

"Grib chancen og kom i gang, hvis du vil"

**- tilrettelæggelse af forløbsprogrammer for borgere med diabetes
som sundhedsfremmende initiativ.**



**Pernille Rasmussen
Studienummer: 51130**

**Christina Louise Vibits
Studienummer: 48550**

**Tine Susanne Damm
Studienummer: 53235**

2. kandidatmodul: Integreret speciale i
Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier
og

Pædagogik og Uddannelsesstudier
Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning PAES
Roskilde Universitet

Vejledere:

Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier: Ditte-Marie From
Pædagogik og Uddannelsesstudier: Camilla Schmidt

Afleveret den 28. september 2015
Antal anslag: 249.350 inkl. mellemrum, svarende til 104 sider

Abstract

This case study thesis explores a group-based programme for citizens with type 2-diabetes in a Danish municipal. With its point of departure in social constructionism this thesis uses document analysis, interviews and observation as methods to investigate the municipalities and its health-care providers' approach to learning, health and the health-care providers' didactic reflections in the programmes. The theoretical concepts didactic, learning, health and health pedagogy are used to analyze the health-care providers and the municipalities' initiatives of health promotion for citizens with type 2 diabetes. The main aspect of the thesis is that the health-care providers and the municipalities' approach to health, learning and to the citizens with diabetes has a significance to the programmes' possibility to provide health changes for the citizens. The perspective in the thesis may be used for health-care providers and the municipalities to reflect and consider their health promotion and pedagogy approaches in the programme. This thesis may also be used as inspiration to other perspectives and new investigations about the programme.

Forord

Specialeafhandlingen er udarbejdet af Pernille Rasmussen, Tine Susanne Damm og Christina Louise Vibits på Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning ved Roskilde Universitet og integrerer fagene Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier og Pædagogik og Uddannelsesstudier.

Hensigten med specialeafhandlingen er at undersøge, hvordan forløbsprogrammer i en specifik kommune tilrettelægges og udføres, og hvilke forståelser af læring og sundhed, der eksisterer inden for denne pædagogiske praksis.

Vi har valgt, at anonymisere kommunen og de sundhedsprofessionelle medarbejdere, derfor er alle navne opdigtede. Alle kilder og referencer, som vedrører kommunen er også opdigtede, men forfatterne af specialeafhandlingen er bekendt med de korrekte kilder.

Vi vil gerne rette en tak til de sundhedsprofessionelle i forløbsprogrammet i den udvalgte kommune for at stille op til interview og for at invitere os indenfor i deres undervisning i forløbsprogrammet.

Specialeafhandlingen er resultatet af en fælles indsats. Nogle afsnit er vi fælles ansvarlige for og andre afsnit har vi udarbejdet hver især, hvilket fremgår af nedenstående:

Fælles afsnit: s.6-21, s.41 (nederst)-53, s.101-105

Pernille Rasmussen er ansvarlig for siderne: s.22-29 (nederst), s.54-57 (nederst), s.78 (midt)-84 (nederst),

Christina Louise Vibits er ansvarlig for siderne: s.29 (nederst)-35 (midt), s.57 (nederst)-62 (midt), s.71 (midt)-78 (midt), s.84 (nederst)-93 (nederst)

Tine Susanne Damm er ansvarlig for siderne: s.35 (midt)-41 (nederst), s.62 (midt)-71 (midt), s.93 (nederst)-100.

Indholdsfortegnelse

1.0. Indledning	6
1.1. Introduktion	6
1.2. Baggrund	6
1.3. Introduktion til forskningsfeltet	8
1.3.1. Sundhedsstyrelsens publikationer og betegnelser for indsatsen mod borgere med kronisk sygdom	8
1.3.2. Patientuddannelse i dansk kontekst	10
1.4. Specialets problemfelt	12
1.5. Problemformulering	13
1.6. Præcisering af specialets fokus (afgrænsning)	13
1.7. Forløbsprogram i Sundrup Kommune	14
1.8. Specialerapportens opbygning	14
2.0. Specialets forskningstilgang	16
2.1. En socialkonstruktionistisk tilgang	16
2.1.1. Magt, diskurs og diskursanalyse	18
2.1.2. Forskerposition	20
2.2. Metodiske overvejelser	22
2.2.1. Præcisering af specialets undersøgelsesfelt – forløbsprogrammer	22
2.2.2. Metodiske refleksioner	23
2.2.3. Processen – sådan forløb det	24
2.3. Metodiske tilgange	26
2.3.1. Dokumenter	26
2.3.1.1. Dokumentanalyse i et interaktionistisk perspektiv	27
2.3.1.2. Udvælgelse af dokumenter	27
2.3.1.3. Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi	28
2.3.1.4. Sundrup Kommunes folder	29
2.3.1.5. Sundrup Kommunes hjemmeside	30
2.3.2. Interviews	31
2.3.2.1. Interview i et interaktionistisk perspektiv	31
2.3.2.2. Udvælgelse af informanter	32
2.3.2.3. Fremgangsmåde	32
2.3.2.4. Fire semi-strukturerede interviews	33
2.3.3. Observationer	35
2.3.3.1. Observationer i et interaktionistisk perspektiv	35
2.3.3.2. Overvejelser for observationerne	37
2.3.3.3. Vores tilstedeværelse og refleksioner	38
2.3.3.4. Introduktion til observationerne	40
2.4. Analysestrategi	41
2.4.1. Beskrivelse af analysens fremgangsmåde	43
3.0. Teori og begreber	45
3.1. Illeris' læringsforståelse	45
3.1.1. Læringstyper	48
3.1.2. Erfaring	48
3.1.3. Illeris' didaktiske model	49
3.2. Sundhedspædagogik	51
4.0. Analyse	54
4.1. Analysedel 1 – De rammeskabende dokumenter	54
4.1.1. Forbedring af sundheden hos borgere med kronisk sygdom	54
4.1.2. Sund som kronisk syg	55

4.1.3. Sammenhæng mellem Sundhedsstrategien og forløbsprogrammer	56
4.1.4. Forløbsprogrammet som en chance	57
4.1.5. Økonomiske rationaler	59
4.1.6. Læringsforståelser i forløbsprogrammet	60
4.1.7. Erfaring	62
4.1.8. Sammenfatning	62
4.2. Analysedel 2 - De sundhedsprofessionelles forståelser	64
4.2.1. De sundhedsprofessionelles didaktiske overvejelser	64
4.2.1.1. "De skal bare på banen"	64
4.2.1.2. "Jeg er nødt til at sige, at nu er det mig"	66
4.2.1.3. De behov, der er, det er der, hvor læringen er	70
4.2.1.4. "De gør ikke som vi siger"	71
4.2.1.5. En sundhedspædagogisk tilgang	74
4.2.2. De sundhedsprofessionelles forståelser af mål, forventninger og sundhed	76
4.2.2.1. De sundhedsprofessionelles forventninger til forløbsprogrammet	76
4.2.2.1.1. "Forhåbentlig kan vi jo give dem noget med videre"	76
4.2.2.1.2. Borgerne skal klædes på til at arbejde i rollen	78
4.2.2.1.3. Kend konsekvenserne	80
4.2.2.1.4. "Nu går jeg sgu til lægen"	81
4.2.2.2. De sundhedsprofessionelles forståelser af sundhed	82
4.2.2.2.1. Man reflekterer ikke så meget over det	82
4.2.2.2.2. Sundhed ved at sætte folk sammen	83
4.2.2.2.3. Sundhed er noget, der kan læres	84
4.2.2.2.4. Det er borgernes egen beslutning	85
4.2.2.2.5. Udtalte forståelser af sundhed	87
4.2.2.2.6. Sammenfatning	88
4.3. Analysedel 3 - Den pædagogiske praksis	90
4.3.1. Hvorfor diabetes?	90
4.3.2. Rygning vs. motion og kost	93
4.3.3. "Jeg er ikke syg"	97
4.3.4. Diabetes er en ikke <i>synlig</i> sygdom	99
4.3.5. Sammenfatning	100
5.0. Konkluderende pointer	101
6.0. Metodiske efterrefleksioner	103
7.0. Perspektivering	105
8.0. Litteraturliste	106
9.0. Bilag	112
9.1. Bilag 1	112
9.2. Bilag 2	113

1.0. Indledning

1.1. Introduktion

I foråret 2014 var vi alle tre del af en projektgruppe, som udarbejdede en diskursanalyse af regeringens publikation "Sundere liv for alle" fra 2014 (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014b). Arbejdet med "Sundere liv for alle" affødte en undren og interesse for at undersøge, hvordan sundhedsfremmepolitikker omsættes i praksis, og hvordan dette arbejde foregår. Forebyggelse og sundhedsfremme varetages af kommunerne, og derfor kontaktede vi en række kommuner med henblik på at få mulighed for at undersøge, hvordan der arbejdes med sundhedsfremme. Sundrup Kommune inviterede os til et møde, der blev startskuddet til at få lov til at undersøge forløbsprogrammer for borgere med diabetes, hvilket er et af Sundrups Kommunes sundhedsfremmende tiltag. Vi fik en mulighed for at interviewe de sundhedsprofessionelle, som er tilknyttet forløbsprogrammet, og få et indblik i deres pædagogiske arbejde, hvilket blev starten på nærværende speciale.

1.2. Baggrund

Antallet af borgere i Danmark med en eller flere kroniske sygdomme har de seneste år været hastigt stigende. Med kronisk sygdom henvises til sygdomme, som er konstant tilbagevendende eller af længerevarende karakter. Den stigende forekomst har resulteret i, at omkring en tredjedel af befolkningen lever med en eller flere kroniske sygdomme, og udviklingen forklares med bedre levevilkår og bedre behandlingsmuligheder. Blandt de hyppigst forekommende kroniske sygdomme i Danmark er type 2-diabetes, KOL, hjerte-karsygdomme og knogleskørhed, der alle relaterer sig til livsstil (Sundhed 2013).

Den stigende forekomst af kroniske sygdomme har medført en mere omfattende forebyggelsesindsats (ibid.), hvor ændringer i sundhedsloven ved kommunalreformen i 2007 tildelte de danske kommuner flere opgaver og mere ansvar inden for sundhedsområdet (Schneider 2011). Formålet med denne tildeling var, at sundhedsfremme og forebyggelse skulle varetages tættere på borgerne i den primære sektor, som udgøres af kommuner og praksissektoren (ibid.). Således har kommunerne med sundhedsloven fået ansvaret for at skabe rammer for sund levevis for borgerne og udbyde forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, hvor sygdom og ulykke skal forebygges. Sundhedsloven opererer med borgerrettet og patientrettet forebyggelse og præciserer, at den patientrettede forebyggelse varetages af regionerne i sygehus- og praksissektoren. Den del af den patientrettede forebyggelse, som angår sygdomskomplikationer, det vil sige når sygdommen er diagnosticeret, deles af kommuner og regioner (ibid.). Opgaverne, som deles mellem regioner og

kommuner, defineres i sundhedsaftaler, som sundhedsloven foreskriver. Sundhedsloven foreskriver ikke detaljeret, hvordan det forventes, at kommunerne foretager den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, i stedet fungerer Sundhedsstyrelsen som vejleder (ibid.). Sundhedsstyrelsen har blandt andet udarbejdet anbefalinger, der vedrører forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Forløbsprogrammerne har til formål at sikre kvalitet og sammenhængende forløb, der skal bidrage til, at folkesundheden i Danmark forbedres (Sundhed 2013).

Forløbsprogrammer havde ved deres begyndelse til formål at reducere indlæggelsesperioden og udgifterne inden for specifikke sygdomme som eksempelvis astma, gigt og eksem (Sundhedsstyrelsen 2009). Kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende tiltag har nu mere specifikt til formål at gøre borgere med kronisk sygdom kompetente i egen sygdom. Bag dette formål er dels et økonomisk incitament (ibid.), idet en stigende forekomst af dårligt helbred er en økonomisk byrde, og visse dele af befolkningen dermed ikke kan bidrage til samfundsudviklingen og produktiviteten (Lau et al. 2012), og dels et mere menneskeligt incitament, som indebærer, at borgere skal have det godt (Sundhedsstyrelsen 2012a).

Kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende tilbud i form af forløbsprogrammer tiltrækker vores opmærksomhed som studerende i *Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier* og *Pædagogik og Uddannelsesstudier*, idet et stigende antal af borgere med kroniske sygdomme har medført tilsvarende flere pædagogiske opgaver for de sundhedsprofessionelle, der udfører forløbsprogrammerne (Vedtofte 2009c). De sundhedsprofessionelles arbejde består i dag i at samarbejde med borgerne om en diagnose og formidle viden om sundhed. Pædagogikken befinder sig her i spændingsfeltet mellem de involverede interessenter på sundhedsområdet. Disse inkluderer borgere med kronisk sygdom, sundhedsprofessionelle, det omgivende samfund og de gensidige påvirkninger, der opstår mellem dem (Vedtofte 2009a). For at løfte disse opgaver kræver det ifølge Sundhedsstyrelsen, at "uddannede undervisere anvender effektive og egnede pædagogiske metoder" (Sundhedsstyrelsen 2012b:14). Forløbsprogrammerne danner således ramme om en pædagogisk praksis, hvor forebyggelse og sundhedsfremme er omdrejningspunktet, og det er inden for denne ramme, at forebyggelse og sundhedsfremme formidles mellem sundhedsprofessionelle og borgere med kronisk sygdom.

I følgende afsnit vil vi udfolde forskningsfeltet omkring forløbsprogrammer, hvilket vil lede frem til dette speciales problemfelt.

1.3. Introduktion til forskningsfeltet

Afsnittet har til formål at præsentere, problematisere og diskutere, hvilket forskningsfelt vi bevæger os i, når vi vælger at beskæftige os med forløbsprogrammer. Til at belyse dette felt vil vi først inddrage udvalgte publikationer fra Sundhedsstyrelsen om forløbsprogrammer og patientuddannelser. Sundhedsstyrelsen bidrager som den øverste sundheds- og lægemiddelfaglige myndighed med perspektiver på feltet. Derefter vil vi inddrage tre ph.d.-afhandlinger af henholdsvis Bibi Hølge-Hazelton, forskningslektor ved Københavns Universitet, cand.cur., sygeplejerske og ph.d., som har skrevet afhandlingen *Diabetes - en skole for livet* (Hølge-Hazelton 2003), Helle Schnor, cand.cur., ph.d. og udviklingschef i Psykiatrisk Center Glostrup, som har skrevet afhandlingen *Håndtering af kronisk sygdom i et hverdagslivs- og sundhedspædagogisk perspektiv* (Schnor 2012), samt Margareta Maunsbach, læge og ph.d., som har skrevet afhandlingen "*En ting er teori - noget andet er praksis*" : aspekter af compliance og noncompliance blandt type-2 diabetikere (Maunsbach 1999), og derudover udvalgte artikler af Maunsbach (1999; 2000; 2002).

1.3.1. Sundhedsstyrelsens publikationer og betegnelser for indsatsen mod borgere med kronisk sygdom

I dette afsnit introducerer vi til udvalgte publikationer fra Sundhedsstyrelsen om forløbsprogrammer og patientuddannelse. Disse er blot nogle af de mange tilgængelige publikationer fra Sundhedsstyrelsen. Vi har valgt at tage afsæt i Sundhedsstyrelsens nyeste publikationer om forløbsprogrammer og patientuddannelse samt i Sundhedsstyrelsens litteraturstudie fra 2009, da disse bidrager til en introduktion til feltet. De konkrete publikationer, som afsnittet tager udgangspunkt i, er *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model* (2012b), *Kvalitetssikring af patientuddannelse* (2012a) og *Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering* (MTV) (2009).

Om Sundhedsstyrelsens rolle påpeger professorerne Signild Vallgård og Allan Krasnik, at Sundhedsstyrelsen spiller en central rolle, da den "skal overvåge sundhedstilstanden" (Vallgård og Krasnik 2010:148), som øverste sundheds- og lægemiddelfaglige myndighed i Danmark. Sundhedsstyrelsen har blandt andet ansvaret for at yde sundhedsfaglig rådgivning og tilsyn til ministerier, styrelser, regioner og kommuner (Vallgård og Krasnik 2010). Sundhedsstyrelsens arbejde har resulteret i anbefalinger og retningslinjer målrettet kommunernes arbejde i form af forløbsprogrammer og patientuddannelser, der har til hensigt at hjælpe kommunerne i deres arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme og udarbejdelse af tilbud til borgere (Sundhedsstyrelsen 2009).

I publikationen *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model* (2012b) fremgår det, at formålet med publikationen er at give:

“[...] en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe.” (Sundhedsstyrelsen 2012b:7)

Forløbsprogrammer kan hermed siges at dække over mange forskelligartede indsatser, hvor patientuddannelse skal anses som et eksempel på en faglig indsats, hvorimod publikationen *Kvalitetssikring af patientuddannelse* (2012a) skal betragtes som anbefalinger til kvalitetssikring, som baseres på: “[...] aktuel viden og evidens og på de foreløbige erfaringer i regioner og kommuner.” (Sundhedsstyrelsen, 2012a:3). De to publikationer kan hermed begge karakteriseres som indsatser rettet mod borgere med kronisk sygdom, men beskæftiger sig med indsatsen på forskellige niveauer.

Sundhedsstyrelsen anvender desuden betegnelserne *patientskoler* og *patientundervisning* i deres publikationer, hvilket ifølge *Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering* (MTV) ofte er betegnelser, der anvendes synonymt med *patientuddannelser* (Sundhedsstyrelsen 2009). Når man navigerer rundt i Sundhedsstyrelsens mange publikationer og begreber om *forløbsprogrammer*, *patientuddannelser*, *patientskoler* og *patientundervisning*, er det vigtigt at være opmærksom på, at nogle af begreberne omhandler samme indsatser på forskellige niveauer, og at nogle af begreberne anvendes synonymt.

På trods af, at Sundhedsstyrelsen anvender forskellige begreber for indsatserne, kan det fremhæves, at definitionen af begrebet patientuddannelse stemmer overens i de udvalgte publikationer. Sundhedsstyrelsens MTV har til formål at: “[...] kritisk [...] vurdere patientuddannelse med henblik på at pege på muligheder og barrierer for den fremtidige tilrettelæggelse af patientuddannelse.” (Sundhedsstyrelsen 2009:8), og definerer patientuddannelse på baggrund af en litteraturgennemgang fra 2005 *Patientuddannelse og gruppebaseret patientundervisning* (Willaing et al. 2005) som:

“”Undervisning af patienter med en diagnosticeret sygdom i en struktureret undervisning, individuelt eller rettet til grupper af patienter og eventuelt pårørende. Undervisningen kan være sygdomsspecifik og rettet til patienter med en given sygdom eller generelt rettet til patienter med forskellige sygdomme. Patientuddannelse indgår i den patientrettede forebyggelse (2)”. (Sundhedsstyrelsen 2009:50)

Citatet illustrerer, at patientuddannelse, ifølge MTV'en, kan bestå af både individuel og gruppebaseret undervisning (Sundhedsstyrelsen 2009). Derudover viser citatet, at undervisningen både kan være rettet mod en sygdomsspecifik undervisning eller rettet mod patienter med forskellige sygdomme. Denne definition deles ligeledes i Sundhedsstyrelsens publikationer *Kvalitetssikring af patientuddannelse* (2012a) og i *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model* (2012b). Definitionen af patientuddannelse kan ifølge MTV'en antages at bestå af to forskellige typer af undervisning, hvor den ene retter sig mod selvmonitorering og selvmedicinering og den anden i højere grad har fokus på trivsel og øget selvtillid (Sundhedsstyrelsen 2009).

Sundhedsstyrelsens MTV afgrænser sig inden for den sygdomsspecifikke patientuddannelse og tager udgangspunkt i sygdommene KOL og type 2-diabetes. I den forbindelse påpeger Sundhedsstyrelsen, at den gruppebaserede og sygdomsspecifikke patientuddannelse for type 2-diabetes skal bidrage til øget viden (klinisk relevant forbedring af langtidsblodsukker), øget *empowerment* (stærkelse af egne kompetencer) og øget *self-efficacy* (troen på egne evner til at håndtere sygdom) (Sundhedsstyrelsen 2009).

Denne gennemgang har givet et overblik over, hvordan Sundhedsstyrelsen definerer og arbejder med indsatser rettet mod borgere med kronisk sygdom. I følgende afsnit vil vi udfolde de tre ph.d.-afhandlinger, som tidligere er præsenteret, og deres forskning i relation til indsatser rettet mod borgere med kronisk sygdom.

1.3.2. Patientuddannelse i dansk kontekst

Margareta Maunsbach belyser i sine artikler (1999; 2000; 2002) og ph.d.-afhandling fra 1999 compliance og noncompliance blandt type 2-diabetikere. Ifølge Maunsbach har patientuddannelse tidligere været præget af et medicinsk og klinisk fokus, hvor omdrejningspunktet var vejledning til og vidensformidling af borgerne i forhold til en holdnings- og adfærdsændring. Dette, påpeger Maunsbach, bygger på en *compliance-ideologi* (Maunsbach 1999; 2000; 2002). Maunsbach beskriver, at patientuddannelse i dag mere befinder sig i et krydsfelt mellem viden, medicinsk og klinisk praksis samt pædagogik og sundhedspædagogik, hvor patienters psykosociale kontekst og ressourcer inddrages, hvilket hun betegner som en *empowerment-ideologi* (Maunsbach 2002). I forlængelse heraf beskriver Maunsbach, at de sundhedsprofessionelles rolle ligeledes har bevæget sig i en retning fra instruktør, der ved bedst *for* patienten, til en faciliterende rolle, der samarbejder *med* patienten. Det betyder, at der skal lægges vægt på, at viden ikke kommer fra eksperterne, men fra patienterne, der sammen med de sundhedsprofessionelle formulerer fokus og mål (Maunsbach 1999). I lyset af Maunsbachs iagttagelser påpeger Bibi Hølge-Hazelton (2003), at der

eksisterer en ideologi blandt de diabeteskoler, som hun har undersøgt, om at hvis patienten får tilført viden, så kan patienten bedre tage vare på sig selv og sin situation. Viden er i den forbindelse defineret af sygeplejerskerne, som i høj grad har taget den med fra deres uddannelse (Hølge-Hazelton 2003). Hølge-Hazelton påpeger i lighed med Maunsbach, at det er problematisk, at de sundhedsprofessionelle definerer, hvad viden er, hvis ikke patienterne inddrages (Hølge-Hazelton 2003; Maunsbach 1999). Maunsbach fremhæver desuden, at de sundhedsprofessionelle står over for en stor opgave i at balancere mellem patienternes ønsker og de sundhedsprofessionelles pligt til at forbedre borgernes livsstil, så sygdomskomplikationer undgås (Maunsbach 1999).

I Helle Schnors ph.d.-afhandling (2012) fremhæves det, at der både i Danmark og internationalt til stadighed diskuteres, hvad patienterne i patientuddannelserne skal lære og hvilke dilemmaer, der er forbundet med fokusering på livsstilsændringer (Schnor 2012). Schnors ph.d.-afhandling tager afsæt i, hvordan patienter med hjertesvigt lærer at håndtere kronisk sygdom, og hvilken betydning mødet med de sundhedsprofessionelle har for patienternes læring og handlekompetence. Schnor stiller sig spørgende over for, hvad der menes med viden, hvad der er relevant viden i patientuddannelserne, hvorfor det er sygeplejerskernes ureflekterede viden, der accepteres, og om der er overensstemmelse mellem deres viden og den viden, patienterne oplever, de har behov for (Schnor 2012).

Både Maunsbach, Hølge-Hazelton og Schnor belyser, hvordan indsatserne for kronisk sygdom har et pædagogisk afsæt, fordi indsatserne har til formål at *lede* borgerne i en bestemt retning og *give dem* en viden. Samtidig understreger Schnor i lighed med Maunsbach og Hølge-Hazelton, at det er væsentligt, at de sundhedsprofessionelle ikke har svaret på forhånd eller den *rigtige* viden alene, men indgår i dialog med patient som ligeværdige eksperter (ibid.; Maunsbach 1999; Hølge-Hazelton 2003). Dog påstår Schnor, at denne ligeværdighed i dag mere er retorik end handling, og dermed argumenterer Schnor for et paradigmeskift, hvor: “[...] de sundhedsprofessionelle skal hjælpe patienterne til at tage kvalificerede valg og acceptere, at patienterne ikke altid tager de valg, de sundhedsprofessionelle mener, er de rigtige.” (Schnor 2012:26).

Sundhedsstyrelsens anbefaler, som tidligere udfoldet, at målet for patientuddannelserne er at bidrage til viden om sygdom og samtidig inddrage borgerne (Sundhedsstyrelsen 2012a; Sundhedsstyrelsen 2009). Det efterlader, ifølge Schnor og Maunsbach, de sundhedsprofessionelle i en vanskelig situation i forhold til deres praktisering af patientuddannelserne (Schnor 2012; Maunsbach 1999), hvorfor Sundhedsstyrelsen anbefaler, at tilrettelæggelsen af patientuddannelserne skal have et klart defineret mål, indhold og metode, og at de sundhedsprofessionelle skal være i stand til

at varetage opgaven (Sundhedsstyrelsen 2012a). Sundhedsstyrelsens MTV konkluderer, at der mangler yderligere indsigt i patientuddannelserne i forhold til "indhold, sundhedspædagogiske metoder, virkningsmekanismer, målgrupper, organisering samt effektmåling og behov for monitorering." (Sundhedsstyrelsen 2009:19).

Ovenstående præsentation af forskningsfeltet bidrager til at illustrere, hvilket felt dette speciale bevæger sig indenfor og hvilke problematikker, der er knyttet hertil. Disse problematikker relaterer sig blandt andet til inddragelse af patienter/borgere i forhold til de sundhedsprofessionelles rolle som instruktør eller facilitator, hvilken viden borgere har behov for og det pædagogiske formål i at lede og give viden. Vi har valgt at lave et specifikt nedslag omkring de sundhedsprofessionelles rolle og arbejde inden for indsatser rettet mod borgere med kronisk sygdom og hvordan de sundhedsprofessionelle tilrettelægger og udfører deres arbejde, og dette er således specialets omdrejningspunkt. Dette nedslag vil vi udfolde i følgende afsnit.

1.4. Specialets problemfelt

I vores udforskning af feltet er det problemstillingerne omkring de sundhedsprofessionelles arbejde, som vi finder interessante, da det er de sundhedsprofessionelle, som udfører forløbsprogrammerne og således skal formidle indholdet. Dette omfatter blandt andet forventninger om, at de sundhedsprofessionelle inddrager borgerne og dermed får en rolle som facilitator, der skal medvirke til, at borgere med kronisk sygdom bliver kompetente i egen sygdom. Som studerende i *Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier* og *Pædagogik og Uddannelsesstudier* centrerer vores nysgerrighed omkring forløbsprogrammer som en pædagogisk praksis, de sundhedsprofessionelles forståelse af læring og sundhed, samt hvordan læring og sundhedsfremme foregår i praksis.

Da vores omdrejningspunkt er de sundhedsprofessionelle og deres udførelse af forløbsprogrammer, centrerer vores opmærksomhed om de sundhedsprofessionelles forståelser og italesættelser af læring og sundhed. I vores arbejde med disse forståelser og italesættelser vælger vi at indtræde i en socialkonstruktionistisk forståelsesramme for at kunne favne de udfordringer, som vi ser de sundhedsprofessionelle stå overfor. I et socialkonstruktionistisk perspektiv konstrueres forståelsen af verden socialt, hvorfor virkeligheden konstrueres mellem os af den omgivende kultur og samfund. Således udvikles og reproduceres koncepter og kategorier hver dag socialt, og sproget har derfor en fundamental betydning inden for socialkonstruktionismen (Burr 2003). På dette grundlag ønsker vi at beskæftige os kvalitativt med nedenstående problemstillinger gennem udarbejdelse af en diskursanalyse af dokumenter, interviews og observationer.

Helt konkret vil vi således undersøge, hvordan forløbsprogrammer i en specifik kommune tilrettelægges og udføres, og hvilke forståelser af læring og sundhed, der eksisterer inden for denne pædagogiske praksis. Omdrejningspunktet i dette speciale er *Sundrup Kommune*¹, hvor der tilbydes forløbsprogrammer for borgere med kronisk sygdom. Som før nævnt udføres disse forløbsprogrammer af sundhedsprofessionelle, og derfor vil vi udforske de sundhedsprofessionelles forståelser og italesættelser af læring og sundhed og undersøge, hvordan de sundhedsprofessionelle i en sundhedsfremmende kontekst gennem forløbsprogrammerne forsøger at medvirke til at skabe forandring for borgere med kronisk sygdom.

1.5. Problemformulering

Med afsæt i ovenstående problemstillinger ønsker vi med et sundhedsfremmende og pædagogisk perspektiv at undersøge følgende:

På baggrund af hvilke forståelser om sundhed og læring tilrettelægges og udføres forløbsprogrammer i Sundrup Kommune?

1.6. Præcisering af specialets fokus (afgrænsning)

I dette afsnit ønsker vi at belyse og konkretisere, hvilke valg og fravalg af empiri, metoder og perspektiver vi har foretaget for at kunne besvare specialets problemformulering. Således vil dette afsnit præcisere den retning, vi har valgt for specialet, og som har haft betydning for udarbejdelsen af specialet.

På baggrund af vores problemformulering, metoder og socialkonstruktionistiske perspektiv i specialet har vi valgt at beskæftige os med én kommune. For det første betyder vores videnskabsteoretiske afsæt, at vi ikke ønsker at sammenligne kommuner og deres tiltag for at komme med vurderinger og anbefalinger til kommunernes arbejde med borgere med kronisk sygdom. Derimod ønsker vi, at specialets perspektiver kan bidrage til refleksivitet omkring kommunernes og de sundhedsprofessionelles udførelse af forløbsprogrammer i forhold til sundhedsfremme af borgerne med diabetes. For det andet har vi valgt at gøre brug af flere metodiske tilgange såsom dokumentanalyse, observationer og interviews, hvorfor vi kun inddrager én kommune. Dette betyder, at de udvalgte metoder bidrager til en empiriproduktion, der tilsammen er tilstrækkeligt i forhold til specialets krav og omfang.

¹ Betegnelsen *Sundrup* er et pseudonym for den kommune, hvor specialets empiriproduktion har fundet sted.

I specialets empiriproduktion inddrager vi de sundhedsprofessionelle, fordi det er deres perspektiver, vi finder interessante i dette speciale. Det kunne have været interessant at undersøge, hvordan den pædagogiske praksis opleves af borgerne med kronisk sygdom, men grundet specialets omfang har dette ikke været muligt.

1.7. Forløbsprogram i Sundrup Kommune

Sundrup Kommune er relevant for os som forskere, da Sundrup Kommune udbyder sundhedsfremmende og forebyggende tilbud rettet mod borgere med kronisk sygdom - i Sundrup Kommune kaldes disse tilbud *forløbsprogrammer*². Forløbsprogrammerne i Sundrup Kommune er karakteriseret ved at være gruppebaseret undervisning, med mulighed for individuel kostvejledning, der tager udgangspunkt i en specifik kronisk sygdom. Dette speciale tager udgangspunkt i Sundrup Kommunes forløbsprogram om diabetes. Forløbsprogrammerne i Sundrup Kommune præsenteres på kommunens hjemmeside som et sygdomsspecifikt rehabiliteringsforløb, eksempelvis til borgere diagnosticeret med type 2-diabetes. Forløbsprogrammet foregår i kommunens sundhedscenter, som ifølge sundhedscenterets hjemmeside er et center med aktiviteter for alle borgere, der på nuværende eller senere tidspunkt i deres liv får brug for genoptræning i forbindelse med hospitalsindlæggelse eller et andet sygdomsforløb. Betingelserne for at deltage i Sundrup Kommunes forløbsprogrammer er, at man skal have en henvisning fra sin egen læge eller hospitalet.

Sundrup Kommune er placeret nær en større dansk by og er indbyggermæssigt en mellemstor kommune i Danmark. Sundrup Kommune består af både udsatte boligområder og mindre landområder, og kommunen beskriver selv i sin Sundhedsstrategi, at over halvdelen af borgerne er diagnosticeret med en eller flere kroniske sygdomme.

1.8. Specialerapportens opbygning

I specialerapporten indledning udfoldede vi perspektiver i relation til tilbud rettet mod borgere med kronisk sygdom. I forlængelse heraf præsenterede vi forskningsfelt, problemstilling, problemformulering, afgrænsning og en præcisering af forløbsprogrammer i Sundrup Kommune. Herefter følger specialets forskningstilgang med en redegørelse for specialets videnskabsteoretiske tilgang, metodiske tilgange, opdelt efter dokumenter, interviews og observationer, og en præsentation af specialets empiriske materiale. I forlængelse heraf præsenteres specialets analysestrategi, specialets

² Indsatsen rettet mod borgere med kronisk sygdom betegnes derfor *forløbsprogrammer* i den resterende del af specialerapporten

fremgangsmåde og analysens struktur. Dette efterfølges af specialets teori-afsnit, hvor vi redegør for den teori, som anvendes i analysen. I dette afsnit udfoldes Knud Illeris' læringsforståelse (2006; 2007; 2008; 2013) og Karen Wistofts (2009) og Bjarne Bruun Jensens (2011) perspektiver på sundhedsbegrebet og sundhedspædagogik. Efter redegørelsen af teorien analyserer vi, hvilke forståelser af sundhed og læring, der ligger til grund for forløbsprogrammets tilrettelæggelse og udførelse i Sundrup Kommune. Analysen er delt i tre afsnit, hvor første del tager afsæt i de udvalgte dokumenter, anden del af analysen har de empiriske interviews som omdrejningspunkt, og tredje og sidste del af analysen behandler observationer. Herefter sammenfattes specialets konkluderende pointer, og vi besvarer specialets problemformulering. Endelig reflekterer vi over vores metodiske valg, og afslutningsvist udfolder vi en perspektivering af specialets konkluderende pointer.

2.0. Specialets forskningstilgang

I dette kapitel vil vi præsentere og udfolde specialets forskningstilgang, det vil sige specialets videnskabsteoretiske grundlag og metodiske tilgang. Vi vil mere præcist introducere socialkonstruktionismen, diskurs og diskursanalysen som teori og metode, vores position som forskere, vores kvalitative forskningsmetoder (interview, observation og dokumentanalyse), analysestrategi samt hvordan denne forskningstilgang har betydning for dette speciale.

2.1. En socialkonstruktionistisk tilgang

I indledningen har vi præsenteret specialets videnskabsteoretiske position, socialkonstruktionisme, som nærværende specialerapport er inspireret af. I dette afsnit vil vi indledningsvist uddybe den socialkonstruktionistiske begrebsramme med udgangspunkt i Vivien Burrs (2003) og Kirsten Bransholm Pedersens (2012) konstruktionistiske perspektiv. Herefter præsenteres en diskursiv tilgang, der er i overensstemmelse med den socialkonstruktionistiske verdensanskuelse. Afsnittet har til formål at præsentere, hvordan diskurser og den diskursive tilgang specifikt forstås og anvendes i specialet. Til dette tages der udgangspunkt i Michel Foucaults definition af diskurs og magt med inddragelse af Christel Stormhøj (2006) samt Marianne Winther Jørgensen og Louise Phillips' (2013) præsentationer. Afslutningsvist præsenteres vores forskningsposition i et socialkonstruktionistisk perspektiv.

Det er som tidligere nævnt med afsæt i den socialkonstruktionistiske tænkning³, at der hentes inspiration til specialets videnskabsteoretiske ramme. Ifølge Vivien Burr kan socialkonstruktionisme anskues som en overordnet begrebsramme til mange teoretiske tilgange, deriblandt tæller kritisk psykologi, dekonstruktion, diskurspsykologi, diskursanalyse og poststrukturalisme. Fællesnævneren for disse tilgange er, at de alle betragter subjektet som et socialt væsen. Socialkonstruktionismen kan betegnes som en socialpsykologisk tilgang, som indeholder flere discipliner og derfor indskrives i (social-)psykologiske, sociologiske og humanistiske felter (Burr 2003). I et socialkonstruktionistisk perspektiv søger pædagogikken inspiration fra psykologiske felter til at forstå fænomener såsom læring og udvikling. Socialkonstruktionismen har inden for det pædagogiske

³ I specialet anvendes betegnelsen *socialkonstruktionisme* i stedet for *socialkonstruktivisme*. Burr påpeger, at en socialkonstruktivistisk overbevisning antager, at individer er i stand til at træffe og ændre beslutninger på baggrund af eget initiativ (Burr 2003). Denne antagelse er vi og socialkonstruktionismen ikke enige i, og vi vil derfor i specialet referere til *socialkonstruktionisme*.

område haft betydning for forståelsen af eksempelvis elevpositioner og læring (Christensen og Hansen 2015). Således bidrager den socialkonstruktionistiske tilgang i dette speciale til at se anderledes på, hvordan man kan forstå den pædagogiske praksis og de individer, som er en del af den, det vil sige Sundrup Kommunes forløbsprogrammer og de involverede borgere.

Socialkonstruktionismens interesse er ifølge Pedersen at stille spørgsmål ved eksisterende viden og forestillinger om *sandheder*. Heri rummer socialkonstruktionismen et kritisk potentiale ved at være opmærksom på mulige alternative konstruktioner og forståelser. Pedersen uddyber desuden, at det kritiske potentiale kan komme til udtryk ved at afsløre selvfølgeligheder, hvorved sandhedsforståelsen udfordres (Pedersen 2012). Pedersen beskriver endvidere, at forskere med et socialkonstruktionistisk verdenssyn har til opgave at udforske, "(...) hvilke interesser, argumenter og antagelser om det 'sande' der ligge[r] bag den herskende eller de divergerende positioner." (Pedersen 2012:190). Med et socialkonstruktionistisk perspektiv er ambitionen for specialets analyse at skabe klarhed omkring, hvilke overbevisninger og selvfølgeligheder, der ligger bag Sundrup Kommunes og de sundhedsprofessionelles sandhedsforestillinger om sundhed og læring.

At verden er socialt konstrueret, og at sproget har en fundamental betydning, præciserer Burr ved at skrive: "When people talk to each other, the world gets constructed." (Burr 2003:8). Sproget er således bestemmende for verdens- og virkelighedskonstruktioner, hvor viden er afhængig af det perspektiv, som verden anskues med. Dette kan være med til at forklare, at eftersom al viden er historisk og kulturel, er *sandheden* relativistisk (Burr 2003). Specialerapportens pointer skal derfor ikke anses som den endegyldige sandhed, men blot et bidrag til at anskue konstruerede forståelser på en ny måde. Derudover repræsenterer sproget ikke kun virkelighedskonstruktioner, men er en måde, hvorpå det er muligt at undersøge en virkelighed på. I dette speciale vil konstruktioner af sundhed og læring være en del af undersøgelsen. Stormhøj belyser, at det er diskurser "(...) som konstituerer virkeligheden på bestemte måder for os." (Stormhøj, 2001: 61), hvorfor specialet tager udgangspunkt i en diskursiv tilgang, der præger både teori og metode. Dette vil blive uddybet i afsnittet *Magt, diskurs og diskursanalyse*.

Et socialt konstrueret koncept for dette speciale er som tidligere nævnt *sundhed*. Sundhed i omgivelser af kultur og samfund har opnået en status, som er med til at definere, hvordan mennesker agerer og tænker – alt sammen som følge af sproglige konstruktioner af sundhed. Pedersen fremhæver i denne forbindelse, at sundhed har opnået en metaværdi i samfundet, der er med til at afgøre, hvad der er *det gode* og *det rigtige* (Pedersen 2012). Med en socialkonstruktionistisk verdensanskuelse er det derfor essentielt for os at være opmærksomme på blandt andet sundhed

som et socialt konstrueret fænomen, og hvordan det ved sproglige italesættelser kan have betydning for, hvad der opfattes som *det gode* og *det rigtige* i forhold til Sundrup Kommunes og de sundhedsprofessionelles forståelser af sundhed.

I tilfælde hvor konstruerende sandhedsforståelser deles af en større samfundsgruppe, er der tale om en herskende diskurs (ibid.). Socialkonstruktionismens kritiske potentiale giver os mulighed for at fokusere på dominerende diskursive forståelser af sundhed og læring med henblik på at undersøge disse forståelsers betydning i den pædagogiske praksis (forløbsprogrammerne) i Sundrup Kommune. I denne forbindelse er det derfor også relevant at beskæftige sig med det centrale perspektiv inden for socialkonstruktionismen – magtperspektivet (ibid.). Formålet med magtperspektivet er, at "[d]et bliver centralt at inddrage interesser og magtrelationer bag tilsyneladende neutrale begreber for at give bud på konsekvenserne af, at et begreb konstrueres på en bestemt måde." (ibid.:205). Af denne årsag vil vi i denne specialerapport undersøge, hvordan herskende forståelser kan have indflydelse på tilrettelæggelsen og udførelsen af forløbsprogrammer. Det vil sige, at vi vil analysere, hvilke diskursive forståelser af sundhed og læring, der eksisterer på baggrund af de sundhedspolitiske ambitioner om at gøre borgerne sundere og undgå følgesygdomme, og hvordan disse forståelser danner baggrund for den kommunale pædagogiske praksis i form af sundhedsfremmende tiltag. Følgende afsnit vil præcisere, hvordan diskursbegrebet forstås og anvendes i nærværende speciale.

2.1.1. Magt, diskurs og diskursanalyse

I dette afsnit ønsker vi at belyse speciallets diskursforståelse og den diskursanalytiske tilgang nærmere. Det gøres med afsæt i Michel Foucaults diskurs- og magtbegreb, da disse begreber hænger uundgåeligt sammen (Jørgensen og Phillips 2013).

Den diskursanalytiske tilgang dækker både over en teori og metode. Det vil sige, at *diskurs* dels dækker over måder at betragte et forskningsområde på, i dette speciale socialkonstruktionismen, der som tidligere beskrevet anskuer verden som social konstrueret gennem sproget, og dels redskaber, der anvendes til at tolke forskningsområdet – altså diskursanalysen. Diskursanalysen som metode kan dog ikke anvendes løsrevet fra sit teoretiske og metodologiske fundament, og derfor påkalder Jørgensen og Phillips også betegnelsen *pakkeløsning* om den diskursanalytiske tilgang (ibid.). Denne pakkeløsning abonnerer vi på i dette speciale, idet den gør det muligt at udforske hvilke diskursive forståelser, der eksisterer om sundhed og læring i forbindelse med tilrettelæggelse og udførelse af forløbsprogrammerne i Sundrup Kommune.

Jørgensen og Phillips understreger, at det inden for pakkelsen er muligt “[...] at kombinere elementer fra forskellige diskursanalytiske perspektiver.” (ibid.:12), og at det samtidig er tilladt og værdsat at inddrage andet end diskursanalytiske elementer. Disse kombinationer af forskellige perspektiver bidrager til forskellige former for indsigt og en bredere forståelse af et område (ibid.). Dette har gjort det muligt for os på forskellig vis at udforske specialets problemstilling ved at gøre brug af observationer, interviews og dokumenter, der tilsammen udgør det empiriske materiale. Dette vil blive uddybet under de forskellige elementers respektive afsnit. I dette speciale tages der med andre ord udgangspunkt i en tilgang inden for diskursanalysen, som ikke hæfter til en særlig tolkning eller forståelse af teori og metode, som eksempelvis Norman Faircloughs *kritisk diskursanalyse*.

En uundgåelig skikkelse inden for diskursanalysen er Foucault, der var den første til at iværksætte teori og begreber, der igangsatte den diskursive tilgang. Foucaults arbejde med diskursbegrebet og teorien har haft som omdrejningspunkt, at: “Sandheden er en diskursiv konstruktion, og forskellige vidensregimer udpeger, hvad der gælder for sandt og falsk.” (ibid.:22), hvilket er i tråd med den socialkonstruktionistiske verdensanskuelse (ibid.). Foucault definerer diskurs som:

“Vi vil kalde en gruppe af ytringer for diskurs i det omfang, de udgår fra den samme diskursive formation [... Diskursen] består af et begrænset antal ytringer, som man kan definere mulighedsbetingelserne for. (Foucault 1969:153/1972:177)” (ibid.:22).

Således anser Foucault en diskurs betinget af ytringer, og med andre ord sproglige italesættelser, som er afgørende for mulighedsbetingelser. Derfor er det sproget, der danner grundlag for diskursanalysen, hvorfor en diskursiv analyse er relevant for dette socialkonstruktionistisk inspirerede speciale. Således kan den diskursanalytiske tilgang også gøre det muligt at foretage kritisk forskning, hvor magtrelationer og normative perspektiver er omdrejningspunktet (ibid.). Hensigten i dette speciale er netop at undersøge, hvilke magtrelationer og forståelser om det *normale*, med andre ord konstruktioner af dominerende forståelser, der eksisterer inden for Sundrup Kommunes forløbsprogrammer.

Ifølge Jørgensen og Phillips skal magt i en foucaultsk forstand ses som et produkt af dynamiske interaktioner, hvor sandhed skabes diskursivt, det vil sige i magtkampe om at fastlægge sandheden (ibid.). Magt er i et foucaultsk perspektiv, ligesom diskurser, ikke tilhørende noget eller nogen, men er derimod både produktiv og begrænsende, idet:

“Magt er både det, der skaber vores sociale omverden, og det, der gør, at omverdenen ser ud og kan italesættes på bestemte *måder*, mens andre muligheder udelukkes.” (ibid.:23)

Det kan hermed påpeges, at Foucaults analytiske interesse har været at undersøge konstruktioner af den sociale verden, hvilket ligeledes kan anses at være intentionen med specialet, idet vi ønsker at undersøge hvilke sandhedskonstruktioner, der kommer til udtryk i forbindelse med Sundrup Kommunes tilrettelæggelse og udførelse af forløbsprogrammer.

2.1.2. Forskerposition

Med en socialkonstruktivistisk verdensanskuelse og diskursiv tilgang er det som forskere vigtigt for os at gøre opmærksom på, hvilken rolle og indflydelse, vi har på specialets proces og endelige produkt.

Formålet med dette speciale er at analysere herskende diskursive forståelser, der forekommer som selvfølgeligheder i det empiriske materiale. Disse forståelser er konstrueret socialt og er historisk og kulturelt betinget (Burr 2003), hvorfor vi som forskere ikke kan frasige os at være medkonstruerende og samtidig være påvirkede af herskende diskursive forståelser. Denne medkonstruerende rolle vil blive forsøgt uddybet i dette afsnit for derigennem at synliggøre, dels hvordan vi som forskere har forsøgt at påvirke empiriproduktionen og analysens fund mindst muligt, og dels i hvilket omfang vi forestiller os, at den uundgåelige medkonstruerende rolle har påvirket processen og produktet for dette speciale.

I diskursanalyser er det vigtigt, at vi som forskere undgår at lade vores viden og holdninger påvirke analysen. Det kan være en udfordring at analysere diskurser, når der arbejdes inden for et velkendt vidensfelt, uden at kendskabet kommer til at have indflydelse på analysens fund. For at give sig selv de bedste betingelser for at undersøge og analysere diskurser, i dette speciale skriftlige materialer i form af dokumenter, transskriberede interviews og observationsnoter, er det ifølge Jørgensen og Phillips vigtigt at forsøge “[...] at sætte parentes om sig selv og ens egen ‘viden’, så godt man kan, så ens egne vurderinger ikke overskygger analysen.” (Jørgensen og Phillips 2013:31).

Som forskere har vi kontinuerligt forsøgt at italesætte vores forudindtagede holdninger og viden til vidensfeltet og undgået på bedst mulig vis at lade vores holdninger og viden komme til udtryk i analysen, eksempelvis om forløbsprogrammer, mennesker med kronisk sygdom, sundhedsprofessionelle og forståelser om sundhed og læring.

Selvom det er muligt i et vist omfang at gøre opmærksom på vores viden og holdninger, vil vores position altid være medkonstruerende i specialets proces og analysens fund. Dette gælder eksempelvis den omfattende viden, som vi har søgt i forbindelse med undersøgelsesfasen til dette speciale omkring baggrunden for forløbsprogrammer og dertilhørende emner og problemstillinger. I undersøgelsesfasen har vi løbende vurderet, hvilke materialer, der har været relevante at inddrage, og omvendt har vi fravalgt andre. På denne måde er vores viden blevet konstrueret, hvilket vil få betydning i empiriproduktionen, idet vi på baggrund af metode og teori udvælger relevante passager af empirien, der findes oplagte at inddrage i analysen. Hertil har vi også haft en medkonstruerende rolle i forbindelse med foretagelse af observationer, interview og udvælgelse af dokumenter. Vores rolle i forbindelse med empiriproduktionen uddybes i afsnittet *Metodiske tilgange*.

I denne forbindelse skal vores erfaringer med diverse sundhedsforståelser og pædagogiske praksisser fra forelæsninger, projekter og personlige erfaringer også tages i betragtning. Ved at vi som forskere er vores *forforståelser* bevidste, og samtidig er bevidste om, hvilken indflydelse vi har på specialet, er vi med til at styrke specialets validitet. Til at imødekomme dette er et analytisk redskab at undersøge og afdække selvfølgheder i det empiriske materiale, hvilket kræver, at vi forsøger at fremmedgøre os fra det empiriske materiale (ibid.). Dette betyder, at vi som forskere og som studerende og borgere i det danske samfund med varierende kendskab, kontakt og interesse for pædagogik, sundhed, forebyggelse og samfundsudvikling har til opgave at synliggøre forståelser, der forekommer som selvfølge – eksempelvis om det er muligt at lære andre noget, eller hvem der ved, hvornår og hvordan en borger med diabetes bliver sund – eller om det er muligt?

Jørgensen og Phillips påpeger, at anvendelse af metode og teori gør det muligt at fremmedgøre sig fra det empiriske materiale. Derudover kan metode og teori muliggøre et bredere perspektiv end hverdagens, for derigennem at kunne opstille tvivlsspørgsmål til det empiriske materiale og synliggøre herskende selvfølgheder og sandhedsforståelser (ibid.). Derfor har vi i analyseprocessen, der allerede begyndte ved vores første kontakt med og besøg hos kommunen, været opmærksomme på, hvornår det har været vores eller andres forståelser, der er kommet til udtryk. Her har netop metode og teori været gavnlig, da den har hjulpet til et bredere perspektiv. Med dette afsæt vil vi præsentere de metodiske tilgange og i efterfølgende afsnit udfolde de teoretiske perspektiver, som anvendes i analysen.

2.2. Metodiske overvejelser

I det følgende afsnit ønsker vi, med afsæt i den videnskabsteoretiske tilgang, at præcisere specialets metodevalg og -design. Afsnittet starter med at introducere, hvordan vi fik skabt kontakt og adgang til Sundrup Kommune og kommunens forløbsprogrammer for diabetes. Efterfølgende præsenteres de metodiske overvejelser efterfulgt af en kort præsentation af, hvad der skete i praksis. Endeligt præsenteres de metodiske tilgange i form af dokumenteranalyse, interviews og observationer, og afsnittet afsluttes med en præcisering af specialets analysestrategi.

2.2.1. Præcisering af specialets undersøgelsesfelt – forløbsprogrammer

Som det er beskrevet i specialerapportens introduktion, har vi i et andet gruppeprojekt tidligere beskæftiget os med sundhedsfremmepolitikker. Denne vidensbaggrund har dannet ramme for specialets første ideudkast, idet vi ønskede at øge vores kendskab til, hvordan disse sundhedsfremmepolitikker omsættes og udføres i praksis. Ved at inddrage et praksisperspektiv anser vi specialets undersøgelsesfelt som oplagt for at kunne kombinere fagene *Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier* og *Pædagogik og Uddannelsesstudier*.

Vi tog i specialets opstartsfasen kontakt til forskellige kommuner både på mail og telefonisk for at undersøge, hvilken kommune der kunne være interesseret i et samarbejde med os. Heraf har en kommune aldrig besvaret vores mail, og en anden meldte relativt hurtigt tilbage, at den ikke havde mulighed for at involvere sig i vores projekt.

Sundrup Kommune responderede på vores mail, og vi fik arrangeret et introducerende møde med kommunens udviklingschef. Dette møde vil ikke indgå som en del af det empiriske materiale, men skal blot illustrere vores vej til den endelige empiriproduktion. Udviklingschefen gav os et indblik i kommunens organisation og arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Vi fik med dette indblik bekræftet, at det kommunale arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme skulle udgøre specialets omdrejningspunkt, og mere præcist der, hvor sundhedsprofessionelle møder borgerne, fordi det er i dette møde, at det er muligt sammen at skabe en forandringsproces. Vi tog derfor en beslutning om, at Sundrup Kommunes forløbsprogram til borgere med diabetes skulle udgøre specialet undersøgelsesfelt. Udviklingschefen henviste os i denne forbindelse til en projektleder, som etablerede kontakten til de sundhedsprofessionelle, der udfører forløbsprogrammerne i kommunen. På denne måde var kontakten etableret, og vi kunne gå i gang med at overveje og forberede vores metodiske tilgang til genstandsfeltet. Specialets metodiske overvejelser udfoldes i følgende afsnit.

2.2.2. Metodiske refleksioner

Som det beskrives løbende, har ønsket for specialet været at undersøge, hvordan forløbsprogrammerne tilrettelægges og udføres, og hvilke forståelser af sundhed og læring, der ligger bag. Med en socialkonstruktionistisk forståelse af verden, hvor eksempelvis *sundhed* kan opfattes som en *metaværdi*, danner vores videnskabsteoretiske tilgang og emnevalg om Sundrup Kommunes forløbsprogrammer derfor baggrund for dette speciales metodevalg.

Med en socialkonstruktionistisk tilgang er det ikke hensigten at generere generaliserbar viden, da verden er socialt konstrueret, og der ikke findes en objektiv sandhed om verden (Burr 2003). Det betyder, at vi i stedet ønsker at udforske en konkret kontekst og undersøge, hvilke sociale konstruktioner kommer til udtryk og hvordan de forstås. Den viden, som dette speciale producerer, skal derfor ses som lokal, hvor vi som forskere er medkonstruerende, hvormed det, der skrives frem i analysen, er de iagttagelser, som vi som forskere har fundet relevante.

I dette lys anser vi de kvalitative metoders muligheder som aktuelle for specialets undersøgelsesfelt, da de kvalitative metoder åbner op for at udforske fænomener såsom magtrelationer og sociale konstruktioner, der ikke kan måles og kvantificeres (Den store danske 2015a).

Specialet tager udgangspunkt i et forskningsdesign, hvor de kvalitative metoder består af en triangulering (From 2012) mellem dokumentanalyse, interviewanalyse og observationsanalyse. Trianguleringen mellem de forskellige kvalitative metoder skal bidrage til forskellig indsigt og viden om feltet samt en bredere forståelse, som tidligere beskrevet i afsnittet *Magt, diskurs og diskursanalyse*.

Dokumentanalyse anvendes med henblik på at belyse de forståelser, der eksisterer i de kommunale dokumenter om forløbsprogrammet, og som har betydning for tilrettelæggelsen af kommunens forløbsprogrammer og for de sundhedsprofessionelles arbejde. Til dette inddrager vi Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi, kommunens hjemmeside og en folder om kommunens forløbsprogrammer på sundhed.dk. I forlængelse af ovenstående ønsker vi at udforske, hvad de sundhedsprofessionelle tillægger betydning i tilrettelæggelsen af forløbsprogrammerne. Det vil vi belyse ved at anvende interviews af de sundhedsprofessionelle, hvor deres italesættelser bliver omdrejningspunktet.

I første omgang var hensigten, at observationerne skulle give os indblik i, hvordan forløbsprogrammerne i Sundrup Kommune blev udført, og derved danne grundlag for vores efterfølgende interviews. Dette ændrede sig imidlertid, da kommunens specifikke forløbsprogram ikke harmonerede med vores specialeproces. Det var med andre ord ikke muligt inden for tidsrammen at udføre

observationer inden interview, hvorfor vi i stedet besluttede, at observationerne skulle bruges mere aktivt i vores analyser. Af denne grund inddrages observationerne med henblik på at udforske, hvordan de sundhedsprofessionelle udfører forløbsprogrammet og således, hvilke forståelser af læring og sundhed der tillægges betydning i den pædagogiske praksis.

Vi kan ikke garantere, at vores analytiske pointer ikke vil blive opfattet som en kritik af de involverede. Imidlertid er det ikke vores hensigt at sætte hverken Sundrup Kommune, forløbsprogrammet eller de sundhedsprofessionelle i et dårligt lys. Vi ønsker blot at synliggøre de sundhedsforståelser og pædagogikker, der ligger til grund for forløbsprogrammerne med henblik på at skabe opmærksomhed på de dominerende konstruktioner og forståelser (Pedersen 2012).

På baggrund af ovenstående har vi valgt at anonymisere den udvalgte kommune og de tilhørende sundhedsprofessionelle. Derfor betegnes den udvalgte kommune som *Sundrup* og på samme måde vil de dokumenter fra kommunen, som er en del af specialets empiri blive refereret til med fiktive navne. Se nærmere beskrivelse i afsnittet *Dokumentanalyse*. De sundhedsprofessionelle refereres til som henholdsvis *de sundhedsprofessionelle*, ud fra deres profession eller med fiktive navne. En detaljeret oversigt over de sundhedsprofessionelle som informanter ses under afsnittet *Interview*.

2.2.3. Processen – sådan forløb det

I følgende afsnit vil vi uddybe, hvordan empiriproduktionen forløb. I denne forbindelse vil vi samtidig uddybe, hvilke fravalg i forhold til empirien vi efterfølgende har foretaget.

Som det er beskrevet tidligere, blev vores indgang til Sundrup Kommunes sundhedsfremmende og forebyggende tiltag for diabetes etableret gennem en projektleder. Ved hjælp af informationer fra projektlederen fik vi etableret kontakt til henholdsvis en klinisk diætist, der var tilknyttet Sundrup Kommunes forløbsprogram for diabetes på kommunens sundhedscenter, og en sundhedskonsulent, der var tilknyttet et lignende tilbud for borgere med diabetes i et af kommunens boligområder. På den måde havde vi mulighed for at få indsigt i to forskellige tiltag omkring diabetes, som Sundrup Kommune udbyder.

Via kommunens hjemmeside blev vi klogere på, hvad der karakteriserede de forskellige forløb, og hvordan de adskilte sig. Det ene hold, tilknyttet kommunens sundhedscenter, tilbyder sygdoms-specifikke rehabiliteringsforløb rettet mod borgere med type 2-diabetes, hvor det kræver en henvisning for at deltage. Det andet hold betegnes et forløbsprogram og er også for borgere med type

2-diabetes, men er rettet specifikt mod borgere med anden etnisk baggrund end dansk og foregår i et beboerhus i et udvalgt boligområde. Her er ikke krav om, at man skal kunne snakke dansk, men borgerne skal ligesom det andet hold have en henvisning fra egen læge eller et hospital for at kunne deltage.

Vi blev af udviklingschefen opfordret til at foretage en sammenligning af de to forskellige forløb i kommunen, hvilket vi for en stund diskuterede, men vurderede og konkluderede, at en sammenligning ikke ville harmonere med vores ønske om, at analysen ikke skulle vurdere eller kritisere det kommunale arbejde.

Som udgangspunkt var kommunen og de personer, vi havde kontakt med, imødekommende og interesserede i at hjælpe os. Vi fik i første omgang per mail lov til at komme og observere og interviewe sundhedsprofessionelle tilknyttet begge forløb og enkelte borgere, som deltog – dog såfremt alle sundhedsprofessionelle og borgere havde lyst til at tale med os. Det medførte en længere mailkorrespondance, hvor vi i første omgang fik afslag på at observere forløbet i kommunens sundhedscenter. Dette blev begrundet med, at vi som en gruppe på tre personer kunne få en u hensigtsmæssig virkning, idet borgere kunne opleve det som grænseoverskridende, at vi var til stede. Vi blev dog med få dages varsel inviteret til at interviewe to sundhedsprofessionelle ved sundhedscenteret, hvilket vi takkede ja til. Det viste sig at have en positiv effekt, idet vi efterfølgende fik vi lov til at observere forløbsprogrammet ad to omgange med to observatører og interviewe de resterende sundhedsprofessionelle, der var tilknyttet dette hold.

På det andet forløb i et af Sundrup Kommunens boligområder fik vi ligeledes tilladelse til at observere og derefter interviewe de sundhedsprofessionelle. Det viste sig, at den ene af de to sundhedsprofessionelle var tilknyttet begge forløb i kommunen, som vi havde kontakt til.

Således endte vi med et empirisk materiale, som bestod af i alt fem interviews og observationsnoter fra to observationer fra forløbsprogrammet ved kommunens sundhedscenter, hvor to af os deltog ved hver observation, og en observation fra forløbsprogrammet i et af kommunens boligområder, hvor vi alle sammen deltog.

Efterfølgende og i takt med specialets udvikling besluttede vi ikke at gøre brug af det empiriske materiale, der specifikt var relateret til forløbsprogrammet i et af Sundrup Kommunens boligområder. Det betyder, at der i den resterende del af specialerapporten ikke inddrages observationer fra dette forløb og ej heller interviewet med den sundhedsprofessionelle, der har arbejdet som sundhedskonsulent. Det fravalgte materiale ville blandt andet have krævet et fokus omkring forløbets

deltagere, hvilket ikke kunne harmonere med vores problemstilling og det resterende empiriske materiale. Samtidig har specialets omfang også gjort, at vi har været nødsaget til at fravælge denne del af det empiriske materiale.

Undervejs i specialeprocessen og efter observationer og interviews var gennemført, opstod der for os en undren angående de sundhedsprofessionelles tilrettelæggelse af forløbet, hvorfor vi igen tog kontakt til kommunen med opfølgende spørgsmål til de sundhedsprofessionelle. Vi ønskede at få præciseret, hvordan og på hvilket grundlag de tilrettelægger deres forløb, da vi syntes, at deres tidligere svar på lignende spørgsmål var meget begrænsede. Heraf besvarede to af de sundhedsprofessionelle, men svarene inddrages ikke i analysen, da de for det første ikke bidrog til mere viden og for det andet kom så sent i processen, at det ikke var hensigtsmæssigt eller relevant at inddrage i specialerapporten.

Således udgør Sundhedsstrategien, kommunens hjemmeside og folder om forløbsprogrammer fra sundhed.dk, fire interviews af sundhedsprofessionelle tilknyttet forløbsprogrammet fra Sundrup Kommunes sundhedscenter og observationer ad to omgange med to observatører af forløbsprogrammet fra Sundrup Kommunes sundhedscenter vores empiriske materiale.

2.3. Metodiske tilgange

Vi ønsker i følgende afsnit at belyse, hvordan og hvorfor vi har anvendt de udvalgte metoder, og hvordan de bidrager til analysen. Metoderne udfoldes under individuelle afsnit, da vi finder dette hensigtsmæssigt for læseren. Derfor udfoldes først *Dokumenter*, herefter *Interviews* og sidst *Observationer*.

2.3.1. Dokumenter

I det følgende afsnit ønsker vi at præsentere specialets anvendelse og forståelse af dokumentanalyse samt at introducere til dokumentanalysens empiri. De udvalgte dokumenter, som er omdrejningspunkt i nærværende afsnit, består af Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi (2012), folder om forløbsprogrammerne fra sundhed.dk og beskrivelsen af forløbsprogrammerne på kommunens hjemmeside. Vi har hentet inspiration til analyse af dokumenter fra bogen: *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter* (2005a; 2005b) af Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer.

2.3.1.1. Dokumentanalyse i et interaktionistisk perspektiv

Den socialkonstruktionistiske tilgang i specialerapporten har betydning for, hvordan vi betragter dokumenter, og dermed hvordan en dokumentanalyse kan anvendes som metode. Nogle af de centrale antagelser om dokumenter, som vi deler med den interaktionistiske tilgang, er, at dokumenter henter og afgiver betydning i dokumenternes produktion og konsumtion. Mik-Meyer påpeger, at *betydning* skal anses som et relationelt fænomen, der skabes i interaktionen. Det vil sige, at dokumenter betragtes som noget, der har et handlings- og forandringspotentiale, da de producerer betydninger og gør noget i en social interaktion (Mik-Meyer 2005). I den forbindelse anser vi det for aktuelt at inddrage de dokumenter, der er rammesættende og retningsgivende for Sundrup Kommunes forløbsprogrammer, og som har betydning for de sundhedsprofessionelles arbejde.

For at undersøge dokumenters handlingspotentiale er det ifølge Mik-Meyer relevant at se på dokumenters kontekstuelle og institutionelle rammer. De institutionelle rammer relaterer sig til organisatoriske sammenhænge og har betydning for, hvilke handlinger og fortolkninger aktørerne vil finde relevante (ibid.). Den institutionelle ramme i dette speciale er en kommunal kontekst, som det beskrives i indledningen, og er præget af særlige incitamentter for at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse.

De kontekstuelle forhold handler ifølge Mik-Meyer om, at den specifikke situation har betydning for aktørernes handlinger. Her vil aktørernes forskellige præferencer og erfaringer også have betydning for, hvad de tillægger betydning, uanset hvor institutionaliseret rammen er (ibid.). I lyset af dette kan det antages, at de sundhedsprofessionelles forståelser ikke udelukkende stammer fra dokumenter, men også indeholder deres egne holdninger, værdier og overbevisninger om sundhed og læring, hvilket vi vil belyse nærmere i analysen. Imidlertid betyder det, at der i vores samlede analyser vil være forskellige diskursive forståelser af, hvad der blandt de sundhedsprofessionelle anses for at være det *rigtige* i forhold til sundhed, og hvilken læringsforståelse der ligger til grund for de sundhedsprofessionelles tilrettelæggelse af deres undervisning. De kontekstuelle og institutionelle rammer kan hermed bidrage til at belyse de forskellige forståelser, der tillægges betydning i tilrettelæggelsen og udførelsen af forløbsprogrammerne i Sundrup Kommune.

2.3.1.2 Udvalgelse af dokumenter

Empiriproduktionen til dokumentanalysen startede allerede i den indledende og undersøgende fase om specialets undersøgelsesfelt. I denne fase udvalgte vi de dokumenter, som potentielt kunne udgøre det empiriske materiale. I løbet af den øvrige empiriproduktion i specialets interviews og vores opfølgende mailkorrespondance erfarede vi, at de sundhedsprofessionelle i kommunen ikke

kunne komme med et entydigt og specifikt svar på, hvordan og på hvilket grundlag de tilrettelægger og udfører deres undervisning, hvilket har haft betydning for dokumentanalysens empiriproduktion. Derudover har vi i udvælgelsen af det empiriske materiale lagt vægt på, at dokumenterne skulle være i overensstemmelse med det samfundsmæssige niveau, vi ønskede at beskæftige os med. Derfor begrundes udvælgelsen af dokumenterne med, at de illustrerer rammen i en specifik kommunal kontekst, hvilket ikke havde været gældende ved eksempelvis at inddrage materiale fra Sundhedsstyrelsen, da Sundhedsstyrelsens materiale har et mere generelt og nationalt perspektiv. Det betyder, at dokumentanalysens empiri tager udgangspunkt i kommunens beskrivelser om forløbsprogrammerne heriblandt Sundhedsstrategien, en folder om forløbsprogrammer fra sundhed.dk og beskrivelser fra kommunens hjemmeside. Vi har valgt at tage udgangspunkt i disse dokumenter, da de beskriver forløbsprogrammernes indhold og mål og kan anses som retningsanvisende for de sundhedsprofessionelles tilrettelæggelse af undervisningen.

2.3.1.3. Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi

Sundhedsstrategien er, som navnet angiver, en strategi, der vedrører sundhed. *Strategi* som begreb refererer i den danske ordbog til en overordnet, langsigtet *metode*, *fremgangsmåde* eller *planlægning* (Ordnet 2015a), hvormed Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi (2012) som dokument har til formål at være retningsanvisende for, hvordan Sundrup Kommune vil gribe sundhed an.

Sundhedsstrategien har Sundrup Kommune som afsender og kommunens borgere og medarbejdere som modtagere, og Sundrup Kommunes borgmester begrunder i strategiens forord Sundhedsstrategiens relevans:

“For nogle år siden lavede vi en sundhedspolitik, og nu har vi lavet en sundhedsstrategi, som mere specifikt skal hjælpe alle, borgere som medarbejdere på tværs i kommunen, med at sætte sundhed på dagsordenen.” (Sundhedsstrategi 2012).

Således italesætter Sundrup Kommunes borgmester den direkte sammenhæng mellem strategien og den forrige kommunale sundhedspolitik, hvorfor det er relevant at understrege, at Sundhedsstrategien ikke kan anses som et neutralt eller værdifrit dokument, idet de politiske mål således skal fremmes gennem Sundhedsstrategien. Med andre ord kan Sundhedsstrategien ikke fraskrive sig en politisk interesse, hvorfor forståelsen af sundhed tillægges en bestemt betydning. Dette gør Sundhedsstrategien interessant og relevant for os som forskere, da den skal være retningsgivende for de sundhedsfremmende indsatser i kommunen, eksempelvis i form af seks temaer, som funge-

rer som Sundhedsstrategiens fokusområder. Dette betyder også, at eksempelvis de sundhedsprofessionelle, der udfører det kommunale forløbsprogram, arbejder inden for en kommunalpolitisk ramme, hvor kommunens målsætning indgår i de sundhedsprofessionelles arbejde.

Sundhedsstrategien strækker sig fra 2012 til 2014, men da kommunen ikke har en nyere udgave tilgængelig, har vi valgt at tage udgangspunkt i denne. Sundhedsstrategien er ti sider lang inklusiv forsiden. Efter forsiden følger forord af kommunens borgmester på side 2, en indledning på siderne 3-5 og udfoldelse af strategiens seks temaer på siderne 6-11, der udfolder et tema per side. Det angives ikke i strategien, hvem der ellers har været med i udarbejdelsen. Sundhedsstrategiens seks temaer er:

1. "Røg på vej ud
2. Mindre forbrug af alkohol
3. Bevægelse ind i hverdagen
4. Sund kost gavner helbredet
5. Netværk og fællesskab øger trygheden
6. Bedre sundhed hos borgere med kronisk sygdom" (Sundhedsstrategi 2012)

Disse temaer tager blandt andet udgangspunkt i at nedbringe antallet af borgere i Sundrup Kommune, der ryger, har risikabel alkoholadfærd, er inaktive, har usunde kostvaner, er svært overvægtige, har en kronisk sygdom og som lever en usund livsstil (Sundhedsstrategi 2012). Derudover beskriver hvert tema succeskriterierne, statistik (dog ikke for det 6. mål om Bedre sundhed for borgere med kronisk sygdom), statistiske mål, målgrupperne, indsatsområderne og aktiviteterne. (Sundhedsstrategi 2012). Da vi i analysen udelukkende er interesseret i det skrevne sprog og italesættelser, vil vi ikke inddrage Sundhedsstrategiens billeder (fire i alt på forside og side 2).

Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi er som nævnt et dokument udarbejdet i et kommunalt politisk regi, hvilket betyder, at *sundhed* tillægges en særlig betydning. Derfor er Sundhedsstrategien interessant at inddrage i dette speciales dokumentanalyse. For at undersøge, hvilke sundhedsforståelser de sundhedsprofessionelle tillægger betydning, finder vi det relevant at inddrage andre metoder som interviews og observationer.

2.3.1.4. Sundrup Kommunes folder

Folderen beskriver kort Sundrup Kommunes forløbsprogrammer rettet specifikt mod borgere med type 2-diabetes og er tilgængelig for alle på sundhed.dk. Den er udarbejdet af en sundhedskonsu-

lent i Sundrup Kommune og består af 4 sider. En forside og bagside med tilhørende billeder. Disse vil på samme måde som Sundhedstrategiens billeder ikke indgå i vores analyser, da vi udelukkende fokuserer på den skrevne tekst.

Første beskrivelse i folderen omhandler, hvad målet med forløbsprogrammet er. Der beskrives, at forløbsprogrammet er for borgere med diabetes, som ønsker en bedre hverdag med diabetes, at blive bedre til at håndtere deres diabetes og at få redskaber til at håndtere symptomer, der følger med type 2-diabetes. Dette skal ske gennem om viden om kost, sygdom og behandling, møde med andre *diabetespatienter* (Folderens term) og fysisk træning (Sundrup Kommunes folder).

I de næste dele af folderen er der information om selve forløbs varighed, om træningen, sted, undervisere og forplejning. Forløbet varer 4 uger med 3 timers teori pr. kursusdag, herefter følger et træningsforløb på en times træning om ugen i 5 uger. I folderen fremgår det, at træningen skal bidrage til, at borgerne: “[...] efterfølgende bliver i stand til at træne på egen hånd i private foreninger, fitnesscentre, ude i naturen m.m.” (Sundrup Kommunes folder). Derudover fremgår det i folderen, at undervisningen foregår i Sundrups sundhedscenter og varetages af to sygeplejersker, en fysioterapeut og en diætist.

2.3.1.5. Sundrup Kommunes hjemmeside

Sundrup Kommunes hjemmeside er for alle, der ønsker information om kommunen. På hjemmesiden er der en fane specifikt til kommunens forløbsprogrammer. I denne fane er der en overordnet beskrivelse af kommunes forløbsprogrammer, som på samme måde som i Sundrup Kommunes folder beskriver, at forløbet er for de borgere, som ønsker viden om behandling, forebyggelse, medicin og kost, at møde andre patienter og få fysisk træning (Sundrup Kommunes hjemmeside). Derudover findes der under fanen om forløbsprogrammer også information om forløbsprogrammer rettet mod specifikke kroniske sygdomme, herunder KOL, type 2-diabetes, lænde-ryg smerter og kræft.

Under forløbsprogrammer specifikt til borgere med type 2-diabetes beskrives sted og varighed, hvilket også fremgår af Sundrup Kommunes folder. Derudover uddybes der yderligere, hvad forløbsprogrammerne specifikt rettet mod borgere med type 2-diabetes indeholder. Det fremgår, at det er et tilbud til de borgere, der ønsker at gribe chancen og blive bedre til at håndtere deres diabetes, have mere viden om kost og regulering af diabetes, forebygge senfølger og øge deres livskvalitet (Sundrup Kommunes hjemmeside).

2.3.2. Interviews

Afsnittet starter med en introduktion til specialets anvendelse af interview i et socialkonstruktivistisk perspektiv og belyser, hvad interview som metode bidrager med. Til dette anvender vi Dorthe Staunæs og Dorte Marie Søndergaard (2005). Herefter belyses udvælgelsen af informanter efterfulgt af en præsentation af dem. Interviewguiden præsenteres i afsnittet *Fremgangsmåde*, hvorefter afsnittet *Fire semi-strukturerede interviews* beskriver forløbet af interviewene, empiriproduktionen og de dertilhørende refleksioner over empirien.

2.3.2.1. Interview i et interaktionistisk perspektiv

Vi har valgt at inddrage interview som metode, da vi interesserer os for, hvilke forståelser de sundhedsprofessionelle tillægger betydning. Med andre ord har inddragelsen af interviews til formål at undersøge hvilke forståelser, der italesættes blandt de sundhedsprofessionelle, der udfører forløbsprogrammet om diabetes i Sundrup Kommune.

Overordnet set kan et interview, ifølge Staunæs og Søndergaard, anskues som et socialt møde, hvor sociale og diskursive praksisser og positioneringer opstår (Staunæs og Søndergaard 2005). Ved at interviewe de sundhedsprofessionelle får vi gennem sproget en indsigt i, hvordan de tænker, og hvordan de ser deres verden. Vi får også indsigt i, hvordan de sundhedsprofessionelle oplever, beskriver og orienterer sig i forhold til sundhed, læring og udførelse af forløbsprogrammet (Staunæs og Søndergaard 2005). Ydermere belyser Staunæs og Søndergaard at:

“Interview er velegnede til at udfolde mangefacetterede og ofte modsætningsfulde italesættelser af erfaringer, oplevelser, orienterings- og tolkningsrammer. Det materiale, der produceres med metoden, er medieret gennem de talte ord og gennem kropssprog.” (ibid.:54).

Med dette in mente kan det fremhæves, at interviewene af de sundhedsprofessionelle skal bidrage til at belyse deres italesættelser af sundhed og læringstilgange for netop at undersøge de mangefacetterede forståelser af sundhed og læring, som kan findes hos de sundhedsprofessionelle.

Formålet med at interviewe de sundhedsprofessionelle er ikke, at der skal opstå en fælles forståelse mellem os som forskere og dem som sundhedsprofessionelle. Det er derimod at opnå en viden om noget, som vi ikke har i forvejen, og komme bag de sandhedsforståelser, som ligger til grund for måden, de sundhedsprofessionelle tilrettelægger og udfører forløbsprogrammet på, for derigennem at skabe grobund for nye refleksioner af virkeligheden (Staunæs og Søndergaard 2005).

2.3.2.2. Udvalgelse af informanter

Som det beskrives i afsnittet *Præcisering af specialets undersøgelsesfelt – forløbsprogrammer* blev vores kontakt til de sundhedsprofessionelle etableret via en udviklingschef i Sundrup Kommune. De sundhedsprofessionelle fandt vi særligt interessante som informanter, da det netop er dem, som varetager Sundrup Kommunes sundhedspolitiske målsætning om at forbedre sundheden for borgere med kronisk sygdom. Det er således de sundhedsprofessionelles udførelse af forløbsprogrammerne, der har betydning for, om Sundrup Kommunes sundhedspolitiske målsætninger føres videre til borgere med kronisk sygdom. Særligt interessant er det for os, hvordan disse sundhedspolitiske ambitioner videreformidles.

Vi har interviewet fire sundhedsprofessionelle, som er tilknyttet forløbsprogrammet i Sundrup Kommunes sundhedscenter. På baggrund af deres profession varetager og tilrettelægger de sundhedsprofessionelle hver især dele af forløbsprogrammet, hvorfor vi har fundet det relevant at interviewe alle fire sundhedsprofessionelle. Derudover er de sundhedsprofessionelle kvinder i forskellige aldre, med forskellige uddannelser, forskellige erfaringer både i og uden for kommunen. Ved at lade vores undersøgelsesfelt være så varieret som muligt, har vi forsøgt at opnå en empirisk mætning (ibid.), der i tilstrækkelig grad kan besvare specialets problemformulering.

Nedenstående punkter har til formål at give et overblik over de forskellige interviews, vores informanter og deres profession. I analysen vil vi anvende informanternes fiktive navne:

- **Interview 1:** Bodil er klinisk diætist og har været ansat i Sundrup Kommune ca. et år og fastansat i kommunens sundhedscenter. Hun har mulighed for individuelle konsultationer med borgere fra forløbsprogrammerne.
- **Interview 2:** Hanne er hjemmesygeplejerske til dagligt og har været med til at starte diabetesforløbsprogrammerne i Sundrup Kommune. Hun underviser sammen med Dorthe.
- **Interview 3:** Mette er fysioterapeut og har været tilknyttet forløbsprogrammet i ca. et år.
- **Interview 4:** Dorthe er sygeplejerske og arbejder ved siden af sin tilknytning til forløbsprogrammerne også som hjemmesygeplejerske. Hun underviser sammen med Hanne.

2.3.2.3. Fremgangsmåde

Med vores baggrundsviden om forløbsprogrammer udarbejdede vi en simpel interviewguide, hvor vi tog afsæt i fem overordnede temaer formuleret som forskningsspørgsmål med tilhørende huskeord til interviewspørgsmålene (*Bilag 1*). På den måde havde vi en forhåbning og ambition om

at få afdækket det, vi ønskede at opnå viden om, men samtidig lade der være plads til, at vi kunne følge nye uventede veje (Staunæs og Søndergaard 2005). Samtidig var det vigtigt for os, at den sundhedsprofessionelle følte, at dét, der havde betydning, blev talt frem og udfoldet (ibid.).

Vi havde som forskere og med vores videnskabsteoretiske ståsted ingen forventninger om at være neutrale, men være medvirkende til at åbne op, så de sundhedsprofessionelle kunne udfolde deres virkelighed. Vi så vores position som en del af et samarbejde med den sundhedsprofessionelle, hvor de italesatte erfaringer og forståelser, og vi genererede en viden med afsæt i vores forskningsspørgsmål.

Forhåbningen for interviewene var, at de sundhedsprofessionelle ville være refleksive og undrende over egen praksis. I vores interviewguide lagde vi med første interviewspørgsmål op til, at den sundhedsprofessionelle kunne komme med konkrete eksempler på, hvordan de tilrettelagde forløbsprogrammerne, og dermed et spørgsmål, som forhåbentlig interesserede dem og gav dem en interesse i at hjælpe os med vores forskning (ibid.). Spørgsmålene findes i interviewguiden i *Bilag 1*.

Ved at udarbejde en interviewguide med spørgsmål, som vi gjorde, var vi med til at forme empiriproduktionen og var medkonstruerende til informanternes italesættelser af de temaer, som vi spurgte ind til.

I følgende afsnit vil i forlængelse af ovenstående beskrive, hvordan interviewene forløb, og hvordan vi som forskere oplevede interviewene.

2.3.2.4. Fire semi-strukturerede interviews

Efter nogle lidt langtrukne og besværlige mailkorrespondancer med de sundhedsprofessionelle, hvor vi gentagne gange var i tvivl, om det ville lykkes at få de interviews, vi ønskede, var det med en vis nervøsitet og spænding, at vi skulle foretage de første interviews. Heldigvis viste det sig, at vi ikke havde grund til at være nervøse, da vores informanter var meget imødekomende og ivrige efter at dele deres oplevelser og erfaringer med os.

Som udgangspunkt var vi enige om, at vi kun skulle være to forskere til hvert interview, da det kan virke overvældende at sidde tre personer over for én person, og det kunne muligvis virke hæmmende for empiriproduktionen. I hvert interview var der en forsker, som interviewede, og de andre

eller den anden bød ind, hvis det blev nødvendigt, eller vedkommende syntes, at noget skulle uddybes (afhængig af om vi var to eller tre forskere til stede).

Første og andet interview blev foretaget samme dag med et par timers mellemrum, og vi var alle tre til stede. Tredje interview blev afholdt en måned efter de to første, og her var vi to forskere til stede. I mellemtiden havde vi observeret en enkelt gang ved forløbsprogrammet i sundhedscenteret, men det havde ikke betydning for interviewguiden, da vi stadig anså spørgsmålene som aktuelle for specialets undersøgelse.

Interviewene blev afholdt i et afsides hjørne af et fællesområde i Sundrup Kommunes sundhedscenter, hvorfra vi kunne se og høre andre, men det virkede ikke forstyrrende for vores interviews. Sundhedscenteret fungerer også som arbejdsplads for andre kommunalt ansatte med mødelokaler, reception og et mindre caféområde, hvor forløbsprogrammet blev afholdt. Stedets betydning for interviewet, mener vi, har været medvirkende til, at de sundhedsprofessionelle har svaret ærligt og turde åbne op. Det skal ses i lyset af, at interviewet foregik i vante og uformelle omgivelser, hvilket gjorde interviewet mindre formelt. Interviewet foregik samtidig i en tilpas afstand til, at andre ikke kunne høre de sundhedsprofessionelles svar.

Fjerde interview foregik nogle dage efter det tredje interview i et beboerhus i et boligområde efter afholdelse af et forløbsprogram i et af Sundrup Kommunes boligområder, hvor vi ikke havde været til stede. Her var vi to forskere til stede. Denne sundhedsprofessionelle havde vi observeret undervise på sundhedscentret en uge forinden, hvilket heller ikke ændrede interviewguidens relevans. Samtidig bidrog stedets rolige og vante omgivelser til, at interviewet foregik som en mere eller mindre uformel samtale.

Fælles for alle fire interviews var, at vi oplevede en behagelig stemning, og de sundhedsprofessionelle var imødekommende, engagerede og svarede velvilligt på de spørgsmål, som vi stillede. Vi gjorde som udgangspunkt de sundhedsprofessionelle opmærksomme på, at vores hensigt med interviewet ikke var at lave en faglig vurdering af deres arbejde, men mere bundede i en nysgerrighed omkring, hvordan forløbsprogrammer foregår, og hvordan de som sundhedsprofessionelle italesætter den pædagogiske praksis, som forløbsprogrammerne udgør. Interviewene bar generelt præg af, at de sundhedsprofessionelle gerne ville fortælle om deres arbejde, og hvilke overvejelser de gjorde sig.

Vores interviewguide fungerede som et fint værktøj og huskeseddel til at producere empirisk materiale, som vi senere har kunnet anvende i vores analyse til at besvare vores problemformulering.

Spørgsmålene i interviewguiden var formuleret som åbne spørgsmål, og det gav de sundhedsprofessionelle mulighed for at sætte deres egne ord på de temaer, vi valgte at spørge ind til. Undervejs stillede vi også opklarende spørgsmål blandt andet i forbindelse med, om de tager udgangspunkt i eller lader sig inspirere af Sundhedsstyrelsen (hvilket de tilsyneladende ikke gjorde). Vi stillede også spørgsmål, som gav de sundhedsprofessionelle mulighed for at åbne for formuleringer af erfaringer og holdninger i forhold til blandt andet samarbejdet i deres gruppe af sundhedsprofessionelle, som underviser i forløbsprogrammerne.

En tematik omkring forståelsen af sundhed var også formuleret som et åbent spørgsmål i håbet om, at det ville give adgang til italesættelser af, hvad de sundhedsprofessionelle forstår ved sundhed. Dette spørgsmål skulle dog vise sig ikke at være så nemt at svare på, som vi først havde antaget, da det gav lang betænkningstid hos de sundhedsprofessionelle, og de svarede lidt svævende og ikke så velfunderet som på nogle af de andre spørgsmål. Derudover gav de sundhedsprofessionelle alle udtryk for at have gjort sig mange overvejelser omkring, hvordan forløbsprogrammerne skulle forløbe, heriblandt brug af forskellige metoder og forståelser af læring indbyrdes i gruppen. Eksempelvis varierede det i de sundhedsprofessionelles italesættelser, i hvilken grad de involverer borgerne, og hvilke budskaber de sundhedsprofessionelles synes, der skal formidles i forløbsprogrammerne.

2.3.3. Observationer

I dette afsnit vil vi belyse, hvad vores observationer i et socialkonstruktionistisk perspektiv kan bidrage med i vores forskningsprojekt. Afsnittet tager afsæt i Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyers (2005b) anvendelse af observationer i et interaktionistisk perspektiv. Herefter præsenteres vores metodiske overvejelser med afsæt i Hanne Warmings (2007) metode om deltagende observationer, hvor vi løbende belyser, hvad der skete undervejs i observationerne.

2.3.3.1. Observationer i et interaktionistisk perspektiv

Vi ønsker at anvende observationerne til at belyse, hvordan forståelser om sundhed og læring kommer til udtryk i den pædagogiske praksis. Med andre ord har observationerne til formål at give os som forskere indblik i, hvordan de sundhedsprofessionelle agerer og dermed, hvordan de udfører forløbsprogrammet for diabetes.

Hvorfor vi finder det yderligere relevant og aktuelt at anvende observationer, skal ses i lyset af, hvad observationer generelt kan og ikke kan bidrage til i forskning i en socialkonstruktionistisk begrebsramme. Ifølge Järvinen og Mik-Meyer har observationsstudier til hensigt “[...] at udføre af-

grænsede og fokuserede analyser af møder mellem aktører, interaktionssekvenser og meningskonstruktioner i specifikke kontekster.” (Järvinen og Mik-Meyer 2005b:97). Dette kan siges at stemme overens med vores ønske om at belyse de sundhedsprofessionelles meningskonstruktioner af sundhed og læring, samt hvordan disse konstruktioner kommer til udtryk i interaktionerne mellem de sundhedsprofessionelle og borgerne.

Ifølge Järvinen og Mik-Meyer er der i et interaktionistisk perspektiv forskellige fokuspunkter for observationsstudier, som adskiller sig fra en mere naturalistisk tilgang, og som netop er relevante for vores observationer. Järvinen og Mik-Meyer præsenterer fem fokuspunkter, hvoraf tre har været relevante for disse observationer (Järvinen og Mik-Meyer 2005b).

Vi har blandt andet fokus på Järvinen og Mik-Meyers første punkt om *praksis*, hvilket betyder at vi: “[...] retter [...] blikket mod, hvordan de studerede (inter-) agerer, og hvordan den sociale kontekst – både en specifik og en mere generel – påvirker denne interaktion.” (Järvinen og Mik-Meyer 2005b:98). Med dette in mente anvender vi observationerne til at udforske, hvordan sociale kontekster påvirker interaktionerne i de sundhedsprofessionelles pædagogiske praksis. Den sociale kontekst skal både anses som de kommunale rammer, men også den konkrete undervisningssituation i forløbsprogrammet, hvor de sundhedsprofessionelle møder borgerne.

I forlængelse af ovenstående finder vi ligeledes Järvinen og Mik-Meyers andet fokuspunkt om *institutioner* relevant (Järvinen og Mik-Meyer 2005b). Det skal ses i lyset af, at der er fokus “[...] på relationen mellem de studeredes praksis og den institutionelle kontekst de interagerer i.” (ibid.:99). Den institutionelle kontekst refererer ifølge Järvinen og Mik-Meyer ikke kun til fysiske og organisatoriske institutioner, men kan også være et kollektivt handlemønster, et ritual eller en tradition (Järvinen og Mik-Meyer 2005b). Dermed er det interessant at belyse relationerne mellem de udvalgte dokumenter og de sundhedsprofessionelles forståelser, idet dokumenterne som tidligere belyst er retningsgivende for Sundrup Kommunes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse, som eksempelvis er de sundhedsprofessionelles arbejde i forløbsprogrammerne.

På baggrund af vores socialkonstruktionistiske tilgang anses det ikke for relevant for vores observationsstudie at have fokus på de studeredes oplevelser, følelser, motiver og andre specifikke personlige forhold, da vi anser disse som værende konstrueret på baggrund af samfundets tendenser (ibid.). Det betyder, at vi ikke anser forskningsfeltet i observationerne som et objekt, der eksisterer uafhængigt af sociale relationer, men at det netop er i interaktionerne, der skabes og konstrueres betydninger. I denne forbindelse er det vigtigt at nævne, at vi som forskere er medskabende for,

hvilke interaktioner der tillægges betydning. Med andre ord hverken kan eller vil vi fraskrive os vores medkonstruerende rolle. Derfor er Warming aktuell at inddrage i forbindelse med indlevelse som vejen til erkendelse (Warming 2007). Dette udfoldes i afsnittet *Overvejelser for observationer*.

Vi vil i observationerne have fokus på Järvinen og Mik-Meyers tredje fokus på *talehandlingerne*, da vi anser sproget som konstitueret og konstituerende for den sociale virkelighed (Järvinen og Mik-Meyer 2005b). Det betyder konkret, at vi ser på, hvad der italesættes af de sundhedsprofessionelle under deres udførelse af forløbsprogrammerne. Derfor vil vi i observationerne være opmærksomme på, hvilke selvfølgeligheder de sundhedsprofessionelle italesætter, eksempelvis selvfølgeligheder om forståelser af sundhed og læring.

Opsummerende har specialets observationsstudier haft to overordnede mål, som præciseres i nedenstående punkter:

1. At observere, hvilke forståelser af sundhed og læring der italesættes og tillægges betydning af de sundhedsprofessionelle.
2. At observere, hvilken betydning de dominerende forståelser har for udførelsen af den pædagogiske praksis.

De to ovenstående mål har vi forsøgt at søge svar på ved at anvende deltagende observationer som metode, hvorfor vi finder det relevant i nedenstående afsnit at belyse, hvordan vi har gjort det.

2.3.3.2. Overvejelser for observationerne

I dette afsnit udfolder vi vores indledende refleksioner og overvejelser for efterfølgende at udfolde, hvad der skete i praksis og dermed, hvilke ændringer vi måtte foretage undervejs i observationsstudierne.

Vi observerede forløbsprogrammet om diabetes i Sundrup Kommune. Heraf observerede vi to undervisningsgange ud af forløbet i alt ni undervisningsgange, hvorfor vi ikke kan afvise, at indholdet i vores observationer ikke nødvendigvis er repræsentativt for det samlede indhold. Vores to observationer foregik med en uges mellemrum, hvoraf vi deltog i to timer første gang med Hanne og Dorthe. Undervisningens første time foregik samlet, hvor der altså var to observatører, hvorimod den sidste time foregik med borgerne i to hold, og der var en observatør på hvert hold.

Den anden gang deltog vi i tre timer med Hanne, Mette og Bodil. Her foregik de første to timer også fælles med to observatører og den anden time med borgerne i to hold med en observatør på hvert hold (se *Bilag 2*). I overensstemmelse med de sundhedsprofessionelles ønske var vi to forskere om at observere ad gangen⁴. Derfor er der to sæt observationsnoter, når undervisningen foregik i fællesskab.

Vi har søgt inspiration i Warmings otte dimensioner, som danner grundlag for dette observationsstudies indledende overvejelser. Warmings otte dimensioner er som følger: 1. Forskerens delta-gerrolle, 2. Graden af åbenhed om, at der forskes. 3. Graden af åbenhed vedrørende forskningens formål. 4. Varighed og densitet af observationsstudiet. 5. Graden af fokuserethed i observationerne. 6. De sanser der sættes i anvendelse. 7. Hvad observationerne rettes imod. 8. Hvordan observationerne 'objektiveres' (videnskabeliggøres). (Warming 2007:316). Warmings otte dimensioner var med til at bevidstgøre os om, hvilken rolle vi som forskere havde i forhold til observationerne. Dette har været særligt relevant i det socialkonstruktionistiske perspektiv, og Warming har således været med til at gøre os opmærksomme på, hvordan vi som forskere har skulle forholde os til observationer som metode i empiriproduktionen.

2.3.3.3. Vores tilstedeværelse og refleksioner

I dette afsnit vil vi præcisere, hvordan vores tilstedeværelse har været medkonstruerende, og hvordan vi undervejs i observationerne reflekterede over Warmings otte dimensioner.

Under alle vores observationer fandt vi hurtigt ud af, at rollen som *komplet observatør* ikke var hensigtsmæssig, og at rollen syntes at have en hæmmende effekt for situationen. I de første observationer på sundhedscenteret i kommunen bestod store dele af undervisningen af klassisk tavleundervisning, hvor det kan siges, at vi som forskere indtog rollen som *komplette observatører*. Imidlertid ændrede dette sig, da holdet blev delt op i to med henblik på at lave gruppediskussioner og introducere til blodsuktermålinger. For det første kom der en del aktivitet i rummet, da halvdelen af deltagerne forlod rummet, og de resterende skulle finde nye pladser. Hertil blev vi blandt andet tilbudt at sidde med ved bordene, og for det andet blev en af os inddraget af borgerne i forbindelse med blodsuktermålinger. Der var en borger, der insisterede på, at observatøren også skulle prøve at måle blodsukkeret, hvilket observatøren gjorde. I forbindelse med blodsuktermå-

⁴ De sundhedsprofessionelle havde via mail gjort os opmærksomme på, at det kunne være u hensigtsmæssigt og samtidig virke voldsomt for borgerne, der deltog i forløbsprogrammerne, hvis vi alle tre (forskere) var til stede samtidig. Derfor havde vi aftalt på forhånd med de sundhedsprofessionelle, at der var maksimum to forskere var til stede ved observationerne.

lingerne indbød situationen sig til at interagere med borgerne, og observatøren vurderede, at det ikke var hensigtsmæssigt at fortsætte rollen som *komplet observatør*, da det ville have skabt en uønsket stemning, der ville have en begrænsende effekt på interaktionerne. Observatøren forsøgte derfor at deltage på en naturlig måde, som virkede mindst forstyrrende for interaktionerne, hvilket blandt andet kendetegner rollen som *deltager som observatør* (Warming 2007).

Hermed kan det siges, at vores rolle i de første observationer udviklede sig undervejs, og vi endte med at indtage rollen som *deltager som observatør* frem for *komplet observatør*, da rollen som *deltagende observatør* også kendetegnes ved, at der er mulighed for at tage noter undervejs og frabede sig deltagelse i enkelte aktiviteter (Warming 2007). Denne erfaring medvirkede til, at vi i de efterfølgende observationer ligeledes besluttede at indtage rollen som deltagende observatør, i det omfang det var muligt og gav mening. De noter, vi skrev under observationerne, uddybede vi efterfølgende, og vi gjorde det relativt kort tid efter, så de var så friske i hukommelsen som muligt.

Åbenheden om at der forskes og åbenhed om forskningens formål hænger sammen med, hvilken rolle vi har taget i observationerne (ibid.). Da vi er endt med at indtage rollen som *deltagende observatører* og var tilstede under praktiseringen af forløbsprogrammerne og skrev noter undervejs, var det åbenlyst for både sundhedsprofessionelle og borgere, at der blev forsket. De sundhedsprofessionelle introducerede os dog aldrig til borgerne, og ingen af borgerne spurgte, hvorfor vi var der. Vi ved dog ikke, om vores tilstedeværelse er blevet forklaret på et andet tidspunkt, hvor vi ikke deltog.

I forhold til de sundhedsprofessionelle fandt vi det relevant kun *delvist at forklare om forskningens formål*, da formålet kan have "(...) indflydelse på, hvorvidt og hvilken måde, man får lov at deltage på, og dermed også for hvilken erkendelse, man får adgang til." (ibid.:317).

Som tidligere nævnt i forbindelse med anonymiseringen af kommunen og de sundhedsprofessionelle, kan vores kritiske tilgang i nærværende speciale blive opfattet som en kritik af kommunen og de sundhedsprofessionelles udførelse af forløbsprogrammerne, trods det ikke er vores hensigt. Derfor fandt vi det nødvendigt ikke at fortælle om hele formålet med specialet, da det kunne få indflydelse på, hvilken erkendelse vi ville få adgang til i observationsstudierne. Formålet med vores observationer, som det blev kendt af de sundhedsprofessionelle og (måske) borgerne var, at vi var interesserede i at se, hvordan et forløbsprogram foregik og blev tilrettelagt.

Grundet omfanget af specialet har vi begrænset empiriproduktionen i forhold til både dokumenter, observationer og interviews. Derudover har adgangen til kommunens forløbsprogram ligeledes sat begrænsninger for *varighed og densitet* af observationerne. Som ofte er observationer af kortere varighed mere fokuserede og selektive, men da de i specialet indgår i et større forskningsdesign, kan observationerne være *åbne* og mindre *fokuserede* (ibid.).

Vores socialkonstruktionistiske tilgang i specialet skaber også rum for, at fokus i observationerne kan *ændres eller åbnes*, da empiriproduktion og fortolkning/analyse ikke kan adskilles, men derimod er vævet ind i hinanden (ibid.). Det betyder, at vores fokus har ændret sig i takt med specialets udvikling, og empiriproduktionen fortsatte selv efter observationernes afslutning (From 2012).

Forskere med konstruktivistiske tilgange har ofte til hensigt at forsøge at få adgang til at erkende noget om kultur, socialitet eller interaktion, som ikke bare kan baseres på systematisk registrering, men kræver *indlevelse* og *oplevelse* (Warming 2007). Imidlertid skal indlevelse og oplevelse ikke forstås som, at vi kan erkende og sætte os ind i deltageres følelser og oplevelser, men at vi gennem vores egne oplevelser og følelser kan skabe mulighed for at tilnærme os en forståelse af de interaktioner og italesættelser, der foregår. På den måde bliver vi også en del af det, der observeres (ibid.). Hvis det skal være muligt at opleve og indleve sig i *rummet* kræver det, at vi gør brug af alle vores sanser, inklusiv den sans som Warming kalder *den sjette sans* eller *den kulturelle indlevelse i kroppen* (ibid.).

Med et socialkonstruktionistisk udgangspunkt for specialet og hensigten om at anvende observationer havde vi inden observationerne udarbejdet nogle opmærksomhedspunkter med inspiration fra Warming. Vi anser disse opmærksomhedspunkter for essentielle i forhold til observationernes bidrag til specialets analyser. Samtidig kan de validere vores rolle som observatører i forhold til den videnskabsteoretiske retning. Punkterne er blevet anvendt som guide til vores observationer. Kort opsummerende omhandler punkterne; (1) *rammerne*, (2) *deltagerne*, (3) *aktiviteter* og *interaktioner*, (4) *hyppighed* og *variation*, og (5) *subtile faktorer*. (Warming 2007). Punkterne har bidraget til at skærpe vores opmærksomhed og har fungeret som *tjekliste* for os under observationerne.

2.3.3.4. Introduktion til observationerne

I dette afsnit ønsker vi at give en kort introduktion til vores observationer. Vores observationsnoter har været igennem en række bearbejdningsprocesser fra observationernes første noter til analytiske bearbejdningsnoter og herefter til repræsentationen af observationerne i analysen. På den måde er observationerne i analysen og i afsnittet en fremstilling, der illustrerer det analytiske arbejde mellem vo-

res forforståelser af teori og vores refleksioner over metoder og empirien. Præsentationen af observationerne i nærværende afsnit er en kort beskrivelse, hvorimod observationerne i analysen er mere udfoldet. Der er mange interessante tematikker i observationsnoterne, af disse har vi udvalgt de mest relevante i forhold til besvarelsen af problemformuleringen.

Efter lange mailkorrespondancer med de ansvarlige for forløbsprogrammerne i Sundrup Kommune fik vi tilladelse til at komme og observere deres undervisning på et nyopstartet hold.

Undervisningen havde en varighed af tre timer, hvoraf vi fik lov at observere undervisningen i de sidste to timer, da den første time var afsat til præsentation af borgerne og de sundhedsprofessionelle. Da holdet var nyopstartet, og borgerne ikke havde mødt hinanden før, syntes de sundhedsprofessionelle, at det var mest hensigtsmæssigt, at vi først observerede fra anden time.

I den første observation så vi, hvordan de to sygeplejersker, Hanne og Dorthe, via tavleundervisning forklarede om årsager til type 2-diabetes og om, hvordan sygdommen påvirker kroppen. Undervejs i undervisningen stillede de sundhedsprofessionelle spørgsmål til borgerne og omvendt. Efter en kort pause blev holdet delt i to, hvor undervisningen tog udgangspunkt i blodsuktermålinger. Hanne og Dorthe forklarede, hvad blodsuktermålinger kan bruges til, og hvad de viser, hvorefter borgerne fik udleveret udstyr til at foretage blodsuktermålinger, hvilket de afslutningsvist skulle prøve.

Anden observation startede med en fælles øvelse, hvor borgerne skulle have målt blodsukker og derefter lave en fysisk øvelse og derefter have målt blodsukker igen for at se, om den fysiske øvelse havde haft en effekt på borgernes blodsukker. Derefter blev holdet delt i to, hvoraf den kliniske diætist, Bodil, underviste den ene del i kostens betydning for type 2-diabetes. Samtidig var Hanne og den anden del i et tilstødende lokale, hvor de gennemgik nogle fup og fakta-kort om type 2-diabetes. Efter en pause byttede de to hold, så alle borgere nåede at være begge steder.

2.4. Analysestrategi

I dette afsnit vil vi præcisere, hvilken strategi vi har gjort brug af i forhold til specialerapportens analyse. I afsnittet vil vi således dels argumentere for vores analytiske metode og dels præsentere, hvordan vores analytiske proces har fundet sted.

Vi har i specialeprocessen anvendt inspiration fra den abduktive metode, som ifølge Jacob Birkler kan anses som en mindre stringent tilgang end deduktion og induktion (Birkler 2007). Birkler pointerer, at den abduktive metode har til formål at fungere som en cirkulær proces, hvor der veksles

mellem empiri og teori. Til denne proces opstilles der indledningsvist en hypotese, som udformes på baggrund af en eksisterende erfaring og viden. Hypotesen undersøges herefter empirisk, og nytilkommen erfaring anvendes her eventuelt til at opstille en hypotese, som på ny undersøges (ibid.).

Birklers pointe om en *cirkulær proces* er illustrerende for den vekselvirkning, vi har foretaget mellem empiri og teori i denne specialeproces. Processen har bidraget til at underbygge, udfordre og udvikle vores *hypoteser* løbende. Derfor er disse problemstillinger løbende blevet revurderet og omformuleret.

I specialeprocessen har det været essentielt for os at gøre brug af en metode, som kunne harmonere med vores videnskabsteoretiske tilgang. Derfor har vi fundet den abduktive metode hensigtsmæssig for dette speciale. Birkler påpeger i den sammenhæng:

”Det bør endvidere bemærkes, at der med abduktion som begrundelsesform ikke slutes til en endelig konklusion. Med abduktion slutes der således kun til et ’måske’, hvor døren altid står åben for en endnu bedre forklaring.” (ibid.:81).

På denne måde kan der ses en sammenhæng mellem den abduktive metode og den socialkonstruktionistiske tilgang, da sandheder ifølge socialkonstruktionismen anses som konstruerede og perspektivistiske. Birklers pointe om, at *døren altid står åben* illustrerer således, at den abduktive metode og det socialkonstruktionistiske perspektiv ikke har til formål at erklære endelige konklusioner, men dermed åbner op for andre forståelser og/eller dekonstruktioner.

I specialeprocessens indledende fase havde vi nogle overordnede ideer til specialeemner. I processen frem til præcisering af specialets problemfelt søgte vi forskelligt litteratur i form af litteratur anvendt i undervisningen på studiet herunder artikler og bøger, litteratur fundet via databaser på RUCs Biblioteks hjemmeside samt søgninger på nettet. Den litteratur, som vi har fundet relevant, er inddraget i specialerapporten.

Som det fremgår af metodekapitlet, har vi både anvendt dokumentanalyse, interview og observationer som metoder til specialets empiriske produktion. I den forbindelse kan litteratursøgningsprocessen ligeledes anses som en del af empiriproduktionen og teoriudvælgelsen. Dette skal ses i lyset af, at dokumentanalysens empiriproduktion startede allerede i vores til- og fravalg af litteratur. I forlængelse af dette er det ligeledes værd at fremhæve, at empiriproduktion og analyse ikke kan

betragtes som to separate processer, men som to uadskillelige dele (From 2012). Vi har forsøgt at være åbne og lade empirien guide os i forhold til analysen.

2.4.1. Beskrivelse af analysens fremgangsmåde

Med afsæt i den abduktive metode har vi på baggrund af vores empiriproduktion startet med at formulere nogle kategorier ud fra vores teoretiske baggrundsviden. I de efterfølgende gennemlæsninger af empirien er vores blik blevet skærpet både i forhold til empiri og teori. Vi har løbende videreudviklet analysens kategorier ved at anvende vores teoretiske apparat og empiriske materiale.

Ved vekselvirkningen mellem empiri og teori, hvor vi er vendt tilbage til materialet, har vi fået indsigt i den flertydighed, som vores empiri indeholder. Vi har forsøgt at tage højde for alle perspektiver, men er også klar over, i overensstemmelse med vores videnskabsteoretiske blik, at vores tilvalg af noget betyder fravalg af noget andet. Vi har efter gentagne gennemlæsninger af empirien oplevet, at vores opmærksomhed er blevet skærpet. Dette er eksempelvis kommet til udtryk ved, at nogle empiriske passager i første omgang ikke syntes relevante, men senere i processen er blevet inddraget, da de alligevel syntes at kunne bidrage. I forhold til læring havde vi eksempelvis i starten udvalgt nogle specifikke passager, og ved vekselvirkningen mellem empiri og teori åbnede empirien sig mere og mere op for os, og vi blev i stand til at inddrage flere relevante passager.

I analysen har vi inddraget teoretiske begreber og empiriske citater og passager med henblik på at skabe gennemsigtighed. Analysen er opbygget således, at analysedel 1 tager afsæt i dokumentanalysens empiriske materiale, analysedel 2 har interviews som empirisk materiale, og analysedel 3 tager udgangspunkt i det empiriske materiale fra specialets observationer. Denne opbygning skal illustrere det empiriske materiales forskelligheder, der desuden bidrager til besvarelse af specialets problemformulering på forskellige måder.

Analysen er opdelt i tre analysedele. I *Analysedel 1* udforsker vi hvilke forståelser, både i forhold til sundhed og læring, der ligger til grund for forløbsprogrammerne. Dette gør vi ved at undersøge Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi, folder om forløbsprogrammer og beskrivelsen fra kommunens hjemmeside. I *Analysedel 2* inddrager vi de fire interviews for at belyse, hvilke forståelser af sundhed og læring de sundhedsprofessionelle italesætter, og hvilke didaktiske overvejelser de har. I *Analysedel 3* analyserer vi fire observationssituationer med henblik på at undersøge den pædagogiske praksis i forløbsprogrammet og undersøge, hvilke forståelser der gør sig gældende i den pædagogiske praksis. De fire udvalgte observationssituationer vil først blive præsenteret, hvorefter

vi vil belyse og udfolde de udvalgte tematikker, vi har anset for relevante i forhold til besvarelse af problemformuleringen.

Således supplerer det empiriske materiale hinanden og er afgørende for opbygningen af analysen. Opbygningen har ligeledes til formål at skabe gennemsigtighed både for vores og læserens skyld samt skabe overblik over det samlede empiriske materiale og analysen. Det empiriske materiale skal således ikke sidestilles, men anses som tre empiriske produktioner, der på hver deres måde bidrager til at besvare, hvilke forståelser der eksisterer om sundhed og læring, og den betydning det har for den sundhedspædagogiske praksis i forløbsprogrammer i Sundrup Kommune.

3.0. Teori og begreber

I dette afsnit vil vi argumentere for de forskellige teoretiske perspektiver i analysen, og hvordan de supplerer hinanden og dermed åbner op for analytiske perspektiver, som bidrager til besvarelse af vores problemformulering. Derefter præsenterer vi de begreber, som vi anvender i analysen.

3.1. Illeris' læringsforståelse

I dette speciale trækker vi på den danske professor emeritus Knud Illeris' forståelse af læring og voksenuddannelse (2006; 2007; 2008; 2013), da dette kan bidrage til at besvare første del af problemformuleringen om hvilke læringsforståelser, der ligger til grund for forløbsprogrammerne i Sundrup Kommune.

I specialet beskæftiger vi os med sundhedsprofessionelle, der fungerer som undervisere for voksne borgere, der er diagnosticeret med diabetes, og som derfor deltager i forløbsprogrammet i Sundrup Kommune. Derfor har vi valgt at inddrage Illeris' definition af læring, som den er formuleret i forbindelse med voksenlæring:

“Ved læring forstår jeg enhver ændring af varig karakter af den lærendes fornuftsmæssige, kropsmæssige, følelsesmæssige og sociale kapacitet som ikke skyldes biologisk udvikling, aldring eller beskadigelse – herunder således også begreber som socialisering, kvalificering, personlig udvikling og kompetenceudvikling (jf. Illeris 1999, s. 14ff).” (Illeris 2007:15).

Således opererer Illeris med en bred forståelse af læring, hvortil han, inspireret af Piaget, præciserer, at den lærende selv udvikler og konstruerer sin læring, idet en underviser i bund og grund ikke kan lære nogen noget, men derimod kan være medvirkende til læring. På denne måde skal læring ifølge Illeris forstås som “aktivt konstruerende processer” (Illeris 2007:74).

Illeris har i bogen *Voxsenuddannelse og voksenlæring* (2007) præciseret det særlige ved voksnes uddannelse og læring i modsætning til børn og unges. I forbindelse med, hvad det vil sige at være *voksen*, påpeger Illeris, at det grundlæggende omfatter:

“[...] det psykologiske forhold at den lærende opfatter sig selv og fungerer som et selvstændigt, selvregulerende, myndigt og ansvarligt individ – og mere praktisk i forhold til uddannelse at den lærende ikke selv opfatter uddannelsesforløbet som en del af det personlige kvalificeringsforløb der begynder med barneskolen og med eventuelle afbrydelser fort-

sætter indtil man går ud i arbejdslivet, familielivet eller på anden måde opfatter sig som ude af skole- og uddannelsessystemet. Betingelsen for at der er tale om voksenlæring er altså den dobbelte at den lærende både skal være psykologisk voksen og være ude over den i livsforløbet indledende uddannelsesfase.” (Illeris 2007:16)

Voksenuddannelse er ifølge Illeris karakteriseret ved, at deltagerne i et vist omfang er tilbage i et institutionaliseret uddannelsesforløb og således er en del af et kvalificeringsforløb.⁵ (ibid.). Illeris pointerer i denne forbindelse, at det er væsentligt for læringsudbyttet, at deltagere betragtes og behandles som ansvarsfulde, myndige og voksne mennesker. Således skal de voksne deltagere tildeles størst mulig medindflydelse i alle elementer af alle uddannelsesforløb (ibid.).

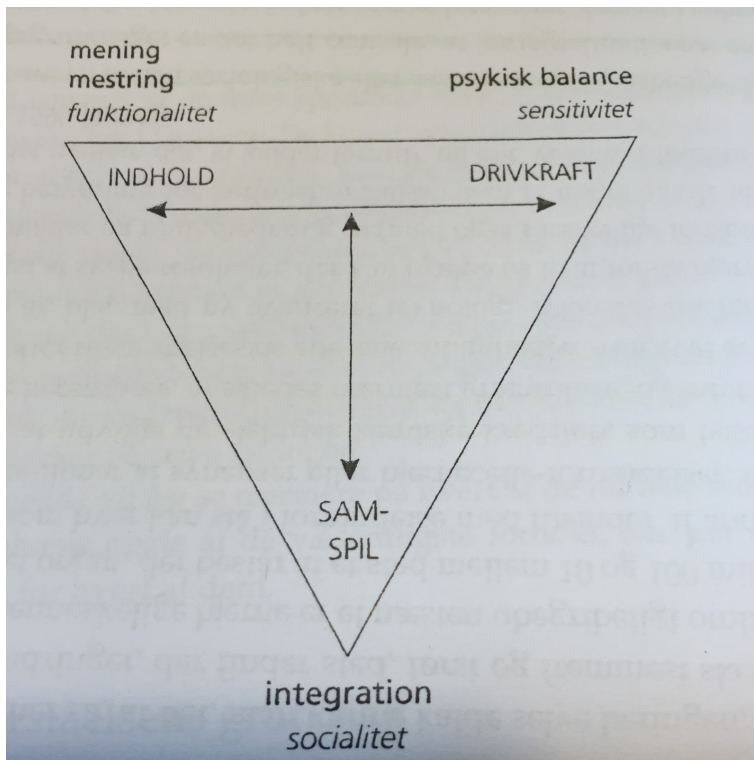
For at forstå læring mere nøjagtigt har Illeris præciseret læringens strukturelle fundament, der involverer læringens processer og dimensioner, der kan forklares ved hjælp af *læringstrekanten*, samt forskellige læringstyper og forskellige former for barrierer for læring. Illeris præciserer om læringsbarrierer, at de relaterer sig til komplekse forhold og overvejende kan forbindes med hver af de tre læringsdimensioner, som udfoldes i forbindelse med *læringstrekanten*. Illeris opererer med tre hovedformer for læringsbarrierer, som ofte på forskellig vis har sammenfald. Dette er *fejllæring*, der knytter sig til læringsindholdet, *læringsforsvar*, som knytter sig til læringens drivkraft, og *læringsmodstand*, som knytter sig til læringens samspil (Illeris 2008).

Da vi ikke beskæftiger os med de lærende, altså borgerne med diabetes, kan vi kun gisne om, hvilke barrierer, der eventuelt eksisterer inden for tilrettelæggelsen og udførelsen af forløbsprogrammerne, ud fra hvad de sundhedsprofessionelle italesætter. Derfor udfoldes de forskellige læringsbarrierer ikke, men vi vil i analysen kort inddrage dem, hvor det er relevant.

Vi vil i det følgende udfolde *læringstrekanten* og *transformativ læring*, som er den af Illeris' læringsstyper, som vi finder mest relevant og anvendelig i analysen. Således vil vi inddrage Illeris til at analysere, hvordan og hvilke forståelser af læring, der fremtræder i det empiriske materiale.

Læringstrekanten kan ifølge Illeris anvendes for at illustrere læringens processer og dimensioner. Læringstrekanten ses i nedenstående figur:

⁵ Illeris' forskning om voksenuddannelse og voksenlæring har omhandlet de *brede* voksenuddannelser, såsom daghøjskoler og VUC-uddannelser. Fælles for disse uddannelser er, at deltagerne har været igennem indledende uddannelse (Illeris 2007:16). På denne måde ser vi sammenhæng mellem elementer af Illeris' forskning og den læring og uddannelse, der har til formål at ske for borgerne, der deltager i forløbsprogrammet i diabetes i Sundrup Kommune.



(ibid.:17)

Ifølge Illeris er der tre dimensioner, som har betydning for læring. En af dimensionerne er *indhold*, som er dét, der skal læres, det vil sige viden, forståelse eller færdigheder. Indholdsdimensionen har dermed til formål at tilegne *mening og mestring* og således udvikle *funktionalitet*, som skal sikre en forståelse og håndtering af omverdenen. En anden dimension er individets *drivkraft*, det vil sige motivation, følelser og vilje. Herigennem er formålet at opretholde en *psykisk balance*, der fordrer udvikling af *sensitivitet*. Endeligt er dimensionen *omgivelserne* den sociale og samfundsmæssige kontekst, det vil sige, at der igennem *samspilsdimensionen* opnås *integration* med omverdenen. Herigennem udvikles *socialitet*, der giver mulighed for handling, kommunikation og samarbejde.

Disse tre dimensioner er hver poler i læringstrekanten og har hver indvirkning på de to processer, som Illeris mener er en grundlæggende og integreret del af al læring. Den ene proces er *tilegnelsesprocessen*, der er en individuel proces mellem indholdet og drivkraften, og den anden proces er et samspil mellem individet og omgivelserne, nemlig *samspilsprocessen*. Læring omfatter begge processer, hvilke skal være aktive, for at vi kan lære noget. Dimensionerne skal alle tages i betragtning, når man har et ønske om at opnå forståelse om læring. Illeris pointerer, at funktionalitet, sensitivitet og socialisering, altså trekantens tre dimensioner, sammen er medvirkende til, at der udvikles *kompetencer* inden for forskellige områder (Illeris 2008).

3.1.1. Læringstyper

Resultatet af læringsprocesser kan være forskellige afhængig af, hvordan den nye læring og udfaldet af tidligere læring etableres. For at resultatet af en læring skal kunne fastholdes, er det vigtigt, at den bliver struktureret. Inspireret af Piaget kalder Illeris denne form for strukturering *skemaer*. Der er fire måder, læring kan aktiveres på i forskellige sammenhænge: *kumulation*, *assimilation*, *akkomodation* og *transformativ læring*, som indebærer varierende læringsresultater og er mere eller mindre psykisk energikrævende. Vi vil i denne specialrapport have fokus på akkomodativ og transformativ læring.

Akkomodativ læring er en overskridende læring, hvor eksisterende strukturer bliver nedbrudt. Det nye, som læres, er ikke noget, der passer sammen med den viden, der eksisterer i forvejen. Denne læringstype kræver energi og overvindelse, da tidligere resultater af læring skal nedbrydes. Akkomodativ læring er nemmere at huske, og det kan anvendes i mange sammenhænge (Illeris 2008).

Transformativ læring er en læringstype, hvor læring sker gennem forandring (Illeris 2007). Transformativ læring er en læringstype, der ofte sker i udgangen af en *kriseagtig situation*, som Wind og Vedsted karakteriserer kronisk sygdom som, da: "Kronisk sygdom opfattes som en særlig kaotisk begivenhed, der skaber fundamental uorden, kaos, usikkerhed og tab i menneskers liv [...]" (Wind og Vedsted 2008:8). Ved denne læringstype sker der en omrokering af flere skemaer i alle tre dimensioner (jf. læringstrekanten), og i denne form for læring sker der personlighedsmæssige ændringer (Illeris 2007). Transformativ læring kan være af progressiv og regressiv karakter. Progressiv transformativ læring er fremtidsorienteret, hvor noget omformes til noget bedre, mens regressiv læring er aktuel i situationer, hvor en deltager i progressiv transformativ læring har en oplevelse af, at der stilles for store krav, eller bliver for usikker (Illeris 2013).

3.1.2. Erfaring

Erfaring er et begreb, som bliver nævnt gentagne gange i empirien, og et begreb, hvor det ifølge Illeris er muligt at samle de tre læringsdimensioner og dermed sammenfatte læringens helhed. Erfaring er udfaldet af læringens proces. I forhold til at kvalificere begrebet erfaring anvender Illeris forskellige teoretikere, heriblandt filosof og pædagog John Dewey og bevidsthedssociolog Oskar Negt. Illeris fremsætter på baggrund af disse teoretikere sine overvejelser i forhold til erfaringsbegrebet. Erfaring er et overordnet begreb, hvor hele læringstrekanten indgår. Det vil sige både læringens kognitive, psykodynamiske og socialt/samfundsmæssige dimension samt samspilsproces-

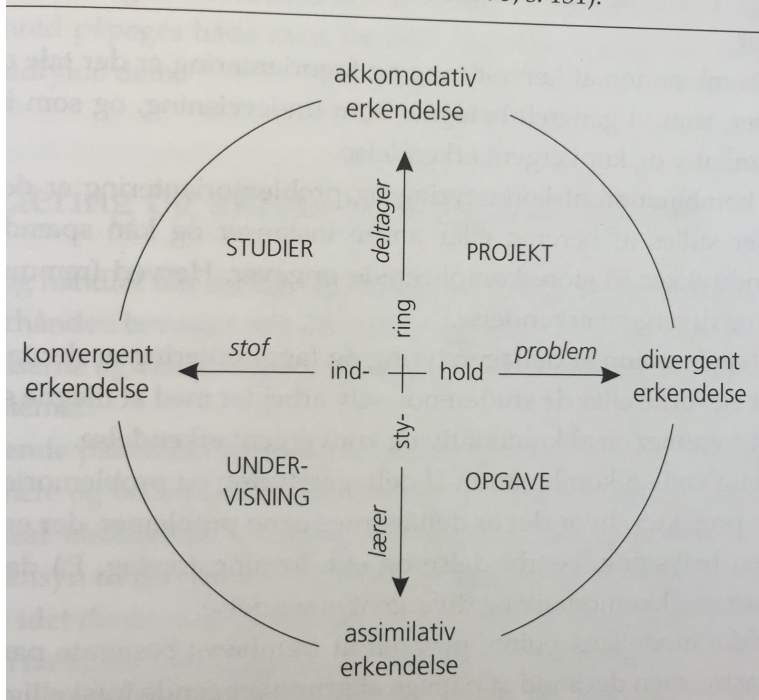
serne og de psykiske tilegnelsesprocesser. For at der kan ske en erfaringsdannelse kræver det, at der er nogle kvalitative kriterier, der er opfyldt. Først og fremmest skal alle tre læringsdimensioner, have betydning for de lærende i den sammenhæng, som de indgår i (Illeris 2006). Læringen skal kunne kobles til tidligere erfaringer og kunne anskues i et fremtidsperspektiv, for at det karakteriseres som erfaringsdannelse. Det kræver, at den lærende er til stede og er bevidst om samspillet med de sociale omgivelser. Læringen skal for den lærende være en del af en social og relevant sammenhæng, og erfaringsdannelsen er socialt medbestemt, da den altid indgår i en sammenhæng. Til sidst skal læringen afspejle samfundsmæssige materielle og sociale strukturer for at kunne karakteriseres som erfaringsdannelse (ibid.).

3.1.3. Illeris' didaktiske model

Dette speciale har blandt andet til formål at undersøge, hvilke forståelser der ligger til grund for forløbsprogrammernes tilrettelæggelse og udførelse. Inden for den pædagogiske og læringsmæssige disciplin appellerer begrebet tilrettelæggelse til *didaktik* (ibid.). Illeris præciserer, at læringens indhold og aktivitetsformer, samt styring og medbestemmelse, tilsammen udgør centrale elementer inden for uddannelsernes tilrettelæggelse – altså didaktikken (ibid.). Disse elementer danner baggrund for Illeris' didaktiske model, som han har udviklet med inspiration fra og med udgangspunkt i Kolbs læringsmodel (ibid.). Illeris' didaktiske model betegner han selv som en oversigtsmodel over læringsformer, og den har til formål at illustrere grundlæggende forskellige pædagogiske fremgangsmåder, som har betydning for den læring (eller erkendelse) som finder sted. Derfor pointerer Illeris, at den pædagogiske tilrettelæggelse må overvejes og vælges på baggrund af formål og hvilken læring, uddannelsen tilsigter. Hertil skal der samtidig tages højde for deltagernes forudsætninger (ibid.).

Den didaktiske model kan ses i følgende model, hvorefter vi udfolder modellen:

EN DIDAKTISK MODEL (efter Illeris 1995, s. 131).



(ibid.:257)

Som det ses, udgør to krydsende akser modellens centrum, hvilket skal illustrere tilrettelæggelsen to essentielle forhold for læring. Disse to akser er *indhold* og *styring*. Aksen med indhold spænder mellem fagorientering og problemorientering, hvorimod aksen med styring spænder mellem lærerstyring og deltagerstyring. Mellem akserne er fire rum, som hver især repræsenterer fire typiske pædagogiske fremgangsmåder, der fremtræder som følge af forskellige kombinationer af henholdsvis styring og indhold. Disse arbejdsmønstre afstedkommer ligeledes bestemte læringsformer, eller erkendelsesformer, som Kolb refererer til. Kombinationen af lærerstyring og fagorientering er karakteriseret ved *undervisning* som arbejdsmønster, hvorved særligt assimilativ (tilføjende) og konvergent (entydig) læring (erkendelse) fremmes (Illeris 2006). Kombinationen af deltagerstyring og problemorientering er karakteriseret ved *projekter* som arbejdsmønster, hvor særligt akkomodativ (overskridende) læring og divergent (mangetydig) læring fremmes. Denne kombination er orienteret mod deltagerens egne problemer (ibid.).

Vi vil ikke udfolde alle modellens detaljer omkring læringsformer og fremgangsmåder i dette afsnit, men i stedet udfolde detaljerne, når de inddrages i analysen.

3.2. Sundhedspædagogik

Med forløbsprogrammer som pædagogisk praksis som dette specialets omdrejningspunkt har vi fundet det relevant at tage teoretisk afsæt i lektor fra *Institut for Uddannelse og Pædagogik* Karen Wistoft (2009) og professor og leder af *Steno Center for Sundhedsfremme* Bjarne Bruun Jensen (2011) og deres definitioner af sundhedsbegrebet og sundhedspædagogik. Wistoft og Jensen bidrager i dette speciale med perspektiver på begrebet *sundhed* og definitioner af *sundhedspædagogik*, hvilke er anvendelige i forhold til at forstå, hvordan Sundrup Kommune tilrettelægger og udfører forløbsprogrammer i den pædagogiske praksis.

Ifølge Wistoft er sundhedspædagogik et begreb, som rummer mange betydnings- og meningsforskelle. På den ene side er der et behov for at kategorisere det uhensigtsmæssige og risikable, det sunde og det helbredende, og på den anden side er der et behov for at tage hensyn til det levede liv og det enkelte menneske (Wistoft 2009). Måden og en betingelse for at arbejde sundhedspædagogisk er ifølge Wistoft “[...] at gå i dialog med målgrupperne om deres opfattelse af sundhed og deres erfaringer med at ændre på forhold i deres liv.” (ibid.:49).

Disse antagelser deler Jensen, hvortil han fremhæver, at det sundhedspædagogiske arbejde må styre mod, at forandring skal ske både inden for livsstil og levevilkår. Jensen pointerer desuden, med afsæt i pædagogik, at det er vigtigt at afdække, hvordan målgruppen lærer bedst, hvilke forståelser målgruppen har, samt hvilke pædagogiske tilgange, der er hensigtsmæssige i forhold til de sundhedsmæssige udfordringer (Jensen 2011:221). Jensen uddyber, at sundhedspædagogik omhandler mål, indhold og proces, og dette præciserer han med fem kernebegreber: *Det positive og brede sundhedsbegreb, Handlekompetence, Handling, Deltagelse* og *Viden* (Jensen 2011). Ifølge Jensen kan en sundhedspædagogisk tilgang sammenfattes på følgende måde:

- “ - Sundhedspædagogik handler om at skabe *forandring og forbedring* inden for det sundhedsmæssige område.
- Disse forandringer skabes via *handlinger*, hvori den pågældende målgruppe deltager aktivt og med egne visioner og forslag.
- Målgruppens handlinger iværksættes på baggrund af deres *handlekompetence*.
- Målgruppens handlekompetence udvikles og kvalificeres på baggrund af *dialog med en professionel*.” (ibid.:221)

Sundhedspædagogikkens kernebegreber, som Jensen definerer dem, præsenteres kort nedenfor og er suppleret af pointer fra Wistoft.

Det brede og positive sundhedsbegreb

I analysen anvender vi to sundhedsbegreber – *det brede og positive* sundhedsbegreb og *det biomedicinske*. Ifølge Wistoft dækker det brede og positive sundhedsbegreb over en opfattelse af, at sundhed både har noget at gøre med levevilkår og livsstil. Sundhed er et positivt begreb, som vedrører at *livet er værd at leve* og er en del af en deltager- og handlingsorienteret pædagogik, som åbner op for handling og forandring med henblik på at sundhedsfremme og forebygge (Wistoft 2009). Over for det brede og positive sundhedsbegreb skal et snævert og negativt sundhedsbegreb ses. Både ifølge Wistoft og Jensen kan begreberne anses som en dikotomi og indgår i en firefeltmodel, som har en vandret dimension, hvor forskellen er mellem negativt (fravær af sygdom) og positivt (livskvalitet og fravær af sygdom), og en lodret dimension, som er mellem snævert (livsstil) og bredt (livsstil og levevilkår). På den måde kan de to begrebspar kombineres på forskellige måder og dermed illustrere forskellige sundhedsbegreber (Wistoft 2009; Jensen 2011).

Ifølge Wistoft dækker det biomedicinske sundhedsbegreb over fravær af sygdom og fokus på livsstil, hvis vi tager udgangspunkt i firefeltmodellen ovenfor. Det biomedicinske sundhedsbegreb bunder i en årsags-virkningstænkning og er en evidensbaseret sundhed. Eksempelvis hvis du ikke spiser sundt og varieret og samtidig dyrker motion, så risikerer du at blive overvægtig og som følge deraf få diabetes. Det tager udgangspunkt i kroppen og psyken, hvor sundhed er noget individuelt, og sundhed er ensbetydende med rask (Wistoft 2009).

Handlekompetence

Kernebegrebet *handlekompetencer* er et overbegreb til begreberne *handling, deltagelse* og *viden* og handler om at involvere målgruppen, så den opnår handlekompetencer i forhold til at skabe forandring i eget liv. Jensen påpeger, at handlekompetencer blandt andet bygger på *indsigt, engagement, visioner, handleerfaringer* og *kritisk sans*, som skal betragtes som komponenter i handlekompetence. Det vil med andre ord sige, at handlekompetencer udvikles ved, at de sundhedsprofessionelle appellerer til begrebets komponenter (Jensen 2011).

Handling

Forudsætningen for *handling* kræver ifølge Jensen og i overensstemmelse med Wistofts definition af sundhedspædagogik, at målgruppen skal involveres og inddrages aktivt med deres egne visioner, opfattelser, forslag og erfaringer (Wistoft 2009; Jensen 2011). Hertil understreger Jensen, at målgruppen selv skal iværksætte den pågældende handling på baggrund af udviklede handlekompetencer gennem dialog. Således har handling i et sundhedspædagogisk perspektiv "til formål at

støtte udvikling af kompetencer til sundhedsmæssig forandring (af levevilkår og livsstil) hos de involverede målgrupper.” (Jensen 2011:225).

Ifølge Jensen er der ikke noget galt i at rådgive, hvordan den enkelte borger kan forbedre sin egen sundhed, men ofte er disse anbefalinger præget af nogle bestemte normer og ideologier. I og med at disse normer og ideologier sjældent bliver gjort eksplicite, opstår der et bestemt sundhedssyn og dermed en forståelse af *rigtigt* og *forkert* (Jensen 2011).

Deltagelse

Kernebegrebet *deltagelse* omhandler involvering af deltagere i pædagogiske processer. Jensen identificerer forskellige typer af deltagelse, deriblandt dialog, inddragelse og involvering. Dette kernebegreb dækker således over, at målgruppen skal involveres og deltage aktivt med henblik på at skabe forandringer gennem handlinger (Jensen 2011). Deltagelse er med andre ord en forudsætning for at udvikle handlekompetencer (ibid.). Wistoft supplerer i forhold til dette kernebegreb med, at involvering handler om at diskutere, hvad sundhed er, og som professionel udforske blandt deltagerne hvilken viden og hvilke værdier, der tillægges betydning (Wistoft 2009).

Viden

Jensen påpeger, at det er relevant at inddrage diskussionen om den sundhedsfaglige viden og indsigt i det sundhedspædagogiske arbejde. Det skal ses i lyset af, at hvis det overordnede formål med det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, herunder forløbsprogrammerne, er at skabe sundhedsmæssig forandring, så skal den *nødvendige viden* være handlingsorienteret. Det betyder, ifølge Jensen, at den viden, borgerne skal have, skal kunne bidrage til, at borgerne kan gribe forandrende ind i deres eget liv og i deres omverden. Jensen belyser ydermere, hvordan viden også kan være bekymringskabende og føre til handlingslammelse og tab af engagement, hvis den ikke suppleres af “viden om årsager og forandringsstrategier” (Jensen 2011:235).

Det er med afsæt i Wistofts og Jensens betragtninger, at vi vælger at anskue sundhedsbegreber og sundhedspædagogik som noget medskabende til forandring og forbedring.

4.0. Analyse

Denne analyse udgøres af tre analyseafsnit, der hver er opdelt i underafsnit. I analysen undersøges specialets empiri, og der inddrages perspektiver fra tidligere udfoldet teori-afsnit.

4.1. Analysedel 1 – De rammeskabende dokumenter

I nærværende analysedel vil vi udforske hvilke forståelser, der ligger til grund for kommunens og de sundhedsprofessionelles tilrettelæggelse af forløbsprogrammer både i forhold til sundhed og læring. Vi ønsker at undersøge, hvordan sundhed forstås, men også hvordan sundhed formidles og hvilke læringsforståelser, der ligger til grund for forløbsprogrammerne. Det gøres ved at se nærmere på Sundrup Kommunes beskrivelse af forløbsprogrammernes mål, indhold og metode. Vi vil inddrage Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi, beskrivelse af forløbsprogrammer fra deres hjemmeside samt en folder, som er udarbejdet af Sundrup Kommune om forløbsprogrammer rettet mod borgere med diabetes. Disse dokumenter danner rammen for de sundhedsprofessionelles sundhedspædagogiske arbejde i forløbsprogrammerne. Som teoretisk afsæt benytter vi Wistoft (2009) og Illeris (2006; 2008; 2013).

4.1.1. Forbedring af sundheden hos borgere med kronisk sygdom

Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi, som er introduceret i afsnittet *Dokumentanalyse*, består af seks temaer. Tema 1-5 skal bidrage til at opfylde målet i tema 6, om at forbedre sundheden for borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstrategi 2012). Det betyder, at tema 1-5 definerer hvordan Sundrup Kommune vil gribe sundhed an, og hvad der anses som sundt i forhold til borgere både med og uden kronisk sygdom. Tema 1-4 omhandler, som det er præsenteret i *Dokumentanalyse*, "røg", "alkohol", "bevægelse" og "kost", og er således baseret på KRAM-faktorerne⁶, hvor det femte tema omhandler *netværk*, *fællesskab* og *tryghed*. I forbindelse med KRAM-faktorerne påpeger Wistoft, at når sundhed baseres på KRAM-faktorerne, bliver sundhed som oftest til noget individuelt, hvor fokus er på borgernes adfærd og omhandler kroppen (jf. Wistoft 2009). Derfor kan sundhed ifølge Sundhedsstrategien hovedsageligt anses som et individuelt anliggende, der reguleres gennem borgernes fysiske adfærd. Ifølge Wistofts forståelse illustrerer disse temaer, at sundhed hovedsageligt betragtes som noget biomedicinsk, og at der derfor primært trækkes på det biomedicinske sundhedsbegreb (ibid.).

⁶ Betegnelsen KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion (Christensen et al. 2009)

I tema 6, "Bedre sundhed hos borgere med kronisk sygdom", formuleres et ønske om at forbedre den almene sundhed og sikre målrettede kommunale behandlings- og rehabiliteringsforløb for borgere med kronisk sygdom. Som nævnt i *Indledningen* i denne rapport er det i tråd med et ønske om at reducere udgifterne i forbindelse med sygdom (Lau et al. 2012), hvilket også nævnes indledningsvist i Sundhedsstrategien. Et af indsatsområderne i tema 6 omhandler patientuddannelse til borgere med kronisk sygdom, og en af aktiviteterne knyttet til dette indsatsområde er en ambition om at: "Videreudvikle tilbud om patientskoler til bl.a. borgere med KOL og type 2-diabetes". Kommunen har med Sundhedsstrategien således gjort sig overvejelser omkring håndteringen af borgere med kronisk sygdom og formuleret mål om, hvordan kommunen kan forbedre sundheden hos netop disse borgere.

Kommunen nævner også sunde rammer som en del af indsatsen i forbindelse med tema 4 om kost. Der er med andre ord ikke kun fokus på den individuelle indsats. Herudover nuanceres forståelsen af sundhed i Sundhedsstrategien yderligere, idet den også tematiserer netværk, fællesskab og tryghed i tema 5, som skal give borgerne mulighed for at indgå i fællesskaber i lokalsamfundet. Set i dette lys er det ikke muligt at anskue Sundhedsstrategien udelukkende ud fra det biomedicinske sundhedsbegreb, men den skal også tolkes i et bredere og mere socialt perspektiv, hvor sundhed også inkluderer netværk, fællesskab og tryghed. I dette tema er et af indsatsområderne at "Udbrede kendskabet til de netværkstilbud, der findes i kommunen". Forløbsprogrammer for borgere med diabetes er et eksempel på et netværkstilbud, hvilket vi vil uddybe senere i dette analyseafsnit. Dette illustrerer, at selvom kommunen læner sig op ad det biomedicinske sundhedsbegreb, så er der tanker, overvejelser og tiltag, som trækker i retning af det brede sundhedsbegreb (jf. Wistoft 2009).

4.1.2. Sund som kronisk syg

For at besvare spørgsmålet om, hvordan forløbsprogrammer tilrettelægges og udføres, finder vi det vigtigt at belyse, hvordan borgere med diabetes kan være sunde som syge.

Hertil kan det også bemærkes, at tema 6 omkring kronisk sygdom illustrerer en anerkendelse af, at sundhed og sygdom ikke kan adskilles. I Sundhedsstrategien formuleres det, at op imod halvdelen af kommunens borgere er diagnosticeret med en eller flere kroniske sygdomme, og at kommunens Sundhedsstrategi ligeledes er rettet mod borgere med kronisk sygdom, hvorfor forståelsen af sundhed således ikke udelukkende tager udgangspunkt i fravær af sygdom (jf. det biomedicinske sundhedsbegreb). Omvendt indebærer forståelsen af sundhed en ambition om fravær af sygdom (Sundhedsstrategiens overordnede mål/forebyggelse). Derfor kan forståelsen af sundhed anses

som kompleks, hvor sygdom i form af blandt andet et stigende antal af borgere med kronisk sygdom accepteres for at kunne tilrettelægge og udføre sundhedsfremmende tilbud, der harmonerer med borgernes sundheds- eller sygdomstilstand. Måden at gøre dette på er ifølge Sundrups Sundhedsstrategi gennem KRAM-faktorerne, der kan anses for at være rammesættende for, hvordan sundhed skal fremmes i Sundrup Kommune, og dermed også for at arbejde forebyggende med borgere med kronisk sygdom.

4.1.3. Sammenhæng mellem Sundhedsstrategien og forløbsprogrammer

Som det er beskrevet tidligere i denne specialerapport, anvendes betegnelserne *patientuddannelse*, *patientskoler* og *forløbsprogrammer* synonymt af kommunen og de sundhedsprofessionelle. Der er sammenhæng mellem det, der formuleres i Sundhedsstrategien om *patientuddannelse* og *patientskoler*, og det, der beskrives på kommunens hjemmeside om *forløbsprogrammer*. Forløbsprogrammerne for diabetes er nævnt to steder, både på hjemmesiden og i en folder på Sundhed.dk. Således kan forløbsprogrammerne, ligesom patientskoler og patientuddannelser, anses som en specifik indsats til at nå målet om at forbedre sundheden for borgere med kronisk sygdom, som det beskrives i Sundhedsstrategien. Sundrup Kommune bruger betegnelsen *skole* i folderen om Forløbsprogrammer, hvilket kalder på en belysning af begreberne *programmer* og *skole*. Ifølge ordnet.dk er et *program* et "planlagt og målrettet forløb af begivenheder eller gøremål", og *skole* er ifølge Gyldendals Ordbog "en institution, der danner ramme om formidling af kundskaber og færdigheder fra lærer til elev" og suppleret af Illeris et grundlæggende samfundsmæssigt tvangsforhold (Den store danske 2015b; jf. Illeris 2006). Dette peger først og fremmest på en forskel i graden af tvang. Et program rummer i definitionen ikke tvang, hvorimod skole er noget, ingen kan undslippe, da det står i Grundloven, at alle skal gå i skole (jf. Illeris 2006). Et program er ikke nødvendigvis lærerstyret, men kan varetages af alle. I definitionen af skole ligger der også en asymmetri i forhold til relationen lærer og elev. Set i dette lys er det interessant, at skole er nævnt i folderen, da det symboliserer det modsatte af et frivilligt tilbud, som et forløbsprogram er.

Siden der er sammenhæng mellem Sundhedsstrategien, kommunens hjemmeside og folderen, og inden hjemmesiden og folderen udfoldes, skal det fremhæves, at det i Sundhedsstrategien formuleres, at:

"Sundhedsindsatser skal være tilrettelagt med udgangspunkt i vores viden om, hvilke indsatser der virker. [...] Forskning viser, at usund livsstil er årsag til en stor andel af livsstilssygdomme. Usunde vaner bidrager ikke kun til, at man bliver syg, men påvirker også selve sygdomsforløbet." (Sundhedsstrategi 2012).

Med dette citat viser Sundrup Kommune, at den tager udgangspunkt i forskning og dermed har en begrundelse for at beskæftige sig med de sundhedsindsatser, den gør. Der begrundes i citatet med "vores viden om, hvilke indsatser der virker" og "forskning", hvori "usund livsstil" og "usunde vaner" spiller en central rolle, hvilket peger på en forståelse af, at usund livsstil kan forklares med usunde vaner. På denne måde finder Sundrup Kommune det relevant at beskæftige sig med indholdet i temaerne 1-6, hvor temaerne 1-4 appellerer til borgernes livsstil (jf. Wistoft 2009). Således kan ovenstående citat indikere, at omdrejningspunktet for Sundrups sundhedsindsatser trækker på forståelser af sundhed som afhænger af individuelle faktorer såsom "usund livsstil" og "usunde vaner". Denne betragtning tager udgangspunkt i det biomedicinske sundhedsbegreb, hvor fokus er på adfærd, men ikke på at livsstil kan bestemmes af andet end vaner (j. *ibid.*).

Fordelen ved, at noget er evidensbaseret, er, at det er muligt at måle en effekt af de tiltag, som kommunen indfører (Wistoft 2009; From 2012), hvilket kan lade sig gøre i forhold til tema 1-4. I Sundhedsstrategien beskrives det eksempelvis, at et mål er at: "Nedbringe antallet af borgere, som ryger dagligt" (Sundhedsstrategien 2012). Dette betyder, at Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi og indsatser rettet mod borgere med diabetes tilrettelægges og udføres på baggrund af, hvilken livsstil og hvilke vaner der opfattes som usunde, og dermed Sundrup Kommunes viden om, hvad der virker, samt hvad forskningen viser.

I en læringsoptik kan denne tilgang indikere, at der inden for forløbsprogrammerne eksisterer et på forhånd defineret indhold. Ifølge Illeris kan dette have betydning for læringsudbyttet, idet deltagerne, altså borgerne med diabetes, ikke medinddrages i forhold til, hvad de er motiveret for at lære om (jf. Illeris' læringsstrekant 2008). Denne pointe vil vi uddybe i *Analysedel 3*, hvor vi vil undersøge, hvordan en af de sundhedsprofessionelle reagerer over for en borgers motivation for motion og kostændring. Et på forhånd defineret læringsindhold kan desuden indikere en bestemt læringskontekst (skole, uddannelse, program).

4.1.4. Forløbsprogrammet som en chance

På kommunens hjemmeside og i folderen om forløbsprogrammer rettet mod borgere med diabetes er de specifikke mål samt en overordnet indholdsbestemmelse beskrevet for forløbsprogrammet. Det fremgår her i uddrag fra folderen, at forløbsprogrammerne rettet mod borgere med diabetes er for de borgere, der ønsker at:

- få mere viden om sygdommen og behandlingen

- møde andre diabetespatienter, som du kan dele erfaringer med
- få fysisk træning tilpasset netop dit niveau
- få viden om kost og ernæring” (Sundrup Kommunes folder)

Ligesom i Sundhedsstrategien tager forløbsprogrammerne i disse beskrivelser hovedsageligt afsæt i en biomedicinsk forståelse, idet målene er fokuseret på “træning” og “kost” samt “sygdom” og “behandling”. Det kan med andre ord antages, at den biomedicinske forståelse af sundhed udgør størstedelen af indholdet i forløbsprogrammerne, men også det sociale møde med andre borgere med diabetes indgår. Lau og Dybbroe belyser, at sundhedscentres aktiviteter ofte tager udgangspunkt i sygdomsspecifikke indsatser, hvor fokus er på livsstil og KRAM-faktorerne. Lau og Dybbroe påpeger, at denne tilgang er problematisk, såfremt borgernes hverdagsliv og levevilkår ikke tages i betragtning. Konsekvensen af dette kan ende med en fokusering på adfærd, hvor individet bliver gjort ansvarlig for egen sundhed (Lau og Dybbroe 2012). Idet citatet fra folderen om forløbsprogrammet for diabetes blandt andet fokuserer på “sygdommen” og “behandlingen” for diabetes og generelt tager udgangspunkt i diabetes, kan forløbsprogrammet overvejende karakteriseres som en sygdomsspecifik indsats. Dette kan i Lau og Dybbroes perspektiv anskues som, at citatet fra folderen om forløbsprogrammet indeholder en dimension, der ansvarliggør netop disse borgere i relation til deres sundhedstilstand og udvikling af diabetes på grund af deres adfærd og livsstil (ibid. Ved primært at forstå sundhed og sundhedsrelaterede tilbud gennem KRAM-faktorerne kan det være vanskeligt at skille ansvar og årsag ad, selvom der ikke nødvendigvis behøver at være en sammenhæng mellem de to (Vallgård 2003).

De ovenstående punkter fra folderen om forløbsprogrammer for diabetes indeholder også en anden dimension udover KRAM-faktorerne, som vedrører en erfaringsudveksling og et fællesskab iblandt borgerne med diabetes. Beskrivelsen af forløbsprogrammet for diabetes indebærer således en betoning af, at det som borger med diabetes kan være gavnligt at møde andre med samme diagnose og udveksle erfaringer. Ifølge Wind og Vedsted kan effekten af denne erfaringsudveksling, hvor borgere med diabetes møder andre borgere med diabetes, tillægges en terapeutisk effekt. Det, at borgerne får mulighed for at dele deres historier med hinanden, kan hjælpe med at skabe ro og mening i en usikker situation (Wind og Vedsted 2008). Sundhed for borgere med diabetes kan altså dels forstås gennem KRAM-faktorerne og dels gennem det sociale møde med andre borgere i samme situation.

På kommunens hjemmeside fremgår det ligesom i folderen som en del af målene for forløbsprogrammerne, at borgerne skal have viden om motion og kost samt sygdom og behandling. I det følgende citat kan det antages, at forløbsprogrammerne handler om mere end KRAM-faktorerne:

- “ - Grib chancen og kom i gang, hvis du vil
- blive bedre til at håndtere din diabetes
- have større viden og praktiske færdigheder i forhold til diabeteskosten
- have bedre mulighed for at kunne regulere din diabetes
- have mulighed for at øge din livskvalitet på trods af diabetes
- forebygge senfølger” (Sundrup Kommunes hjemmeside).

Med citatet “Grib chancen og kom i gang” præsenterer Sundrup Kommune et tilbud til borgeren med diabetes, som dels er et tilbud om at deltage i et forløbsprogram og dels appellerer til borgerens vilje. Det kræver vilje at tage imod tilbuddet. “Blive bedre til at håndtere din diabetes” peger på en forforståelse af, at borgerne har brug for hjælp til at håndtere deres diabetes, hvilket ikke er usandsynligt, hvis de er nydiagnosticerede. “Have større viden og praktiske færdigheder i forhold til diabeteskosten” vidner om en forforståelse af, at borgerne har en viden og har nogle praktiske færdigheder, men at de skal bruge mere viden og flere praktiske færdigheder, og forløbsprogrammet giver dem chancen for at tilegne sig dette.

I de sidste to linjer af præsentationen anvendes “mulighed” både i forbindelse med regulering af diabetes samt forøgelse af livskvalitet blandt borgere med diabetes. Anvendelsen af ordet “mulighed” lægger op til, at kommunen vil skabe nogle betingelser, der giver borgerne mulighed for at træffe et valg, få indflydelse og dermed gøre noget i forhold til deres diabetes. Italesættelsen af mulighed refererer til individuel ansvarliggørelse, da der via opstillede normer skabes sandheder om borgere med diabetes, som former deres selvopfattelse og muligvis adfærd. Dette skal ikke nødvendigvis opfattes negativt, men er i et sundheds- og kommunalpolitisk perspektiv antaget som et ønske om at styre borgere og sundhedsprofessionelle i en ønsket retning, der omhandler at gøre borgere med kronisk sygdom sundere (Vallgård og Krasnik 2010). Præsentationen peger desuden i en retning af, at der også konstrueres sandheder om borgere med diabetes som nogle, der skal opnå kompetencer for at blive den ansvarlige borger med diabetes.

4.1.5. Økonomiske rationaler

Ovenstående måde at konstruere sundhed og udvikle forløbsprogrammer på kan anskues som en måde at pleje kommunale og statslige interesser, da det handler om at disciplinere borgerne, så de

forbliver produktive og koster samfundet mindst muligt (Lau et al. 2012) Med andre ord har Sundrup Kommune et økonomisk incitament for at tilrettelægge og udføre forløbsprogrammer til borgere med diabetes, da de har en interesse i at reducere udgifter forbundet med kronisk sygdom (Sundhedsstrategien 2012).

En af grundene til, at forløbsprogrammerne er hæftet op på KRAM-faktorerne, som det er analyseret frem i dette afsnit, kan blandt andet være, at KRAM-faktorerne er baseret på evidensbaseret forskning, og det er dermed muligt at måle en effekt, som vi også har nævnt tidligere i dette afsnit. Indsatsernes effekter er konkrete og målbare, og det er efterfølgende muligt at evaluere på dem, hvilket betyder, at det er muligt at se, om et tiltag har den ønskede sundhedsmæssige gevinst i forhold til borgerne, og om det økonomisk kan betale sig. En anden grund kan også være, at flere borgere med diabetes vil tage imod tilbuddet, fordi KRAM-faktorerne er baseret på forskning.

4.1.6. Læringsforståelser i forløbsprogrammet

De foregående afsnit har været medvirkende til at illustrere, hvordan og hvorfor Sundrup Kommune ønsker at beskæftige sig med borgere med kronisk sygdom. I dette afsnit vil vi undersøge, hvordan Sundrup Kommune ifølge de udvalgte dokumenter tilstræber, at sundhed skal formidles. Følgende analyseafsnit skal således bidrage til at besvare, hvilke forståelser af læring, der ligger til grund for forløbsprogrammernes tilrettelæggelse og udførelse.

Som det tidligere er beskrevet, er Sundrup Kommunes ambition, at tema 1-5 skal bidrage til at opfylde tema 6, altså forbedre sundheden hos borgere med kronisk sygdom, hvilket forløbsprogrammerne eksempelvis skal kunne medvirke til. Således kan det antages, at tema 5, "Netværk og fællesskab øger trygheden", har til formål at indgå i forløbsprogrammerne og på den måde være medvirkende til at forbedre sundhedstilstanden for borgere med kronisk sygdom. Denne antagelse underbygges af det faktum, at forløbsprogrammet kan anses som et netværkstilbud. Med andre ord kan det anses, at Sundrup Kommune trækker på en forståelse af læring, hvor netværk, fællesskab og tryghed er elementer, der er befordrende for borgernes udbytte af forløbsprogrammet. Som det er beskrevet i indledningen og i ovenstående afsnit har forløbsprogrammerne til formål at gøre borgere mere kompetente til at kunne mestre kronisk sygdom, hvormed der i Illeris' læringsoptik kræves en læreproces. Derfor vil vi i følgende afsnit analysere, hvordan Sundhedsstrategiens tema 5 om "Netværk og fællesskab øger trygheden" kan forstås i en læringsoptik. Til dette vil vi inddrage Illeris, dels læringstrekantens drivkraft-dimension og dels kollektiv transformativ læring/kollaborativ læring, som skal fremhæve hvilke forståelser af læring, der eksisterer i Sundrup Kommune og i tilrettelæggelsen af forløbsprogrammet.

Forløbsprogrammet for diabetes kan anses som en læringskontekst, hvor borgere diagnosticeret med diabetes har til formål at blive mere bekendt med diabetes og samtidig tilegne sig viden, som gør dem i stand til at agere hensigtsmæssigt og i overensstemmelse med gældende anbefalinger i forhold til diabetes (jf. foregående afsnit). Det indholdsmæssige læringsmål for forløbsprogrammerne er formuleret i både beskrivelsen fra kommunens hjemmeside samt i kommunens folder om forløbsprogrammer. Som det er analyseret i ovenstående afsnit, fremtræder KRAM-faktorerne her som væsentlige, men der er også elementer, der rækker ud over disse biomedicinske parametre, såsom fællesskab og rammer.

I forståelsen af læring er der ifølge Illeris, som tidligere udfoldet (jf. læringstrekanten, Illeris 2008), tre dimensioner, som alle medvirker til udvikling af *kompetencer* inden for forskellige områder. En af disse dimensioner, *drivkraften*, er relevant i forbindelse med temaet om *tryghed*, idet tryghed appellerer til individets *psykiske balance*. Med inddragelse af Illeris indikerer dette, at forløbsprogrammerne tilrettelægges på baggrund af en forståelse af, at borgere skal opnå *samspil* mellem *omgivelserne*, altså i netværk og fællesskab, og *individet* – det som Illeris karakteriserer som *samspilsprocessen*. I Illeris' optik kan tryghed være medvirkende til at udvikle *sensibilitet* og kan være medskabende til at mobilisere en psykisk energi, hvor motivation, følelser og vilje er afgørende for udfaldet af det, der læres (Illeris 2008). Illeris' *indholdsdimension* er i forbindelse med forløbsprogrammerne eksempelvis at "få viden om kost og ernæring" (Sundrup Kommunes folder) og "større viden og praktiske færdigheder i forhold til diabeteskosten" (Sundrups Kommunes hjemmeside). Det er med andre ord inden for dette indhold, at borgerne skal opnå *mening og mestring* for at kunne udvikle *funktionalitet* (jf. Illeris 2008). Idet forløbsprogrammerne kan anses for at udgøre læringskonteksten, det vil sige et sted, hvor diabetes er udgangspunktet, kan det i forhold til Illeris' læringsforståelse anses, at forløbsprogrammet har til formål at øge borgernes funktionalitet i relation til diabetes. Læringen kan dog kun lade sig gøre, såfremt der er samspil mellem forløbsprogrammets indhold, eksempelvis kost og ernæring og praktiske færdigheder, og individets *drivkraft*, som motivation, vilje og følelser – dette samspil kalder Illeris *tilegnelsesprocessen* (ibid.). Når Sundrup Kommune nævner "tryghed" kan det ifølge Illeris karakterisere dele af dimensionen *drivkraft*. Samtidig skal der, ifølge Illeris, være samspil mellem individet og omgivelserne, hvorfor der i Sundrups forståelse af læring kan eksistere en selvfølgelig forståelse af, at netværk og fællesskab er afgørende for trygheden, hvorimod Illeris opfatter dimensionerne som gensidigt afhængige. Således trækker måden, hvorpå borgerne med diabetes skal lære om sundhed, på en forståelse af, at *tryghed* er befordrende for læringen.

Sundhedsstrategiens tema 5 finder vi ligeledes interessant at tage i betragtning i forhold til Illeris' *transformative læring* og mere præcist den *kollektiv transformative læring* (jf. Illeris 2013). Netværk og fællesskab, der skal øge trygheden, skal være med til at forbedre og dermed forandre sundhedstilstanden for borgere med kronisk sygdom. Således eksisterer der i forståelsen af tryghed ydermere et element af forandring, hvor netværk og fællesskab er medvirkende. Med andre ord kan det antages, at Sundrup Kommune trækker på en forståelse af læring, hvori den sociale faktor har indflydelse. Illeris præciserer i forhold til *transformativ læring*, at den kan forekomme som både individuel og kollektiv. Hertil uddyber Illeris, at kollektive forløb kan være medvirkende til, at den individuelle *transformation* styrkes. Dette skyldes, at "man kan snakke med hinanden om, hvad der er på spil, og dermed få inspiration og tiltro til, at det kan lade sig gøre" (Illeris 2013:144-145), og samtidig kan psykologisk sikkerhed og kraft blive forstærket af kollektiviteten. Desuden kan kollektiviteten medvirke til, at den transformative læring er af progressiv karakter (jf. Illeris 2013). Således kan det antages, at der i Sundrup Kommune trækkes på en forståelse af læring, hvor kollektivitet er gavnligt for borgernes udbytte af eksempelvis forløbsprogrammerne. Forståelsen af læring gennem netværk og fællesskab kan i den forbindelse desuden anses at have et fremtidsorienteret perspektiv.

4.1.7. Erfaring

I ovenstående analyseafsnit har vi udvalgt et empirisk citat, hvor det formuleres, at diabetespatienter kan møde andre diabetespatienter, som de kan dele erfaringer med. Det at udveksle erfaringer kan betragtes som en læringsituation, hvor erfaring kan anses som et læringsbegreb, der ifølge Illeris går på tværs af de tre læringsdimensioner. For at denne erfaringsudveksling mellem borgerne kan indeholde et læringspotentiale, og der kan ske en erfaringsdannelse, skal læringen have betydning for borgeren i forhold til alle tre dimensioner. Det vil sige, at indholdet skal være relevant for borgeren med diabetes, der skal være motivation og vilje til stede, og det skal give mening i forhold til det omgivende samfund (jf. Illeris 2006).

4.1.8. Sammenfatning

Både Sundrup Kommunes Sundhedsstrategi, folderen og hjemmesiden tager hovedsageligt udgangspunkt i en biomedicinsk sundhedsforståelse baseret på KRAM-faktorerne, hvor ansvaret hviler på individet. Dette anser vi for at bunde i en økonomisk interesse, hvor det er muligt at tilrettelægge forløbsprogrammerne ud fra evidensbaseret viden, så det er muligt at se, om de har den ønskede effekt. Samtidig eksisterer der en forståelse af, at KRAM-faktorerne ikke kan stå alene, men at det er nødvendigt at inddrage faktorer som fællesskab og rammer. Set i en læringsoptik er fællesskab og tryghed befordrende for læringen, da det øger motivationen for at lære, ifølge Illeris

og hans læringstrekant. Netværk og fællesskab kan desuden være befordrende, da det kan være af progressiv karakter, hvor erfaringsudveksling kan resultere i en erfaringsdannelse.

4.2. Analysedel 2 - De sundhedsprofessionelles forståelser

I foregående analyseafsnit illustrerede vi blandt andet, hvilke forståelser af sundhed og læring, der er dominerende i de empiriske dokumenter. Med dette udgangspunkt vil vi i følgende analyseafsnit uddybe, hvilke forståelser omkring tilrettelæggelse og udførelse af forløbsprogrammerne de sundhedsprofessionelle tillægger betydning.

Dette analyseafsnit har vi valgt at dele op i to, hvor det ene tager udgangspunkt i de sundhedsprofessionelles didaktiske overvejelser og det andet i deres mål og forventninger samt forståelser af sundhed.

4.2.1. De sundhedsprofessionelles didaktiske overvejelser

I dette afsnit vil vi undersøge, hvilke forståelser af læring de fire sundhedsprofessionelle har italesat. Således vil vi belyse, hvordan de sundhedsprofessionelle tænker at udføre forløbsprogrammet, og dermed hvilke didaktiske overvejelser de tillægger betydning.

4.2.1.1. “De skal bare på banen”

Det første citat, vi ønsker at behandle, er fra interviewet med fysioterapeuten Mette. Her forklarer Mette, hvilke overvejelser hun har gjort sig i forbindelse med den undervisning, hun udfører:

“Det prøver jeg jo at tilrettelægge ud fra, hvad de [borgerne] siger, fordi de grupper, vi har, de forløb er vidt forskellige, fordi borgerne er forskellige, og de har forskellige ønsker. Det kan virkelig ændre sig fra gang til gang, så det prøver jeg meget sådan ligesom at lægge op til sådan *hvad vil I gerne have ud af det her forløb, hvor er det jeres barrierer ligger, hvad vil motivere jer?* osv.” (Mette).

I dette citat fremhæver Mette, at hun forsøger at tage udgangspunkt i borgernes forskelligheder, hvilket ifølge Illeris kan indikere en didaktisk overvejelse omkring deltageres forudsætninger (jf. Illeris 2006). Således forklarer Mette også, at forløbsprogrammets deltageres behov varierer løbende, hvorfor hun som underviser forsøger at tilrettelægge undervisningen, så den er tilpasset deltagerne. Dette fortæller os, at Mette forsøger at undgå at generalisere borgerne som deltagere og dermed heller ikke holder sig til et fast indhold eller en fast metode eller tilgang i forløbsprogrammet. Måden at gøre dette på er for Mette at forhøre sig hos borgerne om, hvilke ønsker, udfordringer og lyster de har. Senere i interviewet uddyber Mette sine overvejelser for undervisningen, der blandt forklarer, hvilken metode hun tilstræber for at involvere borgerne:

"Jeg gør rigtig meget ud af at gøre det dialogorienteret, for jeg synes, det er rigtig vigtigt, at det ikke bare er mig, der står og bla bla bla, ikke? Altså det er der jo ikke særlig meget læring ved, det kan man jo hurtigt se, at folk de bliver lidt [grin], og så forsvinder de lidt ind i deres egen verden, ikke? Så jeg gør RIGTIG meget ud af, at de skal bare på banen. Og jeg spørger ind, når jeg har min undervisning "kender I til de anbefalinger?", altså gør alt for at ligesom at få dem på banen. Og det er svært nogle gange, fordi folk vil gerne sidde "kan du ikke bare give mig svaret" [grin], ikke? Sådan har nogle af dem det i hvert fald. Så det gør jeg mig selvfølgelig rigtig mange overvejelser omkring." (Mette)

I dette citat finder vi flere elementer centrale, som vi i det følgende vil behandle. Først og fremmest er det centralt, at Mette tillægger det særlig betydning at inddrage borgerne som deltagere i forløbsprogrammet. Blandt andet kommer dette til udtryk i ønsket om at "få dem på banen" og "de skal bare på banen". Disse formuleringer tyder på et ønske fra Mette om, at borgerne skal være mere end tilskuere til den undervisning, som hun udfører, og således skal indgå som aktive medspillere i undervisningen. Ved at have en ambition om, at borgerne i højere grad skal involveres, synes Mette at forstå læring som aktive processer, hvor hun ikke er i stand til at lære nogen noget (jf. Illeris 2007), hvorfor hendes forståelse af læring appellerer til inddragelse af borgerne. Mette indtager her det som Maunsbach betegner som en mere faciliterende rolle, da hun forsøger at inddrage borgerne (jf. Maunsbach 1999).

I Mettes italesættelser anser vi ikke, at hun har tillagt begrebet *undervisning* særlig betydning. Begrebet er blevet anvendt som betegnelse for udførelsen af forløbsprogrammerne, og hun lader dermed ikke til at have gjort sig nogle didaktiske overvejelser om begrebet (jf. arbejdsmønstre i Illeris' didaktiske model, Illeris 2006). Derimod har Mette gjort sig overvejelser om, hvordan hun ønsker, at udførelsen af forløbsprogrammerne skal foregå.

I relation til Illeris' didaktiske model vil vi fremhæve, at Mette både har gjort sig overvejelser vedrørende indhold og styring (jf. Illeris 2006). Mette refererer til, at hun ikke finder det gavnligt for læringen, at hun "står og bla bla bla". Vi tolker, at hun med denne formulering henviser til, at hun ikke er tilhænger af envejskommunikation og monologer, da det ikke gavner læringen og borgernes mentale tilstedeværelse. Derimod tilstræber hun en dialogorienteret tilgang, idet hun ønsker andet end udelukkende lærerstyring og samtidig ønsker, at borgerne er med til at definere indholdet, hvilket trækker i den problemorienterede retning (ibid.). Denne kombination af styring og indhold peger

sammen med fokuseringen på borgernes forskelligheder (forrige citat) i en retning af, at Mette ønsker at arbejde med borgernes egne problemer (jf. den didaktiske model, Illeris 2006), hvormed der i Illeris' optik skal tilstræbes at arbejde projektorienteret, hvilket netop kræver deltagerstyring og problemorientering.

I bestræbelserne på at være dialogorienteret gør Mette brug af spørgsmål som metode, hvormed hun appellerer til, at borgerne involverer sig. Mette italesætter, at hun "gør alt for at ligesom at få dem på banen", hvormed vi tolker, at hun ihærdigt forsøger at inddrage borgerne på forskellig vis. Dette understreges af hendes anvendelse af adjektiver, som pointerer og forstærker, hvad hun tillægger betydning. Mettes bestræbelser, didaktiske overvejelser og forståelse af læring synes dog at blive udfordret af nogle borgere. Vi tolker ud fra Mettes italesættelse, at nogle borgere tillægger lærerstyret undervisning betydning, hvorfor Mette oplever didaktiske udfordringer i sin tilrettelæggelse og udførelse af forløbsprogrammerne. Det står dog klart, at hun trækker på en forståelse af læring, der fremmes af dialog frem for monolog, hvilket appellerer til medinddragelse af borgerne. Samtidig synes Mettes didaktiske overvejelser og forståelse af læring at være præget af et personligt engagement, der understreger hendes præferencer over for læring. I Mettes didaktiske overvejelser og forståelse af læring finder vi sammenfald med Illeris' læringsforståelse, idet Illeris refererer til, at størst mulig inddragelse af deltagere (voksne) er afgørende for læringsudbyttet (jf. Illeris 2007). Samtidig tolker vi, at Mette appellerer til læringens indholds- og drivkraftsdimension (jf. Illeris 2008), idet hun læringsmæssigt tillægger borgernes udfordringer, lyster og ønsker betydning, men derudover gør hun sig ikke overvejelser om, hvordan indhold og styring har indflydelse på læringsudbyttet (ibid.).

4.2.1.2. "Jeg er nødt til at sige, at nu er det mig"

I følgende afsnit vil vi behandle den kliniske diætist Bodils overvejelser vedrørende forløbsprogrammernes tilrettelæggelse og udførelse. I de følgende citater vil vi analysere, hvordan Bodil udfører sin undervisning, og hvilke overvejelser der ligger bag.

Ligesom Mette forsøger Bodil at inddrage borgerne ved at stille spørgsmål: "[...] jeg prøver, så vidt det er muligt med diabetesundervisningen, at stille mange spørgsmål, ligesom for at inddrage borgerne [...]". (Bodil). Bodil italesætter her, at hun inddrager borgerne ved at stille dem spørgsmål, og det er således en af måderne for, hvordan Bodil anser, at hun inddrager borgerne. En anden måde for inddragelse er ved at give borgerne mulighed for at stille spørgsmål, men kun i det omfang som tiden tillader:

”Ja, det [at inddrage borgerne] prøver jeg, så vidt det er muligt, at gøre i min undervisning, også selvom jeg står og, som jeg siger, prædiker ik? (Griner) Men de dage, hvor tiden er presset, der er jeg nødt til at sige, nu er det mig, der snakker i den næste halve time, fordi jeg ved, at hvis jeg begynder at stille spørgsmål til borgerne, jamen så kan jeg ikke gøre det på en halv time, så går der en time.” (Bodil).

Denne italesættelse peger på, at Bodil har gjort sig nogle didaktiske overvejelser, da hun nævner at hun ”prædiker”, hvilket vi uddyber længere nede. Der kan dog sås tvivl, om hun har gjort sig overvejelser omkring, hvilket læringsmæssigt potentiale inddragelse af borgere kan have. Illeris påpeger eksempelvis, at inddragelse af deltagere og erkendelse af dem som voksne, myndige og ansvarlige mennesker er essentielt for læringen. Der er med andre ord begrænsninger for læringsudbyttet, hvis der ikke er samspil mellem eksempelvis *indholds-* og *drivkraftsdimension*, som skal føre til mening, mestring og psykisk balance for deltagerne. Den psykiske balance kan være svær at oprette, når man som deltager ikke får mulighed for at udfolde følelser, vilje og motivation. Samtidig kan bestemmelse af indholdet været afgørende for, om læringen er mulig at overføre til andre sammenhænge (jf. Illeris 2007), eksempelvis uden for forløbsprogrammet. Bodils tilgang er præget af, at hun bestemmer forløbsprogrammets indhold, og hvor meget borgerne inddrages i undervisningen. Borgerne inddrages i det omfang, Bodil finder det muligt i forhold til tiden og relevans, og hendes didaktiske tilgang læner sig i Illeris’ optik op ad arbejdsmønstret *undervisning*, der er præget af lærerstyring og fagorientering. Denne tilgang har et potentielt læringsmæssigt udbytte, som er af konvergent (entydigt) og assimilativ (tilføjende) karakter, som kan være svært at overføre til andre sammenhænge (Illeris 2006; 2007).

Vi tolker ud fra ovenstående citater, at Bodil ikke inddrager borgerne, fordi hun ikke selv finder det gavnligt og relevant, men også fordi hun er under tidspres. Ydermere finder vi Bodils brug af ”prædiker” interessant. Hun siger det i en humoristisk tone, hvilket indikerer en selvkritik, og hun tillægger det at prædike en bestemt betydning, hvor hun er den, der har *magten* i den tid, hun prædiker. Brugen af prædiker peger også på en afmagt, hvor hun ser sig nødsaget til at prædike, fordi hun er under tidspres, da hun har en dagsorden, som skal overholdes. Samtidig indikerer ordvalget også, at Bodil tillægger forløbsprogrammernes indhold særlig betydning. Prædiken knytter sig ifølge den danske ordbog til en bedrevidende, moraliserende og overbevisende enetale (ordnet.dk 2015b). Dette kan indikere, at Bodil har til formål at overbevise borgerne gennem sin enetale. Dette underbygger antagelsen om, at Bodil trækker på en forståelse af læring, hvor deltagerne, det vil sige borgerne, inddrages i et omfang, som ikke sidestiller dem med voksne mennesker (jf. Illeris 2007). Vi forstår ud fra ovenstående, at Bodil tillægger sin viden betydning, og at denne viden derfor do-

minerer den del af forløbsprogrammerne, som hun er involveret i. I forlængelse heraf stiller Schnor sig spørgende i forhold til, hvilken viden, der er relevant, og appellerer til refleksion hos de sundhedsprofessionelle, om deres viden stemmer overens med den viden, der er behov for blandt borgerne (Schnor 2012). Følgende citat illustrerer i denne forbindelse, hvordan Bodil gør brug af sin viden om eksempelvis mad, og hvordan emnet mad skaber rammerne for inddragelse af borgerne:

“[Undervisningen] er helt nede på 'basic', hvor jeg starter med lidt tavleundervisning, simpelthen for at give dem [borgerne] en viden om, hvad er det vores mad indeholder [...]. Jeg prøver først at give dem en basal viden omkring mad og ernæring og så derefter, hvad er det så egentligt, de gør i hverdagen? [...]” (Bodil).

Vi finder det tydeligt, at Bodil forstår viden ved, at der er noget man kan ”give” andre. Bodil tilrettelægger og udfører således sin undervisning ud fra en forståelse af, at det er muligt at ”give dem en viden” og ”give dem en basal viden”. Ud fra Illeris’ didaktiske model tolker vi, at Bodil i høj grad gør brug af fagorienteret indhold, idet hun definerer, hvilken viden borgerne skal ”gives”. Dette tydeliggør desuden, at Bodil styrer undervisningen, som derfor didaktisk kan betegnes som *undervisning* (jf. Illeris 2006). Selvom Bodil har gjort sig didaktiske overvejelser omkring det, at hun nogle gange står og ”prædiker” foran borgerne, hersker der tvivl, om hvordan hun mener, at læring finder bedst sted. Bodil gør i stedet brug af en metode, der tager udgangspunkt i hendes forestilling om, hvad borgerne skal vide noget om, i modsætning til et udgangspunkt i borgernes viden, som Illeris pointerer er hensigtsmæssigt i voksenlæring. Således tolker vi, at Bodil har en forudindtaget holdning til, hvad borgerne har behov for at lære om. Denne bevidsthed kan eksempelvis stamme fra herskende diskursive forståelser omkring sundhedsfremme og forebyggelse med udgangspunkt i KRAM-faktorerne (jf. *Analysedel 1*). Desuden tolker vi ud fra Bodils italesættelser, at hun ikke tillægger borgernes *drivkraft*, det vil sige lyst, motivation eller vilje for læring betydning (jf. Illeris 2008). På denne måde efterlades vi med en opfattelse af, at Bodil ikke medtænker borgerne i læreprocessen, hvorfor de heller ikke indgår mere i hendes didaktiske overvejelser, end de gør.

Det er ukendt for os, hvad Bodil mener, ”basal viden” er. Vi tolker dog, at denne viden refererer til en bestemt måde at forstå mad på – en forståelse som Bodil ønsker at ”give” til borgerne. Et sådant ønske kan indikere, at Bodil mener, at borgerne ikke besidder denne viden. Desuden vidner hendes italesættelse om, at hun generaliserer borgerne, og det er således uvist, i hvilket omfang hun inddrager borgernes forskelligheder og borgernes forudsætninger. Dette anser Illeris som u hensigtsmæssigt for læringsudbyttet (jf. Illeris 2007).

Denne opfattelse af, at viden kan overføres, går fint i tråd med det, Hølge-Hazelton belyser i sin ph.d.-afhandling, at der er en opfattelse af, at ved, at borgerne får en bestemt viden, så lærer de automatisk at tage bedre vare på dem selv og deres situation (Hølge-Hazelton 2003).

Ydermere italesætter Bodil i ovenstående citat, at hun i undervisningen kobler den basale viden til det, borgerne "gør i hverdagen". Dette tolker vi som et forsøg fra Bodils side på at gøre den basale viden anvendelig for borgerne. Bodil forsøger således at illustrere for borgerne, om den basale viden, defineret af Bodil, stemmer overens med det, borgerne foretager sig i hverdagen. I et sådan tilfælde er der risiko for det, som Wistoft refererer til som en moraliserende måde at formidle sundhed på (Wistoft 2009), hvilket stemmer overens med ordet "prædike". Ikke desto mindre tolker vi, at Bodil forsøger at gøre den viden, hun formidler, anvendelig for borgerne. En viden som hun definerer, hvad er, men hvor borgerne ikke er inddraget (Hølge-Hazelton 2003; Maunsbach 1999). Denne ambition om at gøre viden anvendelig illustreres af følgende citat, hvor Bodil forklarer, at blodsuktermåling er en metode, som hun finder relevant:

"[...] man måler et blodsukker, render op og ned ad nogle trapper [...] hvad er det, der sker med mit blodsukker, når jeg bevæger mig? Hvad er det, der sker med mit blodsukker, når jeg spiser et stykke lagkage eller drikker et glas juice, ikke? Til de kan se før, nu indtager jeg det her, eller gør det her, og så måler vi igen. Så kan de så se effekten af det." (Bodil).

Dette citat illustrerer nogle af Bodils didaktiske overvejelser for udførelsen af forløbsprogrammet. Det har således været centralt for Bodil at kunne pointere over for borgerne, hvilken effekt fysisk aktivitet eller indtagelse af mad eller drikke har for blodsukkeret. Denne øvelse vedrørende effekt knytter sig til dele af Illeris' forståelse om erfaring, idet øvelsen relaterer sig til borgernes tidligere erfaringer (trapper, indtagelse af mad og drikke) og appellerer til, at borgerne får en oplevelse, som de kan tage med videre. Således kan denne øvelse og de didaktiske overvejelser omkring den have et erfaringsdannelsepotentiale, såfremt der er taget højde for alle læreprocessens dimensioner. Borgeren skal med andre ord have mulighed for at tillægge læringens dimensioner betydning. Et erfaringsmæssigt udbytte kræver således eksempelvis, at Bodil trækker på borgernes *drivkraft* for at lære effekten, som hun beskriver det i citatet (jf. Illeris 2008). Således betragter Bodil læring uden at inddrage borgeren, hvilket også influerer på hendes didaktiske overvejelser. Imidlertid finder vi denne øvelse relevant, idet konteksten er diabetes, og Bodil har tilrettelagt en øvelse, som for mange borgere må forekomme nem at overføre til sammenhænge uden for forløbsprogrammerne, da øvelsen tager udgangspunkt i emner, som må forekomme nærværende for de fleste borgere (med eller uden diabetes).

4.2.1.3. De behov, der er, det er der, hvor læringen er

Sygeplejersken Hanne lægger i sin tilrettelæggelse af forløbsprogrammerne vægt på, at borgerne tildeles taletid, og særligt, at borgerne indbyrdes hører hinanden. Dette fremhæver hun i følgende citat:

”Vi har også en strategi, det er godt, at alle hører alle, fordi de kommer jo til at være i gruppe med hinanden, så giver det bare en god fornemmelse af [hinanden] at få en eller anden viden sammen, ikke? Altså man har hørt det, og man ved lidt, hvor de er.”
(Hanne)

Hanne formulerer således, at hun finder en logisk sammenhæng i at borgerne hører hinanden og på den måde får en form for kendskab til hinanden, som har en positiv virkning. Hanne tillægger på denne måde den kollektive del af læringen betydning, hvilket præciseres ved ”giver det bare en god fornemmelse af [hinanden] at få en eller anden viden sammen”. I en læringsoptik ligger denne forståelse op ad det, som Illeris karakteriserer som *kollektiv transformativ læring*, som også er analyseret i *Analysedel 1*. Hannes strategi vedrørende borgernes læring kan i Illeris’ optik således fremmes i sociale sammenhænge, hvor borgerne får mulighed for at spejle sig i andre borgere med diabetes.

I forhold til Illeris’ didaktiske model anser vi Hannes strategi som en måde at inddrage borgerne og til dels tildele dem styring, hvormed Hanne lader til at tillægge deltagerstyring betydning (jf. Illeris 2006). Hannes didaktiske overvejelser er dog præget af lærerstyring, hvilket illustreres i følgende citat:

”Hvis vi kan mærke, at der er et særligt behov for noget, så lader vi det fylde, ikke? For vores tanke er, at det, som udspringer af de behov, der er, det er der, hvor læringen er altså [...]” (Hanne).

Således italesætter Hanne, at hun og de andre sundhedsprofessionelle, eller måske nogle af dem, trækker på deres formodning omkring, hvornår borgerne har ”særlige behov for noget”. Hanne lader på denne måde ikke til at spørge borgerne, om de har særlige behov, men vurderer det i stedet selv. I dette citat finder vi det desuden tydeligt, at Hanne tillægger borgernes behov en betydning i forhold til læring. Hanne mener, at ”det er der, hvor læringen er”, hvormed hun indikerer at have gjort sig didaktiske overvejelser for, hvordan borgernes læring fremmes. Dette kan i relation til Illeris’ læringstrekant og de tre læringsdimensioner pege i retning af, at Hanne anerkender bor-

gernes drivkraft samt indholdet for læringen, idet det er de behov, som borgerne har, der ifølge Hanne fordrer læring. Det er således behovene, der danner grundlag for indholdet, og behovene udgør på denne måde også drivkraften.

Det kan betragtes som, at det er Hannes vurdering, der afgør, hvilke behov, der er særlige, og hvornår behovene er særlige nok til at blive taget i betragtning til at "[vi] lader det fylde", hvilket viser, hvordan Hanne er fanget i på den ene side at skulle styre en undervisning og på den anden side skulle sørge for at være medinddragende. På den ene side kan Hannes undervisning anses som værende lærerstyret, hvilket fremmer den assimilative læringsform, som kan være svær at overføre til andre sammenhænge (Illeris 2008). På den anden side kan Hannes inddragelse af borgerne og deres behov ses som en styrke, idet den peger på et læringspotentiale, som lægger sig op ad den transformative form, der kan gøre sig gældende ved en *kriseagtig situation*, hvilket de særlige behov i forbindelse med diabetes umiddelbart kan tolkes som.

4.2.1.4. "De gør ikke som vi siger"

Som den eneste af de fire sundhedsprofessionelle henviser sygeplejersken Dorthe eksplicit til en bestemt metode, som tilrettelæggelsen af forløbsprogrammerne tager afsæt i:

"Vi har altså tilrettelagt det her [...] ud fra en specifik sundhedspædagogisk tilgang, som især den anden sygeplejerske [Hanne] har været lidt mere involveret i, end jeg har, og det er jo ud fra nogle af de der sundhedspædagogiske tiltag. I forhold til facilitering af læring og i forhold til det her med, hvordan lærer de [borgerne] mest, og så hvad virker, og hvad virker ikke. Hvad lærer de noget af, og hvad husker de noget af? Det har så mundet ud i den her måde, hvor vi så deler dem i grupper og prøver at få dem til at lære af hinandens erfaringer. Det er den nye måde at undervise på, ikke? Altså i forhold til man står med en powerpoint og så bare fylder noget viden på. Så det stammer fra det. Den måde vi sådan grundlæggende har planlagt det på." (Dorthe)

I citatet uddyber Dorthe, hvad hun forstår ved en "sundhedspædagogisk tilgang", som ligger til grund for forløbsprogrammernes tilrettelæggelse, hvori vi finder flere interessante betragtninger. Heriblandt italesætter Dorthe, at den sundhedspædagogiske tilgang indebærer "facilitering af læring", hvormed Dorthe synes at referere til den rolle, som hun opfatter at have. Dorthe har således en didaktisk overvejelse omkring forløbsprogrammernes udførelse, der drejer sig om, at hun skal være medvirkende til, at borgerne lærer. Denne forståelse af læring bærer præg af en erkendelse

af, at Dorthe ikke kan lære på borgernes vegne, men derimod blot forsøge at fremme en læreproces (jf. Illeris 2006). I rollen som faciliterende finder vi en grad af styring, idet det er Dorthe, som skal medvirke til, at borgere tilegner sig et særligt læringsudbytte.

Hertil præciserer Dorthe, at den sundhedspædagogiske tilgang skal udspringe af borgernes forskelligheder og forudsætninger. Således tillægger Dorthe borgernes forskelligheder betydning, hvilket i Illeris' perspektiv er befordrende for læringen. I denne forbindelse skelner Dorthe mellem "Hvad lærer de noget af, og hvad husker de noget af", hvilket i en læringsoptik kan pege i en retning af, at Dorthe er bevidst om, at der eksisterer forskellige læringstyper og forskellige læringsformer, som dem Illeris eksempelvis præsenterer (jf. Illeris 2008).

I citatet uddyber Dorthe desuden en klar opfattelse af, at det ikke er muligt at fylde viden på, hvilket understreger hendes forståelse af læring som en proces. Dorthe er ikke tilhænger af metoder, der involverer powerpoint, hvilket illustrerer en didaktisk overvejelse, der peger i en retning af, at Dorthe betragter deltagerinddragelse som essentiel for læringen. Således italesætter Dorthe, at læring fremmes ved deltagerinvolvering, men også med borgerne som bestemmende for indhold, men også med udgangspunkt i deres erfaringer, hvilket i Illeris' optik lægger sig op ad en kombination af akkodomativ og divergent læring. Denne kombination er karakteriseret ved arbejdsformen *projekt*, hvortil kombinationen af assimilativ og divergent læring er karakteriseret ved *opgave*-formen (jf. Illeris 2007). Det er vores opfattelse, at Dorthes betragtninger omkring den sundhedspædagogiske tilgang ud fra Illeris' optik udspænder sig mellem disse to arbejdsmønstre. Det er i hvert fald elementerne inden for disse metoder, som hun tillægger betydning i tilrettelæggelsen af forløbsprogrammerne.

I Dorthes optik er der ydermere et læringspotentiale i at dele borgerne i grupper, hvor de kan "lære af hinandens erfaringer", hvilket illustrerer en præference i forhold til læringsformen *kollektiv transformativ læring* (jf. Illeris 2013). Samtidig er Dorthe af den opfattelse, at det er muligt at lære af hinandens erfaringer, hvilket ifølge Illeris kun kan lade sig gøre, såfremt læring af andres erfaringer er del af en proces, der fordrer erfaringsdannelse. Dorthe tillægger således borgernes erfaring betydning i bestræbelserne på at fremme et læringsudbytte, hvilket understreger en didaktisk overvejelse omkring at forsøge at tage udgangspunkt i borgerne.

Således uddyber Dorthe elementerne i den sundhedspædagogiske tilgang, som hun beskriver er en "ny måde at undervise på", og henviser samtidig til, at det er en metode, som sygeplejersken Hanne "har været lidt mere involveret i". Vi vil i denne forbindelse nævne, at Hanne implicit uddy-

ber elementer af en sundhedspædagogisk tilgang i hendes interview, hvori hun blandt andet italesætter, at undervisning, der tager udgangspunkt i powerpoint og faktuel viden, gør nogle borgere kede af det, og det kan føles som at få bomber i hovedet (Dorthe). I lighed med Dorthe understreger sygeplejersken Hanne hermed, at de forsøger at tilrettelægge undervisningen, så der tages hensyn til borgerne, hvormed Hanne italesætter betydningen af borgernes drivkraft, og at der skal være samspil mellem indhold og drivkraft i læreprocessen (jf. Illeris 2008).

Dorthes italesættelse af den sundhedspædagogiske tilgang bærer endvidere præg af en erkendelse af, at særlige former for viden eller budskaber ikke nødvendigvis medfører læring. Dette udfolder Dorthe i følgende citat:

”[...] [borgerne] godt [ved] hvad de skal gøre, men de gør ikke, som vi siger. Det er jo sådan som det er. [...] De ved godt, det er farligt at ryge, men man holder ikke op [...]. Altså man ved godt, man skal motionere, men derfor gør man det jo ikke. Det er jo ren sundhedspædagogik, ikke.” (Dorthe)

Her italesætter Dorthe en erkendelse af, at der ikke nødvendigvis er sammenhæng mellem budskaber og handling eller læring, eksemplificeret ved rygning og motion. Denne erkendelse indgår i Dorthes didaktiske overvejelser for tilrettelæggelsen og udførelsen af forløbsprogrammerne, eksempelvis ved at tage udgangspunkt i borgernes egne erfaringer, som forrige citat illustrerede.

I Illeris' optik er det, som Dorthe har præsenteret, et eksempel på forskellige former for *læringsbarrierer* (jf. Illeris 2008). Vi kan ikke ud fra Dorthes italesættelse karakterisere en bestemt form for læringsbarrierer, men i stedet pointere, at der kan være tale om flere komplekse forklaringer på, hvorfor borgerne ikke gør, som Dorthe og de andre sundhedsprofessionelle siger. Læringsbarrierer kan indikere dels en fejllæring over for indholdet, det vil sige rygning og motion, dels et læringsforsvar, det vil sige manglende motivation, vilje eller lignende til at skulle lære om vigtigheden af at stoppe med at ryge eller motionere, og dels en læringsmodstand, der knytter sig til omgivelser, hvor et rygestop eller motion anses som uacceptable eller uforenelige med gældende forståelser (ibid.). Dorthes citat påpeger på denne måde vigtigheden af, at borgerne skal være motiveret for at lære, finde indholdet relevant og kunne opleve vigtigheden af at lære, da der ellers ikke forekommer et læringsudbytte.

I relation til Hannes pointering af, at borgerne oplever faktuel viden og powerpoint som bomber i hovedet, der gør dem kede af det, kan læringsbarriererne være med til at forklare denne sammenhæng.

Dorthe italesættelse om, at borgerne "gør ikke som vi siger", vidner desuden om, at Dorthe har en forforståelse af, at hun ved og har en holdning om, hvad borgerne skal gøre i forbindelse med diabetes. Dette giver på mange måder god mening, da hun i kraft af sin funktion som sygeplejerske er uddannet til at vejlede, informere og behandle. Dorthe forforståelse afspejler dog en kategorisering af rigtig og forkert, hvilket er rammesættende for udførelsen af forløbsprogrammet. Forforståelsen handler således om, at Dorthe ved, hvad der er det rigtige for borgerne at gøre, men samtidig også en forståelse om, at borgerne ikke ved, hvad der er det rigtige, og slet ikke agerer derefter.

Ydermere finder vi citatet af Dorthe interessant, idet hun formulerer en selvfølgelig forståelse af, hvad en sundhedspædagogisk tilgang er. Dorthe italesætter en selvfølgelig forståelse af, at selv om man bliver informeret om, at noget er farligt, så medfører det ikke nødvendigvis handling. Illeris påpeger i sin læringsforståelse, at der ikke er logisk sammenhæng mellem undervisning og læring, og at det derfor er en generel erfaring inden for læring, at alt ikke læres, selvom det forventes, og at der også glemmes (jf. Illeris 2006). Dorthe er således anerkendende over for denne grundlæggende forudsætning for læring og henviser i den forbindelse til, at det ligeledes er "ren sundhedspædagogik".

På denne måde bærer Dorthe didaktiske overvejelser præg af, at hun finder det nødvendigt at tage udgangspunkt i borgerne for at kunne forvente et læringsudbytte, hvormed hun vil facilitere læring. Dorthe didaktiske overvejelser trækker på det, som Dorthe karakteriserer som en sundhedspædagogisk tilgang. Den sundhedspædagogiske tilgang vil vi i følgende afsnit analysere.

4.2.1.5. En sundhedspædagogisk tilgang

Som vi har udfoldet i specialets teoriafsnit, opererer vi med Jensens og Wistofts definitioner af sundhedspædagogik, og det er (nogle af) Jensens og Wistofts betragtninger, vi i dette afsnit vil analysere i relation til de sundhedsprofessionelles italesættelser.

Sygeplejersken Dorthe refererer i ovenstående citater eksplicit til, at hun tilrettelægger undervisningen ud fra en sundhedspædagogisk tilgang. Med denne tilgang ligger der ifølge Jensen en ambition om at medvirke til sundhedsmæssig forbedring og dermed forandring (jf. Jensen 2011). I

denne forbindelse pointerer Jensen og Wistoft, at dialog med deltagerne, altså borgerne med diabetes, er nødvendig (ibid.; jf. Wistoft 2009). I ovenstående afsnit har vi fremanalyseret, at flere af de sundhedsprofessionelle tilstræber at være i dialog med borgere, dog med forskellige indgangsvinkler. Fysioterapeuten Mette italesætter eksplicit, at hun forsøger at inddrage borgerne ved at være dialogorienteret, hvorimod den kliniske diætist, Bodil, kun inddrager borgerne i et omfang, som hun finder relevant. Bodil italesætter hertil, at hendes undervisning er præget af, at hun prædiker. Disse to tilgange resulterer i et sundhedspædagogisk perspektiv i forskellige undervisningspotentialer.

I et sundhedspædagogisk perspektiv rummer Mettes didaktiske overvejelser et forandringspotentialerale, idet Mette tilstræber at involvere borgerne, og at borgerne lærer, så de kan foretage ændringer i deres liv. Mette har således en ambition om, at hendes undervisning er *handlingsorienteret* (jf. Jensen 2011). Mettes funktion som fysioterapeut er desuden med til at definere rammerne for, hvordan borgerne kan opnå forandring i forhold til motion. Dette karakteriserer ifølge Wistoft den sundhedspædagogiske tilgang, idet Mette kategoriserer uhensigtsmæssigheder og samtidig forsøger at tage udgangspunkt i den enkelte borger og dennes liv (jf. Wistoft 2009).

Bodils didaktiske overvejelser peger i et sundhedspædagogisk perspektiv i retning af, at undervisningen i begrænset omfang er befordrende for forandring, idet borgerinddragelse og dialog afhænger af Bodils styring, og idet Bodil samtidig udfører undervisningen med udgangspunkt i et bestemt indhold, defineret af hende. I et sundhedspædagogisk perspektiv tager Bodil således ikke udgangspunkt i borgernes erfaringer, hvilket ikke er befordrende for borgernes handlepotentialer og dermed deres mulighed for at skabe forandring og forbedret sundhed.

Bodils italesættelse af den praktiske øvelse, som er citeret tidligere, indebærer elementer af sundhedspædagogik, idet øvelsen har til formål at aktivere borgerne, så de får mulighed for at *handle*. Bodil iværksætter på denne måde en handleorienteret øvelse, dog uden at gå i dialog med borgerne om øvelsens indhold. Imidlertid trækker Bodil på sin erfaring omkring hvordan denne øvelse tidligere er blevet modtaget positivt af andre borgere. Øvelsen er med til at udvikle borgernes handlekompetencer og har således et forandringspotentialerale (jf. Jensen 2011).

Sygeplejersken Hannes didaktiske overvejelser vidner om borgerinddragelse og således en erkendelse af, hvordan undervisningen skal udføres, hvis den skal medvirke til forandring og forbedret sundhed for borgerne. Hanne italesætter, at faktuel viden og undervisning med power-point er medvirkende til, at borgerne bliver kede af det og oplever at blive bombarderet. Hannes overvejel-

se relaterer sig til Jensens kernebegreb om *viden*, hvortil Jensen pointerer, at viden som udelukkende tager afsæt i viden om effekter kan være bekymringskabende og kan føre til handlingslammelse (ibid.).

Sygeplejersken Dorthe italesætter eksplicit en sundhedspædagogisk tilgang, idet hun påpeger, at der ikke er sammenhæng mellem viden og læring eller handling. Denne pointe fremhæver Jensen ved at påpege, at viden i sig selv ikke nødvendigvis er handlingsorienteret (ibid.). Dorthes ambition om at være faciliterende vidner i et sundhedspædagogisk perspektiv desuden om, at hun ikke kan skabe forandring for borgerne, men at hun skal medvirke til udvikling af handlekompetencer gennem dialog, som skal føre til, at borgerne handler. Dorthes indgangsvinkel er gennem borgernes erfaringer, som skal danne grundlag for forandring og forbedret sundhed for borgerne (ibid.).

Vi har således illustreret ved hjælp af udvalgte passager i interviewene, at de sundhedsprofessionelle har forskellige didaktiske overvejelser og tilgange til udførelsen af forløbsprogrammet. I et sundhedspædagogisk perspektiv viser de sundhedsprofessionelles italesættelser, at de har forskellige overvejelser omkring forandring.

4.2.2. De sundhedsprofessionelles forståelser af mål, forventninger og sundhed

I følgende afsnit vil vi undersøge, hvilke mål og forventninger samt forståelser af sundhed, de fire sundhedsprofessionelle tillægger betydning med udgangspunkt i interviewene. Vi vil således udforske hvilke læringssyn og didaktiske overvejelser, der ligger til grund for de sundhedsprofessionelles italesættelser af disse betydninger.

4.2.2.1. De sundhedsprofessionelles forventninger til forløbsprogrammet

Som det beskrives i rapportens *Indledning* og i foregående analyse, er sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende tiltag i kommunerne iværksat med henblik på at sikre borgernes velbefindende, dels for borgernes eget bedste og dels for at optimere borgernes samfundsmæssige produktivitet og undgå udgifter til sundhedsvæsenet. Med dette in mente spurgte vi under interviewene de fire sundhedsprofessionelle i Sundrup Kommune hvilke mål og forventninger eller ambitioner, de havde i forhold til praktiseringen af forløbsprogrammerne. Denne del af analysen tager ligesom den forrige udgangspunkt i hver af de sundhedsprofessionelle.

4.2.2.1.1. “Forhåbentlig kan vi jo give dem noget med videre”

Fysioterapeuten Mette udfolder i følgende citat, hvilke ambitioner hun tillægger forløbsprogrammet:

”Jeg har jo nok ret høje ambitioner, fordi det er et område, som jeg brænder rigtig, rigtig meget for. Jeg brænder rigtig meget for, altså man kan sige, det er måske store ord at bruge, men at forandre, altså den her forandringsproces som kan ske i mennesker, den er jeg meget, meget interesseret i, og jeg ved godt, at det måske er, øh, det kan godt være, det er lidt naivt at tænke, at man kan lave en kæmpe forandring på det her forløbsprogram, men forhåbentlig kan vi jo give dem noget med videre, som de kan bruge. Og for mit vedkommende er det jo selvfølgelig rigtig meget, at de kan finde lysten ved motion [...]” (Mette)

Mette starter med at nævne, at hun har ”høje ambitioner”, hvilket vi anskuer som høje pædagogiske ambitioner, da hun senere i citatet nævner ”forandringsproces som kan ske i mennesker”, ”give dem [borgerne] noget med videre” og ”de kan finde lysten ved motion”, hvilket kan forstås ud fra forskellige læringsoptikker. Først nævner Mette en forandringsproces, hvor hun giver udtryk for en forståelse af læring som en proces, hvor borgerne omdanner en viden, som de har tilegnet sig tidligere, og tilføjer noget nyt (Illeris 2013). Bagefter nævner hun, at hun ønsker at give borgerne noget viden med, hvilket peger på en læringsforståelse om, at viden er noget, hun som sundhedsprofessionel kan give dem eller overføre til dem. I forhold til at finde lysten ved motion kan det anskues, at hun har en forforståelse om, at deltagerne *ikke* har lyst til motion, og at denne lyst er noget, en fysioterapeut kan hjælpe med at opdage eller genopdage. Set i et læringsperspektiv er lyst ikke noget, andre kan opdage eller finde til den enkelte borger, da læring altid vil bære præg af, hvor motiveret og engageret borgeren er i forhold til læreprocessen. For borgeren skal det være subjektivt meningsfuldt, der skal være en lyst til at lære, eller de skal opleve en nødvendighed eller en vigtighed i forhold til at lære (Illeris 2007).

Set i et sundhedspædagogisk perspektiv handler *forandring* ifølge Jensen, som det tidligere er udfoldet, om at udvikle borgernes handlekompetencer gennem dialog mellem målgruppen (borgerne) og den professionelle, for derigennem at skabe en forbedret sundhedstilstand hos borgere med diabetes (jf. Jensen 2011). Således er der i det faciliterende sundhedspædagogiske arbejde visse betingelser, som skal opfyldes for at skabe forandring, hvilket starter med dialog. Mette italesætter ikke dialog i denne sammenhæng, men som vi har fremanalyseret tidligere, tilstræber Mette, at hendes undervisning er dialogorienteret (jf. 4.2.1.1. ”De skal bare på banen”)

Citatet vidner endvidere om et stort personligt engagement med ”jeg brænder rigtig meget for” og ”jeg er meget meget interesseret i”, men der sker en nedtoning af ambitionerne i løbet af citatet.

Fra høje ambitioner om en forandringsproces bliver Mette mere bevidst om, at forandring måske virker for stort, og hun virker lidt forbeholden. Mette ender med at have en forhåbning om at give noget brugbart videre i stedet for at have høje ambitioner om at forandre. Ved at italesætte sine ambitioner får Mette en erkendelse af, hvad hun tillægger betydning, og hvad der er vigtigt for hende, men samtidig når hun også til en erkendelse af, hvad hun tror er realistisk i forhold til borgerne.

Citatet giver et billede af, at der er nogle mål, forventninger og ambitioner, som ikke bliver indfriet, men som ender som en forhåbning. Mette anvender sig selv som omdrejningspunkt både i forhold til, at hun formulerer, at det er hende, som skal lave en kæmpe forandring, og at hun skal hjælpe borgerne med at finde lysten til motion. Det er et stort ansvar at påtage sig og kan være svært at gennemføre set i en læringsoptik, da udgangspunktet skal være i den enkelte borger, og da det er borgerne, som skal skabe forandringer.

I *Analysedel 1* pointerer vi, at der er specifikke mål i forhold til indholdet i forløbsprogrammerne. Det vil med andre ord sige, at dialogen mellem borgerne og Mette finder sted inden for nogle specifikke rammer. Ifølge Jensen må rammerne gerne være defineret på forhånd, og det må tematikkerne også. Det er, hvis tematikkerne indeholder rigtige og forkerte anvisninger, som på forhånd er fastsat, at det kan blive problematisk, hvilket Mette ikke som udgangspunkt gør, da hun forsøger at tage afsæt i borgernes ønsker (jf. Jensen 2011).

4.2.2.1.2. Borgerne skal klædes på til at arbejde i rollen

Sygeplejersken Hanne fremhæver i interviewet, at de sundhedsprofessionelle i deres undervisning har et mål og en forventning om at:

”[...] vi får dækket de områder som [...] kost, motion og så alt det omkring medicin og fodbehandling og de, der er mange ting omkring det at have diabetes. Der har jeg nok en forventning om, at vi har været rundt om det hele, og at de har fået en viden, som gør, at de dels kan sætte sig nogle mål, men også at de kan gå ud og stille spørgsmål til de sundhedsprofessionelle i forhold til den behandling, de får [...]. At de skal prøve at engagere sig lidt mere i det [...] og turde skifte læge ik' eller sige jeg vil godt have et andet præparat, fordi jeg har hørt, det er bedre, eller turde spørge, lade være med at tro på, at alt bare. De skal være klædt bedre på, og det er et af målene. De skal være bedre klædt på til at arbejde i den rolle, de har i sundhedssystemet.“ (Hanne).

I dette citat italesætter Hanne mange mål og forventninger for forløbsprogrammet. Målene og forventningerne omhandler dels undervisningens praktisering og undervisningens indhold, og dels hvad Hanne håber, at borgerne kan tage med sig. Hanne italesætter, at “der er mange ting omkring det at have diabetes”, “jeg nok har en forventning om” og “at vi har været rundt om det hele”, hvormed vi tolker, at Hanne har høje forventninger og er meget optimistisk, idet hun vil nå *det hele*, selv om *der er mange ting*. Hanne italesætter, at borgerne skal blive i stand til at stille spørgsmål til den behandling, de får, hvilket kan betragtes som en bemægtigelse af egen situation, hvor borgerne går ind og tager magten og styringen i forhold til deres diagnose som borgere med diabetes.

Hanne italesætter i interviewet, at hun har en forventning om, at undervisningen skal afdække viden om blandt andet motion, kost og klinisk behandling. Dette udsagn kan betragtes på flere måder. For det første kan det anskues, at Hanne anser viden om motion, kost og medicin som en forudsætning for, at borgere med diabetes kan sætte sig mål og forholde sig kritisk til sundhedssystemet og de sundhedsprofessionelle. Samtidig håber Hanne også, at formidlingen af denne viden kan styrke borgerne til at handle og forholde sig kritisk til deres behandling og behandlere. Set ud fra et læringsperspektiv kræver det, som før nævnt, at borgerne finder indholdet vigtigt og nødvendigt at lære og reflekterer over deres oplevelse. Læring kan dermed ske gennem, hvad Illeris kalder akkomodation (Illeris 2007).

I forlængelse af dette italesætter Hanne, at borgerne skal prøve at engagere sig lidt mere, hvilket peger på en forforståelse af, at borgerne ikke engagerer sig nok, og at det skal hun som sygeplejerske lære dem. Dette kan også hentyde til den dominerende forventning, der eksisterer i samfundet til borgere med kronisk sygdom, om at tage ansvar for eget liv og egen sygdom (Loftager 2012). Samtidig kan Hannes forventninger og mål tolkes som en positiv ambition og et optimistisk håb på borgernes vegne, da hun øjensynligt ikke mener, at borgerne er kritiske nok “i forhold til den behandling, de får”.

Med Jensens definition af sundhedspædagogik kan Hannes italesættelse anses at bygge på en sundhedspædagogisk tilgang, hvor målet er at fremme målgruppens handlekompetencer med fokus på målgruppens “kritiske sans” (jf. Jensen 2011). Det skal ses i lyset af, at viden fra de sundhedsprofessionelles undervisning ifølge Hanne skal bidrage til, at borgerne kan handle i deres eget liv og i deres omgivelser ved blandt andet at forholde sig kritisk til sundhedssystemet og sundhedsprofessionelles arbejde. I relation til Jensens perspektiv kan der dog være en barriere for at fremme borgernes kritiske sans, idet en udvikling og kvalificering af handlekompetencer som tidligere beskrevet kræver dialog mellem borgere og sundhedsprofessionelle.

Hanne nævner sidst i citatet, at borgerne “skal være bedre klædt på til at arbejde i den rolle, de har i sundhedssystemet”. Vi finder denne formulering interessant, da Hanne italesætter, at det, der er målet med forløbsprogrammet, er at *uddanne* en professionel patient, og ordet “arbejde” peger på, at hun anser det at være borger med diabetes som et erhverv på lige fod med et erhvervsarbejde, hvor en ansat har en rolle at udfylde. Med denne rolle følger et ansvar og en forventning om at være en ansvarsfuld borger, der tager ansvar for egen sundhed og sygdom, hvilket også er en af grundene til, at de er en del af et forløbsprogram som nævnt tidligere. Borgerne kan også træde ind i rollen af lyst og have lyst til at tage ansvar for egen sundhed. For at udfylde denne rolle kræver det også, at borgerne går ind i rollen som *diabetiker* og dermed går fra at være en borger med diabetes til at være *diabetiker*. At blive kategoriseret som diabetikere giver ret til visse privilegier såsom tilskud til medicin (Kristensen 2008; Wind og Vedsted 2008). Hanne tillægger således, at borgere med diabetes har en særlig rolle – rollen som *diabetiker* – hvortil der ligesom til et hvilket som helst koncept medfølger visse forventninger (krav), men også privilegier.

4.2.2.1.3. Kend konsekvenserne

Den kliniske diætist Bodil påpeger ligesom Hanne, at målet med hendes undervisning er at øge borgernes evne til at forholde sig kritisk. Dog peger Bodils italesættelse mere i retning af, at borgerne skal lære at forholde sig kritisk til egen adfærd end at forholde sig kritisk til omgivelserne, hvilket ikke hænger sammen med forståelsen af patientrollen som i ovenstående og patientrollen, hvor det handler om at drage egenomsorg (Loftager 2012). Derimod henviser Bodil til rollen som ansvarsfuld borger med diabetes, som er bevidst om konsekvenserne ved eksempelvis at indtage en flødeskumskage. Bodil forklarer det således:

”Jeg har i hvert fald et [mål], at borgerne får en større kendskab til, hvad det er, de propper i munden, og at jeg vil gerne have, at de stiller sig kritisk over for de ting, de egentligt gør, altså at de hele tiden stopper op og lige tænker hvad er det lige, jeg er i gang med nu, og så kan det godt være, at det er den der flødeskumskage, fred være med det, men hvis de lige er bevidste om det og tænker, er det det her, jeg skal, eller skal jeg tage et andet valg? Så er mit mål egentligt nået, men det er mit mål.” (Bodil)

Vi tolker, at Bodils mål om at informere borgerne om, hvordan deres liv påvirkes i bestemte tilfælde, er naturligt, konteksten og hendes funktion taget i betragtning. Bodils italesættelser vidner dog om, at i måden, målene opnås på, tillægges borgerne en bestemt betydning.

Bodil har et mål om, at borgerne får en viden om, hvad de spiser, hvilket hun udtrykker med “*propper i munden*”, men det er ikke et mål, som hun har talt med borgerne om, da vi senere spurgte ind til dette. Med andre ord vil Bodil gerne overføre en bestemt viden til borgerne. Med formuleringen “propper i munden” skaber hun en association om noget, der fyldes helt op, og hvor der ikke rigtig er plads til det, der fyldes i. Dette peger på, at Bodil opfatter borgerne som nogle, der *propper* sig med mad uden, at der egentlig er plads. Videre siger Bodil, at “jeg vil gerne have, at de stiller sig kritisk over for de ting, de gør”, hvilket tyder på en forforståelse af, at borgerne ikke gør det i forvejen, men at det er noget, hun som klinisk diætist skal lære dem. Målet med at stille sig kritisk er for Bodil, at de “hele tiden stopper op og lige tænker hvad er det lige, jeg er i gang med” og “er det det her, jeg skal, eller skal jeg tage et andet valg”. Hermed ønsker hun at skabe en bevidstgørelse hos borgerne samtidig med, at hun ønsker at udvikle deres kritiske sans, som kan appellere til deres fornuft og samvittighed. Bodil giver også udtryk for et personligt engagement med udtrykkene “jeg vil gerne have” og “men det er mit mål”, og samtidig vidner det også om, at Bodils del af forløbsprogrammet er selvstændigt tilrettelagt.

Citatet afspejler en holdning om, at borgerne spiser uden at have kontrol, og at de derfor skal stille sig mere kritiske. Citatet peger på en forståelse af, at der noget rigtig og forkert mad, som borgerne kan indtage, hvortil Bodil eksempelvis har en ambition om, at borgerne skal kende konsekvenserne af at spise en flødeskumskage. Som det tidligere er beskrevet, kan kategorier om rigtig og forkert ifølge Jensen være problematiske, og samtidig kan viden om effekter og således også konsekvenser føre til bekymring og handlingslammelse (jf. Jensen 2011).

Derudover kan Bodils italesættelse om, at borgerne skal vide, hvad de gør, også betragtes som et forsøg på at hjælpe borgerne til at tage kvalificerede valg. Bodil har en erkendelse af, at hun ikke nødvendigvis er enig i de valg, borgerne træffer, og det accepterer hun, men hun vil gerne give en anvisning til borgerne om, hvad hun synes er det *rigtige* at gøre (Schnor 2012).

4.2.2.1.4. “Nu går jeg sgu til lægen”

Sygeplejerske Dorthe italesætter, at målet i hendes undervisning er:

”[...] at [borgerne] tager et eller andet med, at de kan huske noget. Altså at de kan gå ud og sige [...] nu går jeg sgu til lægen, fordi nu lærte jeg noget her, eller nu går jeg altså også ned og starter med det, eller nu gør jeg et eller andet.” (Dorthe)

Citatet vidner om en forståelse af, at det, borgerne lærer i forløbsprogrammet, skal være brugbar viden, som fører til handling med henblik på at foretage ændringer. Ifølge Illeris kan denne læring betegnes som enten transformativ eller akkomodativ læring afhængig borgerens subjektive oplevelse af situationen, hvilket vi ikke har indsigt i (jf. Illeris 2007). Dorthes mål er, at borgerne tager ejerskab og ved hjælp af det, de har lært, tager initiativ til at foretage ændringer i deres liv. I en læringsoptik er Dorthes mål således medvirkende til, at borgerne udvikler kompetencer, som gør dem i stand til at foretage ændringer i deres liv. På denne måde anerkender Dorthe, at hun ikke kan lære på borgernes vegne, men i stedet være medvirkende til, at borgerne lærer (ibid.).

Dorthes forhåbning indebærer på den måde, at borgerne bliver mere selvstændige og handlekraftige, hvilket er et element af det, Jensen karakteriserer som *engagement*. Dorthes italesættelse illustrerer således en handlingsorienteret tilgang (jf. Jensen 2011), og Dorthes bestræbelse vidner om, at forløbsprogrammerne skal befordre forandring for borgerne. I Jensens optik appellerer Dorthe ydermere til borgernes kritiske sans, og har med andre ord et mål om, at borgerne vil forholde sig mere kritisk til deres behandling og den medicin de får, hvilket kræver engagement (ibid.).

4.2.2.2. De sundhedsprofessionelles forståelser af sundhed

I forlængelse af de sundhedsprofessionelles mål, forventninger og ambitioner finder vi det relevant at fremanalysere, hvilke sundhedsforståelser de sundhedsprofessionelle tillægger betydning i deres undervisning. Dette supplerer besvarelsen af specialets problemformulering om, hvilke forståelser der ligger til grund for forløbsprogrammets tilrettelæggelse og udførelse.

I alle interviews blev de sundhedsprofessionelle spurgt ind til begrebet *sundhed*, hvilket vi analysere i det følgende afsnit. Formålet er at illustrere, hvilke forståelser af sundhed de sundhedsprofessionelle trækker på.

4.2.2.2.1. Man reflekterer ikke så meget over det

Blandt de sundhedsprofessionelles besvarelser udtaler fysioterapeuten Mette:

“[...] Hm, ja det er et meget sjovt spørgsmål, man aldrig rigtig bliver stillet [...] jeg tror ikke, man reflekterer så meget over det. Men jeg tænker, det er [...] en meget individuel ting [...]. Altså jeg tænker jo meget, at sundhed er at have det fysisk godt og psykisk godt og socialt, og sådan ligesom alle de tre bobler.” (Mette)

Den første linjer i citatet, “det er et meget sjovt spørgsmål, man aldrig rigtig bliver stillet” og “jeg tror ikke, man reflekterer så meget over det”, vidner om, at sundhed ikke er noget, Mette har tænkt over, hvad er, og det ikke er noget, de sundhedsprofessionelle drøfter indbyrdes, hvilket er bemærkelsesværdigt, idet de underviser i et forløbsprogram for diabetes, hvor sundhed er omdrejningspunktet.

Dernæst formulerer Mette, at hun anser det som en forudsætning for at opleve sundhed, at man har det godt både fysisk, psykisk og socialt. Med formuleringen “en meget individuel ting” henviser Mette til, at sundhed opfattes individuelt, og derfor ikke kan defineres af andre eller måles. En sådan forståelse af sundhed relaterer sig til en positiv forståelse af sundhed, som både Wistoft og Jensen definerer (jf. Jensen 2011; jf. Wistoft 2009). Citatet illustrerer, at sundhed for Mette forbindes med velvære og at have det psykisk godt, hvilket også stemmer overens med et positiv sundhedsbegreb, hvor sundhed forstås som mere end fravær af sygdom (jf. Wistoft 2009).

Wistoft påpeger, at sundhedsforståelser, der tager udgangspunkt i det brede og positive sundhedsbegreb, handler om både menneskers levevilkår og livsstil, i modsætning til det biomedicinske sundhedsbegreb, der som tidligere nævnt definerer sundhed udelukkende ud fra livsstil, adfærd og individuelle handlinger (ibid.). Dette perspektiv deler Jensen, og han inddeler det brede og positive sundhedsbegreb op i fire kategorier, som uddybet tidligere i specialerapporten (jf. Jensen 2011). Mette fremhæver således i ovenstående citat, at hun anser sundhed som mere end fravær af sygdom, idet sundhed for hende inkluderer både fysisk, psykisk og social velvære og samtidig afhænger af individet. Mettes italesættelse peger også på en forståelse af sundhed som biomedicinsk, idet formuleringen “en meget individuel ting” også kan illustrere en forståelse af sundhed som afhængig af individuelle handlinger, og dermed kan den enkelte gøres ansvarlig for disse handlinger (jf. Wistoft 2009).

En supplerende pointe er, at en italesættelse om, at “man aldrig bliver stillet” sådan et spørgsmål og at “man ikke reflekterer så meget over det”, vidner om, at forståelser af sundhed ikke italesættes blandt de sundhedsprofessionelle.

4.2.2.2.2. Sundhed ved at sætte folk sammen

Ligesom fysioterapeuten Mette italesætter sygeplejersken Hanne sundhed som mere end fravær af sygdom. Hanne forklarer som følger:

“Så for mig er sundhed ikke bare [...] terapeutiske værdier som blodsukker, blodtryk og så videre, det er ikke sundhed for mig, når de er i orden, altså det er ikke målet. [...] Det er jo meget med velvære og styrke især, jeg tænker det, at vi sætter [borgerne] sammen, det er på en eller anden måde en styrkelse af deres identitet og styrker deres kvalitet på en eller anden måde, livskvalitet – ‘jeg er ikke ensom’ – de bonder med hinanden [...]” (Hanne).

I dette citat beskriver Hanne, at sundhed ikke kun kan opleves ved, at “terapeutiske værdier som blodsukker, blodtryk og så videre” er i orden. Hanne mener således ikke, at sundhed kan måles. Hannes forståelse af sundhed beskrives ud fra en forestilling om, at borgerne i forløbsprogrammerne kan drage positiv nytte af hinanden. Udbyttet for borgerne ved at “sætte folk sammen” og at “de bonder med hinanden” er ifølge Hanne, at det kan styrke deres identitet som *diabetikere*, og de kan undgå at føle ensomhed. Hanne giver her udtryk for en forforståelse af, at borgere eller nogle af dem med diabetes er ensomme. Det sociale aspekt kan ifølge Hanne være medvirkende til øget *livskvalitet*, hvorfor hun forstår sundhed som *livskvalitet, velvære og styrke* og som noget socialt afhængigt. Hannes forståelse af sundhed rummer dele af *det brede og det positive sundhedsbegreb*, som Wistoft udfolder det. Wistoft forklarer om begrebet, at “sundhed opfattes som tilstedeværelse af noget af det, som gør livet værd at leve.” (jf. Wistoft 2009:53), hvilket Hanne illustrerer med beskrivelsen af borgernes udbytte som livskvalitet, velvære og styrke af “de bonder med hinanden”. Grunden til, at det kun er muligt at fremanalysere sammenfald med *det brede og det positive sundhedsbegreb*, er, at forståelsen af begrebet omfatter både levevilkår og livsstil (ibid.). For både Mettes og Hannes vedkommende er det ikke muligt at angive, hvilke betydninger, de tillægger levevilkår og livsstil i deres forståelse af sundhed. Dette gælder også i relation til Jensens definition af *det positive og brede sundhedsbegreb*. Som det er beskrevet i specialets afsnit om *Teori og begreber* opdeler Jensen *det positive og brede sundhedsbegreb* i fire kategorier, hvorudfra Mettes og Hannes forståelser af sundhed er positiv. Derimod er det vanskeligere at kategorisere deres forståelser som enten snævre eller brede, da det ikke fremgår af deres italesættelser, hvilken betydning de tillægger levevilkår. Men da Mette og Hanne tillægger det sociale aspekt betydning, vidner det om en forståelse af sundhed, som er mere nuanceret end blot livsstilsfaktorer. Således trækker Mette og Hanne i Jensens optik på en forståelse af sundhed som positiv, der tenderer til at være bred (jf. Jensen 2011).

4.2.2.2.3. Sundhed er noget, der kan læres

Sygeplejersken Dorthe er ligesom de andre sundhedsprofessionelle blevet spurgt, hvordan hun forstår sundhed. Dorthe italesætter blandt andet, at sundhed forbindes med noget individuelt:

“Jo det er nok meget individuelt, altså overordnet set er der jo en eller anden, så læner jeg mig jo op ad det, der er samfundsmæssigt defineret som sundhed, altså i forhold til kost og motion også, og hvordan du så kan proppe den ned i den enkelte er jo så en helt anden side af sagen.” (Dorthe)

Dele af ovenstående citat efterlader en i uvished omkring, hvad Dorthe mener med “*altså overordnet set er der jo en eller anden*”, hvilket vi tolker som, at det er et svært spørgsmål at svare på for Dorthe. Dorthe italesætter sundhed som “individuelt”, hvilket peger på en forståelse af, at sundhed er noget, man selv definerer, og dermed også er noget, som man kan gøres ansvarlig for. I næste sætning i citatet udtaler Dorthe “så læner jeg mig jo op ad det, der er samfundsmæssigt defineret som sundhed, altså i forhold til kost og motion”, hvilket sammen med forståelsen af sundhed som noget individuelt indikerer, at Dorthe trækker på en forståelse af sundhed, som er domineret af kost og motion og dermed bevæger sig inden for det biomedicinske sundhedsbegreb (jf. Wistoft 2009).

I sidste del af citatet italesætter Dorthe “hvordan du så kan proppe den ned i den enkelte er jo en helt anden side af sagen”. Her henviser Dorthe til, hvordan sundhed skal formidles til borgerne.

Dorthe giver i citatet udtryk for, at sundhed er noget, den enkelte kan lære, det vil sige en viden, som kan tilegnes, og måden dette kan gøres på, er ved at “proppe” den ned i den enkelte. Som nævnt tidligere associerer “proppe” til noget, der fyldes helt op, og hvor der ikke er kapacitet til det, der fyldes i. Set ud fra et læringsperspektiv kan det tolkes som, at Dorthe har en forståelse af læring som noget, der fyldes på den enkelte. Dette kan ifølge Illeris tolkes som en produktionstænkning, hvor der fyldes på den enkelte, hvilket han betegner *input*, og i den anden ende kommer der et *output*. Sammenhængen mellem input og output er dog afhængig af nogle forhold, som ikke kan reguleres (Illeris 2008). Illeris pointerer, som beskrevet tidligere, at man ikke kan lære nogen noget, men være medvirkende til læring (jf. Illeris 2007). Dorthes italesættelse vidner således om en forståelse af et bestemt menneskesyn og et bestemt magtforhold mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren, hvor det er den sundhedsprofessionelle, der skal proppe viden i borgeren.

4.2.2.2.4. Det er borgernes egen beslutning

Den kliniske diætist Bodil er ligeledes blevet spurgt ind til, hvordan hun forstår sundhed, og som svar på vores spørgsmål italesætter Bodil, at hun lader det være op til borgerne:

“Vi kommer ikke så meget ind på det. Det gør vi ikke, men jeg synes, vi gør meget ud af at sige, at det jo er borgernes egen beslutning, så hvis de har det godt med at spise denne her flødeskumskage hver dag, og det er livskvalitet for dem, så er dét det, de skal gøre altså, og så må man jo bare justere ind med medicinen, men de skal stadigvæk vide konsekvensen af, hvad er det, der sker, eller hvad kan der ske ved at spise denne her flødeskumskage.” (Bodil).

Dette citat illustrerer, at Bodil ikke reflekterer over, hvad hun forstår ved sundhed. I stedet henviser Bodil til, hvordan hun formidler sundhed for borgerne.

På den ene side peger citatet på en form for fri tvang, da “det jo er borgernes egen beslutning” men samtidig skal de “stadigvæk vide konsekvensen af, hvad er det, der sker, eller hvad kan der ske ved at spise denne her flødeskumskage”, hvilket hun som klinisk diætist anser som sin opgave at informere borgerne om. Det giver i sidste ende et frit valg, men også et rigtigt og forkert valg. Bodils italesættelse fremhæver også en forforståelse af, at borgerne mangler viden om flødeskumskagers effekt, hvilket medvirker til, at Bodil oplever det som nødvendigt at informere borgerne om denne effekt.

Citatet illustrerer også, at Bodil trækker på en biomedicinsk forståelse af sundhed, idet hun fokuserer på borgernes adfærd og konsekvenserne og effekterne heraf, hvormed hun også appellerer til borgernes samvittighed. Samtidig trækker Bodil på en forståelse af, at det er muligt at “bare justere ind med medicinen”, hvilket gør, at hun underminerer sin egen rolle i forløbsprogrammet som klinisk diætist. Hvis det er muligt *bare* at justere med medicinen, så er der ingen grund til at lære noget om kost i forhold til diabetes. Hvis dette er tilfældet i praksis, sender det et signal til borgerne om, at diagnosen diabetes ikke giver komplikationer og således *bare* kan justeres. Det kan betragtes som en negligering af diabetes som kronisk sygdom og dermed også af de borgere, som er diagnosticeret med diabetes.

Set i et sundhedspædagogisk perspektiv kan Bodils forståelse anses som en *snæver* forståelse, idet italesættelsen udelukkende tager udgangspunkt i borgerens livsstil og vaner. Dertil tangerer hendes forståelse også til at være *negativ*, da hendes forståelse af *livskvalitet* gælder i et sygdomsperspektiv (jf. Jensen 2011).

4.2.2.2.5. Uudtalte forståelser af sundhed

I dette afsnit ønsker vi at analysere, hvordan forståelserne af sundhed ikke italesættes i dialog med borgerne, der deltager i forløbsprogrammet. I et sundhedspædagogisk perspektiv anser Wistoft inddragelse af deltagerne som en betingelse i bestræbelser på at skabe forandring og forbedret sundhed (jf. Wistoft 2009).

I forbindelse med det positive og brede sundhedsbegreb påpeger Jensen, at det kan være en stor udfordring for de sundhedsprofessionelle at tænke sundhed som noget bredt og positivt ind i den sundhedspædagogiske praksis (jf. Jensen 2011). Jensen påpeger, at:

“[...] man er nødt til at forholde sig til, at der blandt de målgrupper, man arbejder med, trives opfattelser af, hvad velvære drejer sig om, der ofte går på tværs eller direkte imod de sygdomsforebyggende råd, megen sundhedsformidling ofte centrerer sig om.” (Jensen 2011:222).

At det er væsentligt for de sundhedsprofessionelle at tale sundhedsforståelser med deltagerne begrundes Jensen med, at det er en forudsætning for at gå i dialog med deltagerne og i sidste ende skabe forandring og forbedring i forhold til sundhedstilstanden (ibid.).

I gennemgangen af vores empiriske fund italesætter de sundhedsprofessionelle ikke, at de taler med borgerne om deres forståelser af sundhed. Fysioterapeuten Mette påpeger, at “[...] jeg har aldrig stillet spørgsmålet til borgerne sådan: ‘hvad er sundhed for jer?’” (Mette), og sygeplejersken Hanne erkender, at “vi har ikke det spørgsmål oppe, det tror jeg simpelthen ville være for svært for dem” (Hanne).

Som nævnt tidligere kan det undre, at de sundhedsprofessionelle i et forløbsprogram ikke taler sundhed med borgerne, men forklaringen kan findes i citatet af Jensen, hvor han nævner, at målgruppens opfattelser af velvære går imod de sygdomsforebyggende råd (jf. Jensen 2011), hvilket kan være en forklaring på, at det kan være vanskeligt for de sundhedsprofessionelle at håndtere. Grunden kan også findes i de sundhedsprofessionelles italesættelser af mål og forventninger, idet de sundhedsprofessionelle trækker på og arbejder ud fra for det første på forhånd definerede mål og indhold, som hovedsageligt trækker på forståelser om kost, motion og medicin og for det andet på individuelt definerede mål, som trækker på forskellige forståelser af forandring og læring. Mette og Hanne finder det ikke relevant at tale om sundhed med borgerne, hvilket ellers i Wistofts og

Jensens perspektiv kan anses som en betingelse for at arbejde sundhedspædagogisk med forandringspotentiale (Wistoft 2009; Jensen 2011).

Vi finder ydermere Hannes udtalelse særlig interessant, da det peger på en forforståelse af, at der er nogle kompetencer, borgerne ikke besidder, såsom at besvare et spørgsmål om sundhed, hvortil svaret er subjektivt. Hanne tillægger sundhed en bestemt betydning, og den betydning deler hun ikke med borgerne. Vi tolker i denne forbindelse, at Hanne har en bestemt forståelse af borgere med diabetes, der inkluderer en manglende evne til at reflektere over, hvad sundhed er. Derfor vurderer Hanne, at sundhed ikke er et relevant emne at diskutere, og samtidig italesætter hun en forforståelse, der indikerer, at de ikke kan sætte ord på, hvad sundhed er for dem. I Jensens optik har Hannes forståelse af borgerne den betydning, at borgerne ikke inddrages, og at Hanne således ikke reflekterer over, hvordan en sundhedspædagogisk praksis udføres optimalt (jf. Jensen 2011).

Ser vi på ovenstående citat af Jensen (ibid.) i forbindelse med det brede og positive sundhedsbegreb, kan perspektivet om at være åben over for borgernes opfattelser på trods af, at de kan gå imod de sygdomsforebyggende råd, også anses at eksistere i en anden af Hannes italesættelser, idet hun fremhæver, at:

”[...] der kan godt komme nogle mærkelige teorier [borgernes egne] frem ik’, men det er ikke, så vi nedgør dem eller siger nej, det passer ikke, eller sådan det, det gør vi ikke, dem lader vi stå, og så må folk jo selv tænke lidt” (Hanne).

Denne italesættelse vidner om, at Hanne mener, at nogle af borgerne med diabetes har andre forestillinger, som ikke harmonerer med hendes forståelser af sundhed, da hun nævner “mærkelige teorier” og “[ikke] passer”. Wistoft pointerer, at for at fremme sundheden i en bestemt målgruppe, så er det vigtigt at spørge ind til, hvad denne gruppe mener er vigtigt, og hvordan gruppens deltagere lærer bedst for at fremme muligheden for at leve et sundt liv. Derfor mener Wistoft, at det er nødvendigt, at sundhed som værdibegreb og viden afklares i fællesskab mellem de sundhedsprofessionelle og målgruppen (jf. Wistoft 2009).

4.2.2.2.6. Sammenfatning

De sundhedsprofessionelle har med deres italesættelser vist, at de har forskellige didaktiske overvejelser for udførelsen af forløbsprogrammet, som varierer mellem at inddrage borgerne lidt, inddrage borgerne mest muligt, så de får indflydelse på læringen, at tillægge kollektiv læring betyd-

ning, og at borgernes erfaringsudveksling har betydning for læring, hvilket også betyder, at der sundhedspædagogisk eksisterer forskellige forståelser af måden at skabe forandring på.

De sundhedsprofessionelle har med deres italesættelser af mål og forventninger i forløbsprogrammet bidraget til at give et nuanceret billede af, hvad det er for overvejelser, de gør sig. Målene og forventningerne varierer, men fælles for alle fire sundhedsprofessionelle er, at de ønsker, at borgerne lærer noget, som de kan tage med både i forhold til at forholde sig kritisk til sig selv og omgivelserne, men også om den rolle, de har som borgere med diabetes i samfundet. Som udgangspunkt giver alle udtryk for, at de ønsker forandring, men de har forskellige forståelser af, hvordan det gøres, og hvordan borgerne skal inddrages.

Vi har spurgt ind til de sundhedsprofessionelles forståelser af sundhed, da det har betydning for deres sundhedspædagogiske tilgang. Deres svar var forskellige, hvilket illustrerer, at de ikke har en fælles forståelse af sundhed som gruppe. Samtidig er forståelsen af sundhed heller ikke noget, de sundhedsprofessionelle diskuterer med borgerne, da de har konstrueret sandheder om borgerne, hvor borgerne mangler viden og kompetencer til at besvare spørgsmålet om, hvad sundhed er.

4.3. Analysedel 3 – Den pædagogiske praksis

I det foregående analyseafsnit illustrerede vi, hvordan de sundhedsprofessionelle har forskellige mål, forventninger og forståelser, men at de alle ønsker forandring, og at borgerne inddrages i undervisningen. De har forskellige forståelser af sundhed, og det er ikke noget de diskuterer i gruppen af sundhedsprofessionelle eller med borgerne.

Denne tredje og sidste analysedel tager udgangspunkt i de observationer, som vi har foretaget af forløbsprogrammet i Sundrup Kommune. Af disse observationer vil fire situationer blive analyseret. Formålet i denne analysedel er at belyse, hvordan de sundhedsprofessionelle udfører forløbsprogrammerne. Denne analysedel vil bidrage til at besvare hvilke forståelser, der ligger til grund for de sundhedsprofessionelles udførelse af forløbsprogrammet.

Det rum, som vi træder ind i i de to første observationssituationer, er et læringsrum, som er præget af en asymmetri mellem borgerne med diabetes og sygeplejerskerne Hanne og Dorthe, da læringsrummet har udviklet nogle bestemte roller (Illeris 2008). Borgerne er positioneret som deltagere i et forløbsprogram og de sundhedsprofessionelle som underviserne i et forløbsprogram. Indholdet i undervisningen er også forudbestemt af Hanne og Dorthe samt af Sundrup Kommune, som vi har illustreret i *Analysedel 1 og 2*.

4.3.1. Hvorfor diabetes?

Følgende observationsuddrag er et eksempel på en undervisningssituation fra forløbsprogrammet i diabetes i Sundrup Kommune. Undervisningen finder sted i Sundrups Sundhedscenter, og den første undervisningssituation varetages af de to sygeplejersker Hanne og Dorthe og foregår i Sundhedscenterets café. Borgerne sidder sammen i midten af rummet ved flere borde, som er blevet sat sammen. Hanne står for enden af bordet ved en tavle, som også fungerer som lærred, når de viser deres powerpoint-præsentation, og Dorthe sidder ned ved et bord ved siden af tavlen.

Hanne introducerer til diabetes som sygdom, og en af borgerne spørger om: "*Må vi godt stille spørgsmål?*", hvortil Hanne svarer: "*Det kommer vi til.*"

I undervisningen fortæller Hanne, at der er en fortsat stigning i diagnosticering af diabetes 2. En af deltagerne spørger "*Hvorfor?*", og igen svarer Hanne: "*Det kommer vi til.*" Hanne forklarer forskellen mellem type 1- og type 2-diabetes. Hun fortæller, at diabetes type 1 kan betegnes som en sygdom "out of nowhere", da den ikke er livstilsbetinget. Derudover fortæller Hanne, at når man har diabetes type 2, så produce-

rer kroppen insulin, men noget af dette insulin virker ikke. Nu vender Hanne tilbage til spørgsmålet om, hvorfor man får diabetes type 2. Her fortæller hun, at det er genetisk betinget, og at kost og vægt har stor betydning. Hanne spørger deltagerne: *“Hvorfor tror I, at der er flere, som får diabetes type 2? En mand svarer: “Livsstil”. En anden mand påpeger: “Man er blevet bedre til at måle, derfor kommer der flere”.* Derudover stiller han sig undrende over for kostens betydning for diabetes 2: *“I Kina spiser de sundt. Hvorfor får mange af dem diabetes?”* En tredje mand forklarer, at der er tale om: *“Genetisk ramte befolkningsgrupper”.* Hanne giver dem ret og forklarer, at diabetes type 2 ofte skyldes *“overvægt, inaktivitet og er genetisk betinget.”* Mange af borgerne virker meget overraskede over, at diabetes også er genetisk betinget. En af kvinderne giver udtryk for, at hun er meget bekymret over, at det er genetisk betinget, og at hendes børn derfor er eksponerede for det. En anden borger spørger herefter: *“Hvorfor er der så flere ældre, som får det?”* Hertil svarer en af de andre borgere: *“Som ældre er man mindre bevægelig”.* Det lader til, at de fleste borgere accepterer denne forklaring, og der bliver herefter ikke samlet op på kvindens bekymring om hendes børns eksponering, men Hanne forklarer, at man sagtens kan leve et *godt liv*, men at det er vigtigt, at man opdager diabetes i god tid.

(1. undervisning d.18.03.15 kl. 16.00 - 16.50)

Dette observationsuddrag indeholder flere tematikker, som vi vil analysere. Udover spørgsmålet om, hvorvidt der er plads til dialog eller ej, er der også noget på spil i forhold til, hvordan borgerne og de sundhedsprofessionelle positionerer sig i den kontekst, de befinder sig i, og hvordan asymmetrien i disse positioneringer gør sig gældende. Derudover er det interessant i et sundhedspædagogisk lys at undersøge, hvad det er for en viden, der formidles og om denne viden er medvirkende til, at der kan ske en sundhedsmæssig forandring.

Hanne gennemgår i dette observationsuddrag, hvad diabetes er for en sygdom, og hun stiller spørgsmål til borgerne om diabetes, hvormed hun gør plads til en dialog. En af borgerne spørger, om de må stille spørgsmål, og til det svarer Hanne “det kommer vi til”, hvilket vidner om, at der alligevel ikke er ubegrænset plads til dialogen. Kvinden, som giver udtryk for bekymring for sine børn, da hun hører at diabetes er arveligt, får ikke skabt en ordentlig dialog med Hanne om sin bekymring. Der er således et fast program med specifikke punkter, som skal nås, og det kan være grunden til, at der ikke er plads til dialog. I relation til Illeris’ læringsforståelse vidner Hannes undervisning om en lærerstyret tilgang, hvor det er Hanne, der bestemmer, hvilket indhold undervisningen tager udgangspunkt i, og i hvilket omfang borgerne inddrages (jf. Illeris 2006).

Ovenstående eksempel viser også, hvordan Hanne og borgerne positionerer sig i forhold til hinanden. Ved at spørge, om der må stilles spørgsmål, positionerer borgerne sig som deltagere i et forløbsprogram. Relationen som borger og sundhedsprofessionel i et forløbsprogram giver adgang til, at borgerne positionerer sig som deltagere og den sundhedsprofessionelle som underviser. Denne positionering bliver igen bekræftet, idet Hanne siger "det kommer vi til". Det er således Hanne, der er underviser og dermed har positionen som den, der bestemmer, hvad undervisningen skal indeholde, og hvornår der må stilles spørgsmål (Holen og Lehn-Christensen 2009).

Hanne afslutter ovenstående observationsuddrag med at sige, at "man sagtens kan leve et godt liv med diabetes, men at det er vigtigt, at man opdager det i tide", hvormed hun positionerer sig som sygeplejerske, der med sin viden og erfaring kan udtale sig om, at det ikke er svært at leve med diabetes, men kun hvis det bliver opdaget i tide.

Hanne og borgerne har som udgangspunkt et ulige forhold (Vedtofte 2009b), da Hanne som den sundhedsprofessionelle har en viden og en erfaring, som danner det grundlag, hvorpå borgerne skal træffe vigtige beslutninger om handlinger, som har relevans for deres helbred fremover. Som nævnt tidligere om det pædagogiske læringsrum er der en asymmetri i relationen mellem borgere og den sundhedsprofessionelle, da sidstnævnte altid har noget, som borgeren har brug for, eller som borgerne tror, de har brug for (Mach-Zagal 2009)

Jensen påpeger, som tidligere nævnt, at viden i sundhedspædagogiske indsatser skal være handlingsorienteret, så borgerne "(...) kan gribe forandrende ind i deres liv og i deres omverden." (Jensen 2011:233). I den ovenstående situation illustreres det, at Hannes vidensformidling i undervisningen tager udgangspunkt i en naturvidenskabelig og biomedicinsk tilgang, da det er en gennemgang af type 1- og type 2-diabetes. Ifølge Jensen er indsigt i det sundhedsfaglige område en nødvendighed for en handle- og deltagerorienteret sundhedspædagogisk tilgang. Således kan Hanne og Dorthes gennemgang af diabetes ifølge Jensen anses som en forudsætning for en handleorienteret sundhedspædagogisk tilgang, og derfor kan indholdet i undervisningen anses som en nødvendighed for at bidrage til sundhedsmæssig forandring hos borgerne. Imidlertid påpeger Jensen, at viden ikke er handlingsfremmende i sig selv, især hvis den ikke følges op af *viden om årsager og forandringsstrategier* (jf. Jensen 2011). Jensens vidensdimensioner kan iagttages i den ovenstående undervisningssituation. Vidensformidlingen tager i denne undervisningsgang umiddelbart kun udgangspunkt i en naturvidenskabelig og biomedicinsk forståelse med fokus på motion, kost og rygning, men det er muligt, at indholdet i undervisningen varierer fra gang til gang. At inddrage

ovenstående eksempel med kvinden, som er bekymret for sine børn, da diabetes er genetisk betinget, kan ifølge Jensen belyse, at en ikke handleorienteret viden, det vil sige *viden om årsager* og *viden om forandringsstrategier*, kan skabe bekymring hos borgerne. Hanne forklarer ikke nærmere, hvad der er årsag til, at sygdommen kan være genetisk betinget, og hvilke forandringsstrategier, der kunne være aktuelle, udover at kost og motion også spiller en rolle for sygdomsudviklingen. Idet Hanne ikke belyser *årsager* og *forandringsstrategier*, tolker vi med udgangspunkt i Jensen, at vidensformidlingen i undervisningen har været bekymringsskabende for denne borger og i værste fald kan føre til handlingslammelse (ibid.).

Illeris fremhæver, at manglende opmærksomhed på, hvem borgerne er, og hvad deres behov er, betyder, at de ofte føler sig objektiveret og umyndiggjort (Illeris 2007:14). På samme måde påpeger Jensen, som tidligere nævnt i forbindelse med vidensdimensioner, at det er nødvendigt, at borgerne udvikler egne værdier og visioner, da det er en forudsætning for viljen og evnen til at handle og forandre, og da det mindsker risikoen for handlingslammelse (Jensen 2011). Ifølge Jensens og Illeris' perspektiver betyder det, at sygeplejerskens manglende anerkendelse af borgerens mål og følelser kan få konsekvenser for borgerens udbytte af undervisningen. Det skal ses i lyset af, at situationen kan skabe modstand og handlingslammelse hos borgeren frem for motivation og vilje til at lære og forandre (Illeris 2007:14; ibid.).

Situationsuddraget vidner således om, at Hanne giver borgerne mulighed for at supplere hinandens besvarelser løbende. Måden, Hanne giver borgerne taletid på, er, at borgerne besvarer Hannes spørgsmål, hvormed borgernes mulighed for at stille spørgsmål begrænses af Hanne. Denne situation illustrerer således, at Hannes forståelse af forløbsprogrammerne som pædagogisk praksis bærer præg af lærerstyring og viden, som tager udgangspunkt i forudbestemt indhold. Borgerne med diabetes tillægges i denne forbindelse betydning som elev, hvormed de ikke synes at blive anerkendt som myndige, voksne mennesker.

4.3.2. Rygning vs. motion og kost

Dette afsnit vil tage udgangspunkt i et observationsuddrag fra samme undervisningsgang som ovenstående observationsuddrag, og der er således stadig en introduktion om diabetes i gang. Her i situation 2 kommer vi ind, hvor sygeplejersken Hanne understreger, at rygning også har indflydelse på diabetes.

Hanne forklarer om vigtigheden af at forebygge diabetes. Hun understreger at: "*Jo hurtigere og jo bedre behandling og forebyggelse, jo mindre følgesygdomme vil der være*". Hertil viser hun et slide, der påviser, at *motion, kost og medicin* er vigtige i forebyggelsen af følgesygdomme. På dette slide står der også *rygning* (småt men rødt), og Hanne fortæller, at hun har skrevet det på, da dette også påvirker diabetes negativt. Her er der en af borgerne, som fortæller, at han får det skidt. Han uddyber, at han synes, at der er mange nye ting, som han pludselig skal ændre på. Han fortæller yderligere, at han vil have stor fokus på kost og motion, og derfor vil det blive for meget også at skulle kvitte cigaretterne, og at han eventuelt kan gøre det på et senere tidspunkt. Hanne svarer hurtigt tilbage i en meget bestemt tone, med et meget bestemt kropssprog og nærmest elektrisk: "*Kan simpelthen ikke lade være*", hvormed hun henviser til, at hun ikke kan lade være med at kommentere hans fortælling. Hun påpeger, hvorfor det er dårligt naturvidenskabeligt, og dermed hvilken påvirkning det har på diabetes. Hanne fortæller manden, at det er langt bedre at starte med fokus på rygestop end på kost og motion. Og hun fortsætter: "*Jo bedre kolesterol og blodsukker, jo bedre bliver det i det lange løb.*" Hertil siger manden: "*Jamen, jeg tager jo 5 kg på ved at stoppe, så stiger min BMI*". En af de kvindelige borgere supplerer ved at anbefale ham kommunens rygestopkursus, da hun selv havde en god oplevelse og har fået et positivt resultat ud af det. Hanne forsøger at anerkende mandens frustration ved at fortælle, at hun godt ved, at "*der er en masse væner og værdier på spil*" hos borgerne.

Hanne påpeger flere gange, at håndtering af sygdommen kræver en *ændringsproces* for borgerne. En enkelt gang er Hanne ved at sige *adfærdsændring*, men retter det selv til *ændringsproces*.

Hanne slutter af med at fortælle, at næste undervisningsgang handler om, hvordan borgerne skal sætte mål for dem selv. Hanne fortæller, at disse mål ikke skal sættes for højt, men skal tage udgangspunkt i, hvad der giver mening for borgerne nu. Hun fortæller endvidere, at borgerne ikke skal give op, hvis målet ikke nås, og at det nok skal lykkes næste gang.

(1. undervisning d.18.03.15 kl. 16.00 - 16.50)

Observationsuddraget omfatter flere tematikker. Uddraget illustrerer, at Hanne er personligt engageret i borgerens valg af fokus, idet hun italesætter en præference for rygestop. Derudover illustrerer uddraget, at den mandlige borger oplever det som udfordrende at skulle agere og foretage ændringer, der i tilstrækkelig grad lever op til de biomedicinske parametre som kost og motion. Ende-

ligt vidner uddraget om, at Hanne tillægger "ændringsproces" og borgernes målsætninger betydning. Disse tematikker vil vi i det følgende undersøge.

Sygeplejersken Hanne fremhæver i undervisningen, at særligt rygning ikke skal undervurderes af forløbsprogrammets deltagere, selv om det ikke er angivet på det slide, hun gør brug af, hvorfor hun selv har angivet det. Dette kan forklare, at hun "Kan simpelthen ikke lade være" med at kommentere den mandlige borgers ambition vedrørende kost og motion. Vi tolker dette således, at Hanne har forsøgt at beherske sig selv, men at hun har fundet det nødvendigt at kommentere borgerens udsagn. Hanne lader således til at erkende, at hun har en anden holdning end borgeren i forhold til hvilke prioriteringer, der er mest hensigtsmæssige. Hanne lader for en kort stund til at træde ud af den professionelle rolle, idet hun ikke *kan* beherske sig, hvilket illustrerer et personligt engagement. Hannes kommentar er en opfordring til den mandlige borgere og de resterende deltagere om at prioritere rygestop højest, da hun med kommentaren samtidig anerkender, at hun udtrykker sin holdning omkring, hvad borgerne burde foretage sig – en holdning som ikke nødvendigvis stemmer overens med borgernes. Hannes kommentar er en måde at rangere rygning over kost og motion, hvilket kommer til udtryk i Hannes udførelse af forløbsprogrammerne. Hanne positionerer sig som meget entusiastisk. Så entusiastisk, at hun har behov for at træde ud af sin professionelle rolle for at få lov til at ytre sin holdning om rygning og omkring, hvad hun mener, borgerne skal foretage sig. Dette strider imod det, Schnor udtrykker, om at de sundhedsprofessionelle skal acceptere de valg, som borgerne træffer, også selvom de ikke stemmer overens med deres overbevisninger (jf. Schnor 2012).

Observationsuddraget vidner om, at Hanne bliver udfordret på sin viden om, hvad der er mest hensigtsmæssigt i en sundhedsfremmende kontekst – rygning eller kosten og motionen. Den mandlige borgere anfægter det, hun siger, idet han konstaterer, at han ved at stoppe med at ryge tager 5 kilo på, og så stiger hans BMI. Med det mener han, at så er han lige vidt, og således har forandringen ikke medført forbedret sundhed. Han positionerer sig her som aktiv og deltagende i undervisningen. Som vi har undersøgt i *Analysedel 2.2.*, påpeger Jensen, at de sundhedsprofessionelle og borgerne kan have forskellige og modstridende sundhedsopfattelser, hvilket er en stor udfordring for de sundhedsprofessionelle. Det lader dog ikke til at holde Hanne tilbage. Hanne anerkender den mandlige borgers bekymring over for de forventede ændringer og motivation for kost og motion ved at italesætte, at "der er en masse vaner og værdier på spil" hos borgerne. Dette illustrerer, at Hanne anerkender den udfordring, som den mandlige borger og de andre deltagere står overfor ved at skulle fungere som borger med en kronisk sygdom, og hun positionerer sig som meget forstående. Wind og Vedsted pointerer, at mennesker med kronisk sygdom er udfordret i at

gentænke og genskabe deres identitet efter diagnosticering af kronisk sygdom, hvorfor kronisk sygdom har essentiel indflydelse på forståelsen af identiteten for den kroniske syge (Wind og Vedsted 2008).

I relation til Illeris' læringsforståelse kan den manglende erkendelse af drivkraftsdimensionen have indflydelse på læringsudbyttet, idet motivation og bekymring kan påvirke borgerens tilegnelsesproces (jf. læringstrekanten, Illeris 2008). Dette vidner om, at Hanne i sin udførelse af forløbsprogrammerne ikke synes at tillægge borgerens motivation og bekymring særlig betydning. Dette peger samtidig på, at Hanne udfører undervisningen uden at inddrage borgernes forudsætninger (jf. Illeris 2007). Dette kommer til udtryk i hendes favorisering af rygestop, hvor borgeren er motiveret for at starte med at spise sundt og dyrke motion, men direkte får at vide, at det ikke er det korrekte sted at starte. Med andre ord, at der er en rigtig og forkert rækkefølge.

Hannes italesættelse af "ændringsproces" refererer til de ændringer, som borgere med diabetes skal foretage for at kunne leve med sygdommen og samtidig forebygge yderligere forværring. Hannes italesættelse vidner om en forforståelse af, at borgere med kronisk sygdom har en adfærd, som ikke er hensigtsmæssig i forhold til deres diabetes, og at de derfor ved en "ændringsproces" skal ændre den adfærd. Samtidig tillægger Hanne det betydning, at "håndteringen" af sygdommen er en proces, hvorved hun anerkender, at kronisk sygdom *kræver*, at borgerne gentænker og genskaber deres identitet, som Wind og Vedsted pointerede tidligere (Wind og Vedsted 2008). Set i en læringsoptik erkender Hanne, at borgerne står over for en proces, hvori de skal foretage ændringer og lære at leve med deres sygdom, hvilket er en langvarig proces. Hvorvidt Hanne bevidst anvender "ændringsproces" som et positivt synonym for "adfærdsændring" er uvist, men vi hæfter os ved, at Hanne appellerer til borgernes adfærd i bestræbelserne på at opnå en "ændringsproces" hos borgerne. "Ændringsprocessen" skal ses i relation til kost, motion, medicin og ikke mindst rygning, som er noget af det første, Hanne nævner i observationssituationen. Dette illustrerer en individuel adfærd hos borgerne, og det er derfor også borgernes eget ansvar at ændre på denne adfærd. Kravet om en "ændringsproces" skal ses i relation til læring. Uden en læringsproces sker der ikke en ændringsproces hos borgerne. En læringsproces er, som nævnt tidligere, ikke kun et spørgsmål om at tilegne sig viden, men også et spørgsmål om drivkraft og samspil (jf. Illeris 2007). I ovenstående eksempel med borgeren, som havde svært ved at stoppe med at ryge, men gerne vil starte med at spise sundt og dyrke motion, er det vanskeligt at forestille sig, at han ville kunne opnå et succesfuldt rygestop, da han er ikke er motiveret for det. Derimod er det ikke vanskeligt at forestille sig, at han gennem en ændringsproces vil kunne opleve en succes med kosten og motionen, da det er der, hans motivation ligger. Dermed fordrer det også lysten til at lære.

I sidste del af observationsuddraget nævner Hanne, at borgerne skal sætte sig mål, men at "disse mål ikke skal sættes for højt" og "at borgerne ikke skal give op, hvis målet ikke nås". Disse udtalelser vidner for det første om en forforståelse af, at borgerne sætter deres mål for højt. Vi ved ikke, hvorfor hun har en antagelse om, at borgerne sætter deres mål for højt, men det kan være, at hun trækker på tidligere erfaringer. For det andet vidner det om, at Hanne har en forforståelse af, at borgerne giver op, hvis målet ikke nås, hvilket peger på, at Hanne konstruerer en bestemt sandhed om borgerne som nogle, der skal guides i at sætte realistiske mål, og som har tendens til at give op.

Det læringsrum, som vi træder ind i i de to næste observationssituationer, afviger fra det læringsrum, vi har set i ovenstående, da det er mere dialogorienteret. Borgerne har mulighed for at bidrage med deres forudsætninger og erfaringer. Forholdet mellem borgerne og Hanne er stadig asymmetrisk, men de ulige forhold virker ikke så dominerende, idet borgerne nu bliver inddraget i undervisningen og deltager sammen med Hanne. Der er heller fysisk afstand mellem underviser og deltager som i de forrige situationer, hvor Hanne var stående og deltagerne siddende, hvilket synliggør asymmetrien. I denne situation sidder Hanne på lige fod med deltagerne rundt om et bord, hvorved der signaleres mere symmetri.

4.3.3. "Jeg er ikke syg"

I næste observationsuddrag fra undervisningen i forløbsprogrammet er holdet med borgerne blevet delt op i to. Det ene hold er blevet i caféen og skal undervises af den kliniske diætist Bodil, og det andet hold er gået ind i et andet lokale i sundhedscenteret sammen med sygeplejersken Hanne, hvor de sidder sammen om et bord, hvor Hanne sidder med. Det handler om fup eller fakta vedrørende diabetes, det vil sige, at borgerne skal forholde sig til udsagn om diabetes, som de skiftes til at læse op fra nogle kort, som Hanne har medbragt. Uddraget er fra begyndelsen af denne undervisningssituation, og Hanne starter med at forklare, hvad der skal ske. I denne udvalgte situation indleder Hanne med at sige:

"Vi skal snakke om, hvad det vil sige at være syg". Hanne forklarer, at hun har nogle kort med fup eller fakta vedrørende diabetes. Alle borgere har fået et kort hver, som de efter tur læser op. "Så læser vi højt og snakker om dem," siger Hanne. En borger lægger ud: "Er type 2-diabetes en let sygdom?" og Hanne lægger ud med at svare, da ingen andre tager ordet: "Det kan være meget forskelligt, hvordan man oplever det," hvorefter en kvindelig borger supplerer: "Det er ikke rart at få hæftet på sig at man er syg, for jeg er ikke syg," og en anden kvinde tilslutter sig: "Jeg vil i hvert fald

ikke sygeliggøres – jeg har jo bare sukkersyge.”

(2. undervisning, hold 2 d.25.03.15 kl. 17.00 - 17.50)

I dette observationsuddrag berøres en tematik omkring det at have en kronisk sygdom og at være eller føle sig syg. På spørgsmålet om type 2-diabetes er en let sygdom, er der ingen af borgerne, som svarer, og derfor tager Hanne ordet og siger, at “det kan være meget forskelligt, hvordan man oplever det”. Her udtaler hun sig på alles vegne og anerkender, at der blandt personer med diabetes eksisterer forskellige opfattelser af, hvordan det er at leve med diabetes. Det næste, der sker i situationen, er, at nogle af borgerne giver udtryk for, at de ikke ønsker at betragte sig selv som syge, hvilket ifølge Tove Loftager er meget normalt. Loftager forklarer, at mange borgere med kronisk sygdom ikke ønsker at se sig selv som syge, og ikke fordi de benægter, at de har en kronisk sygdom, men fordi de vælger ikke at definere sig selv som syge, for at holde sygdommen fra døren (Loftager 2012). Det kan dog betyde, at disse borgere ikke får anerkendelse af, hvad det vil sige at leve med en kronisk sygdom (ibid.). På den anden side kan en sygeliggørelse af borgerne betyde, at de ikke bliver anerkendt som helt almindelige mennesker eller borgere (ibid.). Med Loftagers pointer indikerer Hannes erkendelse således, at hun ikke ønsker at tillægge oplevelsen af diabetes hverken den ene eller den anden betydning. Vi tolker, at Hanne trækker på sin erfaring omkring borgernes oplevelse af diabetes, hvormed Hanne har erfaret forskellige opfattelser. I denne situation synes Hanne således at trække på en forståelse af borgere med diabetes, hvor oplevelsen af diabetes ikke kan generaliseres.

Opfattelsen af sundhed og sygdom er individuel ifølge Jacob Birkler (2003), der diskuterer den subjektive og objektive opfattelse af de to begreber. I forhold til sygdom skelner Birkler mellem *illness*, der er subjektiv opfattet, da eksperten er borgeren selv, med fokus på mennesket med en sygdom, og *disease*, hvor lidelsen er diagnosticeret med lægevidenskaben som ekspert. *Disease* har fokus på sygdommen. Sundhed kan derimod defineres ved enten fravær af sygdom, hvor der ikke er nogen dokumenteret diagnose, eller den subjektive oplevelse af velvære, hvor man kan have en sygdom og samtidig føle sig sund (Birkler 2003). Med Birkler in mente appellerer Hanne til borgernes individuelle oplevelser af at være diagnosticeret med diabetes, og Hanne anerkender således, at borgerne er eksperter i at vurdere, hvordan og hvornår man er syg (eller ikke er syg).

Ifølge Dorthe Gannik definerer mennesker sig som syge, når de føler sig og agerer som syge (Gannik 2005). Det er en forudsætning at være diagnosticeret med diabetes for at deltage i forløbsprogrammet, hvilket observationsudraget vidner om. Borgernes egne personlige sygdomsforståelser skiller sig ud fra den medicinske sygdomsforståelse, som er den forståelse Hanne abon-

nerer, da borgerne anses som syge, når de deltager i et forløbsprogram i kommunalt regi. Hanne konstruerer således sandheder om borgere med diabetes, hvor det at være syg opfattes forskelligt og derfor ikke kan eller skal generaliseres.

4.3.4. Diabetes er en ikke *synlig* sygdom

Dette observationsuddrag er en fortsættelse af undervisningen fra ovenstående observationsuddrag, hvor Hanne og borgerne fortsat diskuterer fup og fakta om diabetes med udgangspunkt i kort med forskellige udsagn om diabetes.

Borgerne læser deres kort om diabetes op. En af borgerne siger: "*Det er den bedste sygdom, man kan få,*" hvortil snakken går på, at diabetes ikke er en "synlig" sygdom, men Hanne forklarer, at "*Har man først fået det, slipper man ikke af med det!*" Snakken fortsætter med at omhandle, hvad et godt liv med diabetes er. Hanne siger undervejs: "*Det kræver, at man kender sig selv og er velreguleret, og at man har det godt.*"

(2. undervisning, hold 2 d.25.03.15 kl. 17.00 - 17.50)

I denne situation italesættes en tematik om synlighed, hvilket vidner om, at der hersker en forståelse af, at det er rarere at have en sygdom, som ikke er synlig, hvilket peger på, at borgerne, som nævnt tidligere, har nemmere ved at blive anerkendt som almindelige mennesker og ikke som mennesker med en sygdom (Wind og Vedsted 2008).

Hannes bemærkning "Har man først fået det, slipper man ikke af med det" peger på, at hun gerne vil minde borgerne om, at de er syge, og selvom sygdommen er usynlig set udefra, så er det vigtigt ikke at glemme, at den er der, da følgerne kan have konsekvenser for borgerne. Ifølge Loftager må kronisk syge, i en ideel verden, lære at acceptere den sygdom, som de har fået, og skabe en balance mellem liv og sygdom, hvor de tager ansvar for, hvordan sygdommen udvikler sig (Loftager 2012). I relation til Loftager vidner Hannes bemærkning om, at borgerne skal tage ansvar for deres sygdom for at forebygge komplikationer, og minder samtidig borgerne om, at denne ansvarlighed "slipper de ikke af med".

Situationen afsluttes med, at Hanne i forlængelse af borgernes snak om et godt liv med diabetes nævner: "Det kræver, at man kender sig selv og er velreguleret, og at man har det godt". Hannes udtalelse peger på, at hun har en forforståelse af, hvad et godt liv med diabetes rummer, og hvad det kræver. Det gode liv afhænger af, at borgeren er "velreguleret", hvilket henviser til en biomed-

cinsk værdi som blodsukker. Derudover kræver det, at borgeren "kender sig selv" og "har det godt", hvilket er to psykologiske faktorer, som er meget individuelle og ikke-målbare. Hanne italesætter en forståelse af, at diabetes er en individuel oplevelse, der ikke kan måles eller vurderes af andre.

Set i en læringsoptik er vilkårene for læring anderledes i de to sidste observationsuddrag, da holdet er delt op i to, og undervisningen er mere dialogbaseret, og borgerne har mulighed for at udveksle erfaringer med fup og fakta-kortene som udgangspunkt. Hanne fordrer således, at undervisningen har borgernes forudsætninger som omdrejningspunkt. Forholdene fordrer på denne måde læring og en erfaringsdannelse, hvis de kvalitative kriterier er opfyldt, som nævnt tidligere i denne specialrapport (jf. Illeris 2006).

4.3.5. Sammenfatning

Denne analysedel har bidraget til at belyse, at i de to første observationssituationer positioneres borgerne som deltagere og sygeplejerskerne som undervisere. Det er Hanne, som afgør, om der er plads til dialog eller ej, og hvornår borgerne må stille spørgsmål. Samtidig udfører Hanne forløbsprogrammet med en præference for rygestop, hvori hun underkender en mandlig borgers motivation for at gøre noget andet. Hannes italesættelser bærer desuden præg af forforståelser, der konstruerer sandheder om borgerne vedrørende urealistiske mål.

I de to sidste observationssituationer har vi belyst, at der eksisterer en forforståelse af, at borgerne ser sig selv som syge. Imidlertid er sygdomsopfattelserne individuelle, og nogle af borgerne opfatter slet ikke sig selv som syge, men Hanne italesætter, at diabetes er en sygdom, der ikke forsvinder igen. Samtidig italesætter hun nogle forforståelser om, hvad det gode liv er. Det belyses yderligere, at læring i mindre grupper er befordrende.

5.0. Konkluderende pointer

Formålet med dette speciale har været at belyse, hvilke forståelser af sundhed og læring, der ligger til grund for forløbsprogrammernes tilrettelæggelse og udførelse i Sundrups Kommune.

Med afsæt i specialets tre analyseafsnit kan vi pointere, at de empiriske dokumenter er baseret på en forståelse af KRAM-faktorerne, men også på en forståelse, som rummer netværk, fællesskab og tryghed. Desuden eksisterer der en forståelse af, at borgere med kronisk sygdom kan være sunde selvom de er diagnosticeret med en kronisk sygdom. Blandt de sundhedsprofessionelles italesættelser eksisterer der forståelser af sundhed, som noget borgerne selv indholdsbestemmer, hvilket rummer psykisk velvære, livskvalitet og socialt sammenhold. Sundhed bliver således italesat som andet end fravær af sygdom og måling af værdier. Selvom de sundhedsprofessionelles italesættelser af sundhed peger i samme retning, er det ikke noget, som de taler om internt i gruppen, ej heller noget de diskuterer med borgerne. De forskellige forståelser af sundhed placerer sig i et spektrum mellem det brede og positive sundhedsbegreb og det biomedicinske sundhedsbegreb, hvilket har medvirket til at belyse de forståelser, der eksisterer af sundhed i forløbsprogrammet.

Set i en læringsoptik er netværk, fællesskab og tryghed befordrende for læring, da det øger motivationen. Der eksisterer en forståelse af læring, hvor kollektivitet har betydning, hvilket kan være medvirkende til, at borgernes individuelle transformation styrkes. Denne transformative læring kan gennem netværk og fællesskab være progressiv.

De sundhedsprofessionelle tilrettelægger og udfører forløbsprogrammet på baggrund af forskellige didaktiske overvejelser. Blandt disse overvejelser eksisterer der forståelser af, at borgerne skal inddrages via dialog med henblik på at udvikle handlekompetencer, at borgernes behov skal være rammesættende for læring, at de sundhedsprofessionelle ikke kan lære på borgernes vegne men kun fremme en læreproces, samt en forståelse at viden kan overføres. Deres forståelser peger på et ønske om forandring, men deres forståelse af at skabe forandring er forskellige. Det varierer mellem, at borgerne selv skaber forandringen til, at det er den sundhedsprofessionelle, der forsøger at skabe den for borgerne.

I forlængelse af de didaktiske overvejelser har de sundhedsprofessionelle mål og forventninger til borgerne, som omhandler, at borgerne lærer at være kritiske i forhold til sig selv og det omgivende

samfund og lærer at gebærde sig i rollen som *diabetiker*. Fælles for de sundhedsprofessionelle er et ønske om, at borgerne tager noget med fra forløbsprogrammerne.

I forløbsprogrammerne som praksis kommer det til udtryk, at inddragelse af borgerne bestemmes af de sundhedsprofessionelle, og forløbsprogrammet udføres på baggrund af indhold, som defineres af de sundhedsprofessionelle. Dette indhold bliver prioriteret højere end borgernes motivation, hvilket kan have betydning for læringsudbyttet. I forløbsprogrammet positionerer de sundhedsprofessionelle sig som undervisere og borgerne med diabetes som deltagere. Forløbsprogrammerne udføres på baggrund af en forståelse af, at borgere med diabetes som deltagere er syge. Denne opfattelse deler borgere med diabetes ikke nødvendigvis. De forskellige forståelser af læring placerer sig i et spektrum mellem inddragelse af borgerne og overførsel af viden og de sundhedsprofessionelles rolle placerer sig mellem facilitator og underviser.

6.0. Metodiske efterrefleksioner

I følgende afsnit ønsker vi at reflektere over specialets videnproduktion med henblik på at belyse, hvad specialets konkluderende pointer kan bidrage til. Dette gøres blandt andet ved at illustrere, hvilken betydning vores rolle og metodiske valg har haft for specialets videnskabelse.

Som vi har beskrevet i afsnittet *Metodiske tilgange*, har vi i interviewene spurgt de sundhedsprofessionelle, hvilke dokumenter deres undervisning tager afsæt i. Det kunne de ikke komme med et klart svar på. Derfor tog vi kontakt til Sundrup Kommune igen via mail, hvor den ene sygeplejerske svarede, at hendes undervisning tager afsæt i et dokument fra den region som kommunen hører ind under. Da hun som den eneste ud af de fire sundhedsprofessionelle har nævnt dette dokument og ikke nævner, i hvilket omfang hun bruger det, har vi valgt ikke at inddrage det i specialet.

Omfanget af den empiriske produktion, i forhold til observationer, har været afhængig af dels specialets tidsmæssige perspektiv og dels de muligheder, vi fik for at observere i Sundrup Kommune, hvilket var to undervisningsgange ud af ni gange. Vores empiriproduktion i forhold til observationsituationer er mere omfattende end det, der er nævnt i specialerapporten, da mange af de tematikker, som vi identificerede, fremgik i flere af situationerne i empiriproduktionen, så for at undgå gentagelser har vi valgt fire observationssituationer, som det fremgår i *Analysedel 3*. Observationerne er en del af et større forskningsdesign, hvilket betyder, at observationernes fokuserethed godt kan være åbent og dermed bidrage til læring gennem deltagelse (Warming 2007).

I specialeprocessen er vi blevet opmærksomme på, at vores empiriproduktion kunne have set anderledes ud, hvilket ville have haft indflydelse på specialets videnskabelse. I interviewsituationerne har vi eksempelvis, i hele processen, gjort flere interessante fund, som kalder på nærmere undersøgelse. Dette inkluderer blandt andet begrebet "basal viden", hvor det kunne have været interessant at spørge den kliniske diætist Bodil, hvad hun mener, samt spørge sygeplejersken Hanne om, hvad hun mener med "hvilken rolle", borgere med diabetes skal lære at kende.

Vores erkendelse har i takt med specialets udvikling ændret sig. Det kan ses i lyset af vores abduktive tilgang, hvor vi ikke har tilpasset enten empiri til teorien eller omvendt, men derimod har lavet en vekselvirkning mellem disse. Det betyder, at vores forforståelser og erkendelser løbende har ændret sig i processen, hvorfor opmærksomheden på disse ordvalg og italesættelser først er kommet senere i processen. Det betyder derfor også, at den abduktive metode har haft betydning for, hvilke tematikker, der har fået opmærksomhed i specialet, og at der kan være tematikker og fund, som læseren finder relevante, men som vi ikke har behandlet og undersøgt.

Da vi har valgt at fokusere på de sundhedsprofessionelle og deres italesættelser, har borgernes perspektiver ikke været relevante i dette speciale, men det kunne bestemt være en interessant dimension at undersøge nærmere.

Det fremgår i afsnittet *Forskerposition*, at vi som forskere i et socialkonstruktionistisk perspektiv har en medkonstruerende rolle i specialet. Derfor har det været vigtigt for os at forsøge at distancere os fra de selvfølgeligheder, der eksisterer, og være vores forforståelser bevidste. Således har vi i specialet forsøgt at udfordre de herskende forståelser, der synes at eksistere blandt de sundhedsprofessionelle i forhold til sundhed, læring og borgere med diabetes. Imidlertid skal specialet ikke betragtes som en endegyldig sandhed, men blot som en alternativ måde at anskue forskningsfeltet på. Det betyder også, at vi ikke ønsker at sætte et endeligt punktum i forhold til besvarelsen af problemformulering, og at vi ikke har ambitioner om at producere en generaliserbar viden. Specialet skal ikke bidrage til at vurdere, om noget er bedre end noget andet, men vores hensigt med specialet er at åbne op for diskussion, eftertanke og inspiration, hvorfor specialet også kalder på videre undersøgelser (Jørgensen 2002).

7.0. Perspektivering

Vi ønsker med dette afsnit at udfolde, hvordan specialets *konkluderende pointer* kan have betydning i andre fremtidige sammenhænge. I denne perspektivering vil vi mere præcist fremhæve den kommunale sundhedsfremmende indsats i relation til social ulighed i sundhed.

Som vi har beskrevet i specialets *indledning*, har de kommunale forløbsprogrammer til formål at forbedre indsatsen over for det stigende antal af borgere med en eller flere kroniske sygdomme (sundhed 2013). Den stigende andel af den danske befolkning, der rammes af kronisk sygdom, er ifølge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse også den del af befolkningen, der har lavest indkomst og kortest uddannelse. Ministeriet finder således sammenhæng mellem forekomsten af kronisk sygdom og social ulighed i sundhed. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fremhæver yderligere i publikationen *Jo før jo bedre* (2014a), at alle har lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser i Danmark, men at der stadig eksisterer ulighed i sundhed (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a:22). I denne forbindelse fremhæver Sundhedsstyrelsen, at patientuddannelser kan anses som et bidrag til at komme den sociale ulighed til livs (Sundhedsstyrelsen 2009). Med disse betragtninger vil vi i det følgende udfolde vores perspektiver i forhold til forløbsprogrammernes muligheder for at medvirke til at udligne den social ulighed i sundhed.

Med de sundhedsprofessionelles direkte kontakt med borgerne skaber forløbsprogrammerne således en mulighed for at skabe forandring for den enkelte borger med kronisk sygdom, men også på samfundsniveau. For at kunne skabe denne forandring er det, ifølge Sundhedsstyrelsen, nødvendigt at tilbyde forløb, der er tilpasset borgere med forskellige forudsætninger (Sundhedsstyrelsen 2009). Sundhedsstyrelsen lægger således op til, at tilrettelæggelsen af forløbsprogrammer skal tilpasses borgernes behov og ressourcer, og derudover er deltagerinddragelse også et vigtigt aspekt i både planlægningen og udførelsen (Sundhedsstyrelsen 2012a). Der skal ligeledes tages højde for, at socioøkonomiske faktorer har indvirkning på sygdomsforståelse og sygdomshåndtering (Sundhedsstyrelsen 2009).

Som det fremgår af nærværende specialerapport, så har vi illustreret, at de sundhedsprofessionelle i Sundrup Kommune på forskellig vis forsøger at være medvirkende til at skabe forandring for borgerne og sammen med borgerne. De sundhedsprofessionelles forståelser vidner om, at de på forskellig vis forsøger at inddrage borgerne og medregne deres forudsætninger. Vi ser således et stort potentiale i de sundhedsprofessionelles rolle og i deres medvirken til at øge ligheden i sundhed.

8.0. Litteraturliste

Birkler, J. 2003. *Filosofi & sygepleje – Etik og menneskesyn i faglig praksis*. Munksgaard, København. 1. udgave.

Birkler, J. 2007. *Videnskabsteori en grundbog*. Munksgaard Danmark, København. 1. udgave, 4 oplag.

Burr, V. 2003. *Social constructionism*. Routledge. 2. udgave.

Christensen, Anne Illemann et al. 2009. *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*. Publiceringsdato oktober 2009. Udgivet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og TrygFonden. s.7-15

Christensen, G. og Hansen, N. K. 2015. *Introduktion til socialkonstruktionisme. Videnskabsteori og praksis*. Dafolo. 1. udgave, 1 oplag.

From, D. 2012. *De sunde overvægtige børn. Sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn*. Roskilde Universitet. Forskerskolen i Livslang Læring.

Gannik, D. 2005. *Social sygdomsteori - et situationelt perspektiv*. Samfundslitteratur, Frederiksberg.

Holen, M. og Lehn-Christiansen, S. 2009. At være patient. I: Holen, M. og Winther, B (red.): *Akut, kritisk og kompleks sygepleje samfunds- og humanvidenskabelige perspektiver*. Munksgaard, København.

Hølge-Hazelton, B. 2003. *Diabetes - en skole for livet*. Roskilde Universitetsforlag.

Illeris, K. 2006. *Læring*. 2. reviderede udgave. Roskilde Universitetsforlag.

Illeris, K. 2007. *Voksenuddannelse og voksenlæring*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg. 1. udgave, 3. oplag.

Illeris, K. 2008. Læringsteoriens elementer - hvordan hænger det hele sammen? I: Illeris, K. (red.). *Læringsteorier*. Samfundslitteratur. 1 udgave. 2. oplag.

Illeris, K. 2013. *Transformativ læring og identitet*. Samfundslitteratur. 1. udgave.

Jensen, B. B. 2011. Sundhedspædagogiske kernebegreber. I: Almind, G., Kamper-Jørgensen, F. og Jensen, B. B. (red.). *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard Danmark, København. 5. udgave, 4. oplag.

Jørgensen, M. W. 2002. *Refleksivitet og kritik. Socialkonstruktionistiske subjektpositioner*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg. 1. udgave.

Jørgensen, M. W. og Phillips, L. 2013. *Diskurs Analyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg. 1. udgave, 10. oplag.

Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. 2005a. Indledning: kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. I: Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (red.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Hans Reizels Forlag, København. 1. udgave, 1. oplag.

Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. 2005b. Observationer i en interaktionistisk begrebsramme. I: Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (red.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Hans Reizels Forlag, København. 1. udgave, 1. oplag.

Kristensen, R. 2008. *At være eller ikke være diabetiker?* I: Risør, M. B. et al. (red): *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. Nr. 9: *Kronisk sygdom*.

Lau, C. B. og Dybbroe, B. 2012: Kommunal sundhedsfremme i borgernes hverdag - ud fra en settings- og empowermenttilgang. I: Dybbroe, B., Land, B. og Nielsen, S. B. (red.). *Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv*. Samfundslitteratur, Frederiksberg. 1. udgave.

Lau, C. B., Holm, J., Andersen, J. og Dybbroe, B. 2012. *Strategier for integreret sundhedsfremme - et review*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg. 1. e-udgave.

Loftager, T. 2012. Borgeren med kroniske sygdomme. I: Raunkjær, M. og Holen, M. (red.). *Primærsektor - Det nære sundhedsvæsen*. Munksgaard, København. 1. udgave. 1. oplag.

Mach-Zagal, R. 2009. Det ulige forhold. I: Mach-Zagal, R. og Gabrielsen, T. S. *Sundhedspædagogik for praktikere*. 3. udgave, 1 oplag. København, Munksgaard Danmark.

Maunsbach, M. 1999. "En ting er teori - noget andet er praksis -" : aspekter af compliance og noncompliance blandt type-2 diabetikere. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*.

Maunsbach, M. 2000. Non-compliance blandt type-2 diabetikere. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*. Årgang 78.

Maunsbach, M. 2002. Patientundervisning og patientskoler - idégrundlag og praksis. *Ugeskrift for læger*, Årgang 164 nr. 45.

Mik-Meyer, N. 2005. Dokumenter i et interaktionistisk begrebsramme. I: Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (red.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Hans Reizels Forlag, København. 1. udgave, 1. oplag.

Pedersen, K. B. 2012. Socialkonstruktivisme. I: Jull, S. og Pedersen, K. B. (red.). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori en indføring*. Hans Reitzels Forlag, København. 1. udgave, 1. oplag.

Schnedler, H. 2011. Det forebyggende apparat - især sundhedsområdet. I: Kamper-Jørgensen, F., Almind, G. og Jensen, B. B. *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard Danmark, København 5. udgave, 1. oplag.

Schnor, H. 2012. *Håndtering af kronisk sygdom i et hverdagslivs- og sundhedspædagogisk perspektiv*. Aarhus Universitet.

Staunæs, D. og Søndergaard, D. M. 2005. Interview i en tangotid. I: Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (red.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Hans Reizels Forlag, København. 1. udgave, 1. oplag.

Stormhøj, C. 2001. Poststrukturalisme på arbejde – videnskabsfilosofi og metode i en undersøgelse af unges kønnede identiteter. I: Bransholm, P. og Nielsen, D. (red.): *Kvalitative metoder – fra metateori til markarbejde*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Stormhøj, C. 2006. *Poststrukturalismer – videnskabsteori, analysestrategi, kritik*. Samfundslitteratur, Frederiksberg. 1. udgave.

Vallgård, S. 2003. Folkesundhed – problemer og politik, styring gennem ansvarliggørelse. I: Vallgård, S. *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*.

Vallgård, S. og Krasnik, A. 2010. *Sundheds - væsen og sundheds – politik*. Munksgaard Danmark, København. 2. udgave, 1. oplag.

Vedtofte, D. I. 2009a. Indledning. I: Vedtofte, D. I. (red.). *Pædagogik for sundhedsprofessionelle*. Gads Forlag. 1. udgave. 1. Oplag.

Vedtofte, D. I. 2009b. Information, vejledning og undervisning – tre centrale pædagogiske begreber. I: Vedtofte, D. I. (red.). *Pædagogik for sundhedsprofessionelle*. Gads Forlag. 1. udgave. 1. Oplag.

Vedtofte, J. I. 2009c. Patientskoler - fra forskellige vinkler. I: Vedtofte, D. I. (red.). *Pædagogik for sundhedsprofessionelle*. Gads Forlag. 1. Udgave. 1. Oplag.

Warming, H. 2007. Deltagende observation. I: Fuglsang L., Hagedorn-Rasmussen, P. og Olsen, P. B. (red.). *Teknikker i samfundsvidenskaberne*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Wind, G. og Vedsted, P. 2008. Introduktion: Om kronisk sygdom. I: Risør, M. B. et al. (red). *Tidskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. Nr. 9: *Kronisk sygdom*.

Wistoft, K. 2009. *Sundhedspædagogik - Værdier og sundhedspædagogik*. Hans Reitzels Forlag, København. 1. udgave. 1 oplag.

Supplerende litteratur

Jørgensen, P. S., Rienecker, L. og Skov, S. 2013. *Specielt om specialer - en aktivitetsbog*. Samfundslitteratur, Frederiksberg. 4. udgave, 2. oplag.

Internetkilder

Den store danske 2015a

http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Sociologi/Sociologisk_metodologi/kvalitative_metoder Sidst indhentet den 23.09.2015.

Den store danske 2015b

http://www.denstoredanske.dk/Erhverv,_karriere_og_ledelse/Pædagogik_og_uddannelse/Skole_og_SFO/skole, Sidst indhentet den 22.09.2015.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a. *Jo før jo bedre*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, publiceret: August 2014.

http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Sundhedsudspil-jo-foer-jo-bedre-aug-2014/Sundhedsudspil-Jo-foer-jo-bedre-aug-2014.ashx

Sidst indhentet den 22.09.2015.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014b: *Sundere liv for alle*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, publiceret: Januar 2014.

http://www.sum.dk/Sundhed/Forebyggelse/Nationale-maal/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-Maal.ashx

Sidst indhentet den 27.09.2015.

Ordnet.dk 2015a

<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=strategi>, Sidst indhentet den 22.09.2015.

Ordnet 2015b

<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=pr%C3%A6dike>, Sidst indhentet den 22.09.2015.

Sundhedsstyrelsen 2009, *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*, Sundhedsstyrelsen, København S.

<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/18179EAADCF74DDEB2DF77AC334C705A.ashx>

Sidst indhentet 22.09.2015.

Sundhedsstyrelsen 2012a, Kvalitetssikring af patientuddannelse, Sundhedsstyrelsen, København S. <https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/0F1272D72B97499AB16D5C9A843023A6.ashx>

Sidst indhentet 22.09.2015.

Sundhedsstyrelsen 2012b, Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model, Sundhedsstyrelsen, København S.

<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/85140414C1E24E939BCBDC43CCCF19.ashx>

Sidst indhentet 22.09.2015.

Sundhed oprettet den 27.06.2013 <https://www.sundhed.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/forebyggelse-kroniske-sygdomme/>, Sidst indhentet den 22.09.2015.

Willaing, I., Folmann, N. B. og Gisselbæk, A. B. 2005. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning - en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter, Sundhedsstyrelsen, København S.

<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/2092DEA2E1E84A8B8D6F033C49716D9F.ashx>

Sidst hentet 22.09.2015.

9.0. Bilag

9.1. Bilag 1

Interviewguide

Huske ord til interviewspørgsmål	Forskningsspørgsmål
Inspiration fra hvilke dokumenter? Hvilke strategier? pjece? samarbejde? (kommuner, regioner, forvaltninger, Diabetesforeningen/frivillige organisationer, sundhedsstyrelsen).	Hvordan tilrettelægges patientskolen/undervisningen i forhold til de strukturelle rammer som forløbet er underlagt?
mål: <ul style="list-style-type: none">• læringsmål• kvalitetsmål/effektmåling• spørgeskema og behandling af disse• Efter forløbets afslutning	Hvilke ambitioner/forventninger/læringsmål/kvalitetsmål har underviserne til forløbet og borgerne?
I forhold til: <ul style="list-style-type: none">• kvalitet• den faglige læring• målgrupper• til borgernes forventninger (efterspørgsel)• de strukturelle mål• jeres mål• Arbejdsgange/fællesskab mellem de sundhedsprofessionelle	Hvilke udfordringer kan underviser tænkes at have i forhold til patientuddannelserne?
<ul style="list-style-type: none">• definition• forståelser• forskel mellem forståelser (mellem borger og underviser)	Hvordan definerer underviserne sundhedsbegrebet?
	Hvilke pædagogiske teorier og principper anvendes i praksis hos underviserne?

9.2. Bilag 2

Observationsoversigt

1. undervisning i forløbsprogrammet d. 18.03.15 kl. 17.00 - 19.00

Observatører	Fælles undervisning	Hold 1	Hold 2
	Præsentation med Hanne og Dorthe (Sygeplejersker) kl.16.00 - 16.50		
	Pause 16.50 - 17.00		
Christina + Tine	Hanne og Dorthe kl. 17.00 - 17.50		
Christina + Tine	Pause kl. 17.50 - 18.10		
Christina		Hanne kl. 18.10 - 19.00	
Tine			Dorthe kl. 18.10 - 19.00

2. undervisning i forløbsprogrammet d. 25.03.15 kl. 16 – 19

Observatører	Fælles undervisning	Hold 1	Hold 2
Pernille + Christina	Undervisning med Mette Hanne og Bodil var også til stede. kl.16.00 - 16.50		
Pernille + Christina	Pause 16.50-17.00		
Christina		Bodil (kliniske diætist) kl. 1700 - 17.50	
Pernille			Hanne (Sygeplejerske) kl. 17.00 - 17.50
Pernille + Christina	Pause kl. 17.50-18.10		
Christina		Hanne (Sygeplejerske) kl. 18.10 - 19.00	
Pernille			Bodil (kliniske diætist) kl. 18.10 - 19.00