

'Nyt liv – Nye vaner'

En tværsektoriel indsats for overvægtige gravide og nybagte mødre

Marie Brandhøj Wiuff



EVALUERINGSNOTAT / PROJEKT 2560 · SEPTEMBER 2011

Dansk Sundhedsinstitut

Dampfærgevej 27-29

Postboks 2595

2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00

Fax +45 35 29 84 99

www.dsi.dk · dsi@dsi.dk



Dansk Sundhedsinstitut

Tak til jordemødre, sundhedsplejersker, fysioterapeuter og deltagerne særligt på hold 4 fra 'Nyt liv – Nye vaner' for at fortælle om jeres erfaringer med indsatsen og lade en DSI-medarbejder følge jer. Også en tak til projektkoordinatorer Ingvild Gundersen Little og Ann Iversen fra Region Syddanmark for behageligt samarbejde.

Tak til virksomhedspraktikant og antropolog Signe Vang for observationer og interview med gravide holddeltagere, frafaldne mv. og for opsamlende pointer baseret herpå. Ligeledes tak til projektassistent og nu færdiguddannet sociolog Iben Emilie Christensen for indsigtsgivende observationer af deltagende mødre samt interviewresumeer. Antropolog, ph.d. og senior projektleder Lone Grøn, DSI takkes også for input til både oplæg og notat.

Indsatsen 'Nyt liv – Nye vaner' er finansieret af Sundhedsstyrelsens satspulje til indsatser for svært overvægtige voksne. En mindre del af disse midler har bidraget til finansieringen af evalueringen sammen med midler fra Dansk Sundhedsinstitut.

EVALUERINGSNOTAT / PROJEKT 2560

ISBN 978-87-7488-677-8 (elektronisk version)

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut · Dampfærgevej 27-29 · Postboks 2595 · 2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00 · Fax +45 35 29 84 99 · www.dsi.dk · dsi@dsi.dk

Indhold



Resumé	4
1 Indledning	5
1.1 Formål med procesevaluering af 'Nyt liv – Nye vaner'	7
1.2 Notatets opbygning	7
2 Metoder til dataindsamling	8
2.1 Metoder til at undersøge det organisatoriske perspektiv	8
2.2 Metoder til at undersøge deltagerperspektivet	8
2.3 Evalueringens udsigelseskraft	10
3 Analyse af 'Nyt liv – Nye vaner'	10
3.1 Oplevelser med organiseringen af indsatsen	10
3.1.1 Helhed i indsatsen?	10
3.1.2 Holdstørrelse, gruppedynamik og katalysatorrollen	12
3.1.3 Psykiske problemstillinger blandt deltagerne	12
3.2 Deltagernes modtagelse, oplevelse og udbytte af indsatsen	13
3.2.1 Introduktion til tilbuddet og opstartstidspunkt	13
3.2.2 Deltagernes udbytte	14
3.2.3 Mødegangene med jordemoder og sundhedsplejerske	15
3.2.4 Jordemødre og sundhedsplejerske som vægtstoprådgivere	16
3.2.5 Barnet får første prioritet	17
3.2.6 At komme på vægten	18
3.2.7 Fysisk aktivitet	19
3.2.8 Kontinuitet i forløbet	22
3.2.9 At være på et hold	23
3.2.10 Opbakning fra hjemmefronten	26
3.3 Grunde til frafald og at takke nej til tilbuddet	27
3.3.1 Årsager til ikke at tage imod tilbuddet	27
3.3.2 Årsager til frafald	27
4 Konklusion	28
5 anbefalinger	30
Litteratur	35

Resumé

Dette notat beskriver styrker og svagheder ved 'Nyt liv – Nye vaner', som er en indsats for overvægtige gravide og nybagte mødre i Kolding Kommune. Vi har vurderet organiseringen af indsatsen, og belyser deltagernes oplevelse og udbytte af indsatsen, og hvorfor nogen er faldet fra eller har valgt at takke nej til tilbuddet.

Konklusioner

Vores analyse viser, at deltagerne oplever:

- At indsatsen giver øget bevidsthed og fokus på kost- og motionsvalg
- At det giver motivation og opbakning at være på hold med andre overvægtige gravide/nybagte mødre
- At de får meget ud af at dele erfaringer med hinanden
- At det skaber mindre intimitet og påvirker gruppedynamik, hvis holdene er for store og hvis deltagernes fødselstermin er for spredt
- At det er en klar styrke ved indsatsen, at den strækker sig over både graviditet og efter fødsel.

Deltagerne oplever, at det er en stor udfordring at fastholde eller ændre vaner, når man er blevet mor. De ønsker at indgå i indsatsen tidligt i graviditeten, så en uhensigtsmæssig vægtøgning bremses så tidligt som muligt. Deltagerne sætter pris på, at det er en jordemoder og en sundhedsplejerske, der varetager indsatsen henholdsvis før og efter fødslen. Selvom deltagerne som den eneste faggruppe møder en fysioterapeut både under graviditet og efter fødsel, efterlyser de mere hyppig fysisk aktivitet. Deltagerne vil gerne have mere fysisk aktivitet tidligt i indsatsen, hvor de er mindre besværede, og samtidig kan den fysiske aktivitet medvirke til at ryste holdet sammen. Det har været begrænset, hvor meget holdene har mødtes på egen hånd, og hjemmefronten har ikke som tiltænkt været inddraget i forløbet.

Når vi taler med fagpersonerne giver alle – jordemødre, sundhedsplejersker og fysioterapeuter – udtryk for, at de har oplevet indsatsen som opdelt mellem dem som faggrupper. De oplever også, at jo oftere de mødes, jo mere bliver indsatsen et fælles projekt. Fagpersonerne finder det udfordrende at håndtere gruppe- og forandringsprocesser på holdene, samt de psykologiske problemstillinger, der ofte dukker op i samtalerne med deltagerne.

Gravide, der er faldet fra eller har takket nej til tilbuddet, har været glade for at få tilbuddet. Men de havde vanskeligt ved at passe det ind i en travl hverdag. En enkelt oplevede det negativt, at der blev fokuseret på hendes vægt.

Anbefalinger

På baggrund af konklusionerne i notatet anbefaler DSI følgende:

- Der skal faciliteres en møde- og samarbejdskultur på tværs af de involverede fagpersoner
- Videndeling på tværs af faggrupper skal organiseres
- Fagpersonerne skal klædes bedre på til at håndtere gruppedynamikker og katalysatorrollen
- Fagpersonerne skal kende egne begrænsninger i at håndtere deltageres psykiske problemer og kende til mulighederne for at få professionel psykologhjælp
- Der skal være mellem 6-7 deltagere på holdene og max en måneds forskel i fødselstermin
- Indsatsen skal starte så tidligt som muligt
- Det er vigtigt at få opbygget en god gruppedynamik fra start
- Indholdet i vidensformidlingen skal tilpasses de enkelte hold
- Formålet med den fysiske aktivitet skal afklares og indtænkes mere i starten af indsatsen

- Formålet med møder på egen hånd skal afklares og organiseringen af dem skal styrkes
- Opbakningen fra hjemmefronten skal indtænkes i indsatsen.

Baggrund

'Nyt liv – Nye vaner' er etableret i samarbejde mellem Region Syddanmark, Sundhedsplejen, Kolding Kommune, og jordemoderfunktionen, Sygehus Lillebælt. De tre parter har ønsket at afprøve et sammenhængende og bæredygtigt vægtstopforløb for overvægtige gravide og nybagte mødre, som strækker sig igennem graviditeten og et år efter fødslen. Gravide med BMI > 27 visiteres til tilbuddet. Ved første jordemoderkonsultation bliver de overvægtige gravide spurgt, om de er interesserede i tilbuddet, og kommer til en individuel indslusnings-samtale hos en jordemoder med vægtstopuddannelse. Selve vægtstopforløbet starter hos jordemoderen og føres videre hos sundhedsplejersken, og involverer også en fysioterapeut. Der er i alt etableret otte mødregrupper inden for projektperioden med deltagerantal fra 5 til 12.

På opdrag af Region Syddanmark har DSI evalueret de processuelle, organisatoriske og erfaringsbaserede aspekter ved 'Nyt liv – Nye vaner'. Evalueringen har givet input til justering og forbedring af indsatsen mens den pågik. Dette notat samler op på erfaringerne, og skal give input til andre kommuner og sygehuse, som overvejer eller er i gang med at implementere en lignende indsats.

Metode

DSI har fulgt indsatsen over en periode på et år (februar 2010-februar 2011). Jordemødre, sundhedsplejersker og fysioterapeuter involveret i indsatsen er interviewet ligesom deltagerne på ét af holdene og en gruppe af deltagere fra andre hold. Der er ligeledes lavet deltagerobservation af mødegange med ét af holdene før og efter fødsel. Endelig er der gennemført telefoninterview med otte gravide, der dels faldt fra, dels takkede nej til tilbuddet.

1 Indledning

I 2008 ansøgte og fik Region Syddanmark i samarbejde med Sundhedsplejen, Kolding Kommune, og jordemoderfunktionen Sygehus Lillebælt midler fra Sundhedsstyrelsens satspulje til indsatser over for svært overvægtige voksne. De tre parter ønskede at afprøve et sammenhængende og bæredygtigt vægtstopforløb for overvægtige gravide og nybagte mødre, som strækker sig igennem graviditeten og et år efter fødslen.

Formålet med projektet er at:

- Jordemoderpraksis og sundhedsplejen styrker og systematiserer indsatsen over for overvægtige gravide og nybagte mødre
- Overvægtige gravide undgår en uheldig vægtøgning under graviditeten og reducerer sin overvægt efter fødslen
- Overvægtige gravide og nybagte mødre indarbejder og fastholder sunde kost- og motionsvaner for sig selv og deres børn.

Fire jordemødre og fire sundhedsplejersker blev sendt på vægtstoprådgiveruddannelse, der tager afsæt i 'Små Skridt-metoden' (1). For en kort beskrivelse af uddannelsen se Boks 1.1. Indsatsen har dog primært været varetaget af tre fra hver faggruppe. Der var også to fysioterapeuter involveret i indsatsen, men de har ikke fået nogen særskilt uddannelse.

Boks 1.1 Vægtstoprådgiveruddannelsen og 'Små skridt-metoden'

Vægtstoprådgiveruddannelsen er udviklet af Konsortiet Det Nationale Udviklingscenter mod Overvægt (NUMO) på opdrag fra Sundhedsstyrelsen. Uddannelsen tilbydes alle med interesse i vægtstop, som har basal viden om ernæring, fysisk aktivitet og den motiverende samtale.

Små skridt-metoden:

Vægtstoprådgiveruddannelsen fokuserer på metoden Små skridt til varigt vægttab. Små skridt defineres som kontinuerlige ændringer i nuværende adfærd, som den enkelte oplever som små, og som fører mod målet om vægttab. Det enkelte skridt er ikke tilstrækkeligt til at nå målet. Idéen er at igangsætte og fortsætte en udviklingsproces over en længere tidsperiode, der fører til varige adfærdsændringer og dermed varigt vægttab. Vægtstoprådgivernes opgave er således at hjælpe deltagerne til at finde de små skridt og gode redskaber, som virker bedst for den enkelte

Vægtstoprådgiveruddannelsen tager derudover udgangspunkt i følgende teorier:

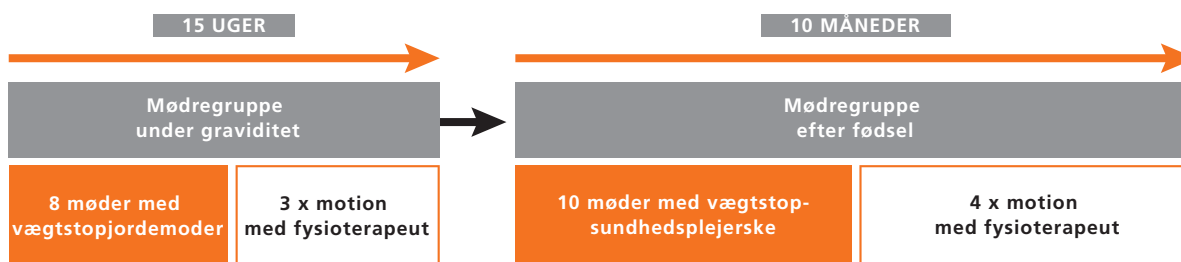
- Kognitiv Adfærdsteori (herunder Behavioral Choice Treatment)
- Stages of Change
- Mindfulness
- Positiv psykologi
- Social Learning Theory.

Kilde: Sundhedsstyrelsen (www.sst.dk) og Det Nationale Udviklingscenter mod Overvægt (www.numo.dk).

Gravide med BMI > 27 blev visiteret til tilbuddet. BMI var baseret på vægtoplysninger fra vejning ved egen læge i forbindelse med konsultation mellem svangerskabsuge 6 og 10. Ved første jordemoderkonsultation blev disse gravide spurgt, om de var interesserede i tilbuddet, og i så fald kom de til en individuel indslusningssamtale hos en jordemoder med vægtstopuddannelse. Formålet med samtalen var at kortlægge den enkeltes motivation og ressourcer i forbindelse med ændring af sundhedsvaner. Herefter blev den gravide inkluderet i en vægtstopmødregruppe med andre overvægtige gravide.

Selve vægtstopforløbet starter hos jordemoderen og føres videre hos sundhedsplejersken. Under graviditeten mødes mødregruppen 11 gange; første gang med en jordemoder, sundhedsplejerske og fysioterapeut, derefter syv gange med jordemoderen og tre gange med fysioterapeuten. Til det sidste møde deltager den sundhedsplejerske, som skal overtage holdet efter fødsel, og eventuelt den involverede fysioterapeut. Efter fødslen mødes mødregruppen 14 gange; 10 gange med sundhedsplejersken og fire gange med fysioterapeuten. Til det sidste møde med sundhedsplejersken deltager også den involverede jordemoder og fysioterapeut (se Figur 1 for en oversigt over vægtstopforløbet). Mødegangene varer mellem 1½ og 2 timer. Imellem de planlagte møder med fagpersoner er der desuden lagt op til, at mødregruppen mødes på egen hånd.

Figur 1.1 Oversigt over vægtstopforløbet



Ved de første hold var alle syv møder med fysioterapeuten lagt i graviditetsperioden. Flere af de gravide på holdene var dog for besværede til at kunne deltage i ret meget fysisk aktivitet. Derfor valgte man at fordele møderne med fysioterapeut til tre gange under graviditeten og fire gange efter fødslen (jf. Figur 1.1).

Der er i alt etableret otte mødregrupper inden for projektperioden med deltagerantal fra 5 til 12. Der er gennemført to hold med mødetidspunkt i dagtimer og seks med mødetid om eftermiddag/aften.

Alle de projekter, som har fået midler fra Sundhedsstyrelsens satspulje til indsatser for svært overvægte voksne, evalueres af NIRAS-konsulenterne – blandt andet via spørgeskemaer. Denne tværgående evaluering ville Region Syddanmark gerne supplere med en evaluering af de helt specifikke processuelle, organisatoriske og erfaringsbaserede aspekter ved 'Nyt liv – Nye vaner'. Derfor fik DSI til opgave at lave en procesevaluering af indsatsen, som kunne levere input til justering og forbedring af indsatsen, mens den pågik, og når indsatsen eventuelt skal implementeres og udbredes til andre kommuner og sygehuse (2).

1.1 Formål med procesevaluering af 'Nyt liv – Nye vaner'

Procesevalueringens overordnede formål er at:

- Identificere styrker og svagheder ved organiseringen af indsatsen (organisatorisk perspektiv), herunder at undersøge:
 - Fordele og ulemper ved organiseringen af tilbuddet, herunder i hvilken grad det er lykkedes projektet at skabe kontinuitet og sammenhæng i tilbuddet på tværs af svangerskabs- og barselperiode i henholdsvis region og kommune.
 - Samarbejdet mellem jordemødre, sundhedsplejersker og fysioterapeuter, herunder kommunikation og videndeling på tværs af faggrupperne.
 - Vægtstoprådgiverne (jordemødre og sundhedsplejersker) og fysioterapeuters oplevelse og vurdering af dialogen og forløbet med de deltagende gravide og de nybagte mødre, herunder rekruttering og barrierer for deltagelse.
- Identificere elementer ved rådgivningen som henholdsvis fremmer og hæmmer modtagelsen og udbyttet hos de gravide og nybagte mødre (deltagerperspektiv), herunder at undersøge og analysere:
 - De deltagende gravide/mødres oplevelse og udbytte af de forskellige dele af indsatsen.
 - De deltagende/ikke-deltagende gravides oplevelse af introduktionen af tilbuddet.
 - De ikke-deltagende gravides begrundelser for at takke nej til tilbuddet.

1.2 Notatets opbygning

I kapitel 2 beskrives de anvendte metoder til evalueringens dataindsamling. I kapitel 3 præsenteres en deskriptiv analyse af oplevelserne med organiseringen af 'Nyt liv – Nye vaner' (afsnit 3.1), deltagernes modtagelse, udbytte og udbytte af indsatsen (afsnit 3.2) og endelig grunde til frafald og til at takke nej til tilbuddet (afsnit 3.3). I kapitel 4 fremgår evalueringens konklusioner, og kapitel 5 afslutter med en række anbefalinger.

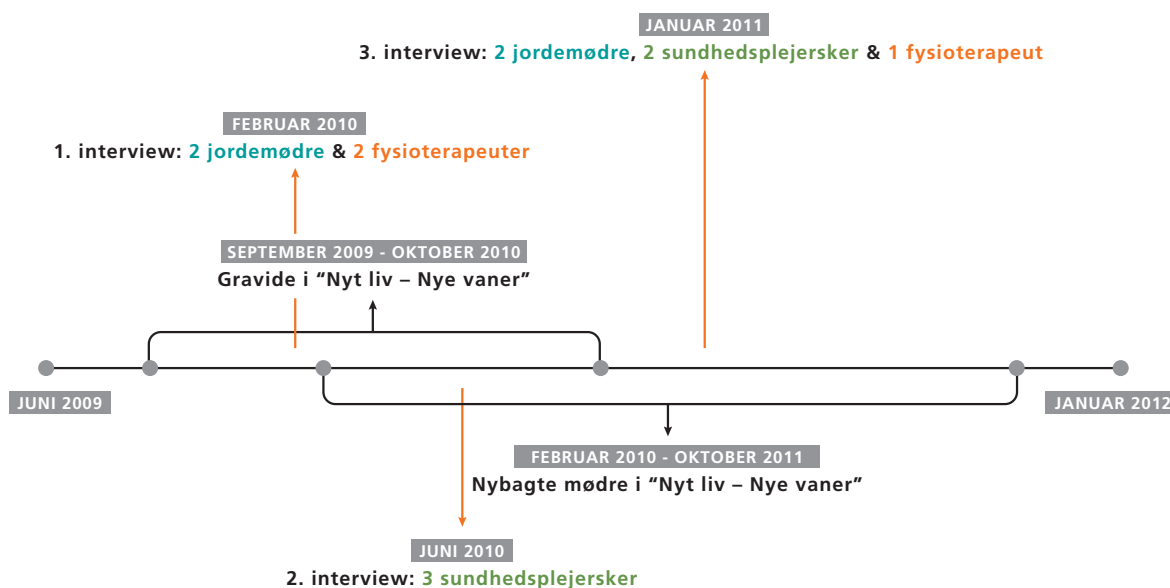
2 Metoder til dataindsamling

Der er udelukkende anvendt kvalitative metoder i form af interview og observation til at undersøge 'Nyt liv – Nye vaner' ud fra henholdsvis et organisatorisk perspektiv og et deltagerperspektiv. DSI har fulgt indsatsen over en periode på et år (februar 2010-februar 2011).

2.1 Metoder til at undersøge det organisatoriske perspektiv

Det organisatoriske perspektiv er belyst via tre fokusgruppeinterview med de involverede fagpersoner afholdt på forskellige tidspunkter i projektføreløbet og med forskellig sammensætning, som fremgår af Figur 2.1.

Figur 2.1 Tidspunkter og deltagere i fokusgruppeinterview med fagpersoner



De deltagende gravide og nybagte mødre samt ikke-deltagere og frafaldne har også oplevelser med organiseringen af indsatsen, og interview med disse bidrager derfor også til det organisatoriske perspektiv (jf. næste afsnit).

2.2 Metoder til at undersøge deltagerperspektivet

Deltagernes oplevelse og udbytte er belyst via deltagerobservation og fokusgruppeinterview med den fjerde mødregruppe (ff. hold 4) etableret i 'Nyt liv – Nye vaner'. Denne gruppe er valgt, så der var tid til at starte indsatsen op og foretage de småjusteringer, som der er knyttet til opstarten af en indsats. Vi følger således indsatsen på et tidspunkt, hvor fagpersonerne har nået at gøre sig nogle erfaringer med rollen som vægtstøprådgiver (jordemødre og sundhedsplejersker) og fysioterapeut for overvægtige gravide/nybagte mødre.

Deltagerobservationer af hold 4 er gennemført ved fem mødegange før fødslen (april -maj 2010) af virksomhedspraktikant Signe Vang og fem mødegange efter fødslen (november 2010-februar 2011) af projektassistent Iben Emilie Christensen. Den ene af mødegangene efter fødsel foregik i et privat hjem uden fagpersoner¹. Af Tabel 2.1 og Tabel 2.2 fremgår mødregruppens mødegange med henholdsvis jordemoder, sundhedsplejerske og fysioterapeut. De mødegange, som er markeret med fed, var med deltagelse af en DSI-medarbejder.

¹ Mødregruppen skulle være mødtes med fysioterapeuten, som måtte aflyse. Mødregruppen mødtes i stedet hos én fra gruppen.

Tabel 2.1 Hold 4's mødegange – før fødsel

Mødegang	Dato	Tidspunkt	Emne	Fagperson
1	15.03.10	16.00-17.30	Velkommen, vaner mm.	Jordemoder og fysioterapeut
2	22.03.10	16.00-17.30	Fysisk aktivitet	Fysioterapeut
3	29.03.10	16.00-17.30	Måltider	Jordemoder
4	12.04.10	16.00-17.30	Søde sager	Jordemoder
5	26.04.10	16.00-17.30	Frugt, grønt, fiber	Jordemoder
6	03.05.10	16.00-17.30	Fysisk aktivitet (svømmehal)	Fysioterapeut
7	10.05.10	16.00-17.30	Fedt	Jordemoder
8	31.05.10	16.00-17.30	Fisk og kød	Jordemoder
9	14.06.10	16.00-17.30	Drikkevarer	Jordemoder
10	21.06.10	16.00-17.30	Fysisk aktivitet	Fysioterapeut
11	28.06.10	16.00-17.30	På egen hånd	Jordemoder, sundhedsplejerske og fysioterapeut

Tabel 2.2 Hold 4's mødegang – efter fødsel

Mødegang	Dato	Tidspunkt	Emne	Fagperson
1	16.09.10	10.00-12.00	Velkommen, præsentation af de små, kort gennemgang af små skridt (vægt)	Sundhedsplejerske
2	30.09.10	12.30-14.00	Fysisk aktivitet	Fysioterapeut
3	14.10.10	10.00-12.00	Søvn, mor/barn	Sundhedsplejerske
4	27.10.10	12.30-14.00	Fysisk aktivitet	Fysioterapeut
5	11.11.10	10.00-12.00	Mindfulness	Sundhedsplejerske
6	25.11.10	12.30-14.00	Fysisk aktivitet	Fysioterapeut
7	09.12.10	10.00-12.00	Når det bliver svært	Sundhedsplejerske
8	12.01.11	12.30-14.00	Fysisk aktivitet	Fysioterapeut
9	26.01.11	10.00-12.00	Planlægning/prioritering af det sunde måltid	Sundhedsplejerske
10	10.02.11	10.00-12.00	Sund fastfood/sunde mellemmåltider	Sundhedsplejerske
11	10.03.11	10.00-12.00	Ideer til at regulere mængderne	Sundhedsplejerske
12	07.04.11	10.00-12.00	Stress	Sundhedsplejerske
13	05.05.11	10.00-12.00	Sunde familievaner (vægt)	Sundhedsplejerske
14	18.05.11	10.00-12.00	Sidste møde	Sundhedsplejerske, fysioterapeut og jordemoder

DSI observerede også et møde d. 16. december 2010, hvor gruppen mødtes privat.

Fokusgruppeinterviewene med hold 4 fandt sted efter mødegang 8 (før fødsel) og efter mødegang 10 (efter fødsel)². Interviewene havde til formål at samle op på mødrenes erfaringer med tilbuddet på det givne tidspunkt og gav samtidig mulighed for at spørge ind til forhold observeret under de foregående mødegange.

2 Det første interview er gennemført af virksomhedspraktikant Signe Vang, og det andet af projektleder Marie Brandhøj Wiuff assisteret af projektassistent Iben Emilie Christensen.

Endelig er der gennemført et fokusgruppinterview med fem deltagere fra fire andre hold fra 'Nyt liv – Nye vaner'. Interviewet blev gennemført den 19. januar 2011. De interviewede var alle igen begyndt at mødes i mødregruppen efter fødsel. Interviewpersonerne i denne tværgående gruppe blev præsenteret for udsagn om hold 4 baseret på observation af og interview med holdet. Dette for at afprøve om hold 4's oplevelse og udbytte ved indsatsen var helt unik eller havde mere generel karakter for dermed at kunne sige noget mere generelt om deltagernes oplevelse og udbytte.

Ikke-deltagernes grunde til at takke nej, og begrundelser for at stoppe på et hold, er belyst via otte individuelle telefoninterview gennemført af virksomhedspraktikant Signe Vang. Der er interviewet fire gravide, som har takket nej til tilbuddet. Ligeledes er fire gravide interviewet, som er faldet fra – tre som har deltaget i første mødegang, og én der kun deltog i indslusningssamtalen.

2.3 Evalueringens udsigelseskraft

Overordnet har det været hensigten at lave en evaluering, som løbende kunne levere input til justering og forbedring af indsatsen 'Nyt liv – Nye vaner'. Data har derfor primært udsigelseskraft i forhold til denne indsats. I de tilfælde, hvor notatets forfatter har haft kendskab til undersøgelser, der kunne underbygge eller modsige fundene i notatet, er de inddraget. Der er dog ikke foretaget en systematisk litteraturgennemgang, og sammenligningen i forhold til eksisterende undersøgelser er derfor ikke fyldestgørende.

3 Analyse af 'Nyt liv – Nye vaner'

3.1 Oplevelser med organiseringen af indsatsen

'Nyt liv – Nye vaner' er opbygget som et tilbud både i graviditeten og efter fødslen. Som nævnt foregår indsatsen med en jordemoder under graviditeten og med en sundhedsplejerske efter fødsel. Fysioterapeuten følger holdene både under graviditet og efter fødslen. Det har været en stor og også spændende udfordring for de involverede fagpersoner at starte en sådan ny indsats op: *"I starten vidste vi ikke, hvad det var for en størrelse, og vi famlede lidt i blinde. Vi syntes alle sammen, at vi startede fra nul"* (Jordemoder). Ekstra udfordrende er det, at de involverede fagpersoner arbejder i forskellige sektorer henholdsvis i kommunen (sundhedsplejersker og fysioterapeuter) og regionen (jordemødre). Det kommunale og regionale personale sidder ikke under samme tag og har derfor ikke mulighed for 'lige at stikke hovederne sammen' og snakke om, hvordan man løser en given udfordring. Dertil kommer, at særligt jordemødre og sundhedsplejersker har forskellig struktur på deres arbejdsdag. Jordemødrene har både dag- og nattevagter og træffes derfor ikke nødvendigvis i dagtimerne. I dagtimerne har de konsultationer med de gravide. Sundhedsplejerskerne har som regel faste træffetider og er ellers på hjemmebesøg. Det kan således være svært at træffe hinanden over telefon, og parterne ved heller ikke med sikkerhed, hvornår der bliver tjekket mail.

3.1.1 Helhed i indsatsen?

Fagpersonerne har selv haft en oplevelse af, at indsatsen var meget opdelt. Men jo flere gange de har mødtes på tværs og diskuteret indsatsen, er den oplevelse blevet tilsvarende mindre:



Der er sket en stor udvikling (...). Tidligere var der praktiske problemer, hvor jeg synes det stadig er opdelt, men der er en bedre struktur nu om, hvad hele forløbet handler om. Sådan at de [deltagerne, red.] får noget med i graviditeten, og der så bliver bygget videre på det, men sådan at det ikke er de samme ting, der snakkes om. Jo flere gange vi har set hinanden, jo bedre netværk. Jeg ser det ikke som så opdelt mere. (Jordemoder)

Sundhedsplejerskerne understreger, at de bygger videre på den basisviden om kost, som deltagerne har fået ved mødegangene med jordemoderen. Det har dog været en stor udfordring for sundhedsplejerskerne at udvikle materiale til undervisningsgangene. De har haft en forventning om, at der ville ligge undervisningsmateriale klar til dem. Der blev udviklet undervisningsmateriale i regi af projektet, som helt generelt handlede om kost, og som både jordemødrene og sundhedsplejerskerne kunne bygge videre på. Jordemødrene brugte materialet, og sundhedsplejerskerne syntes ikke, det gav mening at fortælle deltagerne det samme om kost én gang til. Sundhedsplejerskerne valgte derfor at fokusere mere på de udfordringer, moderskabet bringer i forhold til at fastholde og ændre vaner.

Jordemødrene og sundhedsplejerskerne har været på vægtstoprådgiveruddannelsen og har derfor haft et fælles fundament for at gå til opgaven – selvom de ikke nødvendigvis har været af sted sammen. Det har fysioterapeuterne imidlertid ikke og fremstår i flere henseender som et separat led i indsatsen. Fx fremgår mødegangene med fysioterapeuten ikke på den liste over mødegange, som hold 4 har fået udleveret af sundhedsplejersken. Om kommunikationen med fysioterapeuterne siger en sundhedsplejerske: *“Jeg er på mail med fysioterapeuten, og jeg har fået datoerne, og så kører hun sit løb med fysioterapi, og så kører jeg med mad og de små skridt. Så jeg ved bare, at hun er i gang ved siden af”* (Sundhedsplejerske). Sundhedsplejersken har således ikke nødvendigvis nogen viden om, hvad der foregår hos fysioterapeuten. Omvendt efterlyser fysioterapeuterne også viden om, hvad jordemødre og sundhedsplejersker foretager sig, når de mødes med deltagerne. I det hele taget efterlyser fagpersonerne noget mere videnoverlevering – særligt i forhold til gruppedynamikken på holdene.

De involverede fagpersoner har været meget optaget af at fremstå som en helhed overfor kvinderne. Ved de første hold lykkedes det ikke at arrangere, at sundhedsplejersken deltog i det sidste møde med jordemoderen. Det skete imidlertid på de efterfølgende hold, og nu efterstræber man, at deltagerne møder både jordemoder, sundhedsplejerske og fysioterapeut ved første mødegang før fødsel. Derudover deltager fysioterapeuten ved første mødegang med sundhedsplejersken. Endelig er alle tre faggrupper repræsenteret ved sidste mødegang efter fødsel. Ud over at deltagerne således møder alle involverede fagpersoner, så fremhæver sundhedsplejersker og fysioterapeuter, at de ved at høre deltagerens historier ved første mødegang lærer deltagerne lidt at kende. Samtidig skal kvinderne ikke fortælle deres historie flere gange. Som det vil fremgå af afsnit 3.2, oplever deltagerne også en fin rød tråd i indsatsen. Dog fremhæver både fysioterapeuterne og deltagerne, at der er et stort slip mellem mødegangene med fysioterapeuten. Det gør det svært for fysioterapeuterne at få et godt kendskab til holdene. Udfordringen er kun vokset, efter at én af de to fysioterapeuter fik andet job. Den tilbageværende fysioterapeut har savnet at komme mere i dybden med holdene og at have en samarbejdspartner at sparre med.

Som del af indsatsen er der lagt op til, at deltagerne skal have hjemmebesøg af den sundhedsplejerske, som de går på hold hos. Det giver sundhedsplejerskerne mulighed for at få et mere helhedsorienteret indtryk af de enkelte holddeltagere:



Det er en fordel, at vi kommer ud og ser resten af familien. Jeg har nogen, hvor jeg ikke er deres sundhedsplejerske. Det kan jeg nemt mærke. Jeg ved ikke, hvilken forskel de mærker, men jeg mærker det klart. Jeg kender dem jo meget bedre – mere dybt og indgående. Hold X mente, det var godt, fordi vi kom dybere omkring dem. Jeg ser det helt klart som en fordel.
(Sundhedsplejerske)

Sundhedsplejerskerne får samtidig en fornemmelse af, om den enkelte deltager får opbakning fra hjemmefronten til at ændre vaner: *“Det bedste er at få far med på banen. Det er meget nemmere, når han er med, kan jeg høre. At han bakker op, det gør en forskel for, hvordan det går”* (Sundhedsplejerske). Hjemmebesøgene hos deltagerne giver imidlertid længere køretid for sundhedsplejerskerne, da ikke alle deltagerne bor inden for det område,

hvor den enkelte sundhedsplejerske normalt kører. Enkelte deltagere har også haft samme jordemoder som på holdet, men rent logistisk har det ikke været muligt at praktisere dette ved alle deltagere.

3.1.2 Holdstørrelse, gruppedynamik og katalysatorrollen

Ifølge samtlige fagpersoner er det passende med en holdstørrelse på 6-7 deltagere. Hvis holdene er meget større, er det svært at nå rundt til alle deltagere på den afsatte tid (mindre intimitet). Samtidig må holdene heller ikke være for små, da de så vil være for sårbare over for afbud. Det er fuldstændig den samme melding, deltagere kommer med. Samtidig skal man nok regne med et vist frafald på holdene, når man starter op. De meget store hold kan dog være med til at afskrække deltagere ved de første mødegange og netop medvirke til frafald.

Afhængig af både gruppestørrelse og -sammensætning oplever fagpersonerne stor forskel på gruppedynamikken på holdene og tilsvarende forskellig succes med at håndtere det: *"Jeg synes, det har været svært, fordi flere har puttet sig" (Jordemoder), og "Jeg prøver at få gruppen inviteret ind, så de også giver hinanden noget. Men tit bliver det fra mig til én bestemt, og så kan der være uro. Det er ærgerligt og svært at komme til livs" (Sundhedsplejerske).* Fagpersonerne fortæller videre, at de oplever stor fortrolighed i nogle grupper, og i andre bliver nogen holdt udenfor. Til mødegangene er det en udfordring at få aktiveret og givet plads til alle på holdet: *"Jeg tænker også, at det er en øvelse fra vores side at blive bedre til at få de andre aktiveret, så det bliver en samtale, hvor alle er med" (Sundhedsplejerske).* At skubbe til nogen uden at skubbe dem fra sig oplever hun som en stor udfordring:



Det er svært at tabe sig, og nogen har fanget ideen og gjort det til vaner. Det er dem med de bedste resultater. Men fra de andre er der rigtig mange undskyldninger på undskyldninger. Så er det jul, og de kommer ikke i gang. Jeg ville ønske, jeg kunne hjælpe dem noget mere. Men konceptet lægger op til, at de skal selv. Men jeg kunne godt have lyst til at være mere skrap.
(Sundhedsplejerske)

Sundhedsplejersken har dog det forbehold, at hun kan komme til at 'gøre deltagere forkerte', når hun er skrap og siger, at de skal hanke op i sig selv. Herved kan hun komme til at skubbe deltagere fra sig. Også jordemødre og fysioterapeuter udtrykker tvivl omkring, hvordan de bedst muligt sætter ind som fagperson og prikker til deltagere.

3.1.3 Psykiske problemstillinger blandt deltagere

Ud over at håndtere gruppedynamik og katalysatorrollen oplever især jordemødre og sundhedsplejerske at komme til kort over for nogle af de psykologiske problemstillinger, som deltagere har:



En dag gik det over gevind. Vi havde hørt det samme og de samme undskyldninger. To ville være med til den varme stol. (...) Det blev jo meget komplekst, og de fortalte nogle alvorlige ting – hold da op! Jeg ser mig omkring, og flere græder foruden dem selv. Det var egentlig, uden jeg havde spurgt ind til, hvor motiverede de var og hvorfor. Det kommer helt af sig selv, men jeg måtte da lige holde fast i bordkanten. Vi har brug for supervision selv for at kaste os ud i det der – helt klart.
(Sundhedsplejerske)

I indslusningen til tilbuddet blev kvinder med en lang sygehistorier (svær depression eller andet af den karakter) ekskluderet, da man skønnede, at disse kvinder ikke ville have gavn af at gå i en gruppe. Psykologiske problemstillinger dukker alligevel op hos deltagere:



Det er piger med lig i lasten, der havde gavn af snak. Vi er ikke lommepsykologer, men det er et dilemma, vi kommer i, for vi kan simpelthen ikke snakke små skridt, hvis de er fuldt af problemer på hjemmefronten. Vi har intime grupper nu og bruger krudt på at få det vendt og så derefter tilbage til programmet. Men hvis det er en stor gruppe, kan du ikke gå individuelt tæt på.
(Sundhedsplejerske).

Jordemødre og sundhedsplejersker er blevet præsenteret for kognitive redskaber, som de dels kan bruge over for deltagerne, dels kan introducere deltagerne for. Men det er ikke meningen, at hverken jordemødre eller sundhedsplejersker skal fungere som psykologer.

Udfordringerne med deltageres psykiske problemstillinger er ikke enestående for 'Nyt liv – Nye vaner'. En undersøgelse af gruppekonsultationer for overvægtige gravide på Frederiksberg Jordemødercenter viser også, at jordemødrene mangler metoder til at nå et spade-stik dybere i forhold til de psykologiske mekanismer, der forhindrer nogle af deltagerne i at nå deres mål (3). Problemstillingen knytter sig ikke nødvendigvis kun til overvægtige gravide. I en undersøgelse af sårbare gravide fremgår det, at jordemødre føler sig utilstrækkelige og mangler viden og redskaber til at håndtere sociale og psykiske problemer under konsultationerne med disse gravide (4).

3.2 Deltageres modtagelse, oplevelse og udbytte af indsatsen

3.2.1 Introduktion til tilbuddet og opstartstidspunkt

Deltagerne i 'Nyt liv – Nye vaner' har fået introduceret tilbuddet ved deres første jordemoderbesøg og deltaget i en efterfølgende indslusnings samtale med en jordemoder, der er uddannet vægtstopkonsulent. Både hold 4 og deltagere fra andre hold synes, at tilbuddet blev introduceret på en god og behagelig måde. Hold 4 giver udtryk for, at de godt var klar over, at de vejede for meget. Der er et klart ønske om, at tilbuddet starter op tidligere i graviditeten, så vægtøgningen bremses så tidligt som muligt.



Hvis man snakker om nye vaner, så er det jo dét [et tilbud tidligt i graviditeten, red.], man har brug for, fordi det nytter jo ikke noget. Altså den første periode, hvor man er gravid, er man måske mega træt og sådan noget, og hvis man så ikke kommer ud af den trummerum igen, hvis man bare siger: "Nu er jeg gravid, nu orker jeg ikke noget". At man ligesom får det kørt ind. Fordi nu [sidst i graviditeten, red.] er man jo så besværet, at man jo ikke lige kan starte på noget.
(Deltager hold 4)

En deltager fra hold 4 kontaktede selv egen læge i starten af graviditeten for at få hjælp til at tabe sig. Her var meldingen, at hun måtte vente til første jordemoderkonsultation. Deltageren vurderer, at hun kunne have haft stor gavn af at få en konsultation ved en diætist helt i starten af graviditeten, og flere andre efterlyser også et skub ved første lægebesøg. De første måneder af graviditeten er dog generelt usikre. Én af de gravide gør opmærksom på, at hun ikke ville deltage i et tilbud for gravide, før barnet er ultralydsscannet og alt ser ud til at være ok. Flere af deltagerne på hold 4 efterlyser desuden hjælp til vægttab, allerede inden de bliver gravide. Overvægten er tydeligvis et problem, de ikke kan komme til livs på egen hånd. Derfor er deltagerne generelt også glade for at have fået tilbud om at deltage i 'Nyt liv – Nye vaner'.

Ønsket om en tidligere opstart er også fremtrædende i andre indsatser over for overvægtige gravide. Fx viser en undersøgelse af et kursusforløb for overvægtige gravide på Silkeborg Sygehus, at de gravide anser det som vigtigt at komme i gang tidligt i graviditeten, ligesom det opleves, at de gravide, der er rekrutteret tidligt i forløbet, har fået mest ud af kurset (5). Med afsæt i erfaringer fra fem projekter målrettet overvægtige gravide (herunder det fra Silkeborg Sygehus) slår Sundhedsstyrelsen endvidere fast, at det er vigtigt at få fat i de gravide tidligt i graviditeten, da det ellers kan være vanskeligt at opnå resultater med indsatsen (6).

3.2.2 Deltagernes udbytte

Vi har spurgt deltagerne direkte, hvad de har fået ud af at deltage i 'Nyt liv – Nye vaner'. Her nævner de, at de har fået en øget bevidsthed og fokus omkring de valg, de træffer omkring kost og motion:



Jeg synes, det øger ens bevidsthed omkring, hvad man putter i munden og mere fokus på vægten. Og jeg tror da, hvis ikke man var her, så kunne man da nemt bare slippe tøjlerne og sige: "Jeg er gravid, det går sgu nok". Så det øger da ens bevidsthed på, at man spiser rigtigt og får tænkt lidt mere over det. Og mange gange skal der ikke så meget til, for at man får gjort det bedre, end man ellers ville have gjort det.
(Deltager hold 4)

Til runden ved en mødegang med sundhedsplejersken bliver det også tydeligt, at mindfulness og det at være bevidste om valg og fravalg har været værdifuldt for deltagerne:

En af mødrene fortæller, at hun har fået en større bevidsthed om de valg, hun træffer. Tidligere glemte hun at spise, men hun forsøger via mindfulness at huske på måltiderne, og hun er begyndt at spise frokost. En anden deltager har også fået en større bevidsthed om mad. Hun er begyndt at spise knækbrød i stedet for kage, som hun normalt har gjort. Alligevel er begge deltagere overbeviste om, at de har taget på siden sidst.
(Observation af mødegang med hold 4)



Vi spiste tidligere foran fjernsynet, men nu sidder vi i køkkenet i stedet, fordi han [sønnen, red.] også er begyndt at spise grød om aftenen, og det hjælper, for så spiser vi sammen. Så er vi også sammen på en anden måde og får snakket sammen. Jeg spiser heller ikke så meget, fordi vi øser op, og gryderne står ikke på bordet foran os. Det er rigtig godt.
(Deltager hold 4)

Som ovenstående illustrerer, så er det små ting, som deltagerne ændrer på. 'Små skridt-metoden', hvor deltagerne selv beslutter, hvilke små ændringer de vil lave i forhold til kost og motion (1), har – i lighed med mindfulness – også været et centralt omdrejningspunkt i indsatsen.

Det er ikke alle deltagere, der oplever det vægttab, som mange af dem havde ønsket. Selvom én af deltagerne på hold 4 ikke tog på under graviditeten, så har hun taget på efter fødslen. En anden tog 15 kilo på under graviditeten, tabte dem umiddelbart efter fødslen men har taget kiloene på igen. En tredje har tabt sig 5 kilo efter fødslen, men hun havde regnet med at tabe mere. Der er ingen tvivl om, at det er en stor motivationsfaktor for deltagerne, når de faktisk taber sig. Samtidig fremhæver deltagerne, at det er vigtigt at være motiveret til at ændre kost- og motionsvaner, inden man starter, og det bliver deltagerne også spurgt ind til ved indslusningssamtalen: "Man skulle krydse af, hvor motiveret man var [til indslusningssamtalen, red.]. Jeg tror for mit vedkommende, så var det at sige 'ja' til pro-

jektet en motivation” (Deltager hold 4). En væsentlig motivationsfaktor har også været den støtte og inspiration, deltagerne har fået fra de andre på holdet. Det kommer vi ind på i næste afsnit samt i afsnit 3.2.9, der handler om at være på et hold.

3.2.3 Mødegangene med jordemoder og sundhedsplejerske

At mødegangene – også med fysioterapeuten – har ligget om eftermiddagen under graviditeten har passet hold 4 rigtig godt. For dem ville det have været svært at deltage i et formiddagshold, fordi de fleste af dem arbejdede, mens de var gravide.

Mødegangende med jordemoder og sundhedsplejerske er bygget op med erfaringsudveksling og vidensformidling. Møderne er typisk startet med erfaringsudveksling i form af en runde, hvor deltagerne hver især fortæller, hvilke vaner de gerne vil ændre, hvordan det går med at ændre vanerne, og hvad der eventuelt er svært i den sammenhæng. Vidensformidlingen har bestået af korte oplæg fra en jordemoder før fødsel og en sundhedsplejerske efter fødsel med afsæt i forskellige emner (se Tabel 2.1 og Tabel 2.2 side 9). Oplæggene fra jordemødrene har primært handlet om kost, hvorimod sundhedsplejerskernes oplæg har haft et bredere fokus – herunder de udfordringer moderskabet bringer i forhold til at fastholde og ændre vaner.

Deltagerne på hold 4 og øvrige deltagere fremhæver, at de har fået meget ud af at dele erfaringer med andre i samme situation. De andres erfaringer kan motivere til selv at gå i gang med at ændre vaner. Men runden var udfordrende i starten:



De første gange tænkte jeg: ”Hold da op. Var det det?”. Vi skulle fortælle hinanden, hvordan det gik. Men på den anden side, så kom jeg også i tanke om – jamen vi ved det [viden om kost og motion, red.] jo godt et eller andet sted. Så erfaringerne fra de andre, de kan gøre, at man måske også får den der motivation og den opbakning til at sige: ”Jamen, jeg har egentlig lyst til at gøre det her nu!”
(Deltager hold 4)

Deltagerne på hold 4 understreger, at de først for alvor fik noget ud af runden, da de havde lært hinanden bedre at kende:



Ved runden i starten var det svært. Der sagde man ikke rigtig noget. Nogen af os kendte hinanden i forvejen, og så tænkte man, om man turde sige noget. Nu kan vi joke. Nu tør man godt [sige noget, red.], og vi har en god forståelse for hinanden.
(Deltager hold 4).

Udbyttet af erfaringsudvekslingen baserer sig således på tillid og kendskab til de andre i gruppen.

Deltagernes oplevelse af oplæggene fra især jordmødrene er blandede. De fleste af de deltagere, DSI har interviewet, giver udtryk for, at de godt kender til de faktuelle ting omkring kost. For deltagerne er det derfor passende, at oplæggene om kost kun fylder ¼ af de enkelte mødegange. Nogle mener, at oplæggene godt kunne koges ned for så at give mere plads til runden og få snakket med hinanden om, hvorfor det er så svært at ændre vaner:



Jeg vidste godt, at jeg skulle drikke skummetmælk i stedet for sødmælk, og man ikke skal spise smør på brødet og alt det. Så den del ville jeg hellere have den første gang, hvor man gennemgik kostrådene. Den resterende tid kunne man fokusere på mindfulness og på hele snakken om, at når man ved, at man ikke skal spise smør, hvorfor gør man det så alligevel?
(Deltager øvrige hold).

Andre efterspørger også mere tid til motionsdelen. Deltagerne mener dog ikke, at oplæggene omkring kost er ligegyldige. Flere af de interviewede deltagere har oplevet øjenåbnere undervejs:



Nogle ting hænger fast – som billeder af kødets fedtindhold. Det gør, at jeg køber aldrig det, som jeg købte før. Det har ændret mine indkøbsvaner. (Deltager hold 4)

Også øjenåbnere med hvor meget fedt der er i kød og smør. Det kan jeg stadig se billederne af. Sådan noget husker jeg stadig. (Deltager øvrige hold)

Kendetegnende ved ovenstående citater er, at det er billedliggørelsen af konkret viden – i dette tilfælde om fedt – som printer sig ind i deltagerens hukommelse. Generelt er jordemødrenes undervisningsmateriale om kost meget visuel (se nedenstående billeder).

Billeder fra jordemødrenes undervisningsmateriale



Kilde: Diabetesforeningen



Kilde: Lars Bahl, Fødevarestyrelsen

Der er selvsagt forskel på, hvor stort vidensbehovet er for den enkelte deltager og på det enkelte hold. Det er også oplevelsen hos fagpersonerne:



Mit hold var nogle sårbare piger, og det var helt banalt: Vi består af en hel masse celler, og for at de skal kunne fungere, så skal de have næring. Hvad er det? Det er ikke tapetklister med farve, fedt og smagsstoffer. Det bliver man bare træt og tyk af. Helt basalt, hvis du spørger en mekaniker: Hvad skal bilen have? Den skal have det bedste, for ellers kan den ikke yde det optimale. Sådan er kroppen faktisk også. Så kan det godt være, at de ikke altid blev tynde, men så blev de sunde. At få den vinkel på det, det var noget, de havde taget med sig. (Jordemoder)

Ifølge fysioterapeuten har netop det hold, som jordemoderen her omtaler, fået rigtig meget ny information.

3.2.4 Jordemødre og sundhedsplejerske som vægtstoprådgivere

Nogle af deltagerne på hold 4 mener ikke, at det nødvendigvis behøver være en jordemoder, der underviser og vejleder i ændring af kost- og motionsvaner under graviditeten. Det er resten af hold 4 dog ikke enig i, ligesom deltagere fra de øvrige hold ser en stor værdi i, at det netop er en jordemoder:



Når man nærmer sig fødsel og har nogle spørgsmål. Det er rigtig godt [at det er en jordemoder, red.]. Én fra vores gruppe var nevøs for fødslen, så derfor var det godt med en jordemoder, hvor man fik råd og vejledning. (Deltager øvrige hold).

Jordemoderen har desuden viden om, hvad der er godt og mindre godt for barnet under graviditeten, og deltagerne er meget optaget af at gøre det, der er godt for deres barn. Jordemødrene selv oplever også, at deltagerne tillægger det stor værdi, at de kører holdene under graviditeten:



De har et barn i maven, og det er de meget optaget af. Så det er næsten lige meget, hvad vi siger, så lytter de. Vi fylder meget i deres verden, og jeg har svaret på mange andre spørgsmål, end hvad der vedrører dette projekt. Det samme ved jer [sundhedsplejersken, red.] – børnene fylder deres liv, og der tror jeg, vi har en let billet til at komme tæt på dem. (Jordemoder)

Deltagerne sætter også stor pris på, at det er en sundhedsplejerske, som er tilknyttet holdet efter fødslen. Det handler især om sundhedsplejerskernes indsigt i, hvor meget det fylder at få et barn:



I og med hun er sundhedsplejerske, så har hun en god forståelse for, at vi ikke har meget tid. Hvis det havde været én eller anden motionsfreak, som ikke havde børn, så havde det måske været sværere for vedkommende at sætte sig ind i. (Deltager hold 4)

Selvom mødegangene med sundhedsplejersken primært har fokus på deltagernes kost- og motionsvaner, så er der også plads til at stille spørgsmål omkring børnene. Ifølge én af deltagerne på hold 4 skaber det tryk og tillid.

Selve dialogen med jordemødre og sundhedsplejersker i 'Nyt liv – Nye vaner' oplever deltagerne som god, og det understøttes også af observationerne. Både jordemoder og sundhedsplejerske spørger uddybende ind til de emner, som deltagerne tager op, og giver efterfølgende råd og opbakning. En deltager fra et af de øvrige hold understreger, at det gode ved dialogen med jordemoderen var, at der var en god ping-pong og en anden (fra samme hold) fremhæver jordemoderens ikke-fordømmende tilgang.

De samme deltagere, som oplevede jordemoderen som ikke-fordømmende, oplever sundhedsplejersken som dygtig, og én der også hanker op i dem og siger: "Nu må I altså lige tage jer sammen". De mener helt klart, de har brug for en sådan fast hånd. En anden deltager fremhæver sundhedsplejerskens talemåde som pæn og diplomatisk. Deltagerne på hold 4 synes, sundhedsplejersken har været god til at videregive planer, ideer, opskrifter mv. og hun har en god forståelse for, at tiden er knap. Deltagerne har dog ikke noget imod, hvis sundhedsplejersken kommer med opfordringer og måske en lille opsang en gang imellem. Som en deltager siger: "Hun er ikke hård". Deltagerne på hold 4 efterlyser måske det, som nogle af de øvrige deltagere har oplevet: at blive skubbet lidt til med fast, diplomatisk hånd.

3.2.5 Barnet får første prioritet

Mødegangene med sundhedsplejersken udfordres af, at der er børn tilstede. Børnene afleder ofte deltagernes opmærksomhed og gør samtalerne afbrudte. Som nedenstående observation illustrerer, kan det nogle gange virke tvivlsomt, om deltagerne overhovedet hører sundhedsplejerskens budskaber:

Jeg lægger meget mærke til den uro, der hersker under runden, og som er kendetegnende for hele mødet i dag. Telefoner der ringer, mødre der snakker internt, og især den store opmærksomhed som børnene får. Skiftevis skal børnene have mad, og mødre skal finde skåle, skeer, klude, termokander med varmt vand, modermælkserstatninger osv. (...) Sundhedsplejersken forsøger at holde fokus. (...). Når sundhedsplejersken taler, kan én af mødrene stå i tekøkkenet, en anden gå rundt med sin søn, og nogle andre taler indbyrdes. Jeg oplever et par gange, at det faktisk kun er sundhedsplejersken og mig, der sidder ved bordet, mens mødrene foretager andre ting. Det er dog ikke kun mig, der fornemmer, at det har været et lidt kaotisk møde. To af deltagerne nævner det, og en tredje udtaler: "Ja, jeg ved faktisk ikke, hvad jeg har fået ud af det i dag". En fjerde deltager siger på et tidspunkt fra den anden ende af lokalet: "Vi lytter", fordi hun måske godt er klar over, at det ikke virker sådan.

(Observation hold 4, mødegang 8 efter fødsel)

Børnenes tilstedeværelse er imidlertid et vilkår for deltagerens liv, efter de har født. Det er i den nye hverdag med et barn (eller flere), at livsstilsændringer skal foretages og fastholdes: "Vi er overvægtige, og vi vil gerne tabe os, men vi har også børn at tage os af" (Deltager hold 4). Med et nyfødt barn ændrer kvindernes opmærksomhed sig helt naturligt: "Det var nemmere under graviditeten at lave nye vaner, fordi man havde barnet at tage hensyn til. Men nu er det kun mig selv, jeg skal tage vare på [i forhold til vægten, red.]. Dengang skulle man tage vare på barnet, så man ikke tog så mange kilo på. Det hjalp" (Deltager hold 4).

Deltagerne på hold 4 havde ellers store forventninger til, hvor meget de ville tabe sig, når de havde født: "Jeg tror, jeg bliver mega tynd" (Deltager hold 4). Men da de står i situationen, oplever de det som en stor udfordring at holde fast i de gode vaner og de små skridt, især når de rammes af søvnmangel og deraf følgende mindre overskud:



Jeg troede simpelthen, at jeg havde så gode vaner, da jeg var gravid, og jeg troede, at det kunne jeg sagtens fortsætte med. For jeg har vænnet mig til at bage rugbrød til middag og kunne næsten ikke lide cola og brød mig næsten ikke om slik. Men det blev noget sværere, vil jeg sige.

(Deltager hold 4)

Deltagerne er dog overbeviste om, at det havde stået meget værre til, hvis de ikke havde deltaget i 'Nyt liv – Nye vaner': "Det havde måske været endnu værre, hvis jeg ikke havde været med i dette projekt. Måske 10 kilo tungere. Man kender sig selv og ved, at man havde lagt sig på sofaen og taget nogle flere kilo på og tænkt, at det går nok" (Deltager, hold 4).

At hverdagen – især med et barn – udfordrer de livsstilsforandringer, som deltagerne har givet sig i kast med, ses også blandt andre, der forsøger at ændre livsstil. Et feltarbejde blandt 15 borgere med livsstilsrelaterede sygdomme understreger netop, at hverdagen betinger livsstilsforandringer, og livsstilsforandringer konkurrerer med mange andre forhold såsom økonomi, arbejde, venner, familie mv. (7). Et barn konkurrerer tydeligvis om deltagerens opmærksomhed og understreger vigtigheden af, at indsatsen forsætter efter fødsel. Andre studier peger netop også på, at vejledning efter fødslen er et væsentligt sted at sætte ind (8,9).

3.2.6 At komme på vægten

Et af formålene med 'Nyt liv – Nye vaner' er, at deltagerne skal undgå en uhensigtsmæssig vægtøgning under graviditeten og reducere deres overvægt efter fødslen. Kvinderne skal vejes tre gange i forløbet: ved inklusionssamtalen, efter 3 måneder og efter 15 måneder, da det skal indgå i en evaluering af projekter, der har fået puljemidler til indsatser for voksne overvægtige. Men ellers er det frivilligt, om deltagerne ønsker at blive vejet til mødegangene. Faktisk er der mange, som gerne vil vejes, og på nogle hold deler man væggtal med hinanden:



De siger det højt hos mig, og de vejer sig selv nu, fordi de kender teknikken. De siger selv: "Jeg har tabt mig to kilo", og så anerkender de andre det. God stemning og åbenhed. De kan bare lade være med at hoppe op [på vægten, red.]. Så der er også nogen, hvor det er helt hemmeligt. Det er godt, at det er et tilbud, så de ikke føler sig presset.

(Sundhedsplejerske)

På hold 4 er det forskelligt, hvordan deltagerne har det med at blive vejede. Til spørgsmålet om, hvordan de ville have det, hvis det var en del af indsatsen, at man skulle vejes, svarer en af deltagerne: "Så havde jeg bare vejede mig" (Deltager hold 4). Én af de andre deltagere har det anderledes:



Det havde afskrækket mig, tror jeg. Jeg har så mange gange prøvet at være i et forløb og skal stå til regnskab på én eller anden måde. Hvis det på et tidspunkt giver et nederlag, så taber jeg motivationen, og så kunne jeg godt finde på at bakke ud. Jeg ville gøre det [blive vejede hvis det var et krav, red.], det tror jeg bestemt, fordi det er fedt at være her, og man får mange gode ting.

(Deltager hold 4)

Ifølge deltagerne på hold 4 afhænger lysten til at blive vejede af, om de har det godt med sig selv netop den dag. Hvis de ikke har det godt og har en fornemmelse af, at de har taget på, har de ikke lyst til at give sig selv det nederlag. Én af jordemødrene udtrykker også forbehold over for at veje deltagerne, især mens de er gravide:



Under graviditeten var det svært for dem psykisk at se, at vægten steg. Jeg tog fokus lidt fra det, men de ville gerne. Men jeg ville ikke have, at det blev et nederlag for dem. Det er nemmere, når de ikke er gravide. Jeg var bange for, at det ville blive negativt for dem. Nogen ville dog slet ikke snakke om det og sagde: "Så gider jeg ikke komme".

(Jordemoder)

Generelt er deltagerne glade for, at det er frivilligt at blive vejede.

Hvis kvinderne taber sig, er det en stor motivationsfaktor og kan være med til at inspirere de andre på holdet. Hvis kiloene ikke lige rasler af, er det ifølge sundhedsplejersker og fysioterapeut en motivationsfaktor at kunne se en eventuel fremgang på andre måder. Fx har fysioterapeuten lavet et motionsskema, som deltagerne kan registrere de gange, de får dyrket motion. På skemaet har hun også lavet et felt, hvor deltagerne (efter fødsel) kan notere talje- og brystmål, så de kan se, at der sker noget, selvom vægten står stille. Sundhedsplejerskerne har også praktiseret at måle deltagerens talje- og brystmål, når deltagerne har været frustrerede over, at de ikke tabte sig.

At vægt er et følsomt emne for overvægtige gravide fremgår også af et engelsk studie. Her viser interview med 37 overvægtige gravide, at de gravides følelser i høj grad er knyttet til, hvor 'god' eller 'dårlig' de synes, niveauet for deres vægtøgning er (10)³.

3.2.7 Fysisk aktivitet

I graviditeten har deltagerne tre mødegange med fysioterapeuten med cirka en måneds mellemrum, og fire mødegange efter fødsel også med en måneds mellemrum. I forlængelse

³ En 'acceptabel' vægtøgning for disse kvinder var en, der var mindre, end de forestillede sig at tage på under graviditeten, og som gjorde det muligt at genvinde den vægt, de havde før graviditeten eller at komme til at veje mindre. En 'uacceptabel' vægtøgning var én, der var større end det, kvinderne forestillede sig under graviditeten, og som ville resultere i en højere vægt efter graviditeten end før (10).

af ønsket om tidligere opstart, efterlyser deltagerne flere mødegange med fysioterapeuten i starten af forløbet. I starten af graviditeten var de mindre fysisk besværede og ville derfor bedre kunne deltage fuldt ud i øvelserne. Deltagerne på hold 4 mener også, at de ville være mere motiverede for at fortsætte nogle af de fysiske aktiviteter, hvis de havde fået erfaringer med nye former for fysisk aktivitet på et tidligere tidspunkt.

På hold 4 er der også tilfredshed med udbyttet af mødegange med fysioterapeuten. Deltagerne synes, de er blevet præsenteret for nogle gode øvelser, som de også kan udføre derhjemme. De fremhæver også, at fysioterapeuten – efter de har født – har været god til at introducere øvelser, hvor børnene kan være inddraget.

Motivation og rygrad

Sidst i graviditeten har flere af deltagerne været for besværede til at kunne tage særlig aktiv del i fysiske aktiviteter. Efter fødslen er nogle af deltagerne stadig besværede, men de har ikke længere barnet at bære på og vil kunne klare mere fysisk krævende aktiviteter. Observationerne af to af hold 4s mødegange efter fødsel giver imidlertid indtryk af, at deltagerne er lidt svære at motivere, er optagede af at snakke med hinanden og er en anelse halvhjertede i forhold til den fysiske aktivitet: *“Vi er nogle snakketanter ind i mellem, som ikke får lavet så meget. Men vi får alligevel nogle ideer til nogle ting, såsom hulahopringe, som hun [fysioterapeuten, red.] har introduceret os til. Og så har jeg købt et sjippetov” (Deltager hold 4).*

Fysioterapeuten fortæller, at vi skiftevis skal hoppe i 45 sekunder og bagefter ned på gulvet og lave maveøvelser. Mødrene reagerer med brokkeri på de 45 sekunder med udsagn som: “Ej, hvorfor skal vi det? Det er jo lang tid” og “Sidst var det kun 30 sekunder. Kan vi ikke bare gøre det igen?”. Fysioterapeuten sætter tiden i gang, og vi begynder at hoppe. De fleste af mødrene stopper, inden de 45 sekunder er gået. (Observation hold 4 med fysioterapeut)

Det er selvsagt sværere at koncentrere sig om motion, når børnene er med: *“Lige nu fungerer det ikke at mødes efter fødsel. Halvdelen kommer ikke, fordi børnene sover, og ja nogen gange bliver det mere besværligt end rart at mødes!” (Deltager øvrige hold).* Som nævnt tidligere er børnene en del af deltagerens liv og hverdag, og afbrydelserne er et vilkår for mødegangene med fysioterapeuten og sundhedsplejersken. På hold 4 er det dog ikke kun børnenes tilstedeværelse, der skaber afbrydelser: *“Én skal skifte tøj, en anden tisse, to kigger til barnevognene, uden at børnene faktisk giver lyd fra sig, og flere af deltagerne klager over smerter forskellige steder i kroppen” (Observation hold 4 med fysioterapeut).*

Deltagerne på hold 4 synes dog, at fysioterapeuten er god til at motivere dem: *“Der er ingen kære mor, og alle skal i gang. Det synes jeg er fedt. Ja, hun [fysioterapeuten, red.] er faktisk lidt fræk, hvad det angår. Men det er fint” (Deltager hold 4).* Oplevelsen er imidlertid en anden hos deltagerne fra de øvrige hold. De synes, fysioterapeuten er for slap og godt må skære mere igennem. Der bliver også stillet spørgsmålstejn ved udbyttet af den fysiske aktivitet. Samtidig er der en erkendelse af, at ansvaret også ligger hos dem selv:



Jeg synes ikke, det er fysioterapeutens skyld. Det er mere en intern holdning, at man ikke vil andet end at gå. Det er folk, der er svære at motivere. Det er lige før, nogen møder op med korslagte arme. Og så værsgo’: Prøv lige at få mig i gang med at lave noget.

(Deltager øvrige hold)

Der er ligeledes en erkendelse af, at fysioterapeuten har en vanskelig opgave, når hun skal finde på aktiviteter, som alle – inklusiv dem med bækkenløsning – skal kunne og ville deltage i.



Men det er svært, for vi er så forskellige, og man har lyst til noget forskelligt. Nogen vil gå, andre løbe, og nogen vil svømme. Hvad skal hun lave med os? Fint, at vise os noget som vi kan lave hjemme. Så kan alle stå hjemme, og så behøver man ikke være bekymret for, hvor dum man ser ud.
(Deltager øvrige hold)

Sved på panden

Der er ingen af deltagerne på hold 4, der klæder om til træningstøj de to gange, DSI observerer den fysiske aktivitet efter fødsel. En af gangene går deltagerne på café sammen bag efter uden at finde det nødvendigt at skifte tøj. Ifølge deltagerne skyldes det, at de fysiske øvelser ikke for alvor har givet sved på panden:



Første gang havde fysioterapeuten en forventning om, at vi skulle ud at løbe. Men så havde de andre ikke træningstøj med. Det havde jeg faktisk med de første par gange. Altså du får pulsen op, men det er ikke værre, end at jeg ikke gider klæde om for det og slæbe alt det med.
(Deltager hold 4)

Deltagerne på nogle af de andre hold har fået at vide fra fysioterapeuten, at det ikke var nødvendigt at have træningstøj på. Der er også deltagere, der har meldt ud, at de ikke vil svede. Som følgende citat illustrerer, sender det et signal om, at man ikke behøver gå til den eller give sig fuldt ud i de fysiske øvelser: *”Man giver sig ikke så meget. Jeg synes hun skulle lægge op til, at vi skulle have træningstøj på, sådan at vi har lyst til at lave noget”* (Deltager øvrige hold).

Fysioterapeuten fremhæver, at formålet med mødegangene som sådan ikke er, at deltagerne skal forbrænde kalorier, men primært skal have inspiration til fysiske øvelser, som de kan arbejde videre med derhjemme. Det siger dog ret meget om forventningsniveauet, når deltagerne ikke regner med at få sved på panden. Den fysiske aktivitet er imidlertid ikke tænkt som et intensivt træningsforløb. Ifølge fysioterapeuten er der ikke tid nok til at forandre motionsvaner, og den enkelte deltager kan nemt gemme sig blandt de andre. En deltager fra et af de øvrige hold giver udtryk for, at hun havde forventet, at motionen fyldte mere i forløbet, og at hun ville have fået mere hjælp til at komme i gang med at dyrke mere motion.

Det sociale aspekt ved fysisk aktivitet

Som det fremgik af kapitlet om oplevelser med organiseringen af 'Nyt liv – Nye vaner', har der været tendens til at tænke fysioterapeuten som et separat led i indsatsen. For deltagerne er motionsdelen imidlertid afgørende for at komme til at lære hinanden at kende:



Det er motionsdelen, der gør, at man lærer hinanden at kende og begyndte at snakke sammen, og grine af hinanden og med hinanden. Så det måtte godt være lagt noget før, fordi så tror jeg også, man fra starten havde fået mere ud af runderne.
(Deltager hold 4)

Første gang vi var af sted til det, der var det kort tid efter, vi havde mødtes med jordemoderen, og der legede vi, og de lege gjorde, at vi kom ind på livet af hinanden.
(Deltager øvrige hold).

Den fysiske aktivitets betydning underbygges også af observationerne af hold 4 før fødslen. DSI deltog på holdets 4. til 8. mødegang. I starten var det tydeligt, at deltagerne ikke kendte hinanden særlig godt. Der var nærmest pinlig tavshed, inden jordemoderen startede

mødet. Deltagerne kunne ikke nødvendigvis huske hinandens navne – og det kunne jordemoderen heller ikke. Derimod kunne deltagerne huske hinandens historier. Ved 6. mødegang er holdet i svømmehal sammen med fysioterapeuten. Her bliver der løsnet op for snakken – ikke en snak om kost og motion, men om babyer og graviditet i al almindelighed. Fra at virke som en gruppe på 6-7 individer, der 'tilfældigvis' mødes, bliver hold 4 gradvist til et hold, der kommer ind på livet af hinanden og begynder at bruge hinanden – turen i svømmehallen er et klart vendepunkt.

En af deltagerne mener også, at de måske havde mødtes noget mere uden for mødegangene, hvis der på et tidligere tidspunkt havde været motion lagt ind: *"Så havde man sagt: "Skal vi ikke mødes?". Hvis vi havde været i Marienlundsskoven eller et eller andet: "Ej, skal vi ikke mødes i næste uge?". For dengang vi havde været til svømning – vi var da helt ... vi var vildt lang tid til svømning. Det var skide godt" (Deltager hold 4).*

Det sociale aspekt ved den fysiske aktivitet bliver også fremhævet i et svensk studie af overvægtige gravide, der blev tilbudt ekstra individuelle samtaler med en specialuddannet jordemoder og vandaerobic på hold en gang om ugen (11). Et casestudie af en lang række patientuddannelser i Region Syddanmark viser tilsvarende, at den fysiske aktivitet spiller en afgørende rolle for gruppedynamikken på holdene (personlig kommunikation med Lone Grøn, DSI).

3.2.8 Kontinuitet i forløbet

Deltagerne på hold 4 har oplevet, at der har været en fin fortsættelse af forløbet fra jordemoder til sundhedsplejerske. De øvrige deltagere har ingen bemærkninger til overgangen – heller ikke tilstedeværelsen af flere fagpersoner under udvalgte møde gange, som fagpersonerne selv anser som vigtig. En deltager fra ét af de øvrige hold nævnte dog, at det var svært at fastholde de gode vaner i perioden fra man havde født, og frem til holdet mødtes igen:



Vi mødtes igen i går, og vi har ikke alle smidt det hele på gulvet. Men i den periode mellem fødsel og til vi mødes igen, der er det svært. Det har man måske brug for [at mødes noget før efter fødsel, red.]. Man spiser, hvad man vil, fordi det er jul. Nu skal man stå til regnskab. Det er godt, at man ikke bare bliver smidt ud efter fødsel. (Deltager øvrige hold)

Der er generelt tilfredshed med, at mødegangene med fysioterapeuten er fordelt mellem graviditet og efter fødsel og ikke kun ligger i graviditeten, som det var tilfældet på de første hold. Til gengæld er der lang tid mellem mødegangene med fysioterapeuten (én måned eller mere). Ligeledes er der et stort slip fra sidste mødegang med fysioterapeuten før fødsel til første mødegang efter fødsel – på hold 4 var der et slip på tre måneder. På nogle af holdene har der desuden været en spredning i fødselstermin på op til tre måneder, og for dem, der føder først, bliver slippet i indsatsen ekstra lang. De lange tidsintervaller mellem mødegangene med fysioterapeuten opleves som problematisk: *"Ideelt set skal vi mødes oftere med fysioterapeuten. Hun kommer ud og kender ikke os seks og kender ikke vores behov, og hvad vi har lyst til. Det batter ikke, når der går så lang tid imellem, at vi ser hende" (Deltager øvrige hold).*

Fagpersonernes kendskab til deltagerne betyder således noget for deltagerne. Det kendskab har jordemødrene og sundhedsplejerskerne bedre mulighed for at få end fysioterapeuten.

En enkelt deltager på hold 4 har valgt at have sundhedsplejersken fra 'Nyt liv – Nye vaner' som almindelig sundhedsplejerske. Her er der mest fokus på barnet, men sundhedsplejersken spørger også ind til, hvordan det fx går med at få lavet madplaner, som har været et mål for denne deltager. Det ser deltageren som en stor fordel:



Hun følger op. Jeg føler, jeg kender hende godt. Jeg kan godt se på hende, når jeg siger: "Puha". Måske havde jeg fået den samme forståelse fra en anden [sundhedsplejerske, red.], men jeg føler bare, at hun godt kan se, at det ikke er lige nemt altid. Jeg synes, det er rart, og hun spørger om nogle ting, også når min mand er med. Så spørger hun også ham, hvorvidt han kunne hjælpe mig.
(Deltager hold 4)

Deltageren oplever en høj grad af sammenhæng, og ifølge sundhedsplejerskerne styrker det tillidsrelationen til deltagerne, når de også besøger dem som almindelig sundhedsplejerske. De øvrige deltagere på hold 4 har valgt en anden sundhedsplejerske, fordi de henholdsvis bor uden for kommunen og har børn i forvejen og gerne vil beholde den sundhedsplejerske, som de har haft tidligere.

For deltagerne er kendskabet til de andre på holdet en vigtig del af indsatsen. I mod-sætning til en almindelig mødregruppe kender deltagerne i 'Nyt liv – Nye vaner' hinanden fra graviditeten, når de mødes efter fødslen. Det drager de stor nytte af:



Jeg vidste jo godt, hvad det var, vi skulle igennem [kostråd, red.]. Men efterfølgende [efter fødslen, red.] har jeg fået meget ud af, at vi kendte hinanden i forvejen. Det har gjort hele forskellen for mig i forhold til fx at være i en almindelig mødregruppe. Det, at man kender de andre – ofte gik det lidt over i lidt snakkeklub til møderne (latter). Det har jeg haft rigtig meget gavn af, og så gjorde det ikke så meget, at jeg vidste nogle af de ting i forvejen.
(Deltager øvrige hold)

Deltagerne oplever således kontinuitet i indsatsen gennem kendskabet til hinanden. Når deltagerne samtidig ikke har bemærkninger til overgangen fra jordemoder til sundhedsplejerske, skyldes det formentlig, at overgangen har været uproblematisk set fra deltagerens perspektiv. En undersøgelse, DSI har lavet af patienters perspektiv på sammenhængende patientforløb, viser netop, at når den nødvendige organisatoriske interaktion fx mellem sektorer fungerer, er den samtidig usynlig for patienten. Det er, når den ikke er der, at patienten oplever et problem (12).

3.2.9 At være på et hold

Deltagerne får som nævnt rigtig meget ud af at dele erfaringer med andre i samme situation. Til spørgsmålet om hvordan det ville være at have individuelle samtaler fremfor holdsessioner med vægtstørrådgiverne, siger en deltager: "Jeg synes da ikke, man gider sige det samme, når man sidder der selv. Altså, du er jo den eneste, der bliver bonget i hovedet, hvis det er. Det er ikke altid lige sjovt. Hvorimod her er det lidt mere lovligt at sige noget også" (Deltager hold 4).

At det opleves som 'mere lovligt' at sige noget i en gruppe fremfor til en individuel samtale handler i høj grad om at være på lige fod med – og i samme situation som – dem, man er på hold med. For at kunne tale frit i en gruppe skal der dog først opbygges kendskab og tillid til hinanden, og det er en proces, der tager tid. I starten kan det virke overvældende at være på et hold, hvor man ikke kender nogen – især hvis der er mange på holdet: "Første gang vi mødtes, der tænkte jeg: "Det gider jeg ikke". Vi var elleve mennesker. Der var en forventning om, at vi skulle mødes hver uge hjemme ved én. Hvor skulle alle de mennesker være i mit hus, og når der så kommer børn? Det kunne jeg slet ikke overskue" (Deltager hold 4).

Flere af de andre deltagere på hold 4 havde samme oplevelse. Udover at det kunne være svært at nå rundt omkring alle til møderne, så nævner to af deltagerne, at de ikke ville have lyst til at dele deres oplevelser og erfaringer med så mange fremmede. Men de fortsatte alligevel, og de endte med at være syv på holdet. Både under graviditeten og efter fødsel oplever deltagerne på hold 4, at det giver motivation at deltage i mødegangene: "Du

kan bare tage ned og svømme, og du kan bare melde dig ind i et motionscenter. Men det er lige det med at få det gjort. Når man snakker godt sammen: "Jamen gør du, så gør jeg også", og så får man lige et spark i røven" (Deltager hold 4).

Observationerne af hold 4 viser også, at deltagerne ofte roser hinanden, når de fx er kommet af sted til motion eller har fulgt en madplan. Deltagerne på hold 4 fortæller også, at de ikke er hæmmet af at fortælle, når det går mindre godt. Samtidig føler de en forpligtelse over for hinanden: "Man kan heller ikke være bekendt at komme og have taget 10 kilo på" (Deltager, hold 4).

Opbakning fra de andre bliver også fremhævet i interviewet med de øvrige deltagere: "Vi hanker op i hinanden. Det gør vi godt nok. Der er altid én, der lige bakker op og siger: 'Hvorfor prøver du ikke at gøre sådan her, når du får lyst til noget sødt kl. 15?'" (Deltager øvrige hold). Det er dog ikke en selvfølge, at der er opbakning og en motiverende stemning på et hold. En deltager fra et mindre velfungerende hold bemærker følgende:



Det lyder som om, at det I gør, det gør I som gruppe, og I står sammen. Men i vores gruppe er det op til dig selv, om du får noget ud af det, og hvis du vil tabe dig, så er det op til dig selv. Det er ikke gruppen, der hanker op i dig. (Deltager øvrige hold)

Den pågældende deltager oplever heller ikke den motivation ved at deltage på holdet, som de andre giver udtryk for – hun oplever det modsatte: "Nærmest demotiverende, at der ikke sker det store på holdet, når man kommer" (Deltager øvrige hold). Og hun oplever ligeledes, at hvis nogen kommer med en god idé, så bliver det modarbejdet.

Når der er en god gruppedynamik, bakker deltagerne hinanden op, og ifølge fysioterapeuten betyder den gode gruppedynamik også noget for deltagernes fremmøde. Når gruppen fungerer mindre godt, falder mange af de gunstige aspekter ved at deltage i en gruppe bort. I værste fald kan deltagerne som beskrevet i følgende citat komme til at støtte hinanden i negativ retning: "Det bliver mere med, at vi bekræfter bare hinanden i, at når man ammer om natten, så er det også nødvendigt at tømme slikskålen. Det kan blive det modsatte, og det er noget skidt" (Deltager øvrige hold). Det er dog ikke noget, de taler om til de faste mødegange. Når sundhedsplejersken spørger, siger de, at de er gode til at hank op i hinanden.

At deltagerne kan bekræfte hinanden i, at noget usundt må være tilladt, ser vi også på hold 4. Én af de mødegange med hold 4, som DSI observerede, blev aflyst, og tre fra holdet mødtes privat. Her blev der disket op med sunde ting: nybagte grovboller, stave af gulerødder, peberfrugt og agurker samt nødder, juice og lidt ost. Efter mødrene har snakket et stykke tid, sker følgende:

Vi sidder alle ved bordet, mens vi snakker og hygger. Et af børnene er så småt ved at vågne, og moderen tager barnet op af barnevognen. To af børnene skal have noget at spise. Imens spørger én af mødrene, om tiden er ved at være inde til, at de skal have deres cola. De siger alle ja tak, og der bliver hentet tre dåser Coca Cola. De fortæller, at sundhedsplejersken gerne vil have, at de holder op med at drikke deres cola, men noget usundt skal man jo også have, fortæller de. "Ja, og det er også jul", siger én af dem.

(Observation af hold 4 i privat hjem)

Coca Colaen manifesterer her en form for modstand mod de sundhedsbudskaber, som deltagerne skyndes til at følge. Det er dog ikke sådan, at deltagerne på hold 4 generelt støtter hinanden i at fastholde usunde vaner. At det netop foregår, når sundhedsplejersken ikke er til stede, siger måske noget om, at deltagerne har brug for et frirum til at 'synde' indimellem. Til én af mødegangene med sundhedsplejersken blev det netop fremhævet, at det er ok at spise usundt en gang imellem – bare man er bevidst om det og nyder det, mens man gør det

(mindfulness). Der er imidlertid langt fra denne tilgang til, at deltagerne decideret støtter hinanden i de usunde valg.

Andre studier af indsatser for overvægtige gravide fremhæver også gruppedynamikens gunstige og også mindre gunstige indflydelse på deltagerne. I en undersøgelse af gruppekonsultationer for overvægtige gravide på Frederiksberg Jordemodercenter fremhæves det fx, at trygheden og fællesskabet ved at være på et hold var en styrkende faktor for motivationen (3). I en evaluering af en gruppebaseret indsats over for overvægtige gravide på Roskilde Sygehus har der derimod været en bekymring for, om de gravide støttede hinanden i, at det er i orden at være overvægtig. Som konsekvens heraf blev der i undervisningen lagt større vægt på, hvordan de gravide kunne støtte hinanden i fastholdelse af sunde madvaner (13).

Spredt termin blandt deltagerne

Holdene i 'Nyt liv – Nye vaner' er etableret, når der har været nok til at starte et hold. Som konsekvens heraf er der nogle hold, hvor deltagerne har haft meget spredt fødselstermin. Fysioterapeuterne giver udtryk for, at deltagernes spredte termin har gjort det svært at finde et niveau for den fysiske aktivitet, som alle deltagere har kunnet være med på. Spredningen i termin spiller også ind på gruppedynamikken:



Vi er otte på holdet, men vi er spredt meget ud terminsmæssigt [tre måneder, red.]. Jeg tror lidt, at det har gjort, at vi har været meget forskellige steder. Måske fordi vi ikke har været det samme sted i forløbet.

(Deltager hold X)

Ja, så har man ikke snakket om de samme ting: "Har du også ondt i lænden?"

(Deltager hold Y)

Deltageren på holdet med en spredning i termin på tre måneder, oplever generelt holdet som dårligt fungerende. Det skyldes formentlig ikke den spredte termin alene, men det spiller ind, at deltagerne har været så forskellige steder i deres graviditet.

At falde i hak og falde udenfor

Når man sætter et hold sammen af mennesker, der ikke kender hinanden, vil der altid være nogen, som falder bedre i hak med hinanden end andre. Sådan er det også i 'Nyt liv – Nye vaner'. Der er deltagere, som er meget stille, og andre som fylder meget. Til spørgsmålet, om der er nogen på holdet, der falder udenfor, svarer én af deltagerne fra ét af de øvrige hold: "Vi har én, som stiller mærkelige spørgsmål og snakker meget. Det har vi andre snakket om." Og en anden siger: "Ja, en enkelt, men det er vist mere, fordi hun er mere stille, men det er bare på en anden måde. Vi tager en runde, hvor alle kan sige, hvordan det går, og det gør hun også. Jeg tror hun får lige så meget ud af det" (Deltager øvrige hold).

Det ligger jordemødre og sundhedsplejersker meget på sinde, at der er en ordentlig omgangstone, og at der gives plads til alle deltagere under de planlagte mødegange. Det skaber desuden irritation hos deltagerne, når folk ikke dukker op uden at give besked herom. At nogle deltagere ser hinanden mere end andre, og hvordan deltagerne i øvrigt omgås hinanden uden for de fastlagte mødegange, mener fagpersonerne ikke, de har nogen indflydelse på:



Når de lærer hinanden at kende, og de mødes privat, så vil der i en gruppe på otte være nogen, der ser mere til hinanden end andre. Når de så er her, så skal de tale pænt til hinanden. Nogen går alene ud ad døren, mens andre går på café. Det er svært, men det er jo deres tid. Det er svært at blande sig i. Men hvis jeg var med i den gruppe, så ville jeg også være venlig, når de andre var der, men når vi var færdige, så ville jeg også vælge dem, som jeg havde lyst til at være sammen med. Så der er ikke noget ufred over det.

(Sundhedsplejerske)

At mødes på egen hånd og almindelige mødregrupper

Ud over de fastlagte mødegange med jordemoder, sundhedsplejerske og fysioterapeut, er der lagt op til, at deltagerne skal mødes på egen hånd. Det har været op til deltagerne selv at arrangere disse møder. Da hold 4 bliver interviewet efter 8. mødegang under graviditeten, har de endnu ikke mødtes på egen hånd. Efter fødslen har de mødtes på café et par gange, enten før eller efter de skulle mødes med fysioterapeuten. De har også mødtes en enkelt gang privat, da en mødegang med fysioterapeuten blev aflyst. To af deltagerne ser hinanden oftere, da de kender hinanden fra tidligere. De går til zumba sammen og går ofte også ture med barnevognen. De går også i den samme mødregruppe i deres lokalområde.

Af interviewet med de øvrige deltagere fremgår det, at det er meget forskelligt, hvor meget grupperne mødes på egen hånd. Men når de gør det, snakker de ofte – som det også er tilfældet for hold 4 – om alt andet end kost og motion. Der bliver hygget og talt om almindelige hverdagsting, børn og mænd – gængse emner for en helt almindelig mødregruppe. Om møderne på egen hånd siger én af deltagerne fra hold 4: *“Det har været rart, at vi har gjort noget ud over [at mødes med sundhedsplejersken, red.]. Det har været rart. Det har givet noget socialt og noget tillid”* (Deltager hold 4). Møderne på egen hånd gør således noget gavnligt for deltagernes kendskab til hinanden.

Det hænder også, at mad og motion bliver vendt, når deltagerne mødes på egen hånd. Fx fortæller deltagerne på hold 4, at de også taler om madplaner, og de serverer noget sundt for hinanden. Nogle hold laver også noget fysisk, hvis de mødes hos hinanden:



Én arbejder på en skole, og der kunne vi låne hallen. Men det er svært at planlægge, så alle kan. Vi mødes lidt forskelligt og ikke nødvendigvis alle på én gang. Når vi mødes, så har én en wii- eller en zumba-video, og så er det det, vi laver sammen, og det fungerer rigtig godt. Sundhedsplejersken er god til at opfordre til det og spørge ind til det, og hvad vi laver, og om vi bare sidder og spiser brunch. (Deltager øvrige hold)

Den geografiske spredning af deltagerne er en generel udfordring for holdene, når de forsøger at arrangere møder på egen hånd. Der er også flere af deltagerne, der går i en almindelig mødregruppe, fordi de gerne vil have et lokalt netværk. Det er tilfældet for tre ud af de fem interviewede deltagere fra de øvrige hold, og alle undtagen én på hold 4. Én af sundhedsplejerskerne fremhæver, at deltagerne har mange ambitioner om, hvad de skal nå i deres hverdag herunder at deltage i en almindelig mødregruppe. De mange ambitioner kan være en udfordring i forbindelse med at ændre vaner. Én af deltagerne på hold 4 reflekterer over netop det: *“Jeg er et socialt menneske, og derfor havde jeg brug for at være i en anden gruppe også. Men det kan også være, at det er derfor, at jeg har svært ved at overskue det [at ændre vaner, red.]”* (Deltager, hold 4, efter fødsel).

3.2.10 Opbakning fra hjemmefronten

Oprindeligt var det meningen, at deltagernes partnere skulle inddrages løbende i forløbet, men det er ikke blevet prioriteret. Flere af deltagerne nævner imidlertid, at opbakningen fra hjemmefronten er afgørende for, om de lykkes med at ændre vaner. Opbakningen handler blandt andet om, hvorvidt faderen også er med på at ændre kosten, for som én fremhæver:



Det betyder meget [opbakning fra hjemmefronten, red.]. Han siger, at vi skal være sunde, men når det kommer til stykket, så vil han gerne have pølser og spaghetti i stedet for det, jeg havde tænkt. Han synes også, at jeg skal dyrke motion, men alligevel ikke mere, end at det kan passe ind. Det er svært med hans arbejdstider. (Deltager hold 4)

Som deltagere fra hold 4 her fremhæver, så har det også betydning – når barnet er kommet til verden – at faderen er indstillet på fx at passe barnet, så moderen kan komme af sted til motion. Ligeledes er der flere deltagere, der oplever, at fædrene udtrykker deres opbakning, men at det kan knibe med opbakningen, når det kommer til konkret handling. Andre oplever fuld opbakning hjemmefra: *“100 % opbakning. Han er virkelig hjælpsom og vil gerne, så det er nok bare mere mig, der skal tage mig sammen” (Deltager hold 4)*. Sundhedsplejerskerne oplever også, at opbakningen fra hjemmefronten er afgørende. Den får de en god fornemmelse af, når de besøger nogle af deltagerne som almindelig sygeplejerske (jf. afsnit 3.1.1).

En dansk kvalitativ undersøgelse af otte mødres oplevelser af egen svær overvægt (BMI ≥ 30) viser, at mødrenes udøvelse af fysisk aktivitet netop er afhængig af, om der er nogen i det nære sociale netværk, som bakker dem op (14). Næsten alle interviewede mødre i undersøgelsen oplevede imidlertid ikke aktiv opbakning og støtte fra deres partner. Mødrene havde dog heller ikke gjort deres behov for støtte klart for deres partner.

3.3 Grunde til frafald og at takke nej til tilbuddet

Analysen af grunde til frafald og at takke nej til tilbuddet baserer sig på interview med fire gravide, der takkede nej til tilbuddet om at deltage i ‘Nyt liv – Nye vaner’ og interview med fire gravide, som deltog kortvarigt i projektet, men valgte at stoppe igen. I det følgende gennemgår vi, hvilke årsager de gravide havde til at takke nej eller at stoppe undervejs samt de oplevelser, de frafaldne nåede at få, inden de sprang fra.

3.3.1 Årsager til ikke at tage imod tilbuddet

De fire der på forhånd har sagt ‘nej tak’ til at deltage, siger alle, at den primære årsag til at takke nej var mangel på tid. På det tidspunkt, hvor de fik tilbuddet, lå mødegangene om formiddagen, hvor de alle fire gik på arbejde og ikke havde mulighed for at tage fri. Alle fire ikke-deltagere mener, at de ville have deltaget, hvis de havde haft mere tid, og tilbuddet var foregået om eftermiddagen, da de synes, det var et fint initiativ.

Det var dog kommet bag på to af ikke-deltagerne, at de var blevet tilbudt at deltage. Dels oplevede de, at det var ‘latterlige årsager’, som gjorde, at de var blevet tilbudt at deltage. Fx var det for den ene kun et kilo, der gjorde at hendes BMI var højt nok. Dels fordi de kom til at føle, at det blev en smule ‘formynderisk’: *“Jeg følte mig nok taget med bukserne nede. Det kom til at lyde formynderisk, da jeg kom; at jeg ikke var god nok til at passe på mig selv, så det skulle der nok komme nogen og gøre” (Ikke-deltager)*. De jordemødre, der ved første jordemoderkonsultation introducerer tilbuddet for de gravide, er ikke nødvendigvis én af de fire jordemødre, der har fået en vægtstoppådgiveruddannelse. Disse almindelige jordemødre er blevet orienteret om indsatsen, men er ikke nødvendigvis blevet instrueret i, hvordan de introducerer tilbuddet til de overvægte gravide.

3.3.2 Årsager til frafald

Ud af de fire, der faldt fra, var der én, som kun deltog i indslusningssamtalen, mens de resterende tre alle deltog i første møde med holdet. Personen, som kun deltog i indslusningssamtalen, begrundede sin beslutning med, at det fokus, der var på vægt i hendes kontakt med sundhedssystemet, blev et for stort pres for hende:



Jeg synes det handler meget om ens vægt hele tiden ... Til sidst synes jeg det blev alt for meget. Jeg kunne ikke sove om natten, for det skulle hele tiden handle om min vægt, og hver gang jeg kom til jordemoder, jamen så fik jeg skæld ud, fordi jeg havde taget på.

(Deltager i indslusningssamtalen)

De resterende tre har alle været interesserede i tilbuddet, men de har haft svært ved at passe den ugentlige mødegang ind i deres øvrige hverdagsliv med arbejde og børn. Én af dem fortæller: *“Vi kunne slet ikke få det til at hænge sammen. Og så syntes jeg bare, at jeg blev helt stresset af det. Og så tænkte jeg, at så måtte jeg vælge fra, og så blev det nødt til at være det”* (Frafalden – deltaget i 1. mødegang).

De tre, som nåede at deltage i første mødegang, nævner holdets størrelse som problematisk. Fx var de 12 på et hold – det var ifølge én af de frafaldne mange mennesker at forholde sig til. Én følte sig ung i forhold til de andre, en anden ville hellere prioritere en mødregruppe i lokalområdet, og den tredje nævner, at det for hende kunne blive en ulempe at deltage på et hold:



Jeg ved ikke, hvor motiverende det er for mig at være sammen med andre. Nu kunne jeg også se, at de andre de var alle sammen piger, der sådan rigtig havde høje BMI'er. Jeg tror faktisk, at jeg ville kunne komme til at syntes, at jeg var det lille fnug, og at det så ikke betød så meget, hvis jeg kom til at tage noget på. (Frafalden – deltaget i 1. mødegang)

De interviewede frafaldne har således forskellige grunde til at droppe ud af 'Nyt liv – Nye vaner', som knytter sig til hverdagslige og praktiske forhold. Men ingen af dem angiver, at det er indsatsen som sådan, der er noget i vejen med. Tværtimod synes de, at det er et rigtig fint initiativ: *“Jeg har fået rigtig, rigtig meget ud af det. Især med alle de oplysninger man fik og de brochurer. Det har virkelig hjulpet mig”* (Frafalden – deltaget i 1. mødegang). Bortset fra et stort deltagerantal på holdene er det således ikke indholdet eller tilrettelæggelsen af indsatsen, der synes at have betydning for, at de interviewede valgte at stoppe.

I tråd med udmeldinger fra deltagerne nævner to af de frafaldne dog, at starttidspunktet for indsatsen gerne måtte ligge tidligere i graviditeten. De oplever, at de havde størst motivation til ændring af deres vaner i begyndelsen af graviditeten:



Det er sent, det her med at man skal prøve at passe på og holde vægten nede og sådan noget. Når man når til 30. uge; løbet er et eller andet sted kørt. Det havde været meget mere relevant at få fat i os ved 10.-11. uge, tror jeg ... Og vi var jo alle sammen på det plan. Så det kan da godt være, at hvis jeg var blevet fanget i det sådan omkring 10.-11. uge, at det havde været anderledes, og motivationen så måske havde været større. (Frafalden – deltaget i 1. mødegang)

4 Konklusion

Fordele og ulemper ved organiseringen af 'Nyt liv – Nye vaner'

Det er en klar styrke ved indsatsen, at den strækker sig over både graviditet og efter fødsel, især fordi det bliver en ekstra stor udfordring for deltagerne at fastholde eller ændre vaner, når de bliver mødre. Fra både deltagere og også fra frafaldne er der dog et klart ønske om, at indsatsen starter tidligere i graviditeten, så en uhensigtsmæssig vægtøgning bremses så tidligt som muligt. Deltagerne efterspørger også flere mødegange med fysioterapeuten i starten af forløbet, hvor de er mindre besværede og mere motiverede for at være fysisk aktive. Den fysiske aktivitet bidrager ligeledes til at ryste deltagerne sammen.

Deltagerne oplever en fin fortsættelse af forløbet fra jordemoder til sundhedsplejerske med det ene forbehold, at det kan være svært at fastholde de gode vaner i perioden efter fødsel og frem til første mødegang med sundhedsplejersken. Det bidrager til følelsen af kontinuitet hos deltagerne, at de kender hinanden, når de mødes igen efter fødsel.

Der er generel tilfredshed med, at mødegangene med fysioterapeuten er fordelt mellem graviditet og fødsel. Dog oplever deltagerne, at der går lang tid imellem mødegangene med fysioterapeuten. Fysioterapeuten har således vanskeligt ved at opbygge et godt kendskab til deltagerens behov. Desuden ved fysioterapeuten ikke ret meget om, hvad der foregår til mødegangene med jordemødre og sundhedsplejerske og omvendt. Den fysiske aktivitet kommer dermed til at fremstå som et separat led i indsatsen.

Både jordemødre, sundhedsplejersker og fysioterapeuter oplever en stor fordel i, at de nu alle deltager i første mødegang før fødsel og sidste mødegang efter fødsel, og at sundhedsplejerske og eventuelt fysioterapeut også deltager ved sidste mødegang med jordemoderen. Herved fremstår de som en helhed overfor deltagerne.

Samarbejde og videndeling mellem jordemødre, sundhedsplejersker og fysioterapeuter

Fagpersonerne har oplevet indsatsen som meget opdelt mellem dem som faggrupper. Fordi jordemødrene og sundhedsplejerskerne/fysioterapeuterne arbejder i forskellige sektorer, har de ikke tradition for at mødes. Ligeledes har det været svært at træffes pr. mail og telefon, bl.a. fordi jordemødre og sundhedsplejersker har forskellig struktur på deres arbejdsdag. Men jo flere gange de har mødtes på tværs og diskuteret indsatsen, des mindre er oplevelsen af at være opdelt dog blevet.

Vidensoverleveringen på tværs af faggrupper har været begrænset. Særligt sundhedsplejerskerne har savnet viden fra jordemødrene om gruppedynamikken på holdene. Sundhedsplejerskerne har derfor startet holdene op uden at vide, hvordan holdet fungerer, og om nogle af deltagerne har det særlig svært.

Dialogen og forløbet med deltagerne i 'Nyt liv – Nye vaner'

Fagpersonerne oplever stor forskel på gruppedynamikken på holdene og tilsvarende forskellig succes med at håndtere det. Det er især en udfordring at få aktiveret og givet plads til alle på holdet. Jordemødre og sundhedsplejersker finder også rollen som katalysator for deltagerens forandringsprocesser udfordrende. I konceptet er der lagt op til, at det er deltagerne selv, der skal tage ansvar og ændre vaner. Men flere jordemødre og sundhedsplejersker oplever, at deltagerne går i stå, og i de situationer bliver de som fagpersoner i tvivl om, hvor meget de kan tillade sig at skubbe på. Jordemødre og sundhedsplejersker oplever desuden, at der ofte dukker psykologiske problemstillinger op i samtalerunderne med deltagerne, som de som fagperson ikke føler sig rustet til at håndtere.

Oplevelse af introduktionen af tilbuddet

Deltagerne synes, at tilbuddet blev introduceret på en god og behagelig måde. To af de fire interviewede, der takkede nej til tilbuddet, var dog overraskede over at få tilbuddet. Den ene fordi hun kun var et kilo fra at falde uden for målgruppen. Den anden oplevede introduktionen af tilbuddet som fornynderisk

Deltagerne oplevelse og udbytte af indsatsen

En holdstørrelse på 6-7 deltagere er ifølge både fagpersoner og deltagere passende. Hvis holdet bliver meget mindre, bliver det for sårbart overfor afbud. Hvis holdet er større, er det svært at nå rundt omkring alle, og det virker voldsomt på deltagerne at skulle dele oplevelser og erfaringer med så mange.

Øget bevidsthed og fokus på valg omkring kost og motion er det, deltagerne nævner som det væsentligste udbytte af at have deltaget i 'Nyt liv – Nye vaner'. Det er imidlertid ikke alle, der har opnået det væggtab, som mange af dem havde ønsket. Deltagerne har fået rigtig meget ud af runden, hvor de deler erfaringer med og får inspiration fra de andre holddeltagere.

Det er dog først, når deltagerne har lært hinanden at kende, at de for alvor får noget ud af erfaringsudvekslingen. De fleste deltagere oplever, at det giver motivation at møde op til mødegangene og få opbakning fra de andre. Det er dog ikke en selvfølge, at der er op-

bakning og motiverende stemning på holdet. I værste fald kan deltagerne komme til at støtte hinanden i negativ retning.

Oplevelserne af jordemødrenes oplæg om kost er blandende. Mange af deltagerne kender de faktuelle ting omkring kost – dog er der øjenåbnere undervejs. Deltagerne finder det derfor passende, at oplæggene om kost kun fylder ¼ af mødetiden, og resten bruges på runden. Jordemødrene gør dog opmærksom på, at der er stor forskel på vidensniveauet fra hold til hold.

De fleste deltagere ser en stor værdi i, at det netop er en jordemoder og en sundhedsplejerske, der står for mødegangene. For deltagerne skaber det tillid og tryghed, at dem, der skal støtte dem i at ændre vaner, også har viden om graviditet, spædbørn og moderskab. Deltagerne oplever også dialogen med jordemødre og sundhedsplejersker som god. Deltagerne lægger særlig vægt på, at der er en god ping-pong mellem deltagere og fagpersoner, og at fagpersonerne har en ikke-fordømmende tilgang. Samtidig sætter deltagerne pris på at blive hanket op i. De deltagere, som ikke oplever dette, efterlyser en mere fast hånd. Deltagerne er glade for, at det er frivilligt at blive vejlet til mødegangene.

Deltagerne har haft meget forskellige forventninger til den fysiske aktivitet. Nogle synes det er fint at få introduceret forskellige øvelser, de kan udføre derhjemme, mens andre efterlyser et mere intensivt forløb. Fysioterapeuterne har haft en vanskelig opgave med at opfylde disse meget forskelligrettede behov og ønsker. Mange deltagere har været meget besværende i graviditeten, og tilsvarende begrænsede i at lave ret meget fysisk aktivitet. En stor spredning i termin på nogle af holdene har også gjort det svært at finde et niveau i den fysiske aktivitet, som alle kunne være med på. Efter fødslen er de fleste deltagere mindre besværede. Til gengæld skaber børnene en del distraktion. Nogle af deltagerne virker desuden tilbageholdne med at give sig i kast med fysiske øvelser, der giver sved på panden. Det er med til at skabe en underliggende for det fysiske aktivitetsniveau på hele holdet. At der samtidig ikke er lagt op til, at deltagerne klæder om til træningstøj, understøtter tilbageholdenhed over for at lave fysisk krævende øvelser. Den fysiske aktivitet har imidlertid en afgørende social funktion, idet den bidrager til, at deltagerne på holdet lærer hinanden at kende. Dette er også én af grundene til, at deltagerne gerne vil have mere fysisk aktivitet i starten af forløbet.

Det er tænkt som en del af indsatsen, at deltagerne mødes på egen hånd mellem mødegangene. Det har været meget varierende, i hvilket omfang det er sket. Når de mødes, er det med til at understøtte deltagerens kendskab til hinanden.

Oprindelig var det meningen, at deltagerens partnere skulle inddrages løbende i forløbet. Det er de ikke blevet, men opbakningen – eller mangel på samme – er helt afgørende for deltagerens succes med at ændre vaner.

Grunde til frafald og at takke nej til tilbuddet

De fleste af de otte interviewede, der enten takkede nej eller faldt fra, var glade for at få tilbuddet om at deltage i 'Nyt liv – Nye vaner'. En enkelt oplevede det fokus, der var på hendes vægt, negativt. Den væsentligste årsag til at takke nej til tilbuddet eller falde fra holdet var, at kvinderne fandt det svært at passe det ind i hverdagen – særligt hvis mødetidspunkterne lå om formiddagen, og kvinderne havde arbejde. Bortset fra det sene starttidspunkt og for store hold syntes de interviewede, at 'Nyt liv – Nye vaner' var et udmærket initiativ. Hvis de havde haft mere tid, ville de gerne have deltaget.

5 anbefalinger

Forud for udarbejdelsen af dette notat blev der i oktober 2010 afholdt et procesmøde. Her deltog projektleder og chefkonsulent fra Region Syddanmark, ledere for jordemødre og sundhedsplejersker samt jordemødre, sundhedsplejersker og fysioterapeuter involveret i 'Nyt liv – Nye vaner'. På mødet fremlagde DSI de foreløbige resultater fra de observationer og

interview, der var gennemført på det tidspunkt. Her blev indsatsen diskuteret, som den havde forløbet indtil dato. Mødet førte ikke til konkrete ændringer i indsatsen, men følgende pointer blev fremhævet:

- Rekruttering tager tid, og det er vigtigt at dette indtænkes i planlægningen. Det er vigtigt at arbejde for at deltagerne inkluderes så tidligt som muligt i svangerskabet – dog først efter 12. svangerskabsuge.
- Det er afgørende med en individuel samtale i begyndelsen af forløbet, hvor man foretager en forventningsafstemning samt sikrer, at deltagerne forpligter sig til at følge forløbet og yde en indsats.
- Det skaber en sammenhæng i forløbet, at alle fagpersoner, deltagerne kommer til at møde, introduceres allerede ved det første møde.
- Gruppedynamik og netværksdannelse er afgørende for deltagernes oplevelse af forløbet.
- Motion bør indtænkes systematisk gennem hele forløbet og gives et særligt fokus i begyndelsen, hvor deltagerne ikke er for begrænset fysisk af deres graviditet. At dyrke motion sammen har også en positiv effekt på gruppedynamik og netværksdannelse.

Mange af pointerne ligger i tråd med DSI's anbefalinger, som vi beskriver i det følgende.

■ **Der skal faciliteres en møde- og samarbejdskultur på tværs af de involverede fagpersoner**

I en tværsektoriel indsats som 'Nyt liv – Nye vaner', er det ikke givet, at de involverede fagpersoner af sig selv arrangerer møder og sætter sig sammen for at koordinere indsatsen. Erfaringer fra projektet viser, at det endda kan være svært at træffe hinanden over telefon og mail. Helt lavpraktisk skal der derfor laves aftaler om, hvordan og hvornår man træffer hinanden.

■ **Videndeling på tværs af faggrupper skal organiseres**

Generelt har de involverede faggrupper gavn af at vide, hvad de andre foretager sig på holdene. Det giver mulighed for at følge op eller fortsætte en linje på de enkelte hold, så der bliver en rød tråd i indsatsen. Samtidig kan man lade sig inspirere af hinanden og drage nytte af hinandens erfaringer.

Specifikt efterspørger sundhedsplejerskerne viden om gruppedynamikken på det hold, de overtager fra jordemoderen. De to faggrupper foreslår selv et formøde mellem jordemoder og sundhedsplejerske. Et sådant formøde kunne indtænkes som en fast del af indsatsen, der skal planlægges på lige fod med mødegangene med deltagerne, ligesom der afsættes specifikke timer til det. Fysioterapeuterne bør også indtænkes, da de kan have oplysninger eller observationer af holdet, som kan supplere jordemoderens. Som et alternativ til et møde, kunne overleveringen af holdene foregå via e-mail. Det giver imidlertid ikke mulighed for at spørge uddybende ind til de beskrivelser, som den pågældende fagperson giver af holdet.

■ **Fagpersonerne skal klædes bedre på til at håndtere gruppedynamikker og katalysatorrollen**

Når en indsats er gruppebaseret, er det vigtigt, at fagpersonerne klædes på til at håndtere de udfordringer, som sociale gruppeprocesser utvivlsomt skaber. Deltagernes udbytte af indsatsen har nemlig stor sammenhæng med, hvordan deres hold fungerer.

Jordemødre og sundhedsplejersker foreslår, at der opstilles sociale spilleregler for holdene, som bl.a. handler om at respektere hinanden, at give hinanden taletid og at melde afbud, hvis man er forhindret i at deltage i en mødegang. Det er en udmærket idé, men det gør det ikke alene. Fagpersoner skal være fagligt rustet til at understøtte positiv gruppedynamik og kunne bremse de mindre konstruktive processer. At håndtere gruppedynamikker kræver en særlig faglig kompetence på linje med den faglige kompetence, de involverede fagpersoner i 'Nyt liv – Nye vaner' har inden for sundhed, graviditet, spædbørn og fysisk

aktivitet. Det drejer sig ikke blot om viden, men også om at fagpersonerne har konkrete redskaber, de kan tage i brug, når sociale problematikker i gruppen opstår.

Det kræver også faglig kompetence og ikke mindst erfaring at katalysere forandringsprocesser hos deltagerne. Jordemødre og sundhedsplejersker har gennem deres almindelige arbejde med gravide og mødre stor erfaring med at videregive viden. Det kan være svært at træde tilbage fra den rolle, særligt når deltagerne også gerne vil have råd og vejledning omkring graviditet og spædbørn til mødegangene.

Både i forhold til at håndtere gruppedynamikker og katalysatorrollen efterspørger én af sundhedsplejerskerne at være to sundhedsplejersker tilknyttet de store hold. Ved at være to vil de kunne skiftes til at være på og den anden hjælpe med børnene. Derudover vil de kunne give hinanden feedback på deres håndtering af gruppen. I det omfang det er muligt, vil det for samtlige faggrupper være givtigt at overvære og give feedback på hinandens undervisning og dialog med deltagerne.

I patientuddannelser rettet mod patienter med kroniske sygdomme arbejdes der med forskellige sundhedspædagogiske metoder, og der kunne være inspiration at hente både i forhold til at håndtere gruppeprocesser og katalysere forandringer. I patientuddannelsen 'Lær at leve med kronisk sygdom', som udbydes af Komiteen for Sundhedsoplysning, og i det nyudviklede patientuddannelseskoncept 'Vejen Videre'⁴, udviklet i samarbejde mellem Komiteen for Sundhedsoplysning og Region Syddanmark, bruges der konkrete metoder til håndtering af gruppe- og forandringsprocesser. Udover en allerede publiceret litteraturgenmængning af sundhedspædagogiske metoder i patientuddannelse (15) udkommer Steno Center for Sundhedsfremme i efteråret endvidere med en publikation om sundhedspædagogik, der belyser arbejdet med gruppe- og forandringsprocesser. I 2012 udkommer også en rapport fra DSI, baseret på casestudier af patientuddannelser i Region Syddanmark, som vil belyse, hvad man skal tage højde for, når man arbejder med gruppeprocesser i patientuddannelser (personlig kommunikation med Lone Grøn, DSI).

■ Fagpersonerne skal kende egne begrænsninger i at håndtere deltageres psykiske problemer og kende til mulighederne for at få professionel psykologhjælp

I visitationen til en indsats som 'Nyt liv – Nye vaner' er det vigtigt, at der sker en vurdering af, hvem der kan profitere af og kan håndtere at være på et hold, og hvem der vil have større gavn af et individuelt forløb med fokus på egne problemstillinger. Ofte er der knyttet psykologiske problemstillinger til overvægt (16). Det ligger dog ikke inden for rammerne af 'Nyt liv – Nye vaner' at håndtere svære psykologiske problemstillinger hos deltagerne. Hvis der fx er tale om deciderede spiseforstyrrelser, har deltagerne brug for professionel psykologisk hjælp. Det er dog ikke nødvendigvis alt, der kan blive afdækket, og som de gravide fortæller om til fx en indslusningssamtale. Derfor er det vigtigt, at fagpersonerne er klar over overvægtens psykologiske aspekter og melder klart ud, hvis deltagerens problemer kræver anden hjælp end den, de som vægtstoprådgivere kan give. Samtidig skal fagpersonerne kende til de muligheder, deltagerne har for at få professionel psykologhjælp. Fx kan deltagerne blive henvist til og få tilskud til psykologhjælp gennem egen læge⁵. Jordemødre og sundhedsplejersker efterlyser dog mulighed for selv at kunne henvise til en psykolog, når de kommer til kort i forhold til deltagerens eventuelle psykiske problemer.

4 På 'Lær at leve med kronisk sygdom' underviser patienter andre patienter, mens det er fagpersoner, som underviser på 'Vejen Videre'.

5 Deltagerne skal selv tage kontakt til egen læge. Der er imidlertid kun personer, der opfylder særlige vilkår, og som den praktiserende læge skønner, er i krise, der har ret til henvisning og tilskud. Det drejer sig om personer, der har været ude for voldsomme hændelser såsom røveri, vold, trafikulykker, dødsfald eller alvorlig sygdom. Hjælpen skal søges inden 6 måneder efter hændelsen indtraf (www.psykologkontakt.dk).

■ **Der skal være mellem 6-7 deltagere på holdene og max en måneds forskel i fødselstermin**

Det bør efterstræbes at lave hold med 6-7 deltagere, da en sådan størrelse ikke er for sårbar over for afbud, og samtidig er der ikke for mange til at nå omkring under runden. Af hensyn til udbyttet af den fysiske aktivitet, opstarten efter fødsel og dynamikken på holdet bør det desuden efterstræbes, at deltagerne på de enkelte hold har termin så tæt på hinanden som muligt (max. en måneds spredning).

■ **Indsatsen skal starte så tidligt som muligt**

Deltagerne har et klart ønske om, at indsatsen starter tidligere i graviditeten, så en uhenigtsmæssig vægtøgning bremses så tidligt som muligt. I fald dette skal imødekommes, skal de gravide visiteres inden første jordemoderkonsultation, som typisk foregår mellem uge 12 og 15. Den første kontakt med sundhedssystemet har den gravide sædvanligvis med den praktiserende læge (mellem uge 6 og 10) og herefter ultralydsscanning (mellem uge 11 og 13). Potentielt set kunne de praktiserende læger have en mere central rolle i forhold til at visitere deltagere. Fra andre projekter er det dog velkendt, at det kan være vanskeligt at få de praktiserende læger til at påtage sig en central rolle i et projekt eller et tiltag over for en særlig patientgruppe (17,18). Almen praksis består af små selvstændige enheder, og den enkelte læge skal tage sig af mange opgaver og modtager information om mange andre tilbud til deres patienter. Desuden ser den praktiserende læge måske kun ganske få overvægtige gravide i deres konsultation. At få almen praksis gjort bekendt med tilbuddet er i sig selv en udfordring. At satse på en hurtigere proces omkring indslusning – måske i forbindelse med ultralydsscanning – og samtidig sørge for, at der starter nye hold op med forholdsvis korte intervaller, er formentlig en mere farbar vej.

■ **Det er vigtigt at få opbygget en god gruppedynamik fra start**

Deltagerne får mest ud af indsatsen, hvis de er på et hold, hvor man motiverer hinanden og indbyrdes bakker hinanden op. Udbyttet af erfaringsudvekslingen mellem deltagerne baserer sig desuden på tillid og kendskab til hinanden. Det er derfor afgørende, at fagpersonerne skaber gode rammer for, at deltagerne kan lære hinanden at kende. Dette er særligt vigtigt i starten, hvor deltagerne ikke kender hinanden så godt, og hvor samværsformen og omgangstonen på holdet grundlægges.

■ **Indholdet i vidensformidlingen skal tilpasses de enkelte hold**

Vidensniveauet er forskelligt fra hold til hold. Derfor er det vigtigt, at indholdet i vidensformidlingen tilpasses de enkelte hold. I praksis kan det være en vanskelig opgave. Dels ved vægtstoprådgiveren ikke på forhånd, hvilket niveau den enkelte deltager eller holdet er på. Dels kan det være svært at målrette undervisningen til et hold, hvor vidensniveauet internt på holdet er meget forskelligt. Dette må især opleves af fagpersoner, der har opøvet en evne til at spore sig ind på det enkelte individ i én-til-én konsultationer.

Derudover er det vigtigt, at den meget specifikke og detaljerede sundhedsfaglige viden om fx kost omformuleres og omformes, så den bliver relevant for deltagerne.

■ **Formålet med den fysiske aktivitet skal afklares og indtænkes mere i starten af indsatsen**

Det er brug for klarhed omkring formålet med den fysiske aktivitet, så deltagerne ikke får en forventning om, at de skal deltage i et intensivt træningsforløb. Alternativt kunne man overveje, at lave et mere intensivt træningsforløb for dem, som gerne vil det – eventuelt på tværs af nogle af holdene.

Deltagerne vil gerne have, at der var indlagt mere fysisk aktivitet tidligere i indsatsen, hvor de er mere mobile. Samtidig kan det være med til at ryste holdet sammen. Når man ikke kender hinanden, er det nemmere at mødes om fysisk aktivitet fremfor at sidde og

fortælle om sig selv. Deltagerne lægger dog også vægt på, at den fysiske aktivitet ligger både før og efter fødsel. Man kan overveje at lægge flere mødegange ind med fysisk aktivitet, eller som deltagerne foreslår:

- at kombinere mødegangene med jordemødre og sundhedsplejersker med fysisk aktivitet – det behøver ikke nødvendigvis at kræve fysioterapeutens tilstedeværelse
- at arrangere, at deltagerne mødes om fysisk aktivitet på egen hånd.

■ **Formålet med møder på egen hånd skal afklares og organiseringen af dem styrkes**

Hvis det anses som en del af indsatsen og har et vigtigt formål at holdene skal mødes på egen hånd, skal fagpersoner sælge ideen og forklare deltagerne, hvilken funktion disse møder har. Der kan være brug for at understøtte planlægningen af møder på egen hånd i opstarten, hvor deltagerne ikke kender hinanden så godt. En af jordemødrene foreslår, at møderne planlægges på forhånd ligesom mødegangene med fagpersoner og ikke som nu aftales fra gang til gang.

■ **Opbakningen fra hjemmefronten skal indtænkes i indsatsen**

Det vil være relevant at inddrage fædrene i et eller andet omfang, fordi deres opbakning er så central for, om deltagerne lykkes med at ændre vaner i det lange løb. Deltagerne foreslår, at fædrene kunne være med til en enkelt mødegang med jordemoderen. Deltagerne ønsker dog ikke, at fædrene er med ved runden, fordi det vil gå ud over snakken, og der vil være mindre åbenhed. Som minimum kunne en mødegang handle om opbakningen fra hjemmefronten, og hvordan deltagerne kunne gøre deres behov for opbakning klar for deres partner.

Litteratur

- 1) Mikkelsen PB. Små skridt til vægttab – der holder. København: Komiteen for Sundhedsoplysning & Sundhedsstyrelsen; 2011.
- 2) Høgsbro K. Procesevaluering. In: Rieper O, editor. Håndbog i evaluering. Metoder til at dokumentere og vurdere proces og effekt af offentlige indsatser. København: AKF; 2004.
- 3) Skov L, Bjerre L. Gruppekonsultation for overvægtige gravide. Et eksempel på intervention. København: Frederiksberg Jordemodercenter; 2005.
- 4) Clausen JA. Sårbare gravide – mødet og samarbejdet mellem den gravide og de professionelle. Århus: Afdelingen for Sundhedsfremme, Udvikling og Forskning, Århus Amt; 1999.
- 5) Hansen MS, Fogsgaard A. Evalueringsrapport. Kursus for overvægtige gravide. Silkeborg: Silkeborg Centralsygehus; 2005.
- 6) Christensen A. Metoder og redskaber til indsatser mod overvægt. Erfaringer fra 26 projekter belyst ud fra forskellige temaer. København: Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 7) Grøn L. Krop og hverdag i forandring. Sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdagsliv. Vejle: Sundhedsforvaltningen, Vejle Amt; 2005.
- 8) Devine CM, Bove CF, Olson CM. Continuity and change in women's weight orientations and lifestyle practices through pregnancy and the postpartum period: the influence of life course trajectories and transitional events. *Soc Sci Med* 2000 02;50(4):567-582.
- 9) O'Toole ML, Sawicki MA, Artal R. Structured Diet and Physical Activity Prevent Postpartum Weight Retention. *Journal of Women's Health* 2003;12(10):991-998.
- 10) Wiles R. 'I'm not Fat, I'm Pregnant': The Impact of Pregnancy on Fat Women's Body Image. In: Wilkinson S, Kitzinger C, editors. *Women and Health. Feminist Perspectives*. London: Taylor & Francis; 1994. p. 33-48.
- 11) Claesson IM, Josefsson A, Cedergren M, Brynhildsen J, Jeppsson A, Nystrom F, et al. Consumer satisfaction with a weight-gain intervention programme for obese pregnant women. *Midwifery* 2008 Jun;24(2):163-167.
- 12) Martin HM. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patienternes perspektiv (DSI rapport 2010.01). København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 13) Brændgaard N. *Lettere Liv*. Evaluering af graviditet og fødsel hos overvægtige gravide, der har deltaget i projekt *Lettere Liv* i perioden januar 2004 – juni 2006. Roskilde: Roskilde Amts Sygehus; 2006.
- 14) Brødsgaard A. Mødres oplevelser og vurderinger af egen svær overvægt og risikoen for at deres børn udvikler overvægt – et fænomenologisk studie (Masterafhandling). København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Master of Public Health, Københavns Universitet; 2005.
- 15) Grabowski D, Jensen BB, Willaing I, Zoffmann V, Schiøtz ML. Sundhedspædagogik i patientuddannelse. En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse. Vejle: Region Syddanmark og Steno Center for Sundhedsfremme; 2010.
- 16) Madsen SA, Grønbæk H, Olsen H. Psykologiske aspekter ved overvægt (statusartikel). *Ugeskrift for Læger* 2006;168(2).
- 17) Buch MS, Olesen E. Forløbskoordinerende funktion i kommunalt regi. Erfaringer fra to udviklingsprojekter. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- 18) Rasmussen SR, Borst L, Albæk J. Evaluering af 'Gode rammer for hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt'. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.