ledere der er del i den styrende koalition, skal have samme mål og vision, som medarbejderne med *hands on* og borgerkontakt. I tema 2B-I fremgår det, at der er en organisatorisk åbenhed, hvilket kan ses som en åbning opadtil for den styrende koalition. Dog fremgår det at opnå indflydelse hos beslutningstagerne er benhårdt arbejde (2B-I). Dette da der er mange forskellige organisatoriske niveauer der skal opnå forståelse for de kommunale medarbejders budskaber, hvorfor det kræver en del kommunikation (2B-I). Den styrende koalition skal være en styringsgruppe der arbejder som TEAM udenfor det normale hierarki og med aktiviteter uden for de eksisterende normer og procedure (106). Styringsgruppens medlemmer skal derfor være medarbejdere i organisationen med den rette ekspertise, stor indflydelse, et godt ry ift. at andre medarbejdere tager forandringsprocessen alvorligt samt at de skal kunne lede forandringsprocesserne, så det lykkes at forandre (106).

Trin 3: Udvikling af en vision og en strategi

Udviklingen af en fælles vision og strategi skal ske af den styrende koalition, hvor den fælles strategi muliggøre at komme fra status quo til forandring (106). Medarbejdere har ofte forskellige holdninger samt forskellige forståelse for veje til forandring, hvorfor en fælles strategi kan sikre, at medarbejderen har en fælles kurs (106). Det kan virke motiverende for medarbejderne at arbejder

ud fra en fælles strategi, da processen ofte er krævende (106). En fælles strategi gør det nemmere at koordinere medarbejderes handlinger, således de bliver effektiviseret, hvis der tages afsæt i den fælles udarbejde strategi (106). Vision bag en fælles strategi skal kunne beskrive budskabet der signalerer både forståelse og interesse, på under fem minutter (106). Hvis ikke modtageren forstår budskabet eller viser interesse, kræver visionen yderligere et arbejde (106). En fejl der ofte begås på dette trin er en undervurdering af visionens magt, hvorfor en fornuftig vision er det vigtigste (106). Visionen er medvirkende til styring, samordning samt inspirere til handlinger (106).

Trin 4: Formidling af forandringsvisionen

Fokus er her på hvordan visionen og strategien formidles, da en dårlig formulering kan gøre at budskabet går tabt (106). Hvis der er fejl i én af de ovenstående tre faser, mærkes det oftest her. Hvis ikke oplevelsen af nødvendighed er tilpas udtalt, er folk ikke opmærksomme på kommunikationen og informationerne omkring visionen (106). Hvis koalitionen ikke er bestående af de rette personer, kan gruppen have svært ved at skabe budskaberne (106). Hvis visionen ikke er god nok, eller for uklar kan budskabet være svært at sælge, For at få budskabet ud så er store gruppemøder, nyhedsbreve og uformelle samtaler på tomandshånd et godt fora (106). Det er derfor vigtigt at have for øje at kommunikationen skal gøres enkelt, troværdigt og tilstrækkeligt, hvor flertallet af medarbejderne skal være villige til at hjælpe (106). Uden en masse og troværdig kommunikation, vil de ansattes aldrig bliver fanget af ideen, hverken i følelsesmæssigt eller forstandsmæssigt (106). Visionen og strategien kan udtrykkes ved anvendelse af retoriske hjælpemidler som eksempelvis metaforer og billederne, da disse er virkningsfulde i sig selv, og dermed kan hjælpe til udbredelse af forståelsen af den nye vision og strategi (106). Når der kommunikeres, sker både med ord og men også i handlinger, hvor handlinger er den mest effektiv kommunikation, hvorfor medlemmernes adfærd skal stemme overens med deres verbale kommunikation (106). I kommunikationen skal potentielle fordele ved forandringen opfattes af modtageren som tiltrækkende samt troen på at en forandring er mulig (106).

Herefter skal de resterende trin i Kotters ottetrinsproces til forandring følges, internt i kommunen.

Evaluering og implementering

Det er væsentligt at den kommunale organisation tager sig tilstrækkelig tid til at sikre, at den næste generation af ledere virkelig personificerer den nye måde at se sundhed på og den tilhørende ny måde at måle hvorvidt interventioner har den ønskede effekt (106). Efter fuldførelsen af trin 8, så

skal forandringen opfølges af en evaluering (106). Kotters ottetrinsproces til forandring har ikke en særlig detaljeret beskrivelse af implementeringsprocessen, hvorfor Dean L. Fixsens et al.'s implementeringsteori, i form af et *framework*, med fordel kan anvendes til implementering af en forandring af en evidensbaseret praksis i en organisation (107). I Fixsen et al.s (107) *framework* indgår nogle forskellige kernekomponenter i arbejdet med implementeret, hvorfor det passende kan danne grundlag for implementeringen af ovenstående beslutningsforslag der kan danne grundlag for en strategi (107).

8. Diskussion

Dette afsnit indeholder først en diskussion af specialets resultater sammenholdt med anden litteratur, herefter følger en diskussion af metodevalg med udgangspunkt med Kitto, Chesters & Grbichs kvalitetskriterier.

8.1 Resultat diskussion

Formålet med specialet var at opnå viden om det kommunale arbejde med ændringen af borgernes SA for at skabe forandring i form af refleksion over forståelsen af SA, arbejdet med ændringen af borgernes SA og hvordan outcomes i de kommunale indsatser kan opgøres, i den pågældende kommune. Det skyldes paradokset fremlagt jf.

1. Initierende problem, at indsatser målrettet ændringen af borgernes SA i høj grad er individrettet på baggrund af en biomedicinsk forståelse af sundhed (18) til trods for at SA, ud fra en socioøkonomisk forståelse, ikke blot kan ændres alene på baggrund af motivation og færdigheder, men også politikker, miljøer, sociale relationer og individets egen motivation skal inddrages i indsatserne (14). Denne betoning, af individets ansvar for dets SA i de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, blev gennem problemanalysen fremanalyseret til at skyldes en forståelse af SA på baggrund af en forståelse, der primært drejede sig om risikoadfærd. Således var der behov for at afdække kommunale medarbejderes gældende forståelser af SA og deres udlægning af arbejdet med ændringen af borgernes SA. Det fremgår på baggrund af specialets resultater, at der i den pågældende kommune fremgik en bredere tilgang til sundhed og indsatserne rettet mod ændringen af borgernes SA, end blot en risikoforståelse. Dette stemte i højere grad overens med det åbne sundhedsbegreb af Steen Wackerhausen med sundhed som borgerens mulighed for at indfri egne mål ud fra dets handlefærdigheder og livsbetingelser. Endvidere fremgik det af de kommunale medarbejderes udlægning, at målingen af, hvorvidt borgerne opnåede ændring af SA blev opgjort i vægt og BMI. Dette outcome viste dog ikke det fulde billede af arbejdet med ændringen af borgernes SA if. de kommunale medarbejdere, da arbejdet i høj grad centrerer sig om at blotlægge både borgernes incitament til ønsket om ændret SA samt årsagerne til SA'en ved at fokusere på bl.a. trivsel.

8.1.1 Implikationer af en højrisikostrategi til borgernes sundhedsadfærd

8.1.1.1 Fordele og ulemper ved en højrisikostrategi for arbejdet med ændringen af SA

Idet den kommunale indsats tilbydes borgere med en negativ SA, er det en individrettet strategi, i form af en højrisikostrategi, der er tilpasset en bestemt gruppe i højrisiko (108). Dette var også den initierende problematik. Strategien er fordelagtigt til at fremme borgernes SA, idet den bestemte gruppe vil opfatte indsatsen som relevant, hvis de selv vurderer, at de er i risiko (108), altså har en negativ SA. Eksempelvis fremgår det både af dokumentanalysens og interviewundersøgelsens strukturanalyser, at nogle af indsatserne var målrettet borgere med overvægt 7.3 Kritisk fortolkning med inddragelse af *Det Åbne Sundhedsbegreb*, og at de blev tilpasset borgernes hverdag, hvorfor en indsats rettet mod reducere af overvægt vil opfattes som relevant for borgeren med overvægt, hvis denne opfatter det som en risiko. På den ene side, vil indsatsen rettet mod negativ SA være fordelagtig, da de vil øge borgerens motivation (108). Det kan skyldes, at borgeren med en negativ SA vil være motiveret, når denne er opmærksom på egen risiko, samt at den tilrettelagte indsats er tilpasset risikoen i form af en negativ SA. På den anden side fremgik det af de kommunale medarbejderes

udlægning, at borgerne afbrød deltagelsen i tilbuddene, hvis de var blevet henvist af lægen (3B-I). I den kritiske fortolkning fremgik det, at årsagen var, at det ikke var borgerens eget ægte mål at ændre deres SA. Hvis borgerne ikke mener, at deres SA er negativ eller udgør en risiko for dem selv, som fremanalyseret i 2.2 Forskellige forståelser af risiko og dets indflydelse på sundhedsadfærd, kan det altså betyde, at de frafalder indsatsen, da det vil være et påtvunget mål. Dermed vil en højrisikostrategi ikke nødvendigvis kunne motivere borgerne, hvis de ikke opfatter deres adfærd som en risiko, til trods for at indsatsen tilrettelægges højrisiko-gruppen.

Imidlertid har højrisikostراتيجier den ulempe, at den ikke specifikt er beregnet til en adfærdsændring (108). Det skyldes, at det kan være svært for individet at ændre sin adfærd, hvis eksempelvis omgangskredsen stadig har denne negative SA (108). Som det fremgik i 2.4.2 Social relationers betydning for sundhedsadfærd, viste et scoping review af Munt, Patridge og Allman-Farinelli (47), at familie og venner både kan fungere som barriere eller facilitator for unge voksnes sunde kostvaner (47). Endvidere viste et systematisk review af Kwasnicka, Dombrowski, White et al. (52) fra samme afsnit, at individer har tilbøjelighed til at tilpasse sig de eksisterende sociale normer og regler om adfærd, der hersker i deres sociale gruppe (52). Det kan betyde, at borgere med negativ SA kan have svært ved at ændre sin adfærd gennem en højrisikostrategi, når det fremgår, at mennesker også påvirkes af deres sociale normer og omgangskreds.

8.1.1.2 En fortsat tilstedeværelse af distale årsager til sygdom

En anden væsentlig ulempe er, at højrisikostrategi ikke medfører radikale ændringer, da sådanne indsats ikke tilrettelægges efter at ændre bagvedliggende faktorer (108). Ifølge Rose (108) skyldes den manglende radikale ændring, at der kan ske en ændring hos den pågældende generation, der tilbydes indsatsen, men ikke nødvendigvis hos næste generation, da disse vil opleve samme problematik, grundet de bagvedliggende faktorer ikke elimineres (108). Bagvedliggende faktorer kan sættes i relation til Link & Phelans (109) *social conditions*, som er distale årsager til sygdom i form af menneskets relation til andre mennesker i form af samfundsstrukturer, socioøkonomisk status, social støtte m.m. (109). Modsat distale årsager er proksimale årsager til sygdom, hvilket if. Link og Phelan (109) er årsager på individniveauet, som individet har mulighed for at kontrollere (109). Indsatserne rettet mod SA eliminerer altså i højere grad de proksimale faktorer i form af SA. Link og Phelan (109) argumenterer for, at nogle *social conditions* kan være *fundamental causes* til sygdom, hvilket skyldes, at de består over tid, og vedrører mange forskellige sygdomme og risikofaktorer (109). Det betyder, at hvis ikke de fundamentale årsager til sygdom ændres, vil de proksimale i form af borgernes SA'en heller ikke ændres, da de fundamentale årsager stadig over tid vil influere.

En fundamental årsag til sygdom er adgangsgivende til væsentlige ressourcer i form af viden, penge, power og prestige, der hjælper individet med at undgå sygdomme og medfølgende negative konsekvenser (109). I relation til *social conditions* er det vigtigt at have fokus på de bagvedliggende årsager til årsagen, *causes of causes*, for at opnå den mest varige effekt af eksempelvis en livsstilsændring (109). Af den Nationale Sundhedsprofil 2017 fremgår det, at danskere med lavere SES i højere grad har negativ SA i form af rygning, usunde kostvaner, fysisk inaktivitet og overvægt (4). Endvidere fremgår det, at antallet af danskere, som har to eller flere risikofaktorer, i takt med at uddannelsesniveaue stiger (4). Det indikerer således, at der er en bagvedliggende årsag til, at borgerne har en negativ SA, idet negativ SA har sammenhæng med SES, og dermed må være en fundamental årsag til sygdom. Grundet denne fundamentale årsag til sygdom vil borgere med en lavere SES altså have færre ressourcer til at undgå en negativ SA. Derfor vil en højrisikostrategi målrettet ændringen af borgernes SA ikke nødvendigvis være fordelagtig for en mest varige effekt. Link og Phelan (109) beskriver yderligere, at det ikke hjælper at give information omkring sund kost til mennesker med færre økonomiske midler, og at det derfor er nødvendigt at have forståelse af konteksten, som leder til risikofaktorerne, ellers vil de fundamentale årsager til sygdom ikke ændres, og det vil ikke ændre på de proksimale faktorer over tid (109). Der fremgår altså en negativ konsekvens af, at det er personer med lavere SES, som har flest risikofaktorer samtidig med, at de indvidrettede strategier, herunder højrisiko, har fokus på ændringen af SA, og dermed ikke de mulige bagvedliggende faktorer som SES. Dermed vil en indsats, der blot er målrettet en ændring af sundhedsadfærd have den negative konsekvens, at det ikke vil ændre de fundamentale årsager til sygdom i form af negativ SA.

Et studie af Pearce, Rychetnik og Wilson (110) viste, at et fokus på, at individerne selv skulle ændre deres adfærd, kan være en hindring for, at sundhedstjenester har en effekt ift. forebyggelse af svær overvægt (110). Sundhedsstyrelsen (111) udgav en rapport i 2020 *Indsatser mod ulighed i sundhed*, hvor det fremgår, at individrettede indsatser ikke reducerer ulighed i sundhed, men i stedet er strukturelle indsatser effektive til dette (111). På den ene side har indsatsen rettet mod borgernes SA ikke primært fokus på ressourcerne til at undgå sygdom, da fokus retter sig mod ændringen af borgernes SA (1-D). På den anden side fremgår det af specialets resultater af den kritiske fortolkning om livsbetingelser, at de kommunale medarbejdere medtænker de bagvedliggende faktorer i indsatserne, såsom stress, mistrivsel, ensomhed, relationer og at indsatsen skal tilpasses borgerens hverdag (1-I, 2-D). Sundhedsstyrelsen (112) udgav i 2012 en rapport om, hvad kommuner kunne gøre ift. social ulighed i sundhed, og betonedede væsentligheden af strukturelle indsatser, men også

indsatser der kombinerede både strukturelle og individuelle tiltag (112). Denne pointe understøttes af The Marmot Review (113) der konkluderede, at en populationsstrategi til at ændre SA såsom rygning, alkohol og overvægt er nødvendig for at reducere den sociale gradient, mens de målrettede interventioner kan være nødvendige for at ramme specifikke grupper (113). Et studie af Coupe, Cotterill og Peters (114) konkluderede, at det er nødvendigt med skræddersyede interventioner til populationer med lavere socioøkonomisk status grundet deres specifikke behov (114). Derfor kan indsatser rettet mod ændringen af borgernes SA være nødvendige i kombination med andre strukturelle tiltag, som skal bidrage til at ændre uligheden i sundhed og SA.

Dette indikerer, at det er nødvendigt, at de bagvedliggende årsager også medtænkes i arbejdet med ændringen af borgeres SA, udover arbejdet med ændringen af borgerens SA. Dette er væsentligt, da målbefrielsen baseres på individets livsbetingelser (20). Som det fremgik af tema 1A-I, medtænker de kommunale medarbejdere de bagvedliggende faktorer i arbejdet med ændringen af borgernes SA, da de mener, at det har betydning for adfærden.

8.1.1.3 Ansvar for ændringen af sundhedsadfærd

Det fremgik i problemanalysen, at *blaming the victim* kan være en utilsigtet konsekvens ved en individrettet indsats, da borgerens gøres ansvarlighed for egen sundhed og SA. Et studie af Greener, Douglas og van Teijlingen (115) viste dog, at individer med overvægt ansvarliggjorde sig selv for deres overvægt, hvorimod sundhedsprofessionelle og beslutningstagere i høj grad mente, at overvægt var et socioøkologisk-skabt problem (115). Det fremgår således, at ansvarliggørelsen for overvægten var fra borgerne selv. Modsat fandt et studie af Pearce, Rychetnik og Wilson (110), der undersøgte, hvordan hospitaler og samfundsbaseerede sundhedstjenester inkorporerer forebyggelse af voksne med overvægt eller svær overvægt i politik og praksis, at der herskede en opfattelse af, at overvægt eller svær overvægt er et valg (110). Dette var dog i et setting med støtte til kontrol af livsstilsændringer og adgang til bariatrisk kirurgi, og ikke forebyggelsesservices specifikt til individer med overvægt eller svær overvægt (110). Dermed fremgår divergens mellem sundhedsvæsenet og borgere ift., hvorvidt overvægt eller svær overvægt blev opfattet som individets valg. Det fremgik dog, at beslutningstagere mente, at der skulle miljømæssige og socialpolitiske ændringer til for at kunne ændre vægten (115), og at klinikerne fortalte om, hvorfor sundhedstjenester i højere grad burde tage et større ansvar for forebyggelse af overvægt eller svær overvægt (110). På denne måde fremgår altså en bevægelse mod, at det er nødvendigt med en bredere tilgang til SA, så det ikke blot er individets eget ansvar. Det kan dog tendere til en stadig stigmatisering, hvis det omhandler elimi-

neringen af den overvægtige krop, eller de kropslige vederstyggeligheder, som beskrevet i afsnit *Stigmatisering ved adfærdspåvirkning*. Studiet af Pearce, Rychetnik, Wilson (110) fandt endvidere, at når fokus var at individerne selv skulle ændre deres overvægt, kunne det bl.a. medføre en utilsigtet konsekvens i form af stigmatisering (110).

8.1.2 Handlefærdigheder

Ifølge Link, Phelans (109) er en fundamental årsag til sygdom ressourcer i form af viden, penge, magt og prestige (110). Det formodes, at hvis borgeren har flere af sådanne ressourcer, vil borgeren også i højere grad kunne undgå sygdomme. Det fremgik af resultaterne, at de kommunale indsatser rettet mod ændringen af SA indbefatter at give borgerne fordelagtige handlefærdigheder i form af sundhedskompetencer (3A-I), hvilket stemmer overens med viden fra Link, Phelans (110) påpegede ressourcer i form af viden. Et tværsnitsstudie af Protheroe, Whittle, Bartlam et al. (116) viste en association mellem en højere grad af begrænset health literacy og højere alder, lavere uddannelsesniveau, lavere indkomst, opfattelse af dårlig sundhed og manglende adgang til internettet (116). Protheroe, Whittle, Bartlam et al. (116) beskrev health literacy, som individernes kapacitet til at træffe passende beslutninger vedr. deres sundhed, ud fra at opnå, behandle og forstå grundlæggende sundhedsinformationer og -tjenester (116). Det indikerer dermed, at lavere uddannelsesniveau og lavere indkomst har sammenhæng til lavere health literacy. Det er dermed væsentligt at medtænke borgernes health literacy, idet der fremgår en tilbøjelighed til, at uddannelsesniveau og risikofaktorer har sammenhæng (4), og at dem med lav SES har lavere health literacy. Et studie af Cheong, Mohamad Nor, Ahmad et al. (117) viste, at en samfundsbase intervention øgede kvinder med lav SES' health literacy, men kun ift. kostindtag (117). Dermed peger i retning af, at indsatser kan øge borgeres SES, og det potentielt kan føre til, at færre har to eller flere risikofaktorer, når dette er associeret med lavere uddannelsesniveau (4).

8.1.2.2 Borgerens eget mål skal være omdrejningspunktet for ændringen af sundhedsadfærd

Det fremgår af dokumentanalysen, at arbejdet med ændringen af borgernes SA bl.a. indbefatter målsætning (2C-D), mens de kommunale medarbejdere udlægger, at arbejdet med ændringen af borgernes SA indbefatter afdækning af borgerens eget mål med bl.a. vægttab, og hvad borgeren opfatter som meningsfuldt i deres liv (3B-I). Ifølge de kommunale medarbejdere var borgerne i højere grad motiveret, når de selv havde sat målet (3A-I). Det kan derfor være fordelagtigt at arbejde

ud fra borgerens eget mål med ændringen af SA. Deltagernes målsætning anvendes allerede i indsatser. Det fremgik i studiet af Wright, Nelson, Garcia et al. (102), at deltagerne selv besluttede, hvilken adfærd de ønskede at ændre, samt hvad deres opfattelse var ift. om de havde indfriet egen målsætning (102). Det samme gjorde sig gældende i et studie af Toobert, Glasgow, Strycker et al. (118) vedr. middelhavskost, hvor deltagerne havde mulighed for at opstille egne mål vedr. livsstilsændringen og fik vedvarende støtte til deres mål (118). Et systematisk review og metaanalyse af Epton, Currie & Armitage (114) konkluderede, at målsætning er en effektiv teknik til adfærdsændring (119). Derfor kan det være fordelagtigt for den pågældende kommune at arbejde ud fra borgernes egen målsætning, når den vurderes effektiv ift. at ændre deres SA. Endvidere konkluderede de bl.a., at målsætningen kan være effektiv ift. at øge adfærdsændringer, hvis de er specifikke og svære (119).

8.1.2.1 Andre målbare outcomes for ændringen af sundhedsadfærd

Som det fremgår af forandringsperspektivet, er en anbefaling, at vægt ikke skal være central, men at der skal inkluderes andre former for målbare outcomes i indsatsen. I en opsummering af opdateringen af *Canadian clinical practice guidelines* vedr. overvægt, fremgår det, at der skal være et skifte fra kun at anvendte vægttab alene som outcome til også at inkludere patient-centreret sundhedsoutcomes (120). Det understøtter dermed specialets anbefalinger om overveje, at SA ikke blot opgøres i vægt, men også i andre sundhedsoutcomes. Det fremgik i et randomiseret klinisk forsøg af Toobert, Glasgow et al. (118) omkring en middelhavskost, at de også anvendte andre målemetoder (118). Udover de adfærds-mæssige outcomes såsom kostmønstre, fysisk aktivitet og stresshåndtering målte de også på psykosociale outcomes herunder sociale ressourcer, evnen til at løse problemer, self-efficacy, stress og depression, livskvalitet og omkostning ifm. intervention pr. deltager (118). Yderligere fremgik det af et kvalitativt studie med en induktiv tilgang af Luig, Anderson et al. (121) om de interpersonelle processer i kliniske konsultationer med patienter med overvægt og svær overvægt, at der også her var anvendt andre typer outcomes end vægttab (121). Det gjaldt bl.a. øget aktivitet, kobling af ens aktiviteter med værdimål, strategier til varig vaneændring, herunder fx at optimere søvn, samt outcomes med fokus på det hele menneske, hvilket de beskriver som herunder øget interne ressourcer, emotionelt velvære, fysisk sundhed og social sundhed (121). Det understøtter altså specialets resultat omkring at inkludere andre outcomes end vægt og BMI. Psykosociale outcomes, adfærds-mæssige og outcomes ift. det hele menneske kan altså være relevant i vurderingen af, hvorvidt borgere har ændret SA.

8.2 Metodediskussion

Metodediskussion er inddelt efter de tre dataindsamlingsmetoder; dokumentanalyse, interviewundersøgelsen og systematiske søgning. I hvert afsnit bliver metodevalget diskuteret og løbende vurderet med anvendelse af Kitto, Chester et al.s (64) stringens (*rigour*), troværdighed (*credibility*) og relevans (*relevance*) jf. 6.6 Kvalitetskriterier. Disse begreber anvendes ift. om metodevalget øger eller reducerer det pågældende kvalitetskriterium, alt efter påvirkning heraf. Afslutningsvist fremgår en vurdering af specialets pålidelighed (*trustworthy*) (64) ud fra et niveau (dårligt, under middel, middel, over middel, god).

8.2.1 Dokumentanalyse

Transparens og stringens

Der er skabt transparens i dataindsamlingen og håndteringen af dokumentanalysens resultater i form af dokumentering af metodevalg, anvendelse af Inklusionskriterier og anvendelse af metatekster, som øger stringensen. Anvendelsen af Pedersen & Dreyers Ricoeur-inspirerede tilgang til fortolkning bidrager yderligere til transparens, da en styrke ved metoden er, at den muliggør at følge processen og argumenterne for resultaterne (62). Dermed opnås en vis stringens i dokumentanalysen.

Ulempen ved at der blev anvendt dynamiske dokumenter er, at dets indhold kan ændre sig, da dokumenterne løbende opdateres (69). Det har dog ikke betydning for resultaterne, idet dokumenterne blev downloadet for at sikre, at det var den samme version, der blev anvendt i specialet. Men det kan have betydning for transparensen, idet dokumenterne kan være opdateret siden, og det dermed ikke vil være muligt at se versionen, som blev anvendt. Endvidere er de ikke vedlagt som bilag grundet anonymisering, hvorfor transparensen yderligere reduceres og dermed stringensen. Anonymisering var dog af højeste prioritet. Omvendt kan anvendelsen af statiske dokumenter være fordel, da de ikke forandrer sig efter udgivelsen (69), hvorfor det øger transparensen, da det dermed er muligt at se versionen. Dokumentanalysen har således øget transparens og dermed stringens.

Troværdighed

Dokumenter anses if. Merriam & Tisdell (72) for værende en objektiv kilde til data og er derfor en meget stabil datakilde, idet undersøgerens tilstedeværelse influerer på datakilden (72). Dermed var det på den ene side en metodisk styrke at anvende dokumenter, der i forvejen var produceret, fordi specialegruppen ikke har haft indflydelse på frembringelsen. Dette kan anses for at øge troværdig-

heden. På den anden side kan det også være en svaghed, at specialegruppen ikke har kunne påvirke frembringelsen af dokumenterne, da indholdet og informationerne var givet på forhånd, hvorfor det ikke nødvendigvis var information, som var tilpasset og brugbar for specialet. Troværdigheden af dokumentanalysen vurderes dog som øget, da dokumenterne var brugbart for besvarelsen af U2.

Det kan være svært at bestemme dokumenternes *authenticity* og *accuracy*, da dokumenterne kan indeholde indbyggede *biases*, som undersøgerne ikke er bevidste om (72). Dette kan således reducere resultaternes troværdighed. Udledt af Ricoeur, har specialegruppen distanceret sig og stillet sig foran teksten, og dermed blev dokumenternes meningsindhold løsrevet fra kommunens intention (61). Kommunens intention med dokumenterne blev derfor ikke omdrejningspunkt. I stedet blev meningen med det sagte i dokumenterne omdrejningspunktet, hvilket øger resultaternes troværdighed.

Relevansen

Dokumenterne ikke specifikt udarbejdet til besvarelsen af U1, hvilket kan påvirke relevansen. Det vurderes dog, at dokumenterne var relevante til besvarelsen af U1, idet de omhandler den konkrete danske kommune, *konteksten*, og arbejdet med ændring af borgernes SA, *fænomenet*.

Dokumenterne ikke specifikt udarbejdet til besvarelsen af U1. Det vurderes, at dokumenterne er relevante til besvarelse af U1, idet de omhandler den konkrete danske kommune, *konteksten*, og arbejdet med ændring af borgernes SA, *fænomenet*, og dermed var nyttige. For at sikre relevans er U1 blevet tilpasset undervejs, således at U1 kunne besvares på baggrund af dokumenterne.

8.2.2 Interviewundersøgelsen

Transparens og stringens

I interviewundersøgelsens dataindsamling og resultathåndtering blev der skabt transparens gennem dokumentering af metodevalg, anvendelse af interviewguide, transskriptionskonventionerne, anvendelse af metatekster samt citater i resultaterne som belæg, hvilket øgede stringensen.

Der er risiko for, at data fra interviewundersøgelsen divergerer grundet strukturen, idet der ikke var en fastlåst struktur og der blev skabt rum til, at informanten kunne bidrage med andre emner og retninger i interviewet (70). Idet specialegruppen holdt sig til interviewguiden, bidrog det til transparens og stringens ifm. dataindsamlingen, til trods for at spørgsmålene ikke kom kronologisk.

To af interviewene blev transskriberet af begge fra specialegruppen, mens at det sidste interview blev transskriberet af den ene. At et interview blev transskriberet af to forskellige kan på den ene side reducere troværdigheden, da der kan være forskel i, hvordan det blev gjort. Men på

den anden side var transskriptionskonventionerne prædefineret for at have så ensartet transskriberinger som muligt, hvilket bidrog til at højne troværdigheden.

Troværdighed

Det kan diskuteres, hvorvidt specialegruppen har opnået saturation (72), altså mæthed, med tre informanter. Indholdet for interviewene var dog repræsenteret på tværs af interviewene, hvilket øger troværdigheden.

De tre semistrukturerede interviews adskiller sig fra hinanden. Én fra specialegruppen afholdt et interview, mens den anden afholdt to. På den ene side kan det betyde, at der var forskel i resultaterne på tværs af de tre interviews, da interviewer, jf. 6.4.2.5 Gennemførelsen af interview, anvender sig selv som redskab i samtalen (70), hvorfor det vil være to forskellige måder at interviewe på. Det kan reducere troværdigheden. Et eksempel herpå var et spørgsmål om nudging, som ikke blev stillet i det ene interview, mens det blev stillet i de to andre. Det medførte, at de to informanters svar på spørgsmålet ikke kunne anvendes, da det ikke var repræsenteret på tværs af materialet, hvorfor det har haft betydningen for resultaternes troværdighed, da det potentielt kan have været relevant for specialet. På den anden side var interviewguiden var afsættet for spørgsmålene, samtidig med at det blev besluttet, at begge specialemedlemmer skulle deltage i interviewene, hvorfor det formodes, at interviewundersøgelsen alligevel har en vis troværdighed, da begge havde mulighed for at stille informanterne spørgsmål. Endvidere tilstræbte specialegruppen en åben tilgang til det sagte, hvorfor intentionen netop var, at interviewene skulle være af samtaleform, og ikke fastlåst i strukturen.

Troværdigheden kunne have været øget, hvis transskriberingen af hvert interview var blevet gennemført af to personer uafhængigt, hvorefter transskriberingen kunne sammenlignes for at diskutere eventuelle uoverensstemmelser (70).

Valget om at begge fra specialegruppen afholdt interviews og foretog transskriberingerne medførte dog, at begge havde en god indsigt i materialet, hvilket muliggjorde en god og lige arbejdsproces i analysen af empirien.

Interviewspørgsmålene blev stillet i hverdagsprog og uden fagtermer for at sikre, at spørgsmålene var forståelige, og at interviewet mindede om en almindelig samtale (70). Det kan dog diskuteres, hvorvidt det lykkes i tilstrækkelig grad, da eksempelvis SA blev kaldt *adfærd i forhold til borgernes sundhed*. Det betød altså, at forsøget med at benytte hverdagsprog i stedet gjorde spørgsmålene lange og upræcise, fremfor korte og præcise. Dette kan have betydning for resultaternes troværdighed.

Relevans

Interviewundersøgelsen er relevant, da formålet med specialet var at opnå viden om de kommunale medarbejderes forståelse af og arbejdet med ændringen af borgernes SA. Jævnfør 6.2.2 Paul Ricoeurs fortolkningsteori videregives erfaringer gennem fortællinger (62), og dermed bidrog interviewet til at opnå relevant information gennem de kommunale medarbejderes fortælling.

8.2.3 Systematiske søgning

Transparens og stringens

I den systematiske litteratursøgning blev der skabt transparens i form af dokumentering af metodevalg, anvendelse af søgestrategier, dokumentering af søgningerne jf. Bilag 4, anvendelse af metatekster, samt kvalitetsvurderinger jf. Bilag 5, som bidrager til øget stringens.

Troværdighed

En svaghed ved den systematiske litteratursøgning var, at denne blev foretaget lige efter, at data var indsamlet. Dette var således forinden udførelsen af strukturanalysen og den skriftlige præsentation heraf samt forinden den kritiske fortolkning. At litteratursøgningen har fundet sted så tidligt i processen, kan reducere troværdigheden, da resultaterne ikke nødvendigvis er så nyttige som de kunne have været, hvis de fandt sted efter strukturanalysen. Det er dog væsentligt at medtænkt, at den systematiske litteratursøgning ikke blev anvendt til en kritisk fortolkning jf. Pedersen & Dreyers fortolkningsmetode, men som perspektivering ift. de kommunale medarbejderes efterspørgsel på andre målemetoder med ændringen af borgernes SA.

Det kan diskuteres, hvorvidt specialegruppen var for snæver i udvælgelse af videnskabelige studier og dermed reducerede troværdigheden af resultaterne. Det fremgik fx ved, at et eksklusionskriterium var, at fokusområdet ikke skulle være sygdoms- eller diagnosespecifik for at opnå viden om generelle outcomes, fremfor specifikke til en bestemt sygdom. Et studie vedr. kvinder med menopause og diabetes blev ekskluderet, men fremkom efterfølgende i en søgning til resultatdiskussionen, hvor outcomes ikke kun var tilpasset kvinder med menopause eller diabetes. Dermed kan det betyde, at flere relevante studier kan være blevet ekskluderet på baggrund af eksklusionskriterierne, selvom de kunne have været anvendelige til at undersøge andre outcomes til den generelle population med overvægt.

Specialets søgeprotokol kan ydermere diskuteres ift. antal af blokke og indholdet i blokkene. I litteratursøgningen fremkom 1.636 videnskabelige studier i fire databaser. Det kan skyldes, at der

blev anvendt flere blokke, hvilket indsnævrede søgningen (83). Dermed kan genfindingen af søgningen have været lav (83), hvilket kan betyde en reducere af troværdigheden, hvis specialegruppen gik glip af relevante artikler.

Relevans

Yderligere kunne en overvejelse være, at *Outcomes* fra PICO (83) fx kunne have været *behavioural outcomes*, *psychosocial outcomes*, *biometrics outcomes*. Det blev dog fravalgt, da formålet var at undersøge anderledes målbare outcomes, og der var en risiko for ikke at indfange alle typer af outcomes, i tilfælde af at det på forhånd var defineret, hvilke der skulle fremkomme. Derfor øgede det relevansen, da det ikke var specialegruppen som havde besluttet på forhånd, hvilke outcomes der fremkom af søgningen, men det var relevante outcomes for de kommunale medarbejderes efterspørgsel.

Af Pedersen og Dreyers Ricoeur-inspirerede analysestrategi (62) fremgår det, at der i tredje trin skal anvendes anden litteratur og forskning til at fortolke (62). I specialet blev den systematiske litteratursøgning ikke anvendt til at løfte analysen fra det konkrete til det almene niveau. Dette var dog et designvalg ift. at give konkrete anbefalinger på baggrund af den kommunale efterspørgsel, om en anden afrapportering af outcomes i indsatserne målrettet ændring af borgernes SA, der fremgik af data. Det kunne have øget troværdigheden af resultaterne af den kritiske fortolkning, hvis disse var forsøgt forstået og forklaret ud fra anden forskning.

9. Konklusion

Specialet havde til formål at opnå viden om arbejdet med ændringen af borgeres sundhedsadfærd i en dansk kommune ud fra kommunale dokumenter og kommunale medarbejderes udlægning af deres arbejde. Gennem specialet fremgik en divergens i forståelsen af sundhedsadfærd på tværs af tekstanalyserne af hhv. dokumenterne og de individuelle interviews kommunale medarbejdere. De kommunale medarbejdere betonedede en bred forståelse af sundhedsadfærd, hvor sundhedsadfærd betinges af andre bagvedliggende årsager. På baggrund af den kritiske fortolkning med inddragelse af Steen Wackerhausens *det åbne sundhedsbegreb* pegede det i retning af, at de kommunale medarbejderes forståelse stemte overens med det midtsøgende sundhedsbegreb, som omhandler borgernes målindfrielse i forhold til egne livsbetingelser og handlefærdigheder. Endvidere bidrog Steen Wackerhausens *refleksion i praksis* til en forståelse af, at de kommunale medarbejderes refleksion over deres arbejde var en bevægelse mod en ændring af praksis.

En begrænsning i specialet var dog, at der ikke blev anvendt anden litteratur til at forstå og forklare specialets resultater, som Birthe Pedersen og Pia Dreyers fortolkningsmetode fremhæver. Den manglende inddragelse af videnskabelige studier til at forstå og forklare resultaterne yderligere, begrænsede dermed at opnå en større forståelse og almen mening af resultatet. Gennem empirien fremgik en efterspørgsel på målbare outcomes, som var passende for måden, de kommunale medarbejdere ønskede at arbejde med sundhedsadfærd på. Derfor tog den systematisk litteratursøgning udgangspunkt i denne efterspørgsel, og udmundede i en perspektivering.

Den kommunale organisation kan overveje at beslutte, hvordan de forskellige sundhedsforståelser skal håndteres i deres videre arbejde og forståelse af borgernes sundhedsadfærd ud fra John P. Kotter's forandringsproces.

Referenceliste

(1) Aalborg Universitet. PBL

PROBLEMBASERET LÆRING

. 2015:1-26.

(2) SLP-Gruppen, Ussing HA, Hansen S. SLP-bogen. Samarbejde, Læring og Projektstyring. n.d. n.d.:1-62.

(3) Holgaard JE, Ryberg T, Stegeager N, Stentoft D, Thomassen AO. PBL - Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser
. 1st ed.: Samfundslitteratur; 2018.

(4) Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. 2018:3-131.

(5) Aune D, Sen A, Prasad M, Norat T, Janszky I, Tonstad S, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. BMJ 2016;353:i2156.

(6) Maynou L, Hernández-Pizarro H,M., Errea Rodríguez M. The Association of Physical (in)Activity with Mental Health. Differences between Elder and Younger Populations: A Systematic Literature Review. International journal of environmental research and public health; Int J Environ Res Public Health 2021;18(9):4771.

(7) Wang X, Arafa A, Liu K, Eshak ES, Hu Y, Dong J. Combined healthy lifestyle and depressive symptoms: a meta-analysis of observational studies. J Affect Disord 2021;289:144-150.

(8) Eriksen L, Davidsen M, Jensen H, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2016 sep 30:1-392.

(9) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Kommunalreformen - Kort fortalt. 2005:1-54.

(10) Retsinformation. Sundhedsloven - LBK nr 903 af 26/08/2019. 2019 aug 26,.

- (11) From D. Det sunde, overvægtige barn - på kommunalt sundhedskursus og i hverdagslivet. In: Dybbore B, Land B, Nielsen SB, editors. Sundhedsfremme - Et kritisk perspektiv: Samfundslitteratur; 2012. p. 123-162.
- (12) Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. Sygdomsforebyggelse. 1st ed. København: Munksgaard; 2014.
- (13) KL. Forebyggelse for fremtiden. 2018;3-42.
- (14) Sallis JF, Owen N. Ecological models of health behavior . In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior: Theory, Research, and Practice. 5th ed. New York: Wiley; 2014. p. 43-64.
- (15) Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promot Internation 1998;13(4):349-364.
- (16) World Health Organization. Health Promotion Glossary. 1998:V-24.
- (17) Jensen BB. Kernebegreber i sundhedspædagogik. In: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, editors. Forebyggende sundhedsarbejde. 6th ed. København: Munksgaard; 2016. p. 127-152.
- (18) Vallgård S. Forebyggelse og sundhedsfremme - definitioner, historie og magtudøvelse. In: Glasdam S, editor. Folkesundhed - i et kritisk perspektiv. 1st ed. København K: Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 95-113.
- (19) Testoni S, Mansfield L, Dolan P. Defining and measuring subjective well-being for sport policy. International journal of sport policy and politics 2018;10(4):815-827.
- (20) Wackerhausen S. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. In: Jensen UJ, Andersen PF, editors. Sundhedsbegreber — filosofi og praksis Århus C: Forlaget PHILO-SOPHIA; 1995. p. 43-73.
- (21) Timm HU. At have en krop og at være en krop: om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Grus 1997;18(52):24-36.
- (22) Holton MK, Barry AE, Chaney JD. Employee stress management: An examination of adaptive and maladaptive coping strategies on employee health. Work 2016;53(2):299-305.

- (23) Brown N, Luckett T, Davidson PM, DiGiacomo M. 'Stretched thin with little children' - smoking perceptions and experiences of families seeking help with parenting. *Journal of Child Health Care* 2020;0(0):1-13.
- (24) Center for Forebyggelse S. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. www.sst.dk 2005:2-59.
- (25) Vallgård S. Governing people's lives - Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. *European Journal of Public Health* 2001;11:386-392.
- (26) Scocozza L. Folkesundhed eller moralsk oprustning? In: Glasdam S, editor. *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 54-66.
- (27) Otto L. Sundhed i praksis. In: Glasdam S, editor. *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. 1st ed. København K: Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 31-53.
- (28) Sundhedsstyrelsen. Livsstilsintervention ved svær overvægt - Anbefalinger for tilbud til børn og voksne. 2021 feb 10,:4-55.
- (29) Breck T. Risikokommunikation - fra "public deficiency" til gensidig dialog. Roskilde Universitetscenter 1999 Feb.:8-12.
- (30) Vardinghus-Nielsen H, Bak CK. Håndtering af sundhed og sygdom. In: Dalsgaard A, Meldgaard L, editors. : GADS Forlag; 2018. p. 253-277.
- (31) Kirkegaard P, Edwards A, Risør MB, Thomsen JL. Risk of cardiovascular disease? A qualitative study of risk interpretation among patients with high cholesterol. *BMC Fam Pract* 2013;14(1):137.
- (32) Ringold DJ. Boomerang effects in response to public health interventions: Some unintended consequences in the alcoholic beverage market. *Journal of Consumer Policy* 2002;25(1):27-63.
- (33) Hoeeg D, Christensen U, Grabowski D. Intra-familial health polarisation: how diverse health concerns become barriers to health behaviour change in families with preschool children and emerging obesity. *Sociol Health Illn* 2020;42(6):1243-1258.

- (34) Center for Forebyggelse i praksis. Udvikling af sundhedspolitikker - Erfaringer fra kommuner om hvad politikkerne indeholder, og hvordan de bliver udviklet og implementeret . Kommunernes Landsforening (KL) 2017:1-9.
- (35) KL. Præsentation af KL. n.d.; Available at: <https://www.kl.dk/om-kl/presentation-af-kl/>. Accessed Apr 25, 2021.
- (36) Vejle Kommune. Vejle vil livet - Vejle kommunes sundhedspolitik 2017-2024. 2017:1-7.
- (37) Holstebro Kommune. Sundhedspolitik - fra ord til handling. n.d.; Available at: <https://www.holstebro.dk/sundhedspolitik>. Accessed 31. May., 2021.
- (38) Holstebro kommune. Vi star sammen om mere sundhed for pengene - Part I. 2017.
- (39) Vallgård S. Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In: Glasdam S, editor. Folkesundhed - i et kritisk perspektiv. 1st ed. København K: Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 166-187.
- (40) Gentofte Kommune. Sundhed i Gentofte - Borgerrettet forebyggelse i 2017-2024. n.d. n.d.:1-15.
- (41) Sunstein CR, Thaler RH. Nudge - Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness. : Yale; 2008.
- (42) Det Ethiske Råd. Et venligt skub?
Hvordan sikrer sundhedsvæsenet, at dets påvirkning af borgerne er etisk forsvarlig, når det handler om brugen af information, rekruttering og anbefalinger? Det Ethiske Råd 2016:1-38.
- (43) Vejle Kommune. Rygetilbud til dig med en sygdom. Available at: <https://www.vejle.dk/borger/mit-liv/sundhed-og-omsorg/sundhed-og-forebyggelse/vil-du-stoppe-med-at-ryge/saerlige-tilbud/til-dig-med-en-sygdom/>. Accessed Mar. 11., 2021.
- (44) Holstebro Kommune. Sundhedstilbud. Available at: <https://www.holstebro.dk/sundhedstilbud>. Accessed Mar. 13., 2021.

- (45) Gentofte Kommune. Sundhed og omsorg. n.d.; Available at: <https://gentofte.dk/sundhed-og-omsorg/#Sundhed-og-forebyggelse>. Accessed May. 15., 2021.
- (46) Gentofte Kommune. Hjælp til vægttab - Sundhedscoaching. n.d.; Available at: <https://gentofte.dk/sundhed-og-omsorg/sundhed-og-forebyggelse/hjaelp-til-vaegttab-sundhedscoaching/?searchterm=%20%E2%80%9CSundhedscoaching%20-%20hj%C3%A6lp%20til%20v%C3%A6gttab%20og%20sund%20livsstil>. Accessed May 15, 2021.
- (47) Munt AE, Partridge SR, Allman-Farinelli M. The barriers and enablers of healthy eating among young adults: a missing piece of the obesity puzzle: A scoping review: Barriers and enablers of healthy eating. *Obesity reviews* 2017;18(1):1-17.
- (48) Kelly S, Martin S, Kuhn I, Cowan A, Brayne C, Lafortune L. Barriers and Facilitators to the Uptake and Maintenance of Healthy Behaviours by People at Mid-Life: A Rapid Systematic Review. *PloS one; PLoS One* 2016;11(1):e0145074.
- (49) Ferdinand AO, Sen B, Rahurkar S, Engler S, Menachemi N. The relationship between built environments and physical activity: a systematic review. *Am J Public Health* 2012;102(10):e7-e13.
- (50) Smith M, Hosking J, Woodward A, Witten K, MacMillan A, Field A, et al. Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport - an update and new findings on health equity. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity; Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;14(1):158.
- (51) Cruwys T, Bevelander KE, Hermans RCJ. Social modeling of eating: A review of when and why social influence affects food intake and choice. *Appetite* 2015;86:3-18.
- (52) Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, Sniehotta F. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health psychology review; Health Psychol Rev* 2016;10(3):277-296.
- (53) Takagi D, Yokouchi N, Hashimoto H. Smoking behavior prevalence in one's personal social network and peer's popularity: A population-based study of middle-aged adults in Japan. *Soc Sci Med* 2020;260:113207.

- (54) Blok DJ, de Vlas S,J., van Empelen P, van Lenthe F,J. The role of smoking in social networks on smoking cessation and relapse among adults: A longitudinal study. *Prev Med* 2016;99:105-110.
- (55) Bech-Jørgensen B. Når hver dag bliver hverdag. : Akademisk forlag; 1994.
- (56) Cleo G, Hersch J, Thomas R. Participant experiences of two successful habit-based weight-loss interventions in Australia: a qualitative study. *BMJ open*; *BMJ Open* 2018;8(5):e020146.
- (57) Ouellette JA, Wood W. Habit and Intention in Everyday Life: The Multiple Processes by Which Past Behavior Predicts Future Behavior. *Psychol Bull* 1998;124(1):54-74.
- (58) Vardinghus-Nielsen H, Nissen MA. Hvordan sociale forhold kan gøre mennesker syge. In: Dalsgaard A, Meldgaard L, editors. *Sociologi for sundhedsprofessionelle*. 1st ed.: Gads Forlag; 2018. p. 177-200.
- (59) Kristiansen S, Jacobsen MH. Erving Goffman. In: Andersen PT, Timm H, editors. *SUNDHEDSSOCIOLOGI - En grundborg*. 1st ed. København K: Hans Reitzels Forlag; 2010. p. 137-159.
- (60) Maxwell JA. A Model for Qualitative Research Design. In: Maxwell JA, editor. *Qualitative research design - An interactive approach*. 2nd ed. California: Sage Publications, Inc.; 2005. p. 1-14.
- (61) Ricœur P. Fortolkningsteori. København: Vintens Forlag; 1979.
- (62) Pedersen BD, Dreyer P. Fænomenologisk-hermeneutisk forskningstilgang - inspireret af Ricæurs fortolkningsteori. In: Gildberg FA, Hounsgaard L, editors. *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning* Aarhus: Klim; 2018. p. 193-209.
- (63) Creswell JW. *Research design : qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2003.
- (64) Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research. *Med J Aust* 2008;188(4):243-246.
- (65) Ricoeur P, Hermansen M, Rendtorff JD. *En hermeneutisk brobygger*. 1st ed. Århus N: Klim; 2002.

- (66) Kemp P. Tid og Fortælling - Introduktion til Paul Ricœur. Birkerød: Forlaget Sommer; 2015.
- (67) Gildberg FA, Hounsgaard L. Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning. In: Gildberg FA, Hounsgaard L, editors. Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning. 1st ed. Aarhus: Klim; 2018. p. 11-21.
- (68) Wackerhausen S. Refleksion i praksis. Institut for Filosofi og Idéhistorie 2008;1:1-21.
- (69) Ingemann JH, Kjeldsen L, Nørup I, Rasmussen S. Kvalitative undersøgelser i praksis - Viden om mennesker og samfund. 1.th ed.: Samfundslitteratur; 2018.
- (70) Kvale S, Brinkmann S. Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3rd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
- (71) Sundhedsstyrelsen. COVID-19: Forebyggelse af smittespredning. 2021 Apr 16;:1-30.
- (72) Merriam SB, Tisdell EJ. Qualitative research : a guide to design and implementation. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, A Wiley Brand; 2016.
- (73) Salmons J. Qualitative online interviews. Second Edition. ed.: Sage Publications; 2015.
- (74) Howlett M. Looking at the 'field' through a Zoom lens: Methodological reflections on conducting online research during a global pandemic. Qualitative Research 2020;1468794120985691.
- (75) Archibald MM, Ambagtsheer RC, Casey MG, Lawless M. Using zoom videoconferencing for qualitative data collection: perceptions and experiences of researchers and participants. International Journal of Qualitative Methods 2019;18:1609406919874596.
- (76) Mann C, Stewart F. Internet communication and qualitative research: A handbook for researching online. : Sage; 2000.
- (77) Maxwell JA. Methods - What Will You Actually Do? In: Maxwell JA, editor. Qualitative research design - An interactive approach. 2nd ed. California: Sage Publications, Inc; 2005. p. 79-103.

- (78) Christensen U, Nielsen A, Schmidt L. Det kvalitative forskningsinterview. In: Vallgård S, Koch L, editors. . 4. udgave ed.: Munksgaard; 2014. p. 61-89.
- (79) Jensen AMB, Gjødsbøl IM, Bogicevic I. Kvalitative interviews . In: Jensen AMB, Vallgård S, editors. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 5th ed. København: Munksgaard; 2019. p. 64-94.
- (80) Tanggaard L, Brinkmann S. Interviewet: samtalen som forskningsmetode. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder - En grundbog. 3rd ed.: Hans Reitzels Forlag; 2020. p. 33-63.
- (81) Binderkrantz AS. Værktøjer til datahåndtering og analyse. In: Gildberg FA, Hounsgaard L, editors. Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning. 1st ed. Aarhus: Klim; 2018. p. 22-36.
- (82) Rienecker L, Jørgensen PS. Den gode opgave - Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 4.th ed.: Samfundslitteratur; 2012.
- (83) Buus N, Tingleff EB, Kristiansen HM, Rossen CB. Litteratursøgning i praksis: begreber, strategier og modeller. Sygeplejersken 2008;108(10):Tillæg.
- (84) Scopus - Elsevier. n.d.; Available at: www.scopus.com/home.uri. Accessed April. 2, 2021.
- (85) ProQuest. Sociological Abstracts. 2021; Available at: <https://search-proquest-com.zorac.aub.aau.dk/socabs/advanced?accountid=8144>. Accessed Apr. 2., 2021.
- (86) PubMed - National Library of Medicine. n.d.; Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Accessed Apr. 2., 2021.
- (87) Elsevire. Embase. n.d.; Available at: <https://www.embase.com/login>. Accessed Apr. 2., 2021.
- (88) Hørmann E. Litteratursøgning. In: Glasdam S, editor. Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder: Nyt Nordisk Forlag; 2011. p. 36-46.
- (89) Rienecker L, Jørgensen PS. Den gode opgave - Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 5th ed.: Samfundslitteratur; 2017.

- (90) Lund H, Juhl C, Andreasen J, Møller A. Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning - Redskaber til evidensbaseret praksis. 1.th ed.: Hans Reitzels Forlag.; 2014.
- (91) JBI. CRITICAL APPRAISAL TOOLS. n.d.; Available at: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>. Accessed May 14, 2021.
- (92) JBI. CHECKLIST FOR COHORT STUDIES. 2020; Available at: https://jbi.global/sites/default/files/2021-03/Checklist_for_Cohort_Studies.docx. Accessed May 10, 2021.
- (93) JBI. CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES (NON-RANDOMIZED EXPERIMENTAL STUDIES). 2020; Available at: https://jbi.global/sites/default/files/2021-03/Checklist_for_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool.docx. Accessed May 6, 2021.
- (94) JBI. CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES. 2020; Available at: https://jbi.global/sites/default/files/2021-03/Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies.docx. Accessed May 11, 2021.
- (95) Fetters MD, Molina-Azorin J. A Checklist of Mixed Methods Elements in a Submission for Advancing the Methodology of Mixed Methods Research. Journal of mixed methods research 2019;13(4):414-423.
- (96) Brinkmann S. Etik i en kvalitativ verden. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. : Hans Reitzels Forlag.; 2020. p. 581-600.
- (97) Bonell C, Jamal F, Melendez-Torres GJ, Cummins S. 'Dark logic': theorising the harmful consequences of public health interventions. J Epidemiol Community Health 2015;69(1):95-98.
- (98) ALLEA - All European Academies. The European Code of Conduct for Research Integrity Revised Edition. 2017:1-15.
- (99) Datatilsynet. Lovgivning. n.d.; Available at: <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/lovgivning>. Accessed May 30, 2021.

- (100) Juul S, Pedersen KB. Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. In: Juul S, Pedersen KB, editors. Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring. 1st ed.: Hans Reitzels Forlag; 2012. p. 399-430.
- (101) Leung AWY, Chan RSM, Sea MMM, Woo J. Psychological Factors of Long-Term Dietary and Physical Activity Adherence among Chinese Adults with Overweight and Obesity in a Community-Based Lifestyle Modification Program: A Mixed-Method Study. *Nutrients* 2020 May 12;12(5):1379. doi: 10.3390/nu12051379.
- (102) Wright RR, Nelson R, Garcia S, Butler A. Health Behavior Change in the Classroom: A Means to a Healthy End? *J Prim Prev* 2020;41(5):445-472.
- (103) Carbonneau E, Bégin C, Lemieux S, Mongeau L, Paquette M-, Turcotte M, et al. A Health at Every Size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. *Clinical Nutrition* 2017;36(3):747-754.
- (104) Lacey SJ, Street TD. Measuring healthy behaviours using the stages of change model: an investigation into the physical activity and nutrition behaviours of Australian miners. *Biopsychosoc Med* 2017 Dec 5;11:30-7. eCollection 2017.
- (105) Strandberg-Larsen K, Madsen M. Den epidemiologiske forskningsmetode. In: Jensen AMB, Vallgård S, editors. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 5th ed. København: Munksgaard; 2019. p. 231-271.
- (106) Kotter JP. I spidsen for forandring. 1st ed. København K: Peter Asschenfeldts nye Forlag; 1999.
- (107) Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F, Burns B, et al. Implementation research: A synthesis of the literature. 2005.
- (108) Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:427-432.
- (109) Link BG, Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior* 1995(Extra):80-94.

- (110) Pearce C, Rychetnik L, Wilson A. The obesity paradigm and the role of health services in obesity prevention: a grounded theory approach. *BMC Health Serv Res* 2021;21(1):111.
- (111) Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Indsatser mod ulighed i sundhed. Sundhedsstyrelsen 2020 Sep 2,:1-69.
- (112) Hvass LR, Manghezi A, Folker AP, Sandø N. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? Sundhedsstyrelsen 2012:1-54.
- (113) Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. Fair Society, Healthy Lives. 2010:1-238.
- (114) Coupe N, Cotterill S, Peters S. Tailoring lifestyle interventions to low socio-economic populations: a qualitative study. *BMC Public Health* 2018;18(1):967.
- (115) Greener J, Douglas F, van Teijlingen E. More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers. *Soc Sci Med* 2010;70(7):1042-1049.
- (116) Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expect* 2017;20(1):112-119.
- (117) Cheong SM, Mohamad Nor NS, Ahmad MH, Manickam M, Ambak R, Shahrir SN, et al. Improvement of health literacy and intervention measurements among low socio-economic status women: findings from the MyBFF@home study. *BMC Womens Health* 2018;18:99.
- (118) Toobert DJ, Glasgow RE, Strycker LA, Barrera J, Manuel, Ritzwoller DP, Weidner G. Long-term effects of the Mediterranean lifestyle program: a randomized clinical trial for postmenopausal women with type 2 diabetes. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity; Int J Behav Nutr Phys Act* 2007;4(1):1.
- (119) Epton T, Currie S, Armitage CJ. Unique Effects of Setting Goals on Behavior Change: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Consult Clin Psychol* 2017;85(12):1182-1198.

(120) Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ 2020;192(31):E875-E891.

(121) Luig T, Anderson R, Sharma AM, Campbell-Scherer D. Personalizing obesity assessment and care planning in primary care: patient experience and outcomes in everyday life and health: Personalizing obesity consultations. Clinical obesity 2018;8(6):411-423.