



AARHUS UNIVERSITET

Kandidatafhandling, 10. semester  
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab  
Health, Aarhus Universitet

Rekruttering af borgere til projekt Tjek dit helbred  
– en fænomenologisk undersøgelse af, hvad der har betydning for  
valget omkring deltagelse

*Recruiting citizens for Check Your Health Preventive Program  
– a phenomenological study of what affects the choice of participation*

Line Ballegaard  
Studienr. 201207296  
Vejleder: Karen Korning Zethsen

Dato: 1. juni 2018  
Anslag: 191.837 (79,9 sider)

Må ikke offentliggøres via Black Board.

## Resumé

**Titel:** Rekruttering af borgere til projekt Tjek dit helbred – en fænomenologisk undersøgelse af, hvad der har betydning for valget omkring deltagelse.

**Baggrund:** Cirka en tredjedel af den danske befolkning lever i dag med én eller flere kroniske livsstilsrelaterede lidelser, og andelen af kronikere stiger. Der foreligger derfor et væsentligt folkesundhedsmæssigt potentiale i at fremme effektive og veldokumenterede forebyggelsesinterventioner i det danske sundhedsvæsen. Helbredstjek har til formål at forhindre tidlige symptomer i at udvikle sig til behandlingskrævende, kroniske lidelser. Tjek dit helbred er et eksempel på et massescreeningsprogram i Randers kommune, hvor helbredstjek udgør det forebyggende element. For at livsrelaterede sygdomme kan forebygges, forudsættes det, at målgruppen deltager i helbredstjekkene. I en brugerundersøgelse fra 2017 har man identificeret en række barrierer for deltagelse i helbredstjek hos Tjek dit helbred, men man kender endnu ikke til de dybereliggende årsager til udeblivelse.

**Formål:** Formålet med indeværende speciale er at undersøge nærmere, hvordan man kan optimere den skriftlige rekrutteringsprocedure i Tjek dit helbred med henblik på at få flest mulige borgere til at deltage. Midlet hertil er at skabe kvalitativ indsigt i, hvad der for de inviterede borgere har betydning for valget omkring deltagelse i Tjek dit helbred.

**Metode:** Til at undersøge, hvad der kan have betydning for valget omkring deltagelse i Tjek dit helbred, er en kvalitativ forskningstilgang anvendt. Fænomenologi har dannet en videnskabsteoretisk ramme om en induktiv indholdsanalyse. Ni semistrukturerede interviews er udført med ni tilfældigt udvalgte borgere i Randers kommune, som har været inviteret til et helbredstjek hos Tjek dit helbred. Heraf har fem af informanterne valgt at deltage i et helbredstjek, og fire har valgt ikke at deltage.

**Resultater og konklusion:** Seks kategorier blev udledt af analysen; 1) Oplevelsen af at have udfordringer i hverdagen, 2) Graden af ansvarsfølelse over for eget helbred, 3) Øvrig brug af sundhedsvæsenet, 4) Påvirkningen fra omgivelser, 5) Opfattelsen af egen risiko for at blive syg samt 6) Følelsen af at blive imødekommet.

De fremkomne kategorier bidrog til udviklingen af en række anbefalinger til forandringstiltag i forbindelse med den skriftlige rekrutteringsprocedure. Anbefalingerne blev struktureret ud fra Becker Jensens sundhedskommunikative planlægningsspørgsmål, som blev vurderet anvendelige, når målet er at kommunikere på borgernes præmisser. Anbefalingerne er tiltænkt projektledelsen i Tjek dit helbred i forbindelse med planlægningen af den fremadrettede skriftlige rekrutteringsprocedure, når Tjek dit helbred skal køres i drift i 2019.

## Abstract

**Title:** Recruiting citizens for Check Your Health Preventive Program – a phenomenological study of what affects the choice of participation.

**Introduction:** Today, about one third of the Danish population suffers from either one or more chronic diseases, and a growing number of people are living with a chronic disease. Therefore, there is a significant public health potential in promoting effective and well-documented preventive intervention programs in the Danish health care system. Health checks aim to prevent early symptoms from developing into chronic diseases that require chronic care. The Danish Check Your Health preventive program is an example of a mass screening program in Randers Municipality, where health checks constitute the main preventive element. In order to prevent lifestyle-related chronic diseases, participation is necessary. However, a quantitative survey from 2017 has identified a number of barriers to participate in the health checks of Check Your Health Preventive Program, but the root causes of absence are still to be investigated.

**Objective:** The aim of this thesis is to investigate how the written recruitment procedure in Check Your Health Preventive Program in order to increase the participation rate. To do this, the intention is to provide qualitative insight into the elements affecting the choice of participation.

**Methods:** To investigate what may affect the choice of participation in Check Your Health Preventive Program, a qualitative research approach has been used. The study group consisted of nine randomly selected citizens in Randers Municipality who have been invited to a health check at Check Your Health Preventive Program. Five of the citizens were participants and the remaining four were non-participants. Nine semi-structured interviews have been conducted, transcribed and analysed. The use of phenomenology as a scientific theoretical framework has formed an inductive content analysis.

**Results and conclusion:** Six categories were derived from the analysis; 1) The experience of having challenges in everyday life, 2) The degree of sense of responsibility towards one's own health, 3) The general use of health care service, 4) The influence of social environment, 5) Risk perception and 6) The experience of being met by the system.

These categories contributed to the development of a series of recommendations for changes of the written recruitment procedure. The recommendations were structured on the basis of Becker Jensen's planning questions which have been considered useful in health communication. The recommendations are intended for the project management of Check Your Health Preventive Program in the planning of the written recruitment procedure which is to be put into operation in 2019.

## Indholdsfortegnelse

1.0 Baggrund .....	5
1.1 Initierende problem .....	5
1.2 Problemanalyse .....	5
1.2.1 Behovet for tidlig opsporing .....	6
1.2.2 Helbredstjek .....	7
1.2.3 Social ulighed i deltagelse .....	8
1.2.4 Barrierer for deltagelse .....	10
1.3 Case: projekt Tjek dit helbred.....	13
1.3.1 Projektets opbygning .....	13
1.3.2 Barrierer for deltagelse i projektet .....	14
1.4 Afgrænsning og formål .....	16
1.4.1 Problemformulering .....	16
2.0 Sproglig analyse af invitationsmateriale .....	17
2.1 Anvendelsen af leksis.....	20
2.1.1 Fagudtryk .....	20
2.1.2 Kancellisprog .....	20
2.2 Anvendelsen af syntaks .....	20
2.2.1 Personlige pronominer og verbalstil.....	20
2.2.2 Sammenskrivninger og forvægt.....	21
2.3 Anvendelsen af struktur.....	22
2.3.1 Disposition .....	22
2.3.2 Grafiske virkemidler.....	22
2.4 Sammenfatning .....	23
3.0 Fænomenologi som videnskabsteoretisk tilgang .....	24
4.0 Metode.....	27
4.1 Dataindsamlingsmetode .....	27
4.1.1 Rekruttering af borgere.....	27
4.1.2 Interviews.....	30
4.1.3 Supplerende tilvejebringelse af viden .....	32
4.2 Etik .....	33
4.3 Litteratursøgning.....	34
4.4 Kodning og analysestrategi .....	36
5.0 Resultater .....	39
5.1 Analysefund.....	39

5.1.1 Oplevelsen af at have udfordringer i hverdagen .....	40
5.1.2 Graden af ansvarfølelse over for eget helbred.....	42
5.1.3 Øvrig brug af sundhedsvæsenet .....	44
5.1.4 Påvirkningen fra omgivelser .....	47
5.1.5 Opfattelsen af egen risiko for at blive syg .....	49
5.1.6 Følelsen af at blive imødekommet .....	53
5.2 Anbefalinger til forandringsforslag .....	60
5.2.1 Formål, budskab og målgruppe.....	61
5.2.2 Kommunikationssituation.....	62
5.2.3 Medie .....	63
5.2.4 Afsenderportræt.....	64
5.2.5 Indhold.....	65
6.0 Diskussion .....	67
6.1 Diskussion af resultater .....	67
6.1.1 Essens af fænomenet blandt deltagere: At burde leve sundere.....	69
6.1.2 Essens af fænomenet blandt ikke-deltagere: At kunne bestemme selv .....	71
6.1.3 Ikke-identificerede fund.....	73
6.2 Diskussion af den anvendte metode .....	76
6.2.1 Domæne 1: Refleksion omkring forskerrolle .....	76
6.2.2 Domæne 2: Studiedesign .....	77
6.2.3 Domæne 3: Analyse og resultater .....	82
7.0 Konklusion .....	83
8.0 Referenceliste .....	86
9.0 Bilag .....	94
9.1 Bilag 1: Interviewguide.....	94
9.2 Bilag 2: Kodetræ .....	97

## 1.0 Baggrund

### 1.1 Initierende problem

Flere og flere danskere lider af kronisk sygdom (Højgaard and Kjellberg, 2017). Som følge heraf har Regeringen opsat målet om *en styrket indsats for kronikere og ældre patienter* som ét af de otte nationale mål: Bedre kvalitet, sammenhæng og geografisk lighed i sundhedsvæsenet (Regeringen, Danske Regioner and Kommunernes Landsforening, 2013). Den politiske dagsorden har således skærpet fokus mod iværksættelsen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser målrettet borgere i den brede befolkning, som kan være i risiko for at udvikle kronisk sygdom (Forebyggelseskommissionen, 2009). I kommunerne er der særligt potentiale til at udvikle borgernære forebyggende indsatser rettet mod tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af kroniske lidelser og livsstilssygdomme (Forebyggelseskommissionen, 2009; Rasmussen *et al.*, 2014). De forebyggende initiativer har til formål at forhindre tidlige symptomer i at udvikle sig til behandlingskrævende, kroniske lidelser, herunder af både fysiologisk og psykisk karakter.

I sundhedsfremmende og forebyggende initiativer er det essentielt at medtænke den velkendte problematik, som består i, at det ofte er borgere med høj risikoadfærd, som fravælger at deltage (Wall and Teeland, 2004; Dryden *et al.*, 2012). Denne problematik gør sig særligt gældende i de tilfælde, hvor indsatsen er individorienteret, f.eks. i forbindelse med rådgivning og screening, hvor borgeren opfordres til at træffe sundhedsmæssigt forsvarlige beslutninger om egen livsførelse (Diderichsen, 2011). Internationale studier inden for kvalitativ forskning viser imidlertid, at der kan være stor variation i årsagerne til, at nogle borgere fravælger at deltage i helbredstjek som forebyggende indsats, og at årsagerne til udeblivelsen ikke nødvendigvis er knyttet til høj risikoadfærd (Dryden *et al.*, 2012; Koopmans *et al.*, 2012; Sinclair and Alexander, 2012).

Med afsæt i den skildrede problematik synes det derfor interessant at undersøge nærmere, hvilke udfordringer der knytter sig til rekrutteringen af borgere til helbredstjek, som sigter mod at opspore risikofaktorer og tidlige symptomer på livsstilssygdomme og kroniske lidelser.

### 1.2 Problemanalyse

Det initierende problem vil i det følgende blive uddybet med henblik på at beskrive centrale elementer i relation hertil. Problemanalysen indledes med en uddybning af den stigende betydning af kronisk

sygdom i befolkningen og et deraf følgende politisk behov for at investere i sundhedsfremmende og forebyggende initiativer. Med afsæt i, at kommunerne har et betydeligt ansvar i den borgernære sundhedsfremme og forebyggelse, rettes fokus mod at afdække omfanget og effekterne af helbredstjek blandt midaldrende, voksne borgere, både nationalt og internationalt. Herefter beskrives den eksisterende litteratur, hvad angår social ulighed i deltagelse i forebyggende indsatser, og på baggrund af en systematisk litteratursøgning belyses det, hvilke øvrige barrierer der kan gøre sig gældende blandt ikke-deltagere i helbredstjek.

### 1.2.1 Behovet for tidlig opsporing

Det danske sundhedsvæsen står over for nye udfordringer i de kommende år. Det forudsætter en organisatorisk nytænkning, hvis det samlede sundhedsvæsen skal bevare sit serviceniveau eller om muligt forbedres (Rasmussen *et al.*, 2014). Cirka en tredjedel af den danske befolkning lever i dag med én eller flere kroniske lidelser (Højgaard and Kjellberg, 2017), og andelen af kronikere er stigende (Rasmussen *et al.*, 2014; Eriksen *et al.*, 2016; Højgaard and Kjellberg, 2017). Samtidig øges den gennemsnitlige levealder, mens lægekapaciteten er faldende og de økonomiske ressourcer begrænsede (Rasmussen *et al.*, 2014). Den øgede sygdomsbyrde medfører konsekvenser som produktionstab, øget sygefravær samt øget pres på sundhedsvæsenet i form af bl.a. flere indlæggelser, skadestuebesøg og lægekontakter (Eriksen *et al.*, 2016). Der foreligger således et væsentligt folkesundhedsmæssigt potentiale i at fremme effektive og veldokumenterede forebyggelsesinterventioner i det danske sundhedsvæsen.

De mest forekommende kroniske lidelser er Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL), type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme (Forebyggelseskommissionen, 2009). Ifølge Statens Institut for Folkesundhed vurderes kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne) at være de mest afgørende risikofaktorer for lidelserne (Tolstrup, 2011). Ved tidlig intervention over for risikofaktorer, herunder tidlige kliniske stadier, kan sygdomsforløbet lattes og tab af levetid og livskvalitet reduceres (Forebyggelseskommissionen, 2009). Derudover er stress og lav mental trivsel et stigende folkesundhedsproblem, som ligeledes udløser symptomer, der kan hindres ved tidlig intervention for at lette et potentielt sygdomsforløb (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). Tidlig intervention forudsætter altså identifikation af risikofaktorerne gennem tidlig opsporing, hvorfor fokus rettes mod screening for livsstilssygdomme, herunder kroniske fysiologiske og mentale lidelser.

### 1.2.2 Helbredstjek

Helbredstjek anses som værende individorienterede indsatser, som har fokus på at opspore tidlige symptomer eller risikofaktorer for livsstilssygdomme (Larsen *et al.*, 2006; Forebyggelseskommissionen, 2009). Formålet med helbredstjek er at afdække det enkelte individs sundhedsstatus med henblik på at følge målrettet op i form af konsultationer eller tilbud om sundhedsfremmende eller forebyggende indsatser (Hansen, 2011).

Opbygningen og indholdet af helbredstjek varierer, men grundlæggende består et helbredstjek typisk af en kombination af selvrapporterede data, fysiske målinger og en opfølgende konsultation med sundhedsfagligt personale (Hansen, 2011). De selvrapporterede data består i udgangspunktet af spørgeskemadata om sundhedsvaner og selv vurderet helbred. De fysiske målinger kan påvise kolesterol- og blodsukkerniveau, højde, vægt, blodtryk, konditest, lungefunktionsmålinger og lignende, mens den opfølgende personlige konsultation kan være med forskellige typer sundhedspersonale og variere i forhold til udlægning af resultater og rådgivning om mål og fremtidige adfærdsændringer (*ibid.*). To ofte citerede helbredstjek er hhv. det danske Ebeltoftprojekt og det britiske National Health Service Health Check (NHS Health Check) (Rasmussen *et al.*, 2014; Robson *et al.*, 2016; NHS Health Check, 2017). Ebeltoftprojektets selvrapportering består af spørgeskemadata om rygning, alkohol mm., mens målingerne omfatter synsprøve, høreprøve, konditest, lungefunktionsundersøgelse, blodtryk, kolesterol, BMI, undersøgelse for diabetes, vurdering af risiko for hjertekarsygdom samt vurdering af leverfunktion og nyrefunktion (Rasmussen *et al.*, 2014). Den opfølgende konsultation består af et skriftligt svar og evt. en opfordring til at søge læge (*ibid.*). Selvrapporteringen i NHS Health Check'et består af et patientinterview omkring sygdom i familien og medicin, mens de fysiske målinger omfatter kolesterol, højde, vægt og blodtryk. Her består den opfølgende konsultation af en mundtlig formidling af resultaterne samt råd og tilbud om behandling fra en sygeplejerske eller apoteker (Hansen, 2011; NHS Health Check, 2017).

Det er omdiskuteret, hvorvidt helbredstjek har en effekt på sundheden. Nogle studier viser, at der ingen effekt er af helbredstjek (Krogsboll *et al.*, 2012; Jørgensen *et al.*, 2014; Skaaby, Jørgensen and Linneberg, 2016), mens andre påviser en gavnlig effekt (Lauritzen *et al.*, 2008; Blomstedt *et al.*, 2015). En gennemgang af flere store internationale studier af helbredstjek viser, at helbredstjek og efterfølgende rådgivning kan have positive helbredsmæssige effekter i forhold til visse kardiovaskulære risikofaktorer som forhøjet kolesterol og rygning (Nisbeth, Klausen and Andersen,



2000; Karlehagen and Ohlson, 2003; Prior *et al.*, 2005; Hansen, 2011). Samme tendens ses i det danske Ebeltoftprojekt, hvor man fandt en lille, men dog signifikant positiv indvirkning på deltageres kardiovaskulære risiko score målt efter fem års follow-up blandt deltagerne i interventionsgruppen (Rasmussen *et al.*, 2014). Men hvad angår risikofaktorer som sygefravær, kondition, blodtryk og BMI er det ikke entydigt, hvorvidt helbredstjek har en effekt (Hansen, 2011). Desuden er der ingen af studierne, der viser statistisk signifikante langvarige effekter.

Det er her relevant at være opmærksom på, at helbredstjek udføres i forskellige rammer – f.eks. ved egen læge, på arbejdspladsen eller i det lokale sundhedscenter – samt evalueres med forskellige effektmål (Bjerregaard and Norman, 2017). Flere studier inden for området har undersøgt effekten af helbredstjek på dødelighed (Krogsboll *et al.*, 2012; Jørgensen *et al.*, 2014; Blomstedt *et al.*, 2015) og på outcome mål som diagnosticeret hjertekarsygdom og diabetes (Jørgensen *et al.*, 2014; Blomstedt *et al.*, 2015; Lau *et al.*, 2016). Andre studier har undersøgt effekten af helbredsundersøgelser på intermediære mål for sygdom (Lauritzen *et al.*, 2008), dvs. risikofaktorer for udvikling af sygdom, og desuden har øvrig forskning fokuseret på, hvorvidt screening kan forbindes med en større grad af bekymring (Collins, Lopez and Marteau, 2011).

Hvorvidt helbredstjek har en effekt på borgernes generelle helbred, samt hvorledes effekten bør estimeres, er således diskutabelt. I studier, hvor effekten af helbredstjek udebliver, er det relevant at overveje, hvorvidt borgere med høj risikoadfærd vælger at tage imod tilbuddet eller ej. Denne overvejelse knytter sig til det velkendte paradoks, at borgere med høj risikoadfærd deltager i forebyggende indsatser i lavere grad end borgere med lav risikoadfærd (Wall and Teeland, 2004; Dryden *et al.*, 2012). Det kan derfor udligne en potentiel effekt af helbredstjek, hvis de borgere, der potentielt vil have størst gavn af tilbuddet, ikke dukker op (Bender, Jørgensen and Pisinger, 2016). I det følgende præsenteres erfaringer fra internationale studier af socioøkonomiske faktoreres betydning for deltagelse i helbredstjek med henblik på at belyse den sociale ulighed, der kan være til stede i det forebyggende sundhedsarbejde.

### 1.2.3 Social ulighed i deltagelse

Inden for folkesundhedsvidenskabens forskningsfelt er det velkendt, at veluddannede og højere socialgrupper totalt set har sundere adfærdsformer end lavtuddannede og lavere socialgrupper (Juel, Sørensen and Brønnum-Hansen, 2006; Holstein and Due, 2011). Denne tendens afspejles i deltagelsen i forebyggende indsatser på tværs af den sociale gradient, idet flere studier viser, at

socioøkonomiske faktorer har indflydelse på, hvorvidt borgere deltager i helbredstjek (Lakerveld *et al.*, 2008; Diderichsen, Andersen and Manuel, 2012; Dryden *et al.*, 2012; Bender *et al.*, 2015; Attwood, Morton and Sutton, 2016). I et cross-sektionelt studie af Attwood *et al.* fra 2016 har man undersøgt, hvorvidt socioøkonomiske faktorer har indflydelse på deltagelsen i det engelske NHS Health Check (Attwood, Morton and Sutton, 2016). Konklusionen er her, at borgere bosat i områder med relativt høj fattigdom deltager i lavere grad i både helbredstjekket og i en efterfølgende intervention omhandlende fysisk aktivitet (*ibid.*). I tråd hermed ses en lignende tendens i det danske Inter99-studie, som har undersøgt effekten af helbredstjek blandt 61.301 borgere i et randomiseret, kontrolleret forsøg (Bender *et al.*, 2014). Her fandt man ligeledes, at borgere, der deltager i helbredstjek og øvrige forebyggelsestilbud, differentierer fra de borgere, der udebliver, ved at være ældre, husejere, lønmodtagere, have højere uddannelse samt i højere grad at bo sammen med en partner (*ibid.*). De relative forskelle i deltagelse var størst mellem de laveste og højeste uddannelsesgrupper samt mellem lønmodtagere og personer uden for arbejdsmarkedet. I studiet fandt man en 61% større sandsynlighed for, at personer uden for arbejdsmarkedet ikke dukkede op til helbredstjekket sammenlignet med lønmodtagere. I et review-studie af Dryden *et al.* har man på baggrund af 39 artikler undersøgt forskellige egenskaber for henholdsvis deltagere og ikke-deltagere i helbredstjek for kardiovaskulær sygdom (Dryden *et al.*, 2012). Her ses samme karakteristika blandt deltagere og ikke-deltagere som allerede nævnt, dvs. at personerne var mindre tilbøjelige til at deltage i de forebyggende helbredstjek, hvis de havde lav socioøkonomisk status i form af arbejdsløshed samt lavere uddannelsesniveau og lav indkomst (*ibid.*).

Ud fra et sundhedsfagligt perspektiv er ovenstående alt sammen indikatorer på, at de, der udebliver fra helbredstjek, med stor sandsynlighed også er dem, som har det største behov for forebyggende indsatser. Et højere engagement ses altså oftere blandt personer med en i forvejen stærk sundhedsmæssig baggrund, hvilket uheldigvis kan bidrage til en øget ulighed i sundhed (Dutta-Bergman, 2005) samt forklare den manglende evidens for effekt af helbredstjek. Kontekst og social baggrund ser altså ud til at have væsentlig betydning for valg omkring deltagelse i helbredstjek i arbejdet med det forebyggende sundhedsarbejde. I det følgende undersøges nærmere, hvilke øvrige faktorer og bevæggrunde for ikke-deltagelse, der – udover sociodemografiske- og økonomiske faktorer – kan identificeres i litteraturen.

#### 1.2.4 Barrierer for deltagelse

I det følgende er en systematisk litteratursøgning udført med det formål at undersøge inviterede borgeres forklaringer på, hvilke barrierer der kan ligge til grund for fravælgelse af deltagelse i helbredstjek. Søgningen er foretaget i en eksplorativ tilgang, men med fokus på studier, som har anvendt kvalitativ undersøgelsesmetode som forskningsramme. Indkomst og uddannelse er ikke medtaget som inklusionskriterier i litteratursøgningen, hvorfor de fremfundne barrierer både kan gøre sig gældende blandt lavt-, mellem- og højtuddannede. Ved nærmere beskrivelse af litteratursøgningen henvises til afsnit 4.3.

Fem studier er udvalgt af den systematiske søgning. I disse studier omfatter programtyperne primært helbredstjek i forbindelse med tidlig opsporing af hjerte-kar-sygdomme og type-2-diabetes (Dryden *et al.*, 2012; Koopmans *et al.*, 2012; Sinclair and Alexander, 2012; Søgaard, Lindholt and Gyrd Hansen, 2013; Groenenberg *et al.*, 2014). De fremfundne barrierer kan ud fra studierne tematiseres i tre grupper af forklarende faktorer; psykiske, logistiske samt kommunikative og organisatoriske. I følgende tabel 1 præsenteres de mest gennemgående barrierer grupperet i de nævnte faktorer.

**Table 1.** Barrierer for deltagelse blandt ikke-deltagere.

<b>Barrierer for deltagelse blandt ikke-deltagere</b>	
<b>Psykiske faktorer</b>	
- Kognitive faktorer	At besidde lav grad af self-efficacy
	At opleve lav grad af kontrol over eget helbred
	At opleve nervøsitet ved undersøgelse
	At værdsætte egen sundhed minimalt
	At opleve undersøgelsen som for stor en indsats
	At frygte for stigmatisering
	At frygte for testresultatet
	At frygte for potentielle konsekvenser (livsstilsændring eller medicinering)
	At frygte for proceduren og/eller sundhedspersonalet
- Holdninger	At mangle tro på effekt af undersøgelsen
	At have lav risikoopfattelse
	At mene ikke at have symptomer
	At føle sig sund og rask
	At mene "Hvad man ikke ved, har man ikke ondt af"
	At mene, at det at kende til symptomer eller sygdom vil ikke give mere lykke
	At erfaringsniveauet blandt personalet er for lavt
	At opleve lav personlig relevans
	At familien ikke mener, det er vigtigt
<b>Logistiske faktorer</b>	
	At være transportmæssigt begrænset (tid, ressourcer og distance)
	At være forhindret i at tage fri fra arbejde
	At eventuelle følgespersoner vil skulle tage fri fra arbejde
	At mene ikke at have fået en invitation
	At mangle tid
<b>Kommunikative og organisatoriske faktorer</b>	
	At være i kontakt med sundhedsvæsenet allerede
	At være blevet undersøgt fornylig
	At have et lavt niveau af health literacy
	At være begrænset af sprogbarrierer

Litteraturens mangeartede beveggrunde bidrager således til en tydeliggørelse af den kompleksitet, der kan opstå i rekrutteringen af deltagere i screeningsindsatser.

I bestræbelserne på at øge rekrutteringen af borgere til helbredstjek vurderes det som en essentiel forudsætning at kende til borgernes beveggrunde for at udeblive fra tilbuddene. I litteraturen er det set, at der dels er tale om en social ulighed i deltagelse, som ser ud til at blive større, når ressourcetsvage borgere udebliver fra helbredstjekkene, og dels er der tale om barrierer, som kan være af psykisk, logistisk samt kommunikativ og organisatorisk karakter.

I det følgende præsenteres projekt Tjek dit helbred som specialets case, da projektet er et godt eksempel på en kommunal forebyggelsesindsats i dansk kontekst, hvor man endnu ikke kender til de dybereliggende beveggrunde for at udeblive fra helbredstjek (Bjerregaard and Norman, 2017). Tjek

dit helbred foregår i Randers kommune, som ifølge den seneste ”Hvordan har du det?”-rapport fra 2017 har en statistisk signifikant dårligere sundhedsprofil sammenlignet med resten af Region Midtjylland, hvad angår rygning, usundt kostmønster, svær overvægt og health literacy (Larsen *et al.*, 2018; s. 407). Hertil kommer, at det kun er godt halvdelen af de inviterede borgere i Randers kommune, som deltager i Tjek dit helbred (~58%) (Bjerregaard and Norman, 2017). Randers kommune har således samlet set et stort forebyggelsespotentiale, hvorfor fokus rettes mod deltagelsesadfærden i Tjek dit helbred i denne kommune.

### 1.3 Case: projekt Tjek dit helbred

Tjek dit helbred er et igangværende forskningsprojekt udviklet i et samarbejde mellem Randers kommune, almen praksis i Randers kommune og Institut for Folkesundhed ved Aarhus Universitet (Sandbæk and Maindal, 2012; Bjerregaard *et al.*, 2017). Projektet er den hidtil største indsats i Danmark med anvendelse af forebyggende helbredstjek- og samtaler, som er forankret i det eksisterende primære sundhedsvæsen. Projektet har til formål at undersøge deltagelsen i tilbuddet om et helbredstjek med efterfølgende samtale ved praktiserende læge samt at estimere effekten af borgernes helbred fem år efter gennemførelsen af de første helbredstjek. Effekten af helbredstjekkene vurderes ud fra borgernes risikoprofil af livskvalitet samt kroniske sygdomme som hjerte-kar-sygdom, type 2-diabetes og KOL. Projektet har til hensigt at adressere spørgsmål om – og på hvilken måde – voksne borgere bør tilbydes forebyggende helbredstjek, samt om det kan vurderes som et relevant forebyggende tilbud. Grundet forskningsprogrammets natur i det virkelige liv vil projektet desuden kunne give væsentlig viden om implementeringsmuligheder- og barrierer (Sandbæk and Maindal, 2012).

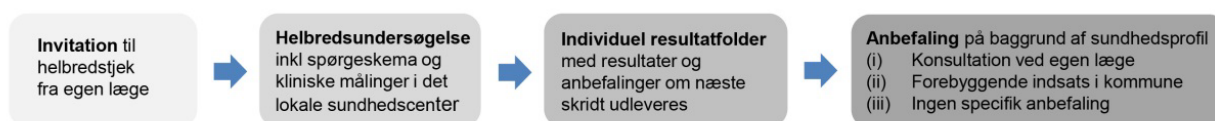
Den sociogeografiske profil i Randers kommune er kendetegnet ved, at 40% af borgerne bor i lokalområder, som ifølge Larsen *et al.* er kategoriseret blandt de to dårligst stillede grupper (ud af fem mulige) baseret på uddannelse, beskæftigelse og indkomst (Larsen *et al.*, 2014). 45% af de øvrige borgere bor i lokalområder, som er kategoriseret som den mellemste gruppe, mens kun 15% af borgerne bor i de bedst stillede lokalområder (Larsen *et al.*, 2014; Bjerregaard and Norman, 2017). Hvad angår uddannelse bemærkes det, at kun 5% af randrusianerne har gennemført en videregående uddannelse, hvilket er noget lavere end landsgennemsnittet, som ligger på ca. 10% (Riberholdt, 2016).

#### 1.3.1 Projektets opbygning

Cirka 30.000 randrusianere i alderen 30-49 år inviteres til et helbredstjek i Randers Sundhedscenter i løbet af perioden 2013-2018 (Sandbæk and Maindal, 2012). Fordelingen af invitationer foregår ved en randomisering med henblik på at skabe sammenlignelige populationer ved effektevalueringen. I slutningen af studieperioden (2018) geninviteres de borgere, som fik et helbredstjek i projektets år to, til et nyt helbredstjek med henblik på at estimere effekten af første besøg. Samtidig inviteres en kontrolgruppe til et helbredstjek i slutningen af perioden (*ibid.*).

Programmet består af fire komponenter: 1) en invitation, 2) et helbredstjek, som inkluderer et spørgeskema og en klinisk undersøgelse, 3) en udlevering af en individuel resultatfolder og 4) et tilbud om enten en lægesamtale, et kommunalt forløb eller ingen yderligere anbefaling afhængig af borgernes sundhedsprofil (Bjerregaard and Norman, 2017). Se nedenstående figur 1 for visualisering af de fire komponenter (ibid.).

**Figur 1.** De fire komponenter i Tjek dit helbred.



(anslag: 237)

Invitationen sendes som brevpost og indeholder en forudbestilt tid til et helbredstjek i Randers Sundhedscenter. Samboende inviteres samtidig med henblik på at øge deltagelsen samt optimere eventuelle livsstilsændringer, da forskning har vist, at motivation til at ændre livsstil som følge af et helbredstjek kan påvirke hele husstanden (Pachucki, Jacques and Christakis, 2011; Manjer, Emilsson and Zackrisson, 2015; Bjerregaard and Norman, 2017). Borgernes praktiserende læge står som afsender af invitationen, og der sendes et rykkerbrev 21 dage efter afsendelsen af invitationen (Bjerregaard and Norman, 2017).

Den første komponent, invitationen, er imidlertid den komponent, som udgør omdrejningspunktet i indeværende speciale. Invitationen fungerer som projektets rekrutteringsinstrument og har derfor væsentlig betydning for, hvorvidt borgerne vælger at deltage i helbredstjekket eller ej.

### 1.3.2 Barrierer for deltagelse i projektet

En procesevaluering fra 2017 rapporterer, hvilke erfaringer man indtil videre har gjort sig i projektet (Bjerregaard and Norman, 2017). I evalueringen har man på kvantitativ vis undersøgt den sociodemografiske og sundhedsmæssige profil blandt både deltagere og ikke-deltagere. Ifølge evalueringen er de mest betydende faktorer for deltagelse indkomst, uddannelse samt hvorvidt borgerne bor sammen med en partner eller ej (Bjerregaard and Norman, 2017). Tendensen er her, at deltagere har højere indkomst og uddannelse samt i højere grad bor sammen med en partner

sammenlignet med ikke-deltagere. Derudover ses en tendens til, at deltagerne i højere grad tilhører en højere aldersgruppe, er kvinder, har en partner, som også deltager i projektet, samt er i beskæftigelse (ibid.).

I en kvantitativ brugerundersøgelse fra 2017 har man fra projektets side derudover identificeret en række barrierer, som gør sig gældende blandt 1.013 ikke-deltagere i Randers kommune (Bjerregaard and Norman, 2017; Lundager, Andersen and Dahl, 2017). Ud fra brugerundersøgelsen er de hyppigst forekommende barrierer præsenteret i tabel 2 (ibid.).

**Tabel 2.** Barrierer for deltagelse i Tjek dit helbred.

<b>Barrierer for deltagelse i Tjek dit helbred</b>	
1)	Borgeren bliver jævnlige undersøgt og kontrolleret af en læge (21%)
2)	Borgeren mener ikke, at undersøgelsen er nødvendig (16%)
3)	Borgeren ønsker ikke at bruge tid på undersøgelsen (10%)
4)	Borgeren har ikke mulighed for at møde op på grund af travlhed (7%)
5)	Borgeren har svært ved at komme frem til undersøgelsesstedet (<1%)
6)	Andre årsager (~45%)

Brugerundersøgelsen danner et billede af, hvad der kan forklare, hvorfor nogle borgere vælger at udeblive fra helbredstjekket. Her er det dog væsentligt at understrege, at en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse - givet de på forhånd etablerede svarmuligheder - sjældent giver en fyldestgørende beskrivelse af sandheden. Borgerne kan have en tendens til at krydse et eller flere af felterne af, selvom svarmulighederne ikke nødvendigvis matcher deres forklaring nøjagtigt. At knap halvdelen af borgerne (~45%) har angivet 'andre årsager' end de nævnte svarmuligheder tydeliggør derudover kompleksiteten i at opnå indsigt i de forklarende barrierer for udeblivelse. Brugerundersøgelsen skærper således behovet for på kvalitativ vis at undersøge borgernes bagvedliggende forklaringer på, hvordan de reelt oplever deres valg omkring deltagelsen i helbredstjekket. Kvalitativ forskning har den fordel, at det inden for denne ramme er muligt at undersøge et problemfelt i dybden, hvilket kan åbne op for nye og hidtil ukendte perspektiver på rekrutteringen af borgere.



## 1.4 Afgrænsning og formål

I indeværende speciale tages der afsæt i Tjek dit helbred som et eksisterende kommunalt forebyggelsestilbud om helbredstjek i Randers kommune. Det er ikke hensigten med specialet at evaluere, hvorvidt helbredstjek er effektive eller velegnede til at øge befolkningens sundhed eller mindske den sociale ulighed i sundhed. Omdrejningspunktet er derimod selve rekrutteringen af borgere, da der tages afsæt i det identificerede behov for at undersøge nærmere, hvad der kan have betydning for valget omkring deltagelse i helbredstjek.

Invitationen, som målgruppen får tilsendt i forbindelse med rekrutteringen til Tjek dit helbred, udgør som nævnt projektets skriftlige rekrutteringsinstrument. Den skriftlige invitation er således den information, borgerne som udgangspunkt bliver mødt med, når de for første gang stifter bekendtskab med projektet. Formålet med indeværende speciale er i forlængelse heraf at undersøge, hvordan den skriftlige rekrutteringsprocedure kan optimeres, således at flere takker ja til at deltage. Med formålet om at rette et konstruktivt lys på invitationsmaterialet som projektets rekrutteringsinstrument søges det kvalitativt belyst gennem en fænomenologisk tilgang, hvad der for borgerne i Randers kommune kan have betydning for valget omkring deltagelse i et helbredstjek.

Tilbuddet om helbredstjek er målrettet både mænd og kvinder i alderen 30-49 år, hvilket dermed vil udgøre målgruppen for specialet. Med tanke for, at det vil skabe et grundlag for fremadrettede anbefalinger om forandringstiltag, hvis bevæggrundene for valget omkring deltagelse er kendt blandt både deltagere og ikke-deltagere, udgør borgere fra begge grupper specialets empiri.

### 1.4.1 Problemformulering

Specialets overordnede problemformulering lyder som følger:

*Hvordan kan den skriftlige rekrutteringsprocedure i Tjek dit helbred optimeres, så den målretter sig flest mulige borgere?*

Med henblik på at besvare den overordnede problemformulering stilles et empiribaseret underspørgsmål:

*Hvad har betydning for borgernes valg omkring deltagelse i Tjek dit helbred?*

## 2.0 Sproglig analyse af invitationsmateriale

I det følgende rettes et analytisk blik mod invitationsmaterialet i Tjek dit helbred henblik på at skabe indsigt i opbygningen af den nuværende invitationstekst. Formålet med analysen er at skabe et grundlag for eventuelle anbefalinger om forandringstiltag i projektets skriftlige rekrutteringsmateriale. Den følgende sproglige analyse foretages således som et springbræt for den videre løsning af specialets problemstilling. Med inspiration fra Becker Jensens anbefalinger om patientorienteret sprogbrug tager analysen afsæt i anvendelsen af sproglige virkemidler, herunder leksis, syntaks og struktur (Jensen, 2013f). Invitationsmaterialet består af et invitationsbrev og en brochure, som er indsat nedenfor.



Navn Navnesen  
adressevej 1  
postnummer by

Randers, den 18. december 2017

## Gratis helbredsundersøgelse

Du har nu mulighed for at få tjekket dit helbred ved en helbredsundersøgelse i Randers Sundhedscenter. Du tilbydes også en samtale med din læge, hvis der er behov for det.

Vi har reserveret en tid til dig

**Fredag d. 23. februar 2018 kl. 12:10**  
**Randers Sundhedscenter**  
**Biografgade 3, 3. etage, 8900 Randers C**

*HUSK at bekræfte eller vælge en ny tid*

Tiden skal bekræftes eller ændres **senest den 26. december 2017**. Se hvordan nederst i brevet. Hvis du ikke ønsker at deltage, bedes du melde afbud på hjemmesiden eller ringe til os.

### Før helbredsundersøgelsen

Inden du skal til din helbredsundersøgelse, vil vi bede dig besvare spørgsmål om dine sundhedsvaner (det tager ca. 10 min). Spørgsmålene finder du på [www.tjekdithelbred.dk](http://www.tjekdithelbred.dk). Du kan få hjælp til besvarelsen i Randers Sundhedscenter, hvis du har brug for det.

Du kan læse mere i vedlagte folder eller på [www.tdh.randerssundhedscenter.dk](http://www.tdh.randerssundhedscenter.dk)

Med venlig hilsen

Lægerne Bøsbrovej

Bøsbrovej 42  
8940 Randers SV

### Hvordan? Sådan bekræfter eller vælger du en ny tid

Gå ind på [www.tjekdithelbred.dk](http://www.tjekdithelbred.dk)

Nøgle: XXXXX

Kode: XXXXX

Bekræft tiden, send SMS med teksten

Helbred XXXXX

send til 1245

Alm. sms-takst

SMS koden kan benyttes indtil 26. december 2017

Du er velkommen til at ringe til os på telefon 8915 1215 hverdage kl. 8.00 og 16.30 (fredag 15).

Du kan læse mere om 'Tjek dit helbred' i vedlagte folder

(anslag: 906).

## Tjek dit helbred

Hvis du bor i Randers Kommune og er født mellem 1962-1987, har du nu mulighed for at få tjekket dit helbred. Det sker ved en helbredsundersøgelse i Randers Sundhedscenter og en samtale med din læge, hvis der er behov for det.

### Før helbredsundersøgelsen

Inden du møder op til din helbredsundersøgelse i Randers Sundhedscenter vil vi bede dig om at besvare et kort spørgeskema, der handler om dine sundhedsvaner (se invitationsbrevet).

### Hvordan foregår helbredsundersøgelsen?

Når du kommer til undersøgelsen i Randers Sundhedscenter bliver du mødt af personale med stor erfaring. De vil hjælpe dig igennem de forskellige målinger, og hele undersøgelsen varer ca. 30-40 minutter.

Du kan have dagligdagstøj på til undersøgelsen.

### Hvad bliver målt?

- Din højde, vægt og taljemål
- Din kondition (på kondicykel)
- Dit blodtryk
- Dit kolesterol og dit blodsukker (prik i fingeren)

## Praktiske oplysninger

Randers Sundhedscenter Thors Bakke  
Biografgade 3  
8900 Randers C

Tlf: 89 15 12 15  
e-mail: sundhedscenter@randers.dk  
www.randerssundhedscenter.dk

### Parkering

Der er mulighed for to timers gratis parkering i p-kælderen ved Randers Sundhedscenter – dog kun på øverste niveau. Der er indkørsel fra Møllegade og Thorsgade.

### Busser

Bus nr. 3 og 4 holder på Markedsgade ca. 300 meter fra Randers Sundhedscenter.

### Cykelparkering

Der er mulighed for cykelparkering i p-kælderen under sundhedscentret.

Når du er færdig med undersøgelsen, får du dine resultater med hjem.

### Hvad sker der efter helbredsundersøgelsen?

Hvis dine resultater viser, at der kan være nogle problemer med dit helbred, vil din læge gerne se dig til en samtale. Du skal selv bestille tid ved din læge.

Lægen vil få tilsendt resultaterne fra helbredsundersøgelsen og dine svar på spørgeskemaet, og I vil sammen gennemgå dette.

Hvis det er relevant for dig, kan du deltage i forskellige tilbud i Randers Sundhedscenter om eksempelvis vægttab, motionsvaner, alkoholvaner og rygning. Efter helbredsundersøgelsen kan du snakke med personalet i Randers Sundhedscenter om dette.

### Erfaringerne fra 'Tjek dit helbred' er vigtige

Først og fremmest er 'Tjek dit helbred' et tilbud til dig, hvor du kan få undersøgt dit helbred.

Derudover vil Randers Kommune sammen med Aarhus Universitet undersøge om 'Tjek dit helbred' forbedrer befolkningens sundhed.

Vi bruger kun resultaterne fra de borgere, der giver tilladelse til det.

Gennemførelsen af 'Tjek dit helbred' og håndteringen af data overholder sundhedsloven og er godkendt af Datatilsynet.

## Kom og få tjekket dit helbred



## 2.1 Anvendelsen af leksis

### 2.1.1 Fagudtryk

I både invitationsbrevet- og brochuren er sproget henvendt til den laveste fællesnævner, hvilket kommer til udtryk i tekstens brug af ordvalg. Materialet er letlæseligt og kan formentlig forstås af de fleste, som er i stand til at læse. At man har valgt at henvende sproget til den laveste fællesnævner kan skyldes, at materialet er henvendt til den brede befolkning i Randers kommune. Målgruppen består af borgere mellem 30-49 år, som er bosat i Randers kommune, men derudover har borgerne ikke nødvendigvis andet til fælles som forudsætning for et højere forståelsesniveau end det pågældende. Anvendelsen af den laveste fællesnævner som modtager sikrer dermed, at størstedelen af borgerne kan forstå indholdet af materialet. På samme måde er det undgået at anvende uforståelige fagudtryk i invitationsmaterialet. Ord som *vægttab* og *motionsvaner* (brochuren, s. 2) kan på sin vis argumenteres for at være fagudtryk inden for sundhedsområdet, men da de fleste danskere er bekendte med sundhedsfaglige udtryk, givet at sundhed fylder meget på den politiske dagsorden, på arbejdspladser, i medier etc., tages det for givet, at målgruppen forstår meningen bag disse ordvalg.

### 2.1.2 Kancellisprog

I udarbejdelsen af materialet har man været meget opmærksom på at anvende erfaringsprog frem for kancellisprog (Jensen, 2013c; s. 44). Sætningen ”*Hvis dine resultater viser, at der kan være nogle problemer med dit helbred, vil din læge gerne se dig til en samtale*” (brochuren, s. 2) er udtrykt tydeligt og konkret uden den store risiko for misforståelser. Hvis sætningen havde været mere præget af kancellisprog, kunne den have lydt således: ”*Såfremt udfaldet af eksaminationen giver anledning til opfølgning, bør lægen involveres i form af en konsultation*”. Ved at anvende erfaringsprog formår teksten således at henvende sig til borgerne i et hverdagsprog, som for de fleste er til at forstå (ibid.). Samlet set vurderes anvendelsen af leksis relevant i den valgte målgruppe.

## 2.2 Anvendelsen af syntaks

### 2.2.1 Personlige pronominer og verbalstil

I både invitationsbrevet- og brochuren har man valgt at anvende personlige pronominer for at gøre teksten mere modtagerorienteret (Jensen, 2003; s. 48). Eksempelvis er følgende sætning skrevet med anvendelsen af det personlige pronomen *du*: ”*Når du kommer til helbredstjekket i Randers*

*Sundhedscenter, bliver du mødt af personale med stor erfaring*” (brochuren, s. 1). For at fange læserens opmærksomhed er der ligeledes anvendt personligt pronomener allerede i den første sætning i invitationsbrevet: ”*Du har nu mulighed for at få tjekket dit helbred ved et helbredstjek i Randers Sundhedscenter*”. Brugen af personlige pronomener underbygger symmetrien i forholdet mellem afsender og modtager, så teksten virker mere personlig og relevant for læseren (Jensen, 2013b; s. 101). Således forsøges det gennem teksten at henvende sig direkte til læseren, hvilket øger sandsynligheden for, at læseren vil læse teksten færdig.

Udover brugen af personlige pronomener, er teksterne stærkt præget af verbalstil, f.eks. i sætningen ”*Derudover vil Randers Kommune sammen med Aarhus Universitet undersøge, om Tjek dit helbred forbedrer befolkningens sundhed*” (brochuren, s. 2). Brugen af verbalstil øger sandsynligheden for, at læseren opfatter teksten mere forståelig. Personlige pronomener og verbalstil karakteriserer således tekstens aktive sprog og fremhæver et mere nærværende, levende og letforståeligt sprog (Jensen, 2013c; s. 49). Derudover sikres en tydeliggøres af, hvem der er det handlende subjekt, og sætningerne bliver mere konkrete, end hvis der var anvendt passivt sprog. Enkelte sætninger er dog skrevet i passivt sprog, f.eks. ”*Tiden skal bekræftes eller ændres senest den (...)*” (invitationsbrevet). I dette eksempel er der dog ikke risiko for, at mange vil misforstå, at det handlende subjekt er læseren, idet det lige inden denne sætning er beskrevet, at afsenderen har reserveret en tid til læseren: ”*Vi har reserveret en tid til dig*” (invitationsbrevet).

### 2.2.2 Sammenskrivninger og forvægt

Som følge af at teksterne er skrevet til laveste fællesnævner, er anvendelsen af sammenskrivninger minimal i invitationsmaterialet. Ord som *helbredsundersøgelse*, *sundhedsvaner* og *kondicykel* er svære at undgå, når budskabet i brochuren er at fortælle læseren, hvorfor og hvordan helbredstjekket foretages. Men de nævnte sammenskrivninger giver næppe problemer med forståelsen af sætningerne, forudsat at man har de basale læsevner på plads. Derfor vurderes sammenskrivningerne ikke at udgøre et problem for helhedsforståelsen af teksterne.

Sætningsbygningerne kan derimod argumenteres for at give anledning til tvivl angående hovedbudskabet i sætningerne. Flere af sætningerne – særligt i brochuren – er skrevet med forvægt, hvor hovedsætningens verballid kommer til sidst, f.eks. i følgende sætning: ”*Hvis det er relevant for dig, kan du deltage i forskellige tilbud i Randers Sundhedscenter om eksempelvis væggtab, motionsvaner, alkoholvaner og rygning*”. Her må hovedbudskabet være, at man som borger kan

deltage i forskellige tilbud, mens underbudskabet må være, at deltagelsen er forudsat, at det er relevant for borgeren. Til gengæld lader det til, at man i udarbejdelsen af teksterne har prioriteret at skabe relevans og interesse hos læseren ved at henvende sig direkte til læseren i det første sætningsled, også selvom det første sætningsled sjældent inkluderer hovedsætningens verballed. Desuden er sætningernes længde relativt korte, men uden brug af staccato-stil, og det er forsøgt undgået at skrive for mange nominaliseringer og præmodifikationer, som kan være svære at syntetisere. Det kan betragtes som en opvejning, hvordan sætningerne bør konstrueres i en tekst, der har til formål at udtrykke sig klart og tydeligt til laveste fællesnævner, men det vurderes, at det overordnet er lykkedes at skabe et udmærket læseflow med mange naturlige pauser.

## 2.3 Anvendelsen af struktur

### 2.3.1 Disposition

Invitationsmaterialet er bygget op således, at læseren først forventes at læse invitationsbrevet og derefter brochuren. I førstnævnte er hovedbudskabet, at der er reserveret en tid til et helbredstjek, som enten skal bekræftes, afmeldes eller ændres. I den vedlagte brochure kan man derefter læse om, hvordan helbredstjekket foregår, og hvad der forventes af borgeren før, under og efter udførelsen af undersøgelsen. Derudover er der på bageste side en række praktiske oplysninger om adresse og mulighed for transport til og fra sundhedscentret. Opbygningen af information virker logisk, idet hovedbudskabet med invitationen (at få aftalt en tid) fremkommer som det første i brevet. Brochuren, som indeholder en del information, er delt op i fem underoverskrifter, hvilket gør det overskueligt og nemt at finde information, hvis man som læser har nogle specifikke spørgsmål relateret til kronologien i forløbet.

### 2.3.2 Grafiske virkemidler

Invitationsbrevet er skrevet på et separat A4-ark, mens brochurens format er en firesidet A5-folder opdelt i forside, brochurens side 1 og 2 samt en bagside med praktiske oplysninger. Der er anvendt en del white space, som gør både invitationsbrevet og brochuren letlæselige (Jensen, 2013a; 112). Brødteksten er i både invitationsbrevet og brochuren skrevet med en passende skriftstørrelse i farven sort, og overskrifterne er markeret fede. Overskrifterne er i brochuren skrevet med farven rød, som matcher logoet fra både Tjek dit helbred, Randers Kommune og Region Midtjylland, hvilket giver et gennemarbejdet udtryk. Derudover skaber sætningen ”*HUSK at bekræfte eller vælge en ny tid*”

blikfang med den røde skriftfarve. Hvad angår brugen af logoer synes det imidlertid en anelse ulogisk, at der i invitationsbrevet udelukkende er påsat et logo fra Aarhus Universitet og Tjek dit helbred, mens der i brochuren er påsat logoer fra Tjek dit helbred, Region Midtjylland, De Praktiserende Læger i Randers og omegn samt Randers kommune – og ikke fra Aarhus Universitet. Det er dog ikke noget, der har væsentlig betydning for førstehåndsindtrykket af invitationsmaterialet, da det højst sandsynligt ikke bemærkes ved første gennemlæsning.

## 2.4 Sammenfatning

Analysen af invitationsmaterialets sproglige virkemidler viser, at der kun er få anmærkninger. Disse vurderes dog ikke at have væsentlig betydning for læserens forståelse af materialets budskab. Alt i alt synes de sproglige virkemidler at være anvendt på relevant vis, når hensigten er at udtrykke sig klart og tydeligt.

Idet formålet med indeværende speciale er at optimere den skriftlige rekrutteringsprocedure, vurderes det da ikke nødvendigt at gå yderligere i dybden med den sproglige opbygning af materialet. Derimod er hensigten med specialet at undersøge nærmere, hvordan invitationsmaterialet kan optimeres med henblik på at kommunikere på borgernes præmisser. Én ting er, at budskabet i det nuværende materiale er klart rent sprogligt. En anden ting er, om borgerne føler sig imødekommet af afsenderen, hvad angår indholdet af invitationsmaterialet. Med henblik på at øge rekrutteringen af borgere i Randers Kommune er hensigten med specialet da at undersøge nærmere, hvad borgerens forudsætninger for at deltage i Tjek dit helbred er.



### 3.0 Fænomenologi som videnskabsteoretisk tilgang

Til at belyse specialets problemstilling anvendes fænomenologi som videnskabsteoretisk tilgang. I følgende afsnit redegøres for, hvad der kendetegner en fænomenologisk tilgang, og det konkretiseres, hvorledes fænomenologien kan anvendes i besvarelsen af problemstillingen.

Fænomenologien er grundlagt af den tyske filosof Edmund Husserl i begyndelsen af 1900-tallet og kan beskrives som værende både en videnskabsteoretisk retning og en metode (Jacobsen, Tanggaard and Brinkmann, 2010; s. 185). Fænomenologi kommer af det græske ord *phainomenon*, som betyder ”det, som viser sig”, og *logos*, som betyder ”lære” (ibid.). Det er altså læren om det, der kommer til syne eller fremtræder for en bevidsthed. Ærindet er at ”komme til sagen selv” ved at lade fænomener tale for sig selv uden at tilføje teori eller hypoteser (Zahavi, 2011b; s. 73). I den fænomenologiske tilgang *antager* man ikke, hvordan et subjekt oplever et fænomen, men *beskriver* det i stedet. Fænomenet i indeværende speciale er det, der har betydning for valget omkring deltagelse i helbredstjek blandt borgere i Randers kommune.

Et centralt begreb inden for fænomenologien er den menneskelige bevidsthed, som ifølge Husserl altid er *intentionel* (Jacobsen, Tanggaard and Brinkmann, 2010; s. 187). Bevidstheden vil derfor altid være rettet mod noget, hvad end der er tale om en genstand, et formål eller andet. Husserl forklarer, at relationen mellem subjekt og objekt bliver samhörrende enheder, idet intentionaliteten ophæver opdelingen mellem menneske og verden. Mennesket er på den ene side altid rettet mod verden, og verden på den anden side rettet mod mennesket. Intentionaliteten giver adgang til fænomenets *essens* og muliggør en indsigt i, hvordan et givent fænomen præsenteres for bevidstheden (ibid.). Formålet med fænomenologiske analyser er dermed at konkretisere fænomenets essens, som ikke er noget, forskeren tilføjer gennem fortolkning, men som allerede eksisterer i kraft af intentionaliteten mellem fænomenet og subjektet (Dahlberg, 2006). I indeværende speciale er formålet med analysen således at konkretisere essensen af, hvad der har betydning for valget omkring deltagelsen i helbredstjek blandt både deltagere og ikke-deltagere i Tjek dit helbred.

Udover intentionalitet og essens er *livsverden* et begreb, som fylder meget hos Husserl i fænomenologien. Begrebet beskriver den verden, vi lever i, og den konkrete virkelighed, vi som mennesker erfarer, handler og kommunikerer med (Zahavi, 2011a; s. 184). Erfaring kan ifølge Husserl forudsætte oplevelser og er dermed ikke identisk med oplevelserne. Det betyder, at oplevelser

først medfører erfaring, når de modtager opmærksomhed fra den, der har erfaret. Fokus er altså på den menneskelige bevidsthed og livsverdenen, da de definerer det felt, hvor virkeligheden fremtræder (Jacobsen, Tanggaard and Brinkmann, 2010; s. 187). I relation til specialet handler det derfor om, hvordan borgerne erfarer fænomenet, og hvordan deres erfaring kan ses som en del i en større sammenhæng. Beskrivelser af borgernes måde at opfatte egen sundhed på, deres erfaringer med sundhed og forebyggelse af sygdom etc. kan give et helt unikt indblik i de enkelte borgers livsverden. Dette indblik kan således skabe en forståelse af, hvad der har betydning for valget omkring det at deltage i helbredstjek. Den fænomenologiske tilgang muliggør denne indsigt ved at synliggøre det implicite, og hvordan fænomenet viser sig, afhænger af borgernes livsverden.

Livsverdenen har en central rolle i fænomenologien, idet en beskrivelse af dens strukturer vil synliggøre de meninger og betydninger, der implicit eksisterer i dagligdagen. Det er med udgangspunkt i livsverdenen, at man kan beskrive forskellige fænomener og gå bag om fordomme, stereotyper, sociale og kulturelle påvirkninger, som kan tages for givet i dagligdagen, og som kan have betydning for, hvordan verden opleves (Jacobsen, Tanggaard and Brinkmann, 2010; s. 188). I tråd hermed er den fænomenologiske *reduktion* en grundtanke inden for den fænomenologiske retning. Reduktion betyder ”at lede tilbage”, og i denne forbindelse har den til hensigt at holde sig åben for at muliggøre en nøjagtig beskrivelse af et fænomen, sådan som det præsenterer sig for bevidstheden. Denne reduktion kan beskrives som en ”sætten i parentes”, hvorved commonsense og videnskabelig forforståelse om fænomener sættes til side i forsøget på at opnå en fordomsfri beskrivelse af fænomenernes væsen (ibid.). Husserl kalder denne stræben efter at se bort fra det, som andre videnskaber forudsætter om verden, for *epoché* (Thøgersen, 2013; s. 131). Reduktionen indebærer således en indstillingsændring med henblik på at møde fænomenet fordomsfrit og intuitivt. Denne indstillingsændring er i indeværende speciale en forudsætning for at kunne få adgang til borgernes livsverden på en fordomsfri og intuitiv måde. Det efterstræbes da at sætte parentes om min egen forforståelse samt at reflektere over, hvilken indsigt i emnet, jeg har erfaret mig på forhånd. Dette kræver ikke blot en refleksion over den teoretiske og videnskabelige forforståelse, men også formodninger fra dagligdagen om, at f.eks. lavtuddannede borgere deltager i forebyggende indsatser i lavere grad end højtuddannede. På baggrund af den indledende litteratursøgning inkluderer specialets baggrundsafsnit en lang række forklaringer på, hvorfor nogle borgere ikke deltager i helbredstjek, og brugerundersøgelsen i Tjek dit helbred giver en indikation af, hvilke barrierer der kan tænkes at have de største betydninger for, hvorfor ikke-deltagerne udebliver fra helbredstjekkene

i projektet. En væsentlig opgave i indhentningen og analysen af specialets empiri består da i at sætte denne forforståelse i parentes, således at borgernes beskrivelser af fænomenet bliver så virkelighedsnære som muligt.

## 4.0 Metode

I det følgende beskrives specialets anvendte metodiske fremgangsmåde inden for det kvalitative forskningsfelt. Afsnittet beskriver dataindsamlingsmetoden, etiske overvejelser, litteratursøgningsproceduren samt strategien for kodning i analysen.

### 4.1 Dataindsamlingsmetode

I det følgende beskrives først den anvendte rekrutteringsprocedure. Dernæst beskrives anvendelsen af interviews, og slutteligt beskrives en supplerende tilvejebringelse af viden.

#### 4.1.1 Rekruttering af borgere

Rekrutteringen af borgere foregik over telefon fra sundhedscentret. De borgere, som blev kontaktet, havde fået en invitation til et helbredstjek i tidsperioden januar 2017 – februar 2018 og blev tilfældigt udvalgt. Størstedelen af telefonopkaldene blev ikke besvaret, hvilket kan skyldes, at jeg ringede i arbejdstiden. Ni af de borgere, som besvarede opkaldet, ville gerne interviewes. Heraf havde fem af borgerne enten deltaget i Tjek dit helbred eller fået bekræftet en tid til et helbredstjek inden for den nærmeste fremtid, og fire af borgerne havde valgt ikke at deltage i Tjek dit helbred.

Med tanke for, at ikke-deltagerne af forskellige årsager ikke havde takket ja til at komme ind til sundhedscentret for at få et helbredstjek, var det forventeligt, at disse ligeledes ville frabede sig at mødes til et ansigt-til-ansigt interview på samme lokation. Derfor blev det besluttet, at borgerne blev tilbudt at blive interviewet over telefon i tilfælde af, at de ikke havde tid eller lyst til at mødes til en snak i sundhedscentret – alternativt kunne de blive tilbudt at blive interviewet i samme opkald, der i udgangspunktet blot var planlagt som et rekrutteringsopkald. Det var nødvendigt at interviewe tre deltagere og tre ikke-deltagere over telefon, da denne løsning var mest belejlig for dem. Heraf blev én deltager og én ikke-deltager interviewet i rekrutteringsopkaldet. Beslutningen blev taget ud fra en pragmatisk tilgang til udvælgelsen af informanter med henblik på at få indsamlet viden om både deltagere og ikke-deltageres beskrivelser af fænomenet. Denne pragmatiske samplingsform har dog sin begrænsning ved, at de, der gerne ville snakke – og særligt dem, der gerne ville møde op på sundhedscentret til et ansigt-til-ansigt interview – potentielt kunne have andre bevæggrunde og forudsætninger end dem, der takkede nej til at tage en snak (Creswell, 2007).

Neden for præsenteres et overblik over informanternes udsagn med hensyn til deltagerstatus, uddannelsesbaggrund, sambostatus og familie samt helbredsstatus. Dette for at give en overordnet indsigt i karakteristikken ved de informanter, som blev rekrutteret til interviewene. Til højre i tabellen ses det ligeledes, hvilken form interviewet udspillede sig i. Af hensyn til anonymiseringen af informanterne er navnene fiktive.

**Tabel 3.** Informantkarakteristik.

<b>Informantkarakteristik</b>					
	<b>Deltager-status</b>	<b>Uddannelse</b>	<b>Sambostatus og familie</b>	<b>Helbredsstatus</b>	<b>Interviewform</b>
<b>Bente</b>	Deltager	Ingen uddannelse	Enlig, men tæt knyttet til sin datter, som bor tæt på	Type-2 diabetes, overvægt, gigt i knæene, forhøjet kolesteroltal	Telefonisk
<b>Solvej</b>	Deltager	Pædagog	Mand og to børn	Gigt, migræne, reflux	Telefonisk
<b>Jens</b>	Deltager	Tømrer	Kone og fire børn	Diskosprolaps i lænden, astma	Telefonisk
<b>Anna</b>	Deltager	Socialrådgiver	Kæreste og tre børn	Migræne	Ansigt-til-ansigt interview
<b>Helle</b>	Deltager	Selvstændig akupunktør og zoneterapeut	Mand og ét barn	Leddegigt	Ansigt-til-ansigt interview
<b>Hanne</b>	Ikke-deltager	Social- og sundhedshjælper	Bor alene med sine dyr	Forhøjet blodtryk, hjerteflimmer, piskesmæld, gigt, smerter i knæene, diskosprolaps i ryggen, stress og depression	Ansigt-til-ansigt interview
<b>Peter</b>	Ikke-deltager	Selvstændig elektriker	-	Sund og rask	Telefonisk
<b>Ingrid</b>	Ikke-deltager	Ikke-uddannet social- og sundhedshjælper	Kæreste og ét barn, men bor alene	Problemer med lungerne	Telefonisk
<b>Bent</b>	Ikke-deltager	Sælger	Kone og to børn	Sportsskadet	Telefonisk

#### 4.1.1.1 Rekrutteringskriterier

I indeværende speciale har der som konsekvens af dels den pragmatiske udvælgelsesprocedure og dels den fænomenologiske tilgang ikke været opsat særlige in- eller eksklusionskriterier i rekrutteringen af informanter. Et væsentligt inklusionskriterie var dog, at målgruppen skulle bestå af både deltagere og ikke-deltagere som følge af specialets formål om at opnå indsigt i livsverdenen i begge grupper.

I planlægningen af rekrutteringen var en overvejelse, om informanterne skulle udvælges på baggrund af deres uddannelseslængde som proxy for deres sociale baggrund, jævnførende specialets indhentede baggrundsviden om den sociale gradients betydning for deltagelsen i forebyggende indsatser. Dette ville dog stride imod den fænomenologiske tilgang til problemstillingen, da fænomenet bør være

styrende for, hvilke informanter der deltager i undersøgelsen (Dahlberg, Dahlberg and Nyström, 2008). Derudover er hensigten med den fænomenologiske tilgang netop, at jeg som interviewer så vidt muligt fralægger mig min forforståelse og mine fordomme om, at lavtuddannede borgere deltager i forebyggende indsatser i mindre grad end højtuddannede. En væsentlig forudsætning for at arbejde inden for det fænomenologiske forskningsfelt er da på bedst mulige vis at sætte denne teoretiske viden i parentes og dermed på en åben og induktiv måde at undersøge fænomenet, som det optræder hos de borgere, som gerne vil snakke. Det betyder, at det er tilfældigt, hvorvidt informanterne har en kort, mellemlang eller lang uddannelse. Dog er informanterne blevet spurgt ind til, hvorvidt de har et arbejde – og i så fald hvilket – som del af interviewguidens spørgsmål om de faktuelle baggrundsoplysninger. Disse baggrundsoplysninger har til formål at danne et indtryk af informanten som person med henblik på at øge helhedsforståelsen af informantens udtalelser.

#### 4.1.2 Interviews

I indeværende speciale er kvalitative forskningsinterviews udført med henblik på at indsamle empiri til besvarelse af problemformuleringen. Det kvalitative forskningsinterview er anvendeligt, når formålet er at opnå viden om og forståelse af individers oplevelser, tanker og intentioner om et givent fænomen (Vallgård and Koch, 2011). Interviews vurderes som en anvendelig indsamlingsmetode i dette henseende, når hensigten er at opnå indsigt i borgernes livsverden. De metodiske overvejelser omkring interviewet beskrives i det følgende i relation til den fænomenologiske tilgang.

##### 4.1.2.1 Interviewformen

I anvendelsen af en fænomenologisk tilgang kræves en åben tilgang til interviewsituationen, så informanterne får mulighed for at gengive beskrivelsen af fænomenet så livsverdensnært som muligt. Semistrukturerede interviews er udført i bestræbelserne på at opnå indsigt i informanternes livsverden på en åben facon, men uden at samtalen flytter fokus fra det, som kan svare på specialets problemstilling. Det semistrukturerede interview anses hverken som en hverdags samtale eller et lukket spørgeskema, og det er derfor en balancegang, hvor meget snor man bør give informanten i deres fortællinger (Brinkmann and Kvale, 2008a; s. 43). Som interviewer var det væsentligt at kunne sætte forforståelse og teoretisk viden i parentes, hvilket dog må siges at være vanskeligt, da det ifølge Malterud ikke er ”muligt at sætte sig selv helt ved siden af” (Malterud, 2008; s. 46-48). Men det blev forsøgt imødekommet ved at anvende åbne spørgsmål i den semistrukturerede interviewform. I planlægningen af interviewene krævede det en navigation mellem kendskabet til fænomenet

(forforståelsen), så de stillede spørgsmål var relevante, men uden at de samtidig skabte kategoriseringer, som kunne lede til bestemte svar. På samme tid blev det overvejet, at spørgsmålene ikke skulle være så åbne, at svarene blev uinteressante.

Derudover er det i anvendelsen af det semistrukturerede interview en forudsætning, at der skal være plads til, at informanten kan afgøre, hvad der synes væsentligt og interessant at berette om (Brinkmann and Tanggaard, 2010; s. 37). I udførelsen af interviewene blev det derfor forsøgt at undgå ”hvorfor”-spørgsmål, da denne spørgeform kan lede hen mod holdninger, og ikke mod beskrivelser (Vallgård and Koch, 2008; s. 352). ”Hvorfor valgte du ikke at deltage i et helbredstjek?” var således ikke en hensigtsmæssig måde at spørge på, og informanterne blev i stedet spurgt ”Kan du fortælle mig om dine tanker omkring det at få undersøgt helbredet gennem et helbredstjek?”. Således var det hensigten at lade informanterne beskrive deres personlige italesættelse af det at få undersøgt helbredet, frem for at de blev ledt hen imod en tilkendegivelse af deres holdninger til helbredstjek. Ved at anvende denne spørgeteknik var det muligt at fremme flere refleksioner om det spurgte hos informanterne. Som følge af den semistrukturerede interviewform blev der på forhånd udarbejdet en interviewguide, men hvor det var muligt at vige fra strukturen, hvis det var meningsfuldt i den enkelte interviewsituation. I bilag 1 forefindes den anvendte interviewguide, men den skal læses som vejledende, da spørgsmålenes ordlyd og rækkefølge blev justeret i forhold til samtalens flow. Den semistrukturerede interviewguide var således en hjælp til at sikre belysning af nødvendige temaer, men gjorde samtidig plads til uforudsete temaer og refleksioner (Brinkmann and Tanggaard, 2010; s. 38).

Som følge af den pragmatiske tilgang til rekrutteringen blev flere af informanterne som nævnt interviewet over telefon i stedet for ansigt-til-ansigt. Dette har umuliggjort en fortolkning af informanternes kropssprog, mimik og andet, som ellers har stor betydning for kommunikationen i et interview (Brinkmann and Kvale, 2008d; s. 132). I specialets diskussion af den anvendte metode (afsnit 6.2.2.3) berøres denne problematik, hvorfor der henvises til dette afsnit for yderligere uddybning af problematikken.



#### 4.1.2.2 Transskription

Både telefoninterviews og ansigt-til-ansigt interviews er optaget som lydfil og transskriberet umiddelbart efter endt interview. Ved at foretage transskriptionen umiddelbart efter interviewene var det nemmere at genkalde sig den fysiske tilstedeværelse og den sociale atmosfære i situationerne fra ansigt-til-ansigt interviewene (Brinkmann and Tanggaard, 2010; s. 43). Denne genkaldelse blev understøttet af en kort noteskrivning umiddelbart efter interviewene. Det blev undgået at tage notater undervejs i ansigt-til-ansigt interviewene, da dette kunne virke distraherende og forstyrre samtalsens naturlige flow. Udsagnene blev ikke transskriberet fuldstændig ordret, men enkelte gange blev det noteret, hvis informanten f.eks. udtrykte 'øh' eller lange pauser, da disse indikerede, at vedkommende enten var i tvivl om spørgsmålets formulering eller havde brug for ekstra betænkningstid. På samme måde blev det enkelte gange noteret, hvis informanten f.eks. grinede eller sukkede for at understrege ironi, imitation af tidligere hændelser eller lignende.

#### 4.1.2.3 Tid og setting

Alle interviews blev foretaget i dagtiden i perioden 23.02 - 21.03 og varierede i længde afhængig af, om interviewene blev foretaget over telefon eller som ansigt-til-ansigt interviews. Interviews foretaget over telefon varede mellem 9 og 38 minutter, mens ansigt-til-ansigt interviewene varede mellem 29 og 54 minutter. Den brede variation i interviewenes længde afspejler i høj grad betydningen af interviewenes narrative form, hvor der gives plads til, at informanterne selv styrer fyldigheden af svar og fortællinger (Brinkmann and Kvale, 2008c; s. 243). Generelt varede ansigt-til-ansigt interviewene i længere tid end telefoninterviewene, og kan skyldes, at ansigt-til-ansigt interviewets setting adskiller sig fra telefoninterviewets, hvilket som nævnt kan have konsekvenser for dynamikken i samtalen. Hvorvidt informant og interviewer er i stand til at afkode hinandens kropssprog, mimik, armbevægelser etc., kan tænkes at have betydning for, hvor meget tillid informanten har til intervieweren, og dermed hvor meget informanten har lyst til at berette om. Svarene på spørgsmålene var da generelt kortere i telefoninterviewene sammenlignet med ansigt-til-ansigt interviewene.

#### 4.1.3 Supplerende tilvejebringelse af viden

I forbindelse med specialets udformning blev et samarbejde med Tjek dit helbred i Randers Sundhedscenter etableret. Jeg tilstræbte at tilbringe tid i sundhedscentret med henblik på at være en

del af teamet på arbejdspladsen. Ved at sidde på kontoret med de ansatte et par dage om ugen, herunder at deltage i diverse møder og kurser, var det muligt at opnå en indsigt i, hvilke arbejdsopgaver projektets ansatte sad med, samt hvordan selve helbredstjekket og de enkelte kommunale indsatser er bygget op og foregår. Privilegiet i at kunne møde op på arbejdspladsen og være en del af teamet har bidraget med en udbytterig indsigt i projektets drift samt udfordringer og succeser i løbet af projektprocessen. Indsigten har således suppleret med en yderligere tilvejebringelse af viden om projektet som helhed, som ikke ville være opnået ved blot at gennemlæse projektets grundbeskrivelse, evaluering og brugerundersøgelse. Samtidig har det løbende været muligt at udveksle erfaringer om f.eks. rekruttering af borgere, herunder hensigtsmæssige måder at henvende sig til borgerne på. Overordnet har det bidraget til en større klarhed over specialets problemfelt og dermed udgjort et væsentligt grundlag for at undersøge problemstillingen nærmere.

## 4.2 Etik

Det kvalitative forskningsfelt udgør et komplekst rum, hvor forholdet mellem potentialer og etiske problemstillinger er dynamisk (Brinkmann, 2010; s. 429). Det komplekse rum opstår ved, at specialets problemfelt forudsætter en mulig italesættelse af de ting, der for informanterne har betydning for, hvorvidt de vælger at deltage i et helbredstjek, samtidig med at informanterne bliver spurgt ind til personlige aspekter af deres liv. Informanterne kan dermed føle sig blottet i deres fortællinger. Et dynamisk felt opstår, når præmissen for at udnytte problemstillingens potentiale bliver, at informanternes beskrivelser af sig selv og deres tanker bliver offentligt kendt. Denne kompleksitet skaber forskellige etiske problemstillinger, som relateres til specialet i sin helhed, men også interaktionen med informanterne i interviewsituationerne. Særligt kan det tænkes, at informanterne kan opleve at føle sig stigmatiserede i interviewsituationerne, da de blev spurgt ind til deres sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2008). Flere af informanterne tilkendegiver, at de ”nok vejer lidt for meget”, og som følge af den fænomenologiske tilgang samt interviewformens semistrukturerede opbygning har det i de tilfælde været naturligt at spørge yderligere ind til denne konstatering. De opfølgende spørgsmål har haft en ordlyd i retningen af ”hvad betyder det for din hverdag?” eller lignende, med henblik på dels at opnå en yderligere forklaring af det sagte og dels at forfølge informanternes tanker om, hvad der er væsentlig og relevant at fortælle. På samme måde har det kunnet virke intimiderende, når ikke-deltagerne er blevet spurgt om, hvilke tanker de gjorde sig, da de modtog invitationen til helbredstjekket. I spørgsmålet kan der ligge en hentydning af, at de burde have deltaget, hvilket naturligvis ikke har været hensigten med spørgsmålet givet min rolle som

objektiv interviewer. Afhængig af, hvordan informanterne har opfattet spørgsmålet, kan det have haft konsekvenser for svaret. Som forsker kan det være en vanskelig balancegang at spørge åbent og nysgerrigt uden at komme til at sætte uhensigtsmæssige reaktioner i gang hos informanterne, når emnet opfattes følsomt og personligt. Informanterne blev lovet anonymisering i specialets udformning med henblik på at fremme så ærlige og personlige refleksioner som muligt.

### 4.3 Litteratursøgning

Der er i indeværende speciale anvendt systematiske litteratursøgninger i henholdsvis den indledende baggrund og i specialets diskussionsafsnit. Litteratursøgningerne har derfor haft forskellige formål, men fælles for søgningerne er, at litteraturen er fremfundet og identificeret ved hjælp af en ekspliciteret søgestrategi med på forhånd definerede in- og eksklusionskriterier. I det følgende eksemplificeres litteratursøgningens fremgangsmåde i den indledende baggrund omhandlende forklarende faktorer for ikke-deltagelse.

Litteratursøgningen blev udført med det formål at finde relevant litteratur, som kunne skabe fundament for udforskningen af specialets problemfelt. Søgningen blev foretaget i PubMed, Scopus, Sundhedsstyrelsen.dk og Bibliotek.dk. Herigennem blev det klart, hvilke danske studier der er lavet om helbredstjek, herunder fund af karakteristika blandt deltagere og ikke-deltagere. Den indledende søgning dannede baggrund for udformningen af relevante søgetermer samt et fokuseret søgespørgsmål til den systematiske litteratursøgning, som blev målrettet international litteratur. Det fokuserede søgespørgsmål lød: *Hvad er bestemmende for, hvorfor nogen mennesker fravælger at deltage i helbredstjek?* Søgetermerne blev inddelt i en bloksøgning med inspiration fra det såkaldte PICO-skema (Stenbæk and Jensen, 2007; s. 53). Ved identificering af søgetermerne blev søgespørgsmålet herigennem nedbrudt til centrale facetter:

P (population): *voksne*

I (intervention): *helbredstjek*

C (comparison): -

O (outcome): *ikke-deltagelse*

Comparison-facetten vurderedes ikke nødvendig at udfylde, da hensigten ikke var at sammenligne nogle grupper i den indledende litteratursøgning. Herefter blev en systematisk litteratursøgning udført i databaserne PubMed, Cinahl og Scopus. I søgningen blev der anvendt boolske operatorer (AND) med henblik på at indsnævre søgningen samt trunkeringer (\*) med henblik på at udvide søgningen. I nedenstående tabel 4 eksemplificeres den endelige søgestreng med anvendelse af MeSH-termer i PubMed.

**Tabel 4.** Eksempel på søgestreng i PubMed.

PI(C)O	Søgetermer																																																																						
<b>Population</b>	("adult" [MeSH term] OR "adult" [All fields] OR "adults" [All fields])																																																																						
<b>Intervention</b>	("health promotion*" [MeSH term] OR ("health" [All fields] AND "promotion" [All fields]) OR ("health promotion*" [All fields]) OR ("health check*" [All fields])																																																																						
<b>Outcome</b>	("participation*" [All fields] AND "non-participation*" [All fields]) OR ("refusal to participate" [MeSH term] OR "refusal" [All fields] AND "participate" [All fields])																																																																						
<b>Results</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Search</th> <th>Add to builder</th> <th>Query</th> <th>Items found</th> <th>Time</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>#13</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search (((("health promotion"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "promotion"[All Fields]) OR "health promotion"[All Fields])) AND (("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND check[All Fields])) AND participation[All Fields]) AND non-participation[All Fields]) AND ("refusal to participate"[MeSH Terms] OR ("refusal"[All Fields] AND "participate"[All Fields]) OR "refusal to participate"[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields])</td> <td>28</td> <td>05:32:16</td> </tr> <tr> <td>#12</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search "refusal to participate"[MeSH Terms] OR ("refusal"[All Fields] AND "participate"[All Fields]) OR "refusal to participate"[All Fields]</td> <td>15438</td> <td>05:30:36</td> </tr> <tr> <td>#11</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search refusal to participate</td> <td>15438</td> <td>05:30:28</td> </tr> <tr> <td>#10</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search non-participation[All Fields]</td> <td>5412</td> <td>05:30:15</td> </tr> <tr> <td>#9</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search non-participation</td> <td>5412</td> <td>05:30:10</td> </tr> <tr> <td>#8</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search "adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields]</td> <td>1737999</td> <td>05:29:42</td> </tr> <tr> <td>#7</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search adults</td> <td>1737999</td> <td>05:29:36</td> </tr> <tr> <td>#6</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search participation[All Fields]</td> <td>404879</td> <td>05:29:25</td> </tr> <tr> <td>#5</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search participation</td> <td>404879</td> <td>05:29:08</td> </tr> <tr> <td>#4</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND check[All Fields]</td> <td>166792</td> <td>05:28:50</td> </tr> <tr> <td>#3</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search health check</td> <td>166792</td> <td>05:28:43</td> </tr> <tr> <td>#2</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search "health promotion"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "promotion"[All Fields]) OR "health promotion"[All Fields]</td> <td>184335</td> <td>05:28:15</td> </tr> <tr> <td>#1</td> <td><a href="#">Add</a></td> <td>Search health promotion</td> <td>184335</td> <td>05:27:50</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Antal anslag: 1.338)</p>	Search	Add to builder	Query	Items found	Time	#13	<a href="#">Add</a>	Search (((("health promotion"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "promotion"[All Fields]) OR "health promotion"[All Fields])) AND (("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND check[All Fields])) AND participation[All Fields]) AND non-participation[All Fields]) AND ("refusal to participate"[MeSH Terms] OR ("refusal"[All Fields] AND "participate"[All Fields]) OR "refusal to participate"[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields])	28	05:32:16	#12	<a href="#">Add</a>	Search "refusal to participate"[MeSH Terms] OR ("refusal"[All Fields] AND "participate"[All Fields]) OR "refusal to participate"[All Fields]	15438	05:30:36	#11	<a href="#">Add</a>	Search refusal to participate	15438	05:30:28	#10	<a href="#">Add</a>	Search non-participation[All Fields]	5412	05:30:15	#9	<a href="#">Add</a>	Search non-participation	5412	05:30:10	#8	<a href="#">Add</a>	Search "adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields]	1737999	05:29:42	#7	<a href="#">Add</a>	Search adults	1737999	05:29:36	#6	<a href="#">Add</a>	Search participation[All Fields]	404879	05:29:25	#5	<a href="#">Add</a>	Search participation	404879	05:29:08	#4	<a href="#">Add</a>	Search ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND check[All Fields]	166792	05:28:50	#3	<a href="#">Add</a>	Search health check	166792	05:28:43	#2	<a href="#">Add</a>	Search "health promotion"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "promotion"[All Fields]) OR "health promotion"[All Fields]	184335	05:28:15	#1	<a href="#">Add</a>	Search health promotion	184335	05:27:50
Search	Add to builder	Query	Items found	Time																																																																			
#13	<a href="#">Add</a>	Search (((("health promotion"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "promotion"[All Fields]) OR "health promotion"[All Fields])) AND (("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND check[All Fields])) AND participation[All Fields]) AND non-participation[All Fields]) AND ("refusal to participate"[MeSH Terms] OR ("refusal"[All Fields] AND "participate"[All Fields]) OR "refusal to participate"[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields])	28	05:32:16																																																																			
#12	<a href="#">Add</a>	Search "refusal to participate"[MeSH Terms] OR ("refusal"[All Fields] AND "participate"[All Fields]) OR "refusal to participate"[All Fields]	15438	05:30:36																																																																			
#11	<a href="#">Add</a>	Search refusal to participate	15438	05:30:28																																																																			
#10	<a href="#">Add</a>	Search non-participation[All Fields]	5412	05:30:15																																																																			
#9	<a href="#">Add</a>	Search non-participation	5412	05:30:10																																																																			
#8	<a href="#">Add</a>	Search "adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields]	1737999	05:29:42																																																																			
#7	<a href="#">Add</a>	Search adults	1737999	05:29:36																																																																			
#6	<a href="#">Add</a>	Search participation[All Fields]	404879	05:29:25																																																																			
#5	<a href="#">Add</a>	Search participation	404879	05:29:08																																																																			
#4	<a href="#">Add</a>	Search ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND check[All Fields]	166792	05:28:50																																																																			
#3	<a href="#">Add</a>	Search health check	166792	05:28:43																																																																			
#2	<a href="#">Add</a>	Search "health promotion"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "promotion"[All Fields]) OR "health promotion"[All Fields]	184335	05:28:15																																																																			
#1	<a href="#">Add</a>	Search health promotion	184335	05:27:50																																																																			

Eksemplet i PubMed gav 28 hits, hvoraf fem blev udvalgt til gennemlæsning. Inklusionskriterierne indebar, at populationens aldersinterval skulle være ca. 30-60 år, at artiklerne skulle være skrevet på engelsk, dansk eller norsk, og at artiklerne ikke måtte være mere end 15 år gamle. Artiklerne blev ekskluderet, hvis de omhandlede screeninger relateret til kræftsygdomme, f.eks. brystkræftscreening. Søgningen viste, at der findes en del international litteratur om emnet, men størstedelen af de fremfundne artikler omhandlede ikke generelle helbredstjek, som de kendetegnes i de danske projekter, Tjek dit helbred, Ebeltoftprojektet og Inter99-studiet. I stedet omhandlede de mere

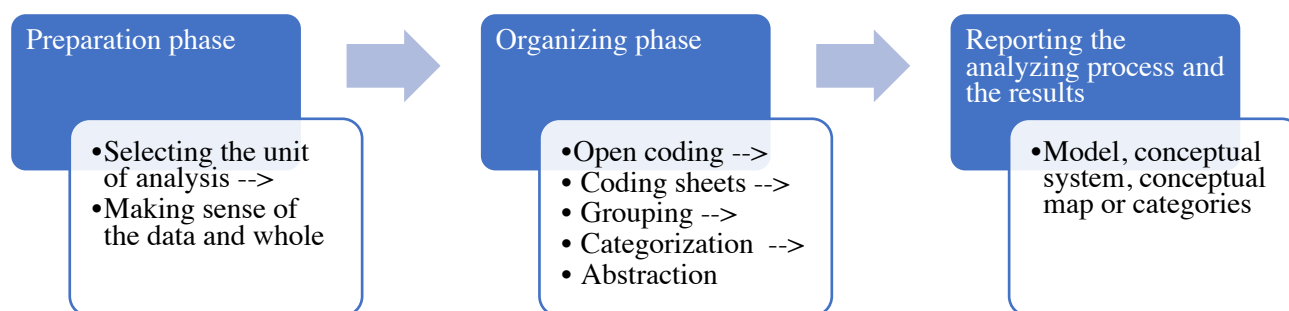
specifikke former for helbredstjek, hvor man udelukkende undersøger patienter eller borgere for f.eks. hjerte-kar-sygdomme eller diabetes. Artiklerne blev vurderet relevante, da undersøgelse for risikofaktorer for disse lidelser indgår i de danske helbredstjek. Litteratursøgningen blev suppleret af kaskadesøgninger, hvorved referencelisterne af de mest relevante artikler blev gennemgået.

#### 4.4 Kodning og analysestrategi

De ni interviews er analyseret med kvalitativ induktiv indholdsanalyse. Den induktive analysetilgang er anvendt som et naturligt element i den fænomenologiske ramme med henblik på at opnå indsigt i, hvad der for informanterne har betydning for valget omkring deltagelse i Tjek dit helbred på en åben og nysgerrig måde. Induktiv indholdsanalyse kan være en anvendelig analyseform, når der som her er tale om et fragmenteret fænomen (Elo and Kyngäs, 2008), hvor valget omkring deltagelse kan være influeret af mange forskelligartede faktorer. Ønsket var at finde forklaringer ud fra data, og ikke at verificere data ud fra en teori eller hypotese. I praksis influeres analyseelementerne altid af forforståelsen, som her er dannet ud fra specialets indledende litteratursøgning og den grundlæggende viden, jeg har om relationen mellem sociale grupper og sundhedsadfærd, hvilket jeg i analysefasen måtte være bevidst om (Malterud, 2008; s. 46-48).

Udførelsen af den induktive indholdsanalyse var inspireret af Elo og Kyngäs, som beskriver indholdsanalyse som en kompleks analyseform, hvor der ikke er tilkøbet simple guidelines eller nogen "right way of doing it" (Elo and Kyngäs, 2008). Dog beskriver de nogle overordnede steps, som kan føre til kategoriseringer af data; Preparation, Organising og Reporting (ibid.). I nedenstående figur illustreres det, hvordan fremgangsmåden i grove træk kan beskrive den induktive tilgang til indholdsanalysen.

**Figur 2.** Induktiv indholdsanalyse, udarbejdet på baggrund af Elo and Kyngäs, 2008.



(anslag: 298)

Indholdsanalysen bestod således af en kodningsproces, hvor der indledningsvis blev foretaget en åben kodning med henblik på at lade ”data tale”. Selvom der er tale om en åben kodning, var kodningen dog stadig styret af problemformuleringen. Fremgangsmåden i den åbne kodning blev suppleret af Giorgi’s principper om meningskondensering, som er skabt på grundlag af fænomenologisk filosofi (Brinkmann and Kvale, 2008b; s. 277). Meningskondensering forløber sig ifølge Giorgi over fem trin, hvorfor disse blev fulgt i analysen af transskriptionerne. Første trin bestod i at gennemlæse alle interviewene for at få en fornemmelse af helheden. På andet trin bestemte jeg teksternes naturlige meningsenheder, som de blev udtrykt af informanterne. Meningsenhederne kunne bestå af alt fra få ord til længere tekstpassager. På dette trin blev der således foretaget en mikroanalyse af interviewene for at identificere og afdække begreber, sammenhænge, udtryksformer etc. På tredje trin omformulerede jeg så simpelt som muligt de temaer, som dominerede de naturlige meningsenheder. Derved blev udsagnene tematiseret ud fra informanternes synspunkt, sådan som jeg forstod dem. Fjerde trin bestod i, at jeg stillede spørgsmål til meningsenhederne ud fra specialets problemformulering. På femte og sidste trin blev de væsentligste temaer på tværs af interviewene bundet sammen til deskriptive udsagn (ibid.). Meningsenhederne blev herefter kondenseret og tildelt koder. Koderne blev herefter organiseret i kategorier. For overblikkets skyld demonstreres i nedenstående tabel 5 et eksempel på en kodningsproces.

**Tabel 5.** Eksempel på kodningsproces.

<b>Eksempel på kodningsproces</b>			
<b>Meningsenhed</b>	<b>Meningskondensering</b>	<b>Kode</b>	<b>Kategori</b>
”Men så igen, så ved man ikke, at man har det det. Og hvis det så kommer, så kommer det jo. Altså, det er ikke altid, man kan forebygge jo. Det er det jo ikke.”	Informanten reflekterer over, at uvidenheden omkring sygdom kan skærme for bekymringer. Man kan ikke forebygge alt, så måske er det bedre at være udvidende.	Refleksion omkring værdien af forebyggelse.	Opfattelsen af egen risiko for at blive syg.

Til analysen blev analyseredskabet Nvivo 11.4.2 anvendt med henblik på at administrere de mange siders transskription mest hensigtsmæssigt. Anvendelsen af Nvivo sikrede overblik over data, samtidig med at fremgangsmåden i håndteringen og kodningen af data forblev gennemsigtig. Dermed var det muligt at danne en kodeliste med kodehierarki, hvor koderne systematisk blev relateret til hinanden. For at øge analysens reliabilitet foretog jeg en intrakodning, hvor jeg kodede data på to forskellige tidspunkter. Sammenfaldet af koder kunne udtrykkes som graden af reliabilitet. Dog skal

det bemærkes, at intrakodningen blot er et forsøg på at øge reliabiliteten, men den siger ikke noget om, hvorvidt koderne faktisk måler de begreber, som er nødvendige for at besvare problemformuleringen (Jakobsen, 2012; s. 185).

## 5.0 Resultater

I det følgende præsenteres først fundene fra den induktive indholdsanalyse. Herefter fremsættes nogle konkrete anbefalinger til forandringsforslag til den skriftlige rekrutteringsprocedure med afsæt i analysefundene.

### 5.1 Analysefund

Med udgangspunkt i analysestrategien søges problemformuleringens underspørgsmål belyst:

*Hvad har betydning for borgernes valg omkring deltagelse i Tjek dit helbred?*

Således præsenteres analysens seks fremfundne kategorier i det følgende afsnit. Afsnittet er struktureret ud fra kategorierne med henblik på at eksplicitere, hvilke elementer der ser ud til at have betydning for informanternes valg omkring deltagelse i Tjek dit helbred. Hver kategori inkluderer to subkategorier, som beskriver kategorierne i detaljer ud fra empirien. I slutningen af hvert afsnit sammenfattes det, hvordan informanternes udsagn kan relateres til deres valg omkring deltagelse i Tjek dit helbred, samt hvorvidt det er muligt at skelne ikke-deltagernes udsagn fra deltagernes.

De seks fremfundne kategorier er:

- 1) Oplevelsen af at have udfordringer i hverdagen
- 2) Graden af ansvarsfølelse over for eget helbred
- 3) Øvrig brug af sundhedsvæsenet
- 4) Påvirkningen fra omgivelser
- 5) Opfattelsen af egen risiko for at blive syg
- 6) Følelsen af at blive imødekommet.

For nærmere indsigt i kategoriernes tilblivelse henvises til det konstruerede kodetræ i bilag 2, som illustrerer, hvordan koderne er kondenseret til kategorier, samt hvilke subkategorier der tilhører de enkelte kategorier.



### 5.1.1 Oplevelsen af at have udfordringer i hverdagen

#### 5.1.1.1 Helbredsmæssige begrænsninger

Efter en gennemlæsning af de transskriberede interviews var det iøjefaldende, hvor meget informanternes beskrivelser varierer angående oplevede begrænsninger i deres hverdag som følge af et dårligt helbred. Nogle af informanterne beskriver deres helbred som generelt godt, men at de efterhånden godt kan mærke ”alderen tynde”, mens andre oplever at være mere plaget af sygdom og manglende overskud i hverdagen. En af de førstnævnte informanter fortæller: *”Det er bare det der med, når man ikke kan det samme, som man kunne engang. Så skal man lige finde nogle alternative måder at gøre det på (red. dyrke sport)”*, (Bent, ikke-deltager). Denne informant fortæller, at han tidligere har spillet håndbold på eliteplan, men at han senere blev elitehåndboldtræner, fordi han oplevede at få så mange skader, at kroppen ikke længere kunne holde til at dyrke håndbold på så højt et plan. Da han blev spurgt ind til, om skaderne påvirkede hans hverdag, forklarede han, at han efter tre korsbåndsskader godt har kunnet mærke følgerne: *”Jeg kan ikke bare lige sætte mig ned på mine knæ og sådan nogle ting. Men det lærer man jo at leve med”*, (Bent, ikke-deltager). Han synes da ikke at være påvirket af denne begrænsning, idet han beskriver, at ”det lærer man jo at leve med”.

En informant, som omvendt oplever at være plaget af sygdom og manglende overskud i hverdagen, fortæller, at hun er betydeligt begrænset grundet sine problemer med ryggen. Efter et piskesmæld og flere arbejdsskader har hun fået konstateret en diskosprolaps i lænden, hvilket både har medført store smerter og psykiske eftervirkninger:

*”Altså jeg har haft det lidt skidt her... pga. alt det, og så lige pludselig så kommer psyken også ind og sådan noget. Så det er jo sådan, at jeg var egentlig meget langt nede sidste år. Jeg havde simpelthen så ondt, at jeg ikke kunne være nogle steder”*, (Hanne, ikke-deltager).

Ud fra hendes livsverdensperspektiv er hverdagen derfor noget sværere at håndtere end for førstnævnte informant. Udover rygproblemer samt depressive tanker døjer hun bl.a. med forhøjet blodtryk, hjerteflimmer, gigt og smerter i knæene, hvilket alt sammen forudsætter, at hun tager medicin og går til kontrol ved lægen, og hun fortæller, at hun flere gange er blevet opereret. Hendes væsentlige funktionsnedsættelse har betydet, at hun har måttet lade sig langtidssygemelde fra sit arbejde som social- og sundhedshjælper. Sygemeldingen oplever hun som en betydningsfuld begrænsning i hendes hverdag, fordi hun var meget glad for sit arbejde, hvilket tydeligt viste sig i interviewsituationen, da hun blev spurgt ind til, hvordan hun ville beskrive sit eget helbred. Her blev

samtalen hurtigt ledt hen imod hendes bekymringer om, hvorvidt hun nogensinde ville komme tilbage på arbejdsmarkedet:

*”Kommunen siger, jeg aldrig kommer ud i det fag igen. Det siger lægen også. (...) og så siger jeg til kommunen: ”Hvorfor kan I så ikke bare give mig flexjob? 10-15 timer om ugen?” Det får man ikke bare. Her skal man kæmpe med næb og kløer”, (Hanne, ikke-deltager).*

I hendes bevidsthed hang oplevelsen af helbredet tæt sammen med hendes ængstelighed omkring hendes langtidssygemelding fra arbejdet. Selvom hun døjede med en lang række sygdomme og skavanker, tolkede jeg det som, at tankerne kredsede mere om, hvorvidt hun ville være i stand til at komme tilbage til arbejdsmarkedet, end om de helbredsmæssige konsekvenser, sygdommene og skavankerne ville kunne give senere i livet. Den manglende tilknytning til arbejdsmarkedet så altså ud til at udgøre en bemærkelsesværdig begrænsning i hendes liv.

#### 5.1.1.2 Dårlige sundhedsvaner

Samtlige informanter gav udtryk for at have dårlige vaner, da de i interviewet blev spurgt ind til, hvordan de ville beskrive deres sundhedsvaner. Størstedelen af informanterne nævnte dårlige kostvaner som det første, og flere gav udtryk for, at de måske nok røg og drak lidt mere, end de burde, samt rørte sig for lidt. I forlængelse heraf forsøgte informanterne at forklare sig med, hvorfor de mente at have svært ved at holde en sund livsstil. Helle (deltager) forklarer her, at der ofte er kage på hendes arbejdsplads, hvilket er en af grundene til, at hun har svært ved at holde den slanke linje:

*”Og så har vi jo en enormt dårlig vane nede på arbejde – jeg deler jo min arbejdsplads med en fysioterapeutklinik, og der er lidt for meget kage. (...) jeg må sige, at det kræver virkelig ryggrad at være dernede. De fleste dage går det også – hvor jeg siger ”eeej”, men andre dage tænker jeg ”det var godt, der var noget i dag”, for så trænger jeg lige til det. Så ja...”, (Helle, deltager).*

Hun beskriver de omstændigheder, hun befinder sig i, som værende årsag til, at hun spiser mere sukker, end hun egentlig har sat sig for, via sin opmærksomhed mod egen sundhed, dvs. bevidsthedens intentionalitet. På samme måde forklarer Hanne (ikke-deltager), at fordi hun er alene, må det være årsag til, at hun ikke får spist ordenligt i løbet af dagen:

*”Problemet er nok bare, at jeg ikke spiser, som jeg skal. Altså- jeg spiser morgen, og hvis jeg går og laver noget, så glemmer jeg at spise middagsmad. Og så ”hov”! Og så skal man til at lave aftensmad. Og så lige pludselig, så kommer der et eller andet. (...)*

*men det er også fordi, man går alene, ikke også? Så kan man lige springe over,*”  
(Hanne, ikke-deltager).

Udsagn som ”*ja, jeg kommer nogle gange til at spise for meget usundt*”, (Bente, deltager) og ”*vi ved jo alle sammen godt, at det ikke er sundt at ryge, ikke – og.. det er bare sådan, det er*”, (Ingrid, ikke-deltager) giver en indikation af, at informanterne oplever at have nogle sundhedsvaner, som de egentlig godt er klar over, ikke er gode, og som de bliver nødt til at forklare sig ud af. Ingen af informanterne italesætter mentale sundhedsproblemer i snakken om sundhedsvaner.

### 5.1.1.3 Sammenfatning

Første kategori, Oplevelsen af at have udfordringer i hverdagen, illustrerer, at informanternes oplevelse af deres helbredsmæssige begrænsninger i dagligdagen varierer bredt. Begrænsningerne spænder vidt fra gamle sportsskader og det generelt at kunne mærke alderen tynde til ikke at kunne varetage et arbejde grundet ryg sygdom og hjerteproblemer. Der er samtidig ikke observeret noget specifikt mønster, som kan forklare, hvorvidt gruppen af ikke-deltagere oplevede at have flere eller færre helbredsmæssige begrænsninger i hverdagen end gruppen af deltagere. Men det bemærkes, at en udeblivelse fra helbredstjekket både kan begrundes med, at borgere kan føle sig sunde og raske trods alderens medførte skavanker, og at de kan være så helbredsmæssigt begrænset samt optaget af arbejdsrelaterede bekymringer, at de mangler overskud til at deltage i undersøgelsen.

Hvad angår informanternes udsagn om egne sundhedsvaner nævner både deltagere og ikke-deltagere, at de har dårlige vaner, og i begge grupper tilskriver de i samme grad ydre faktorer som forklarende årsager til vanernes opståen. At have dårlige vaner og oplevelsen af, at vanerne skyldes ydre faktorer, kan altså tilskrives både deltagere og ikke-deltagere.

## 5.1.2 Graden af ansvarsfølelse over for eget helbred

### 5.1.2.1 Motivation for at leve sundere

Som nævnt oplever informanterne at have dårlige sundhedsvaner i forskellig udstrækning. I interviewsituationen var de fleste hurtige til at påpege, at deres dårlige vaner selvsagt ikke var gode for dem, og at de var i fuld gang med at gøre, hvad de kunne, for at få nogle bedre vaner – særligt de informanter, som havde fået foretaget et helbredstjek. Deres udsagn var præget af deres bevidsthed omkring egen livsførelse, som i deres livsverden udspillede sig gennem intentionen om at leve sundere.

I snakken omkring motivationen for at leve sundt var der særligt to ikke-deltagere, som skilte sig ud fra de øvrige informanter. De fortalte på ærlig vis, at de ikke gjorde noget særligt i deres hverdag for at holde sig sunde. Peter (ikke-deltager) forklarede sig kort og kontant med ”*Nej, jeg er egentlig fint tilfreds,*” da han blev spurgt ind til sit perspektiv på de dårlige sundhedsvaner, han nævnte at have. Mere reflekteret fortæller Ingrid (ikke-deltager) her:

*”Jeg ved jo godt, det ikke er godt at ryge. Og jeg ved jo godt, at der kan være nogle grimme følger. Men altså. Ellers tænker jeg bare, at jeg skal forsøge at få mig rørt og spise lidt mere fornuftigt. Ellers har jeg ikke.. ellers har jeg det fint,”* (Ingrid, ikke-deltager).

Hun forklarede sig med, at hun var træt af at høre på folk, der rådede hende til at stoppe med at ryge. Hun mente ikke selv, at rygningen udgjorde noget særligt problem i sin hverdag, men nu hvor jeg spurgte ind, kunne hun da godt forestille sig, at hun ville begynde at røre sig lidt mere og spise mere fornuftigt. Hun havde altså ingen intentioner om at stoppe med rygningen, selvom hun godt vidste, det ”ikke er godt at ryge”.

#### 5.1.2.2 Oplevelsen af at have indflydelse

I interviewene tilskrev informanterne generelt den kontekst, de befandt sig i, årsagerne til, at de dårlige vaner var opstået. Én af informanterne skiller sig dog ud ved at fortælle om hendes syn på ansvaret for egen sundhed. Ud fra hendes optik er man ene og alene ansvarlig for, om man bliver syg af livsstilsrelaterede sygdomme eller ej. Hun fortæller i forlængelse heraf, at man må ind og arbejde med sig selv, hvis man først bliver syg: ”*(...) Det er jo et vink med en vognstang, hvis man bliver syg. Altså, det er min holdning til det, ikke altså? Det er jo, fordi vi har overhørt for mange signaler. Og ja, det havde jeg også i en årrække*”, (Helle, deltager). Ifølge hende er det altså ”et vink med en vognstang”, hvis man bliver syg, og hun fortæller, hvordan hun gennem sit sygdomsforløb med leddegigt har kæmpet sig vej ud af medicinering ved hjælp af stærk vilje samt intentionen om at ændre sin livsstil radikalt. Hendes livsverdensbillede adskiller sig fra de øvrige informanter ved, at hendes bevidsthed er præget af hendes arbejdsmæssige baggrund som akupunktør og zoneterapeut, hvor hun til daglig arbejder med alternative helbredelsesformer og det mentale mind set som forebyggende element. Helle (deltager) giver på den måde stærkt udtryk for at have indflydelse på sit eget helbred, hvilket kun i svag grad gør sig gældende hos de andre informanter. De fleste af informanterne forklarer, at de er udmærket klar over potentielle følger ved at have en dårlig livsstil, men de oplever ikke på samme måde at have aktiv indflydelse på deres eget helbred. Som Anna

(deltager) fortæller, har helbredstjekket hos Tjek dit helbred derfor været en god mulighed for hende for at få ”et spark” til at få nogle bedre vaner: ”*Der var jo ikke noget overraskende i det for mig. Jeg kunne ligeså godt have valgt at lave noget motion inden, for jeg vidste det jo godt. Alligevel har det været et spark for mig,*” (Anna, deltager).

### 5.1.2.3 Sammenfatning

Anden kategori, Graden af ansvarsfølelse over for eget helbred, illustrerer en tendens til, at ikke-deltagerne generelt har en lavere ambition om at forbedre egen sundhed end deltagerne. Det skyldes enten, at de har andre presserende problemer at tage hensyn til, at de i forvejen oplever at blive rådet til sundere levevis fra omgangskredsen, hvilket blot trætter dem, eller at de mener at have det fint, som de har det, på trods af at de er bevidste om deres dårlige vaner. Manglende motivation ses altså her som en betydende barriere for de informanter, som ikke har deltaget i Tjek dit helbred. Ikke alle deltagere er lige ambitiøse omkring det at forbedre egen sundhed, men størstedelen af dem giver udtryk for, at helbredstjekket har givet dem det nødvendige spark for at ændre vanerne. Det karakteristiske ved deltagerne er altså, at de har valgt at få et helbredstjek, fordi de havde en forhåbning om, at undersøgelsens udfald kunne øge deres motivation for at ændre vaner.

### 5.1.3 Øvrig brug af sundhedsvæsenet

#### 5.1.3.1 Jævnlig kontrol af sygdom

Tre af informanterne fortæller undervejs i interviewene, at de jævnligt går til kontrol ved egen læge, da det er nødvendigt i forhold til monitoreringen af deres sygdomme. To af dem har deltaget i Tjek dit helbred, og den tredje har ikke. Den ene deltager fortæller, at hun regelmæssigt får taget blodprøver, da hun er arveligt disponeret til at udvikle blodpropper:

*”Altså nu skal jeg altså lige sige i forbindelse med det, at jeg får taget nogle prøver, fordi min far døde af en blodprop, da han var 48. Så jeg får lavet sådan nogle blodprøvetests hver måned – nej ikke hver måned – en gang om året (...) og jeg får også tjekket kolesterol, som er det, man også får tjekket for (red. gennem Tjek dit helbred)”*,  
(Solvej, deltager).

Denne informant er klar over, at hun er i højere risiko for at udvikle blodpropper, idet hun er blevet anbefalet at få foretaget jævnlige prøver. Da man, som hun selv påpeger, også får tjekket kolesteroltallet som en del af helbredstjekket hos Tjek dit helbred, har hun dermed fået tjekket tallet

igen, selvom hun allerede går til jævnlig kontrol. At hun er i et monitorerende forløb i forvejen, har ikke fraholdt hende fra at komme til helbredstjekket, fordi hun mener, at det er godt at være opmærksom på sit eget helbred og være på den sikre side: ”Så jeg vil altid sige ja til sådan noget”, (Solvej, deltager).

Solvej (deltager) startede op i sit kontrolforløb på baggrund af nogle arvelige faktorer, som kan øge risikoen for at udvikle blodpropper, og var derfor ikke syg i udgangspunktet. I modsætning hertil er Hanne (ikke-deltager) blevet integreret i et kontrolforløb på baggrund af, at hun allerede havde det skidt, da hun henvendte sig til lægen med forhøjet blodtryk. Gennem interviewet med Hanne (ikke-deltager) bemærkes det, at hun generelt ikke er meget for at følge lægens anvisninger, da hun har svært ved at erkende behovet for at passe på sig selv i et forebyggende henseende. Ud fra hendes livsverdensperspektiv er der da andre ting, der er vigtigere end at følge kontrollerne tæt og gøre, som lægen har anbefalet. I citatet nedenfor fortæller hun, at hun ikke har sørget for at hvile sig som anbefalet, da hun i stedet har prioriteret at tage på arbejde og udføre sine opgaver:

*”Der siger lægen til mig ”du er nødt til at lytte til, hvad din krop fortæller dig. Hvis du er træt, så går du hen og hviler dig”. Men det har jeg ikke gjort. (...) Det er også, hvis jeg var på arbejde, så kunne jeg ikke lige gå ind og hvile mig. Der har jeg altid været så pligtopfyldende,” (Hanne, ikke-deltager).*

Derudover fortæller hun, at hun på eget initiativ har forsøgt at trappe ud af sin smertestillende medicin i forbindelse med sin diskosprolaps i ryggen, selvom det ikke har været aftalt med lægen: ”Nu har jeg prøvet at trappe ud af min smertestillende medicin. Så tager jeg én om morgenen og én om aftenen, og det kan jeg slet ikke. Så går det helt galt. Så kan jeg slet ikke mærke mit ene ben,” (Hanne, ikke-deltager).

### 5.1.3.2 Kendskab til øvrige screeningstilbud i sundhedsvæsenet

Et par af informanterne giver udtryk for at være bekendte med andre screeningstilbud i sundhedsvæsenet udover Tjek dit helbred. Solvej (deltager) fortæller, at hun har deltaget i screening for livmoderhalskræft: ”(...) Og så har jeg været med i sådan noget med.. eller det var måske ikke kommunen. Det var med livmod... livmod.. hvad hed det nu..”. Interviewer: ”Livmoderhalskræft?” ”Ja. Men er det ikke mere staten eller..?”, (Solvej, deltager). Som citatet viser, er hun dog i tvivl om, hvem der udbyder screeningstilbuddet. Her er Helle (deltager) mere bevidst om, hvad der findes af tilbud, og hvornår man får dem tilbudt. Som følge af hendes arbejde som zoneterapeut og akupunktør

arbejder hun til daglig med ”*sundhed og mennesker, der har brug for en håndsækning*”, som hun selv forklarer det (Helle, deltager). Hun fortæller, at hun kender en del til det her med forebyggende undersøgelser, og at hun er stor fortaler for forebyggende initiativer. Hendes kendskab til screeningstilbud er dog ikke udelukkende udsprunget af hendes arbejde inden for sundhedsfeltet, men også af de omgivelser, hun befinder sig i til daglig: ”(...) *Og jeg tænker jo også, det kommer, jo ældre man bliver. Det kan jeg jo høre ved mine veninder, at når man runder de 50, så begynder man at få en del tilbud om mammografi og andet*”, (Helle, deltager). Kendskabet til de forskellige forebyggende tilbud øges altså i takt med, at hendes omgangskreds begynder at blive indkaldt til screening for diverse kræftsygdomme. Ligeledes er hendes mand blevet tilbudt at deltage i Kost og kræft, fordi han er blevet kategoriseret i den pågældende risikogruppe:

*”Og han fik sådan set også fået tilbudt den, der hedder Kost og kræft eller sådan et eller andet. Det er ved Aarhus kommunehospital, hvor han er blevet bedt om at udfylde et langt mere kompliceret spørgeskema i forhold til det her. Og aflevere afføringsprøver og have taget blodprøver. (...) Så jo, på den måde kender vi også til det her med forebyggende undersøgelser,”* (Helle, deltager).

Citatet her vidner om, hvordan sygdomstilstande og tanker omkring sygdom kan være velegnet som indfaldsvinkel til at belyse menneskelig erfaring og intentionalitet. Her tydeliggøres værdien af et øget kendskab til øvrige screeningstilbud ud fra informantens perspektiv, idet kendskabet til andre tilbud har øget hendes opmærksomhed mod tilbuddet hos Tjek dit helbred. Kendskabet er både præget af hendes arbejde inden for sundhedsområdet og det sociale lag, hun befinder sig i. Ingen af ikke-deltagerne gav umiddelbart udtryk for at kende til andre screeningstilbud i forbindelse med forebyggende initiativer.

### 5.1.3.3 Sammenfatning

Tredje kategori, Øvrig brug af sundhedsvæsenet, illustrerer, at både deltagere og ikke-deltagere allerede jævnligt går til kontrol af deres sygdomme. At gå til jævnlige kontroller i forbindelse med monitoreringen af egen sygdom har altså ingen betydning for, hvorvidt informanterne deltager i Tjek dit helbred eller ej. Men ud fra empirien tegner der sig et billede af, at deltagere generelt har en højere kompliance i forhold til monitoreringen af egen sygdom. Dette kan med forsigtighed tilskrives en mere opsøgende sundhedsadfærd blandt deltagere, idet de synes mere opmærksomme på at fange yderligere risikofaktorer tidligt. Et kendetegn for ikke-deltagelse kan i modsætning hertil være, at behovet for hjælp først opstår, når borgerne er blevet syge.

Desuden viser analysen, at deltagerne giver udtryk for at kende til øvrige tilbud om screening i højere grad end ikke-deltagerne. Dette fund relaterer sig til den konklusion, at deltagerne har taget imod et helbredstjek, fordi de har en tendens til at være mere opsøgende i deres sundhedsadfærd. Dog skal det bemærkes, at informanterne i interviewsituationen ikke er blevet spurgt direkte ind til deres kendskab til andre tilbud. Det kan derfor ikke afvises, at ikke-deltagerne er bekendte med andre typer screeningstilbud. Derfor kan det også kun svagt konkluderes, at kendskabet til og brugen af øvrige screeningstilbud er større blandt deltagere og dermed kan være en fremmede faktor for deltagelse i helbredstjekkene.

#### 5.1.4 Påvirkningen fra omgivelser

##### 5.1.4.1 Det nære miljø

Gennem analysen blev det klart, at familiens sundhedsvaner har stor betydning for informanternes egen sundhedsopfattelse og -adfærd. Gennemgående er det, at alle informanter, som har deltaget i Tjek dit helbred, nævner familiemedlemmer i snakken om, hvad informanterne gør for at holde en sund livsstil. De roller, som informanterne oplever at have i samspil med deres familiemedlemmer, udgør informanternes oplevede erfaring med at indarbejde sunde vaner i hverdagen. Deltager 1 fortæller her om hendes mand, som en gang i mellem får lokket hende ud på en gå- eller løbetur, selvom hun i udgangspunktet ikke har lyst til det:

*”Nu har jeg en mand, der er en enorm motivator. Han kan godt finde på at spørge, når vi kommer hjem, om vi skal gå en tur. Hvor jeg tænker ”åh skal vi nu også det”. Hvor han så siger ”kom, nu går vi!”. Så når man så er to om at gøre det, så...”, (Helle, deltager).*

Informanten fortæller, at det er godt at være to om tingene, hvilket underbygger mandens positive påvirkning på hendes sundhedsvaner. Bente (deltager) fortæller i relation hertil, at hun snakker meget med sin datter i hverdagen, dels fordi hun bor tæt på, og dels fordi datteren har været igennem mange af de samme livsstilsrelaterede problemer med diabetes og overvægt: *”(...) Hun har været igennem det samme, som jeg har. Og hun har tabt sig meget”, (Bente, deltager).* Hendes livsverden er således præget af den erfaring, hun har opnået i interaktionen med hendes datter. De fleste fortæller på samme måde, at de føler sig inspireret og bliver påvirket af enten deres partner eller børn til at leve sundere, end de ville gøre, hvis ikke relationen til familiemedlemmerne eksisterede. Samtidig fortæller to af informanterne, som har deltaget i Tjek dit helbred, at familien omvendt kan være en hæmsko for at



få etableret nogle gode sundhedsvaner for dem selv. Jens (deltager) fortæller f.eks., at familieudvidelsen i hans 30'ere forhindrede ham i at få dyrket motion: ”Og så blev man gift, og så gik der 10 år, hvor man fik 4 børn. Og så blev man 40...”, (Jens, deltager). Dette perspektiv beskriver informantens bevidsthed om familiens påvirkning af hans handlemuligheder, hvilket således præger hans livsverdensperspektiv på anden vis end de førstnævnte informanter.

Flere af informanterne, som ikke har deltaget i Tjek dit helbred, fortæller, at deres sundhedsvaner påvirkes af øvrige personer i deres nære miljø, herunder venner, kollegaer og naboer. Ingrid (ikke-deltager) fortæller, at hun er ked af sin egen vægt og derfor blev påvirket af en fortælling om sin mors genbo, som døde af overvægtsfølgesygdomme:

*”Der er jo også følgesygdomme af at være overvægtig. Min mors genbo døde jo af overvægt. Hun vejede så langt over 100 kg, jeg tror, hun vejede halvandet, måske 200, kg. Hun gad så heller ikke gøre noget ved det. (...) hun døde, ja. Blev syg og døde”,*  
(Ingrid, ikke-deltager).

De oplevelser, som informanterne får i interaktionen med det nære miljø, har således en betydning for, hvordan ”det at leve et sundt og godt liv” udspiller sig konkret i de livsverdener, informanterne befinder sig i.

#### 5.1.4.2 Forestillinger om ensomhed

Uden at informanterne er blevet spurgt direkte ind til, hvilke sundhedsmæssige udfordringer andre borgere i kommunen kunne forestilles at have, har det for flere af informanterne været oplagt at italesætte deres forestillinger herom. Det vidner om, at det kan være nemmere at tale om andre end sig selv, når emnerne bliver følsomme. Opfattelsen af, hvordan andre må opleve udfordringer, kendetegner informanternes anskuelse af de ”selvfølgeligheder”, som optræder i den livsverden, de befinder sig i. Informanterne har ud fra deres livsverdensperspektiv nogle klare idéer om, hvordan ensomhed kan influere negativt på sundhedsadfærden, og én af informanterne forklarer, at han højst sandsynligt selv ville leve mere usundt, hvis han boede alene:

*”Åh det er jo ligesom – du har jo nok allerede regnet ud, at når jeg er gift og lever i fast parforhold, at jeg er sund. Hvis det er et nogenlunde homogent forhold, jeg har, har jeg flere ting at stå op til. Så det er jo en helt logisk ting. End hvis jeg nu boede alene. Så ville der nok være meget større chance for, at jeg levede usundt,”* (Jens, deltager).

Omvendt reflekterer Helle (deltager) over, at hendes ambitioner om at spise sundt måske ville have været lettere at indfri, hvis hun boede alene og ikke havde en familie at skulle tage hensyn til. Da hun

lider af leddegigt, vil hun helst ”køre low carb kur”, som hun siger, men da teenagesønnen er i voksenalderen, har han brug for en masse kulhydrater: ”Hvis jeg nu var alene, så ville jeg måske bedre kunne lave en speciel retning, ikke også,” (Helle, deltager). Som interviewer tolkede jeg derfor informanternes udsagn som, at der både kunne være fordele og ulemper ved at bo alene, når det handler om at holde en god livsstil, men overvejende syntes informanterne at mene, at man er bedre stillet, hvis man bor sammen med en partner eller sine børn.

#### 5.1.4.3 Sammenfatning

Fjerde kategori, Påvirkningen fra omgivelser, illustrerer, hvordan det nære miljø har stor indflydelse på informanternes sundhedsadfærd. Overordnet ses en tendens til, at deltagerne i højere grad bliver påvirket af nære familiemedlemmer til at føre en sund levevis, mens ikke-deltagerne beskriver, hvordan de påvirkes af venner og naboer – dog i knap så høj grad. Ud fra empirien ser det altså ud til, at familien har den største indflydelse på at opretholde de gode sundhedsvaner, og at informanterne i højere grad deltager i Tjek dit helbred, hvis partneren også er inviteret og har en ambition om at deltage. Hvis man bor alene, er holdningen blandt flere af informanterne, at det er sværere at opretholde en sund livstil, og at sandsynligheden for at deltage i forebyggende indsatser som helbredstjek er lavere.

#### 5.1.5 Opfattelsen af egen risiko for at blive syg

##### 5.1.5.1 Behov for forebyggende tiltag

Informanterne er i interviewene blevet spurgt ind til, hvorvidt de tænker over risikoen for at blive syge i fremtiden. Ved at undersøge dette har det været muligt at få indsigt i, hvordan informanterne vurderer relevansen af at foretage forebyggende tiltag for at undgå livsstilsrelaterede sygdomme og skavanker senere i livet. Det beskrives i det følgende, hvordan fem af informanterne oplever denne risiko.

En af informanterne fortæller i interviewet, at hendes egen far blev akut indlagt som følge af at have fået rygerlunger, og at han af sundhedspersonalet på sygehuset blev opfordret til at foretage et rygestop, da han ellers ville dø af følgerne. Da jeg i interviewet spurgte informanten, om denne situation havde påvirket hende til selv at overveje et rygestop, svarede hun:

*”Nej, ikke sådan. Fordi jeg tænker nogle gange, at det er også fordi.. jamen jeg tænker ikke så meget over det på den måde der med den ryggen der.. men jeg er ikke storryger på den måde, vel. Der er sgu dem, der ryger meget mere end mig,” (Ingrid, ikke-deltager).*

På trods af oplevelsen med faren, som tydeligvis havde gjort indtryk på hende, havde hun ikke rigtigt overvejet konsekvenserne af at ryge for sit eget vedkommende. Tværtimod fortæller hun, at der må være andre, som er i større risiko end hende selv. Baseret på hendes erfaring er risikoen for at blive syg af rygning ud fra hendes livsverdensperspektiv således ikke større, end den er for andre, som ryger mere. Citatet *”Jeg føler mig sund og rask. Kommer der noget, så tager vi den derfra,”* (Ingrid, ikke-deltager) beviser ligeledes, at hun i sin optik ikke behøver at tænke for langt frem, for hun har det jo godt nu og her. Denne tankegang går igen ved Bent (ikke-deltager), som også mener at have det godt nu og her, hvorfor han ikke bekymrer sig særligt om sit fremtidige ve og vel:

*”Jeg synes, jeg har et godt helbred. Og har ikke været så udsat som sådan altså. Når der er sygdom og sådan nogle forskellige ting, er jeg ikke den første, der bliver ramt, altså (...) Selvfølgelig går man jo altid og er pissebange for kræft og sådan nogle forskellige ting jo, men det er noget andet jo,”* (Bent, ikke-deltager).

Denne informant bekymrer sig dermed ikke specifikt om, hvorvidt han er disponeret til at udvikle nogle sygdomme på baggrund af den livsstil, han fører. Det at være ”pissebange for kræft” abstraherer han fra ved at tænke, at det er en almen bekymring hos alle mennesker og ikke noget, han behøver forholde sig til personligt. Hanne (ikke-deltager) svarer mere drastisk på spørgsmålet om, hvorvidt hun tænker over risikoen for at blive syg i fremtiden:

*”Nej! Det gør jeg ikke! For så kan man da blive helt skør i hovedet. Hvis man bliver syg, så bliver man jo syg. Så må man tage kampen derfra. (...) Man kan jo ikke gå og sige ”sker der nu noget om 14 dage, eller sker der nu noget her” – du kan jo køre galt eller blive kørt ned, altså. Hvis man skal gå og tænke alle de tanker der, så bliver man da helt plimmelim oven i hovedet. Nej, så tager jeg det, hvis det kommer,”* (Hanne, ikke-deltager).

Hendes tankegang kan tænkes at være præget af, at hun i forvejen døjer med en masse sygdomme og skavanker samt en langtidssygemelding, som hun gerne ser sig fri for, hvorfor hun ikke kan rumme flere bekymringer i sin tilværelse. Hendes livsverden er så at sige fyldt op med erfaring omkring nu-og-her-bekymringer, hvorved en refleksion omkring potentielt helbredsmæssige konsekvenser ved det liv, hun lever nu, ikke kan få plads i hendes bevidsthed.

En informant, som derimod har reflekteret en del over egen risiko for at blive syg af modernærkekræft, er Helle (deltager). Hendes bror fik sygdommen konstateret for nogle år tilbage, og da hun selv har mange modernærker, har hun efterfølgende valgt at gå til kontrol en gang om året. Som hun fortæller her, giver det hende en tryghed, at der bliver holdt øje med hende: ”*For så ved jeg, at der er en prof, der lige holder øje, og så er der ikke noget at være urolig for,*” (Helle, deltager). For hende giver det således en ro at benytte forebyggende undersøgelser.

Den sidste informant, som er værd at nævne i denne subkateogi, er Solvej (deltager). Hun giver i interviewet udtryk for at være en anelse ængstelig omkring tanken om potentielt at kunne udvikle knogleskørhed, da det ligger i generne:

*”Det, jeg frygter, det er i forhold til mine led, for jeg synes, jeg kan mærke, at det ikke er så godt. (...) Og hvor.. fordi min mormor havde det, blev min mor jo tjekket, også uden hun vidste det, eller hvad skal man sige. Men jeg ved faktisk ikke, om det er sådan noget, jeg burde få tjekket igen...”* (Solvej, deltager).

De to sidstnævnte informanter giver således udtryk for at være villige til at tage aktiv handling for at forebygge sygdomme, de er disponerede for at udvikle. I modsætning hertil fortæller de tre førstnævnte informanter, at de ikke har tænkt videre over risikoen for at blive syge af den livsstil, de fører. Dette fund tydeliggør således, at menneskers valg omkring egen livsførelse er stærkt påvirket af den konkrete kontekst, deres livsverden udspiller sig i, samt hvilken erfaring de har gjort sig gennem livet.

#### 5.1.5.2 Den oplevede relevans af helbredstjek

Informanternes tanker omkring det at få foretaget et helbredstjek er overvejende, at det er en sund og fornuftig ting at få tjekket sit helbred. Det vil sige, at størstedelen af informanterne oplever Tjek dit helbred som et godt initiativ. I interviewene fortæller informanterne dels om, hvordan helbredstjekket synes relevant for dem selv, og dels, hvordan de oplever Tjek dit helbred som en generel indsats.

Med udgangspunkt i det førstnævnte fortæller flere af informanterne, at helbredstjekket er en god øjenåbner, som giver mulighed for at få gjort noget ved nogle af de dårlige vaner, informanterne er bevidste omkring: ”*Altså for mig så er det godt, for jeg er sådan en, som ellers så ville jeg ikke få det gjort (red. løbet en tur),*” (Solvej, deltager). Med dette citat menes, at informanten højst sandsynlig ikke ville foretage nogen livsstilsændring, hvis ikke hun havde fået foretaget helbredstjekket. For hende betyder indsatsen altså, at hun har fået det skub, der skal til, for at hun foretager sig nogle

forebyggende handlinger. Helle (deltager) oplever også helbredstjekket som et relevant initiativ i sin hverdag – ikke så meget fordi hun behøver et skub for at ændre på livsstilen, men fordi hun synes, det er ”interessant at få kigget på det”:

*”Men med hensyn til tjek dit helbred, tænker jeg, at jeg selvfølgelig har takket ja, og det har min mand også. Jeg synes egentlig, at vi lever sundt og passer godt på os selv, men derfor er det jo altid lidt interessant at få kigget på det,”* (Helle, deltager).

Jens (deltager) istemmer sig denne nysgerrighed for at finde ud af, hvordan det egentlig står til med helbredet: *”Og det er det jo også spændende at høre om, hvilke tal man har. (...) Jeg kender jo ikke mit blodsukker og.. de andre tal der,”* (Jens, deltager). Relevansen af helbredstjekket kan da opleves som værende høj, selvom rationalet for at blive undersøgt er forskelligt blandt de informanter, der har deltaget i undersøgelsen.

Kun en enkelt informant udtaler, at han ikke oplever en personlig relevans af at få tjekket sit helbred. Denne informant har valgt at udeblive fra helbredstjekket med den begrundelse, at han ikke ville forvente at få noget brugbart ud af den: *”Det, jeg ville forvente, var faktisk ingenting. Det var derfor, jeg ikke tog derind,”* (Peter, ikke-deltager). Informanten er af den opfattelse, at han er en mand i sin bedste alder, som ikke behøver at blive undersøgt for diverse sygdomme og skavanker. Et interessant element i denne sammenhæng er, at informanten ikke opfatter helbredstjekket som et nødvendigt forebyggende initiativ til at fange risikofaktorer for senere potentielle sygdomme, men mere som et tjek af her-og-nu tilstanden. Han udtaler da, at han blot går til læge, hvis han føler sig syg: *”Jeg går til læge, hvis jeg føler mig syg. (...) Jeg er en mand i sin bedste alder, så det der med at bruge tid på at blive undersøgt – det kan jeg gøre, når jeg bliver gammel,”* (Peter, ikke-deltager). Helbredstjek opleves dermed som noget overflødigt i denne informants livsverdensperspektiv, idet han forbinder helbredstjek med alderdom og sygdom, hvilket han undgår at identificere sig med ved ikke at deltage i Tjek dit helbred.

Hvad angår informanternes generelle syn på Tjek dit helbred som indsats fortæller Peter (ikke-deltager), som ikke føler personlig relevans af helbredstjekket, at kommunens interesse for borgernes helbred er ”god nok”, men at man i stedet bør anvende ressourcerne på sundhedsvæsenets behandlingskrævende patienter. For som han siger: *”De syge, de skal sgu nok komme derind. (...) De, som ryger og drikker, de bliver syge alligevel, og de gider ikke reagere på sådan en undersøgelse. Så jeg synes, det er spild af ressourcer,”* (Peter, ikke-deltager). Han har altså en formodning om, at de, som kunne have mest gavn af at få tjekket helbredet, også er dem, som udebliver. Helle (deltager)

deler i udgangspunktet samme synspunkt, idet hun også mener, at der er mange borgere, som ikke fanger faresignalerne og derfor ikke får gjort noget ved livsstilen i tide. Men hendes generelle syn på helbredstjek er i modsætning til Peters (ikke-deltager), at det netop er godt at investere i forebyggelse frem for behandling for at fange de borgere, der kunne have gavn af at foretage ændringer i deres livsstil: *”Jeg synes, vores sundhedsvæsen skal bruge flere penge på forebyggelse frem for behandling,”* (Helle, deltager). Bent (ikke-deltager) mener heller ikke, der kan være nogle ulemper i at få tjekket sit helbred gennem et helbredstjek. Ifølge ham vil langt størstedelen af dem, som kommer til helbredstjekket, og som får besked om, at *”det her – det er skidt”* (Bent, ikke-deltager), vide det på forhånd. Derfor mener han – ud fra sin kontekstbaserede erfaring som håndboldtræner og -coach – at det blot er et spørgsmål om selverkendelse.

### 5.1.5.3 Sammenfatning

Femte kategori, Opfattelsen af egen risiko for at blive syg, illustrerer tydeligt en forskel i udsagn mellem deltagere og ikke-deltagere. Ikke-deltagerne giver klart udtryk for, at de ikke bekymrer sig særligt om fremtidsmæssige konsekvenser ved at føre den livsstil, de gør. De er mere optagede af, hvordan de har det nu og her. Deltagerne synes derimod er være mere reflekterede over, hvilke fremtidsmæssige risici de står over for i deres hverdag – enten som følge af de arvelige disponeringer, de er udsat for, eller som følge af den livsstil, de fører. At deltagerne har valgt at takke ja til et helbredstjek, underbygger blot deres behov for at *”være på den sikre side”*. Inden for denne kategori er det ligeledes værd at nævne, at alle informanter på nær én udtrykker begejstring for konceptet bag Tjek dit helbred, herunder at opspore risikofaktorer forud for sygdom. To ud af fire ikke-deltagere nævner ovenikøbet, at de egentlig gerne ville have haft et helbredstjek. Ved at italesætte formålet med helbredstjekket i løbet af interviewene kan det tænkes, at disse to ikke-deltagere er blevet tvunget til at reflektere over princippet i forebyggende indsatser.

### 5.1.6 Følelsen af at blive imødekommet

#### 5.6.1 Umiddelbare reaktioner på invitationen

Informanterne har i interviewet sat ord på de umiddelbare reaktioner, de oplevede at få, da de blev introduceret til Tjek dit helbred. De tanker, som invitationen satte i gang hos informanterne, relaterer sig til deres opfattelse af egen sundhed og deres oplevede behov for at handle på invitationen.

Gennemgående var det, at deltagerne udtrykte tilfredshed med at have modtaget invitationen på trods af en smule tvivl om, hvad konceptet bag projektet var. Deltager 2 fortæller f.eks., at hun følte sig lidt skeptisk, da hun modtog invitationen: *”Det er lidt nyt for mig – altså ”hvad er nu det for noget, hvad skal de blande sig i” og sådan noget”*, (Bente, deltager). Hun giver altså udtryk for ikke at have set den slags invitation før, men fortæller, at hun efterfølgende blev enig med sig selv om, at det *”vel ikke kunne skade”* at tage til sådan en undersøgelse. De fleste informanter giver som Bente (deltager) udtryk for ikke at have set noget lignende før, men at de opfatter invitationen som et fint tilbud, som de kan vælge at tage imod eller lade være. Anna (deltager) forklarer: *”Det er jo et tilbud. Man kan jo vælge at tage imod det eller ej. Så længe, der ikke er nogen, der tvinger mig, og jeg selv kan vælge, så har jeg det fint”*, (Anna, deltager). På samme måde mener Jens (deltager), at tilbuddet kan opfattes som en slags service, man burde være taknemmelig for at få tilbudt. Disse informanter giver altså udtryk for at være glade for, at invitationen var blevet sendt ud som et tilbud og ikke en indkaldelse, som de måske kender det fra øvrige dele af sundhedsvæsenet. De er af den opfattelse, at helbredstjekket er en oplagt mulighed for at få klarlagt, hvordan det står til med helbredet. Flere synes endda, at det er spændende med sådan en undersøgelse og er nysgerrige efter at vide, hvor sunde de egentlig er.

Denne nysgerrighed ser ud til at relatere sig til en vis forventning om, at det højst sandsynlig ikke står helt skidt til, idet flere af informanterne fortæller, at de ville blive overraskede, hvis de fik et meget uventet resultat. En informant, som var i behandling for diabetes, gigt og hjerteproblemer, var på samme måde nysgerrig efter at vide, om hun *”havde forbedret sig”*, som hun forklarede det i interviewet (Bente, deltager). Som det før er nævnt, var forventningen blandt flere, at helbredstjekket ville kunne give informanterne et sidste skub til at få spist lidt sundere, dyrket lidt mere motion eller lignende. Den bevidsthed, de retter mod deres eget helbredstjek, bærer således præg af de forventninger, de har til sig selv, og som de har opbygget i den kontekst, deres livsverden har udspillet sig i.

En reaktion, som flere af informanterne fortæller at have haft i forbindelse med gennemlæsningen af invitationsmaterialet, var, at informanterne havde følt sig en anelse i tvivl om, hvem afsenderen af materialet egentlig var. Flere af de informanter, der havde en intention om at komme til helbredstjekket, havde læst invitationen grundigere og havde i den forbindelse undret sig over, hvor meget deres praktiserende læge egentlig var inde over projektet. I invitationsbrevet fremgår det nemlig, at borgerens praktiserende læge er afsender, selvom projektet styres og monitoreres af Randers Sundhedscenter. Anna (deltager) forklarer her: *”Jo jo, det giver også noget*

*seriøsitet, at man kan se... (red. at lægen er afsender) – men derudover synes jeg måske, det er lidt forvirrende”, (Anna, deltager). Citatet vidner om, at de informanter, som har deltaget i helbredstjekket, har haft et lettere kritisk blik på invitationen efter at have læst den igennem et par gange. Dette illustrerer, at informanter, som har højere ambitioner om at ændre på egne vaner, samtidig har en mere opsøgende sundhedsadfærd, hvilket kan indebære en kritisk tilgang til sundhedsinformation. At afsendersignaturen har skabt forvirring blandt de interviewede informanter, har dog ikke fraholdt nogen af informanterne fra at tage imod tilbuddet.*

En sidste reaktion, som bør fremhæves i forbindelse med informanternes vurdering af eget behov for at få et helbredstjek, kan karakteriseres ved, hvorvidt informanterne handlede med det samme og fik bekræftet en tid eller ej. Helle (deltager) fortæller:

*”Og jeg gik faktisk ind med det samme og loggede mig på. (...) Også fordi jeg jo først havde fået en tid i slutningen af marts – og jeg tror ikke, den tid passede så godt – så tænkte jeg ”nu går jeg lige ind og tjekker – hvordan ser det ud? Nå, der er masser af tider at vælge i mellem, så kan jeg ligeså godt vælge en tid, der passer min kalender”, ”  
(Helle, deltager).*

For denne informants vedkommende var der altså ingen tvivl om, at hun skulle deltage, og hun havde endda gået og ventet på at modtage invitationen. Hendes reaktion på modtagelsen var da med det samme at tage aktivt stilling ved at gå ind og få en ny tid, som passede ind i hendes kalender.

En ikke-deltager beskriver omvendt, at han ikke kunne overskue at logge på hjemmesiden og ændre sin tid, da han så, at den tildelte tid ikke passede ham. Tværtimod blev han forarget over at blive ”indkaldt” en bestemt dato, hvorfor han handlede passivt ved hverken at melde afbud eller få en ny tid: *”En invitation synes jeg er en pæn måde at sige det på. Fordi det er jo egentlig bare – de siger, du skal være der og der og der, og du skal komme der og der”, (Bent, ikke-deltager).* Ud fra sin livsverdenserfaring forbinder han det at blive indkaldt med noget ufrivilligt, som han ikke selv har mulighed for at planlægge, og det har til dels fraholdt ham fra at få en tid. Yderligere fortæller han, at han opfattede det som en smule pålagt, at man selv skulle gå ind og afmelde tiden, hvis den ikke passede én. Behovet for at blive undersøgt har da ikke opvejet de besværligheder, han forbandt med bookingsystemet.

#### 5.1.6.2 Behov for hensyn

Gennem interviewene har informanterne udtrykt et behov for at blive taget hensyn til, når de modtager en invitation som den, de har fået i forbindelse med Tjek dit helbred. Her er der flere elementer, som



vurderes at have betydning, når informanterne skal træffe en beslutning om, hvorvidt de vil deltage i helbredstjekket eller ej. Disse elementer inkluderer informanternes muligheder for at møde op i Randers Sundhedscenter, stigmatisering af borgere med særlige udfordringer, forglemmelse samt angst for at blive konfronteret med dårlige resultater. I det følgende beskrives hvert element for sig. Hanne (ikke-deltager) fortæller i forbindelse med det førstnævnte element, at hun ikke har kunnet overskue at komme ind til Randers Sundhedscenter, fordi hun var så dårligt gående på det tidspunkt, hun modtog invitationen. Hendes dårlige helbred har medført en erkendelse af, at hun paradoksalt nok var forhindret i at møde op til helbredstjekket. Hun foreslår selv i interviewet, at man kunne tilbyde at komme ud til borgerne i lokalområderne og foretage helbredstjekkene der, fordi hun er af den opfattelse, at flere borgere afholder sig fra at få et helbredstjek grundet en lang distance til sundhedscentret: *”(...) Så tror jeg også nogle gange, man skal tænke på, at dem uden for Randers kommune kan have svært ved at komme herind, fordi de er dårligt gående,”* (Hanne, ikke-deltager). Lokalisationen for helbredstjekket kan således være en betydende faktor, når ambitionen er at imødekomme borgerne på deres praktiske præmisser.

Derudover kan stigmatisering ifølge empirien være en udfordring i rekrutteringen af borgere. Hanne (ikke-deltager) forklarer undervejs i interviewet, at hun ikke ville bryde sig om at komme til et helbredstjek, hvor man bliver målt og vejret. Hun er opmærksom på, at hun nok vejer for meget, men hun er træt af at høre på gode råd om vægttab:

*”Men nu har jeg lige været til speciallæge ovenpå, og der får man hele tiden at vide, at man skal være opmærksom på ens vægt. Vægt, vægt, vægt. Folk, ikke også? (...) Og det gider jeg bare ikke – jeg gider ikke høre på det hele tiden,”* (Hanne, ikke-deltager).

For hendes vedkommende er det en relativt stor del af selve undersøgelsesfeltet i Tjek dit helbred, dvs. vægt, taljemål og BMI, som hun ikke bryder sig om. Ud fra hendes livsverdensperspektiv er der alt for meget fokus på vægt, hvilket kan skyldes, at hendes erfaringsverden har været præget af stigmatiserende kommentarer om hendes vægt fra både omgangskreds og sundhedspersonale. Jens (deltager) fortæller i tråd hermed, hvordan de forestiller sig, at borgere med potentielt dårlige sundhedsprofiler vil reagere, når de får at vide, at de bør ændre deres livsstil:

*”Hvis der nu er nogen, der vejer – måske 120 kg, de ved jo godt, at de ikke har et godt helbred. (...) Hvis man så spørger dem, om de vil komme til helbredsundersøgelse, så bliver de måske bare mindet om, at de skal tabe sig eller et eller andet. Der ved jeg jo ikke, hvordan de så oplever det...”* (Jens, deltager).

Både deltagere og ikke-deltagere giver altså udtryk for, at det kan være en udfordring at imødekomme borgere med sundhedsmæssige problemer på en ikke-stigmatiserende måde, når borgerne på forhånd er klar over, at sundhedsprofilen med høj sandsynlighed vil resultere i opfordringer til at foretage livsstilsændringer.

Forglemmelse er et tredje element, som ser ud til at have betydning for, hvor højt helbredstjekket bliver prioriteret i en travl hverdag, hvor informanterne ikke nødvendigvis tænker over deres egen sundhed. Invitationen kan let blive skubbet til side, når andre elementer i hverdagen bliver prioriteret højere. Ingrid (ikke-deltager) fortæller, at forglemmelsen højst sandsynligt skyldtes, at hun var på arbejde den dag, hun læste invitationen: *"(...) jeg ved ikke – jeg tror, jeg glemte det. Jeg kom simpelthen fra det. Det kan være, jeg var på arbejde den dag,"* (Ingrid, ikke-deltager). Samme informant fortæller senere i interviewet, da hun hører om, hvad helbredstjekket rent praktisk går ud på, og hvilke tilbud man kan få i sundhedscentret efterfølgende afhængig af ens sundhedsprofil, at hun er meget interesseret i at komme ind til et helbredstjek. Hun har altså interessen i at komme, men har i sin tid fået skubbet invitationen til side, fordi hun ikke blev fanget af invitationen. Denne informants intentionelle bevidsthed mod helbredstjek skærpes dermed først gennem interviewet, idet proceduren i Tjek dit helbred bliver italesat. Hanne (ikke-deltager) forklarer ligeledes, at hun glemte aftalen, og at det skyldtes mangel på overskud i en situation i hendes liv, hvor hun skulle opereres:

*"Nej, ved du hvad – faktisk så glemte jeg den. Jeg kan huske dengang, jeg blev kaldt ind, der overvejede jeg at ringe ind og sige, at jeg kunne altså ikke komme ind, fordi jeg havde det så dårligt. Men så glemte jeg det simpelthen, fordi jeg havde det så træls,"*  
(Hanne, ikke-deltager).

Citatet minder om, at forglemmelse både kan skyldes travlhed og en hverdag med så meget sygdom og dårlighed, at der paradoksalt nok ikke er overskud til at melde afbud til helbredstjekket. Ligeledes minder citatet om, at nogle borgere allerede er integreret i behandlingsforløb i sundhedssystemet, hvorfor det kan virke omsonst at komme ind til et helbredstjek for at få tjekket helbredet.

Det fjerde og sidste element i denne subkategori omfatter angsten for at blive konfronteret med dårlige resultater som følge af forebyggende undersøgelser. Helle (deltager) beretter i sit interview om en veninde, som havde fået foretaget en afføringsprøve i forbindelse med screening for tarmkræft, hvordan frygten for svaret blev oplevet:

*"(...) Og hun havde faktisk gået i et år, hvor hun ikke havde taget sig sammen til det. Og får sig så endelig får taget sig sammen og får den sendt ind, hvortil hun jo så får et svar på, at de gerne vil have yderligere, fordi der var blod i den her prøve. Og hun blev*

*jo pisse bange, for hvad betød det nu? Og vi stod og skulle på skiferie sammen, så hun forsøgte at få det kørt igennem hurtigst muligt frem for, at vi.. så hun ikke skulle gå med det hen over skiferien, ikke også? Hvilket viste sig, at det var en hæmoride!” (Helle, deltager).*

Den sidste sætning i citatet understreger informantens ironiske pointe om, at man også kan bekymre sig for meget. Men fortællingen beretter om en almen frygt for at blive syg, som til en vis grad er iboende i os alle. Især opleves ventetiden på svaret ofte som en udfordring: ”Ja, og man kan gå og blive lidt bange. Især den der med, hvor man går og venter på svar,” (Helle, deltager). Andre informanter fortæller på samme vis, hvordan frygten for svaret på f.eks. mammografiscreeninger kan være en noget uheldig konsekvens af at deltage i forebyggende undersøgelser. Her skal det dog bemærkes, at frygten for svaret på helbredstjek ikke helt bliver sidestillet med frygten for svaret på kræftscreeninger, idet de fleste borgere som regel har en formodning om, hvordan det i grove træk står til med helbredet: ”For det er meget stilfærdigt at få at vide, hvordan ens blodsukker ligger, eller hvordan ens blodtryk ligger. (...) Jeg ville da blive meget overrasket, hvis jeg fik at vide, at mit kolesterol lå alt for højt,” (Helle, deltager). Størstedelen af informanterne istemmer sig dette perspektiv på helbredstjek ved at fortælle, at de fleste borgere med høj sandsynlighed har en rimelig god indikation af, hvordan det står til med helbredet, inden de kommer til et helbredstjek. Deres formodninger er således påvirket af den erfaring om oplevelsen af egen sundhedstilstand, som de selv har skabt ud fra deres livsverden.

### 5.1.6.3 Sammenfatning

Sjette kategori, Følelsen af at blive imødekommet, illustrerer hvilke umiddelbare reaktioner, informanterne oplevede at have, da de blev bekendte med projektet gennem invitationsbrevet. Her adskiller deltagerne sig tydeligt fra ikke-deltagerne ved at give udtryk for at være tilfredse med at få tilbuddet. Deltagerne vurderer generelt deres helbred til at være nogenlunde, men at der godt kan være plads til forbedringer. Helbredstjekket synes da som en oplagt mulighed for dem for at få det sidste skub til at ændre vaner. Dette fund vidner om, at de borgere, som i forvejen mener at være relativt sunde, hellere deltager i helbredstjek end borgere, som er klar over, at de ikke lever sundt. Ikke-deltagerne har knap nok læst invitationen, og flere af dem giver udtryk for at have glemt den, efter de har modtaget den. De giver i højere grad udtryk for at have travlt i hverdagen eller at være optagede af andre forhold i livet end det at skulle forebygge potentiel sygdom i fremtiden. Derudover giver en af ikke-deltagerne udtryk for, at bookingsystemet ikke synes velegnet til nemt og effektivt

at få en tid, der passede ham, hvilket fraholdt ham fra at få en tid til et helbredstjek. Med henblik på at imødekomme borgeres behov i rekrutteringen til Tjek dit helbred viser empirien desuden, at ikke-deltagelse kan skyldes stigmatisering af borgere med særlige udfordringer samt angst for at blive konfronteret med dårlige resultater. Ud fra den indsamlede empiri er frygten for resultatet af helbredstjekket dog ikke en overskyggende barriere for at tage imod tilbuddet. Derimod tyder noget på, at det at vide på forhånd, hvad resultatet nok vil være, kan holde nogle borgere fra at takke ja.

## 5.2 anbefalinger til forandringsforslag

Analysen i indeværende speciale har bidraget til en dybere kvalitativ forståelse af de elementer, der ser ud til at influere på deltagelsesadfærden blandt inviterede borgere i Randers kommune. På baggrund af analysens fund fremsættes i det følgende nogle konkrete anbefalinger til forandringsforslag til projektets fremadrettede skriftlige rekrutteringsprocedure. Således er hensigten med afsnittet at besvare specialets overordnede problemformulering:

*Hvordan kan den skriftlige rekrutteringsprocedure optimeres i Tjek dit helbred, så den målretter sig flest mulige borgere?*

Anbefalingerne målrettes projektets ansvarlige styregruppe for planlægningen af den invitationstekst, som skal benyttes efter projektets afslutning i december 2018. I 2019 køres projektet i drift som et fast tilbud til alle borgere mellem 30 og 49 år i Randers kommune, hvorfor invitationsmaterialet f.eks. ikke længere bør indeholde information om Tjek dit helbred som et forskningsprojekt (Sandbæk and Maindal, 2012).

Anbefalingerne er i det følgende afsnit struktureret ud fra Becker Jensens syv planlægningsspørgsmål (Jensen, 2013e; s. 17):

- Hvad vil jeg opnå? (formål)
- Hvad vil jeg fortælle (budskab)?
- Hvem skriver jeg til (målgruppe)?
- I hvilken situation skal de have det at vide (kommunikationssituation)?
- Hvor skal de have det at vide (medie)?
- Hvordan skal de opfatte mig (afsenderportræt)?
- Hvor meget skal de have at vide (indhold)?

Rammen er valgt ud fra hans pointe om, at man inden for skriftlig sundhedskommunikation ofte skal formidle et stort og kompliceret fagområde kort og forståeligt til patienter – eller i dette tilfælde borgere – som ikke har de samme faglige forudsætninger, samtidig med at man tit skriver til borgere i belastede situationer, hvor der er stor risiko for, at kommunikationen blokeres (Jensen, 2013f; s. 9).

Becker Jensens syv planlægnings spørgsmål er udarbejdet med henblik på at sikre et nødvendigt grundlag for at kende borgernes ståsted, hvilket i dette tilfælde vil sige deres viden omkring helbredstjek samt deres forudsætninger for at deltage. Ligeledes er det essentielt at kommunikere på borgernes præmisser, så borgerne både får og forstår de informationer, der er nødvendige for, at de kan træffe personlige valg. Idet den sproglige analyse af invitationsmaterialet viste, at leksis, syntaks og struktur er anvendt på relevant vis, rettes fokus hermed mod en mere overordnet planlægning af invitationsmaterialet med henblik på at optimere betingelserne for at kommunikere på borgernes præmisser.

### 5.2.1 Formål, budskab og målgruppe

Becker Jensen påpeger i forbindelse med det første planlægnings spørgsmål, at det er væsentligt at gøre sig klart, hvad formålet med den skriftlige information er, da det er styrende for alle de øvrige spørgsmål (Jensen, 2013d; s. 18). I invitationsmaterialet fra Tjek dit helbred må hovedformålet være at påvirke læserens stillingtagen til, hvorvidt vedkommende vil deltage i et helbredstjek. Dette formål vurderes at fremstå klart i invitationsmaterialet, som det står nu, idet det i første linje i invitationsbrevet er angivet, at ”Du har nu mulighed for at få tjekket dit helbred ved et helbredstjek i Randers Sundhedscenter”.

De vigtigste budskaber, som fremgår i invitationsmaterialet på nuværende tidspunkt, er, 1) at borgeren tilbydes et helbredstjek, 2) at helbredstjekket foregår ved, at borgeren bliver undersøgt af sundhedspersonale i sundhedscentret, 3) at borgeren skal forberede sig inden undersøgelsen ved at udfylde et spørgeskema samt 3) at borgeren tilbydes et forløb i sundhedscentret eller en samtale ved egen læge, hvis resultaterne viser, at der kan være problemer med helbredet. Her bemærkes det, at det ikke fremgår eksplicit, at helbredstjekket har til hensigt at opspore risikofaktorer for livsstilssygdomme, som kan opstå på sigt. Som invitationsmaterialet fremstår på nuværende tidspunkt, nævnes det blot, at læserens egen læge gerne vil se vedkommende, hvis resultaterne viser, at ”der er problemer med helbredet” (brochuren, s. 2). Læseren kan derfor få den opfattelse, at fokus er på helbredet nu og her, og at helbredstjekket dermed har til formål at diagnosticere sygdom frem for at opspore risikofaktorer for senere udvikling af sygdom. I tilfælde af, at der er tale om uklarhed omkring hensigten med helbredstjekket, kan det argumenteres, at læseren ikke får den nødvendige information, han bør have for at kunne træffe afgørelse på et oplyst grundlag. Det vurderes derfor

relevant at eksplicitere budskabet om, at hensigten med helbredstjekket er at opspore risikofaktorer for senere udvikling af sygdom.

Ifølge Becker Jensen bør man derudover gøre sig det klart, hvilken fælles virkelighed der gør sig gældende i målgruppen, og hvad målgruppen dermed opfatter som relevant (Jensen, 2013d; s. 20). I Tjek dit helbred er målgruppen karakteriseret ved at være bred, idet den både består af mænd og kvinder, raske og syge, højt- og lavtuddannede etc. Analysen viser ligeledes, at der er stor variation i informanternes risikoopfattelse og deres forhold til eget helbred. Målgruppens fælles virkelighed kendetegnes som udgangspunkt blot ved, at de er borgere i Randers kommune og befinder sig i samme alderskategori. At henvende sig på en sådan måde, at stoffet opfattes relevant for alle i målgruppen, er da en udfordring, når kommunikationsformen er massekommunikation.

Her kan det i tråd med det manglende budskab om det forebyggende element i projektet være relevant at overveje, hvilken viden målgruppen har om Tjek dit helbred (Jensen, 2013e; s. 20). Som det fremkom af analysens femte kategori, Risikoopfattelse, var en årsag til udeblivelse fra Tjek dit helbred, at informanterne havde det godt ”nu og her”. Dette var for flere af ikke-deltagerne betydende for, at de ikke oplevede en personlig relevans ved modtagelsen af invitationen. Disse informanter var dermed ikke nødvendigvis klar over, hvad hensigten med helbredstjekket er, nemlig at man ved at deltage i et helbredstjek kan forebygge livsstilsrelaterede sygdomme på sigt, selvom man har det godt nu og her.

I relation til analysens fund og med afsæt i overvejelser omkring formål, budskab og målgruppe fremsættes følgende anbefaling:

Det anbefales at eksplicitere, at et helbredstjek både kan opspore sygdomme nu og her, men at det også kan opspore eventuelle risikofaktorer for senere udvikling af sygdom.

### 5.2.2 Kommunikationssituation

I den skriftlige kommunikation er det essentielt at kunne sætte sig i læserens sted og at gøre sig klart, hvilken kontekst læseren er i, når invitationen modtages (Jensen, 2013e; s. 24). Becker Jensen kalder det institutionsbarrieren, når man fra systemets side ikke får taget hensyn til den enkelte læsers kontekst, men udelukkende informerer ud fra, hvad der fra systemet synes relevant at informere om

(ibid.). Idet invitationsmaterialet er skrevet til en bred gruppe borgere, kan institutionsbarrieren gøre sig gældende, fordi borgerne kan befinde sig i vidt forskellige kontekster og være optagede af f.eks. familieliv, arbejdsmæssige forhold eller sygdomsforløb i mere eller mindre alvorlig grad, når de modtager invitationen, hvilket kan være svært at tage hensyn til. Afhængig af hvilken kontekst borgerne befinder sig i, bør invitationen tilpasses, så flest mulige bliver nysgerrige og får meldt sig til et helbredstjek. Analysen viser, at flere informanter allerede befinder sig i et sygdomsforløb, hvor de jævnligt bliver kontrolleret, hvorfor det kan virke omsonst at deltage i et helbredstjek, hvor de får målt på flere af de samme parametre, som de gør i kontrollerne. Dette kan konkret imødekommes ved at tilføje en sætning om, at helbredstjekket tilbydes alle borgere, uanset om man har en sygdom/kronisk lidelse eller ej. Det skal dog bemærkes, at det kan være en balanceakt at informere læseren uden at undgå overinformation, så læseren oplever at blive talt ned til, når de i forvejen kender procedurerne, og underinformation, så læseren oplever at mangle information om, at man også bliver tjekket på andre parametre end dem, vedkommende i forvejen bliver målt på.

Ud fra analysen blev det derudover tydeliggjort, at familien har en stærk indflydelse på deltagelsen i Tjek dit helbred. Flere af informanterne gav udtryk for at være mere motiverede for at deltage, hvis partneren ligeledes var inviteret og havde intention om at deltage. Dette behov er allerede imødekommet fra projektets side, da man har valgt at invitere partneren på samme tid med henblik på at øge rekrutteringen.

To konkrete anbefalinger tager dermed afsæt i overvejelser omkring kommunikationssituationen:

*Det anbefales at eksplicitere, at helbredstjekket kan være relevant, selvom man i forvejen har en kronisk lidelse.*

*Det anbefales at fortsætte med at invitere partneren i husstanden samtidigt.*

### 5.2.3 Medie

Gennem projektperioden har borgerne modtaget både invitationer og rykkere via brevpost, men når projektet skal køres i drift i 2019, er det planen, at borgerne skal modtage invitationsmaterialet via e-boks. Alle danske borgere har siden 2014 været forpligtet til at kunne modtage Digital Post fra det offentlige, så det vurderes ikke som en potentiel barriere, at nogle borgere vil have nemmere adgang



end andre. Det kan derimod forestilles at få betydning for, hvor mange der vil læse invitationsmaterialet. For at imødekomme denne potentielle barriere kan det overvejes fremadrettet at sende invitationen ud i slutningen eller i starten af måneden, da de fleste borgere formentlig tjekker e-boks i starten af måneden i forbindelse med f.eks. lønsedler.

I tillæg hertil viser analysen, at forglemmelse kan være en barriere for deltagelse i Tjek dit helbred, fordi der er forhold i borgernes kontekster, som kan optage dem i situationen, når de modtager invitationen. Der er allerede nu etableret en rykkerfunktion, som fungerer ved, at borgerne modtager et rykkerbrev tre uger efter invitationen, men ud fra analysen sås det, at denne rykkerfunktion ikke havde tilskyndet nogle af informanterne at tilmelde sig. I forbindelse med rekrutteringen af informanter til specialets empiriindsamling gav flere af informanterne dog udtryk for at savne en reminder om interviewaftalen på SMS, hvorfor dette behov muligvis kan overføres til rekrutteringen af borgere til helbredstjekket.

Med afsæt i overvejelser omkring medie fremsættes to anbefalinger:

*Det anbefales at udsende invitationen i slutningen eller i starten af måneden.*

*Det anbefales at udsende remindere – både via e-boks og på SMS.*

#### 5.2.4 Afsenderportræt

Som Becker Jensen påpeger, er det en balanceakt at formulere skriftlig sundhedsinformation, der prøver at ændre folks adfærd eller handlinger som f.eks. at få borgere til at deltage i helbredstjek (Jensen, 2013e; s. 34). Sprogstilen og -tonen er i invitationsmaterialet relativt uformel og personlig og har samtidig nogle saglige og relevante budskaber, som giver et symmetrisk afsender-modtagerforhold. I analysen fremgik det dog, at afsendersignaturen kunne give anledning til tvivl om, hvem afsenderen af invitationen egentlig er. I invitationsbrevet er afsenderen borgerens egen læge, som det står nu. Umiddelbart vil man som læser derfor tro, at helbredstjekket foregår ved lægen, og ikke i Randers Sundhedscenter. Forvirringen omkring afsenderen udgjorde ikke en decideret barriere for deltagelse i Tjek dit helbred, men for at imødekomme tvivlen kan man med fordel supplere afsendersignaturen med Randers Sundhedscenters signatur. Det vil ovenikøbet tydeliggøre, at der er tale om et samarbejde mellem de to instanser.

På baggrund af denne overvejelse omkring afsenderportræt fremsættes følgende anbefaling:

*Det anbefales at supplere afsendersignaturen i invitationsbrevet med en signatur fra Randers Sundhedscenter.*

### 5.2.5 Indhold

I planlægningen af tekstens indhold er det væsentligt at skelne imellem, hvad man som faglig ekspert mener, teksten bør indeholde, og hvad målgruppen faktisk har behov for at vide (Jensen, 2013e; s. 36). Af pladmæssige hensyn er det ikke muligt at fortælle målgruppen alt, hvad man som faglig ekspert ved, da teksten helst skal kunne skrives i en pjece på fire A5 sider. Derfor bør det overvejes nøje, hvad den vigtigste information bør omfatte. Her berøres indholdet af henholdsvis praktiske oplysninger og psykiske aspekter i invitationen (ibid.).

Der er angivet en del praktiske oplysninger i invitationsmaterialet. Oplysningerne handler om, hvordan borgeren bør forberede sig inden undersøgelsen, hvordan helbredstjekket foregår, og hvad der skal ske efter undersøgelsen afhængig af den fremkomne sundhedsprofil. Derudover bliver læseren kort oplyst om, at Tjek dit helbred køres som et forskningsprojekt, og at borgerens oplysninger kun bliver anvendt, hvis vedkommende giver tilladelse til det. Bortset fra det sidstnævnte, som ikke er relevant efter projektets afslutning, vurderes disse oplysninger oplagte at inddrage i materialet. Analysen viste dog, at en årsag til udeblivelse fra Tjek dit helbred kan være, at det er svært at finde tid til en undersøgelse. Da helbredstjekkene tilbydes dagligt indtil kl. 19.30, bør den praktiske information suppleres med den oplysning, at det også er muligt at bestille tider om aftenen. Dette vil muligvis kunne tilskynde en øget tilslutning.

Invitationsmaterialet bærer præg af at være meget praktisk orienteret, men flere fund i analysen giver anledning til at overveje, hvorvidt teksterne også bør indeholde nogle psykologiske aspekter, som kan imødekomme borgerne på hensigtsmæssig vis. I invitationsmaterialet italesættes udelukkende de biomedicinske målinger ved helbredstjekket, og det udelades at fortælle, at spørgeskemaet, som borgeren bliver bedt om at udfylde på forhånd, både omhandler sundhedsvaner og den mentale sundhed. Det var tydeligt i interviewene, at informanterne havde fokus på det fysiske helbred, idet ingen af informanterne italesatte deres mentale sundhed, da jeg spurgte ind til, hvordan de ville

beskrive deres eget helbred. Informanterne var således ikke nødvendigvis opmærksomme på, at man ved at deltage i helbredstjekket ligeledes har mulighed for at få opsporet begyndende tegn på f.eks. angst, stress eller depression. Hvis man som borger mener at have et fint fysisk helbred, kan man derfor være mere tilbøjelig til at udeblive fra helbredstjekket, selvom man har symptomer på f.eks. stress. Italesættelsen af det mentale aspekt er ligeledes vigtig for at fange borgere, som f.eks. står uden for arbejdsmarkedet og som har oplevet at blive psykisk belastet af det, eller borgere, som bor alene og som dermed er i større risiko for at udvikle psykiske lidelser (Sundhedsstyrelsen, 2018). Ved at sætte ord på den mentale sundhed signaleres det samtidig, at det i Randers Sundhedscenter er naturligt og legitimt at tale om psykologiske aspekter af borgernes oplevede sundhed i samme grad som de biomedicinske aspekter. På samme måde kan stigmatisering af borgere med sundhedsmæssige udfordringer undgås ved at italesætte mentale sundhedsproblemer på lige fod med fysiske sundhedsproblemer, idet stigmatisering ofte opstår som en form for omvendt stigmatisering ved at undvige italesættelsen af svære udfordringer (Sundhedsstyrelsen, 2008).

To konkrete anbefalinger tager afsæt i overvejelser omkring indholdet i invitationsmaterialet:

*Det anbefales at supplere den praktiske information med en oplysning om, at det er muligt at bestille tider dagligt indtil kl. 19.30.*

*Det anbefales at italesætte den del af helbredstjekket, som screener for mentale risikofaktorer.*

## 6.0 Diskussion

Følgende diskussionsafsnit tager udgangspunkt i en diskussion af resultaterne fra analysen. Analyseresultaterne syntetiseres herunder til to forskellige essenser af fænomenet – én for deltagergruppen og én for ikke-deltagergruppen – og diskuteres i relation til eksisterende litteratur og teori. I forlængelse heraf diskuteres essenserne i relation til de fremførte anbefalinger om forandringstiltag. Dernæst diskuteres det, hvordan og hvorfor resultaterne i indeværende speciale ikke stemmer helt overens med fundene i den eksisterende litteratur. Slutteligt diskuteres den metodiske fremgangsmåde i specialet.

### 6.1 Diskussion af resultater

Analysen i indeværende speciale viste, at informanternes valg omkring deltagelse i Tjek dit helbred som fænomen kan være influeret af mange forskellige elementer, som det er vist i tabel 6 nedenfor. Som det blev fundet i den indledende litteratursøgning, gjorde det sig ligeledes gældende i analysen, at valget omkring deltagelse i Tjek dit helbred kan karakteriseres som en kompleks størrelse (Dryden *et al.*, 2012). Flere af de fremfundne kategorier er overlappende og relaterer sig til hinanden, hvilket blot tydeliggør denne kompleksitet. Derudover viste analysen, at nogle elementer både kan influere på valget om at deltage og på valget om ikke at deltage.

**Tabel 6.** Elementer, som kan influere på valget omkring deltagelse i Tjek dit helbred.

Deltagere	Ikke-deltagere
<b>Kategori 1: Oplevelsen af at have udfordringer i hverdagen</b>	
At opleve helbredsmæssige begrænsninger	At opleve helbredsmæssige begrænsninger
At have dårlige sundhedsvaner	At have dårlige sundhedsvaner
	At mangle tilknytning til arbejdsmarkedet
<b>Kategori 2: Graden af ansvarsfølelse over for eget helbred</b>	
At have en ambition om at forbedre egen sundhed	At have lav ambition om at forbedre egen sundhed
At tage sagen i egen hånd	At være træt af at blive opfordret til livsstilsændring
At kende til konsekvenser ved dårlig livsstil	At kende til konsekvenser ved dårlig livsstil
At begrunde dårlige vaner med kontekstuelle faktorer	At begrunde dårlige vaner med kontekstuelle faktorer
<b>Kategori 3: Øvrig brug af sundhedsvæsenet</b>	
At blive jævnlige kontrolleret	At blive jævnlige kontrolleret
At have opsøgende sundhedsadfærd, hvis der er disposition for sygdom	At have opsøgende sundhedsadfærd efter sygdomsindtrædelse
At kende til øvrige screeningstilbud gennem det sociale lag	(At mangle generelt kendskab til screeningstilbud)
<b>Kategori 4: Påvirkningen fra omgivelserne</b>	
At blive påvirket af familien ift. at opretholde en sund livsstil	At blive påvirket af naboer, venner og kolleger ift. at opretholde en sund livsstil
At bo sammen med andre	At bo alene
At have en inviteret partner til Tjek dit helbred	At partneren ikke er inviteret til Tjek dit helbred
<b>Kategori 5: Opfattelsen af egen risiko for at blive syg</b>	
At ville forebygge sygdom nu og her samt på længere sigt	At have lav opmærksomhed mod langsigtede konsekvenser ved dårlig sundhedsadfærd
At være nysgerrig på udfaldet af helbredstjekket	At have lav opmærksomhed mod det forebyggende element i helbredstjek
<b>Kategori 6: Følelsen af at blive imødekommet</b>	
At opleve tilfredshed ved at modtage en invitation	At opleve utilfredshed ved at blive indkaldt en bestemt dato
At opleve bookingsystemet nemt og tilgængeligt	At opleve bookingsystemet uigennemsigtigt
	At føle sig stigmatiseret
	At være logistisk forhindret i at møde op

Da formålet med fænomenologiske analyser er finde frem til fænomenets essens, dvs. det, der går på tværs i interviewene, er følgende afsnit struktureret ud fra de mest gennemgående resultater for henholdsvis deltagere og ikke-deltagere. Ud fra analysen er der som nævnt identificeret to forskellige essenser – én for deltagergruppen og én for ikke-deltagergruppen. Essensen i hver af de to grupper beskriver ud fra informanternes livsverdensperspektiv det, der gør fænomenet til det, det er. Essensen er altså ikke noget, jeg som forsker tilføjer gennem fortolkning, men noget, som allerede eksisterer i kraft af intentionaliteten mellem fænomenet og informanterne (Jacobsen, Tanggaard and Brinkmann, 2010; s. 187). Nedenfor præsenteres essensen af fænomenet set ud fra deltagernes og ikke-deltagernes perspektiv.

**Tabel 7.** Essensen af fænomenet blandt hhv. deltagere og ikke-deltagere.

<b>Essensen af fænomenet blandt hhv. deltagere og ikke-deltagere</b>	
	<b>Essens af fænomenet</b>
<b>Deltagere</b>	At burde leve sundere
<b>Ikke-deltagere</b>	At kunne bestemme selv

### 6.1.1 Essens af fænomenet blandt deltagere: At burde leve sundere

Blandt de informanter, som har deltaget i Tjek dit helbred, var et gennemgående resultat, at de alle oplevede at have følelsen af, at de burde leve sundere, end de gjorde. Beskrivelsen af denne følelse varierede på tværs af interviewene og omhandlede ambitionen om at skære ned på sukkeret, at holde vægten nede for at undgå knæ smerter, at dyrke mere motion, at drikke mindre rødvin etc. Sammenlignet med ikke-deltagerne var de altså mere motiverede til at ændre livsstil, idet ikke-deltagerne generelt udtrykte et mindre behov for at leve sundere. Flere af ikke-deltagerne var af den overbevisning, at de havde det godt nu og her, og samtlige ikke-deltagere gav i interviewene udtryk for ikke at have tænkt sig at gøre noget særligt for at komme til at leve sundere.

At deltagerne i indeværende speciale havde en højere ambition om at ville leve sundere, end de allerede gjorde, stemmer godt overens med fundene i review-studiet af Dryden et al. (Dryden *et al.*, 2012). Her fandt man gennem en undersøgelse af psykiske karakteristika blandt deltagere og ikke-deltagere i generelle helbredstjek bl.a., at deltagerne i højere grad end ikke-deltagerne 1) var familiært disponeret til at udvikle livsstilssygdomme, 2) ville sikre sig, at de ikke fejlede noget, 3) var interesserede i eget helbred og 4) ville sikre sig en god monitorering af sygdomme, de havde i forvejen (ibid.). Disse fire fund relaterer sig alle til udsagnene blandt deltagerne i indeværende speciale, hvilket øger sandsynligheden for, at fundene i specialet til en vis udstrækning kan generaliseres til også at gælde i andre populationer. Psykiske faktorer kan i modsætning til logistiske, kommunikative og organisatoriske faktorer argumenteres for at være universelt gældende, idet de sidstnævnte ofte relaterer sig til opbygningen i det enkelte forebyggelsesprogram (ibid.).

Langt de fleste faktorer, som i indeværende speciale blev fundet at have betydning for valget omkring deltagelse i Tjek dit helbred, kunne karakteriseres ved at være af psykisk karakter. Særligt den oplevede personlige relevans af helbredstjek kunne relateres til essensen af fænomenet blandt deltagerne. Cheong et al. har i et kvalitativt studie af beslutningsprocessen omkring deltagelse i

helbredstjek af hjerte-kar-sygdom vist, at intentionen om at deltage kan være influeret af et samspil mellem oplevet relevans og individets parathed til at få resultatet af helbredstjekket at vide (Cheong *et al.*, 2016). De borgere, der havde deltaget i helbredstjek, var således i højere grad motiveret til at foretage livsstilsændringer på baggrund af helbredstjekkets resultater, fordi de oplevede en mere personlig relevans af tilbuddet end ikke-deltagerne (*ibid.*).

At nogle borgere er præget af intentionen om at leve sundere, og at andre ikke er, kan af Prochaska og DiClemente forklares ved hjælp af deres socialpsykologiske model, the transtheoretical model (Nutbeam, Harris and Wise, 2010; s. 15). Modellen består af to basale dimensioner, *stages of change* og *process of change*, og baserer sig på præmissen om, at adfærdsforandring foregår via en proces, samt at individer kan befinde sig på forskellige stadier af motivation eller parathed til at ændre adfærd (*ibid.*). Deltagerne i indeværende speciale kan ifølge modellen således tænkes at befinde sig på det stadie, der af Prochaska og DiClemente kaldes *contemplation* (stage of change), hvor individet bliver opmærksomt på fordelene ved adfærdsforandringen (process of change). Nogle af deltagerne kan ovenikøbet tænkes at befinde sig på *determination*-stadiet, hvor de bliver opmærksomme på mulige barrierer for adfærdsforandringen, samt hvordan fordelene ved forandringen kan opveje disse barrierer. Jævnfør Prochaska og DiClemente's model kan det derimod forestilles, at ikke-deltagerne i højere grad befinder sig på *precontemplation*-stadiet, hvor de endnu ikke har overvejet, hvilke sundhedsmæssige konsekvenser deres livsstil kan medføre. To af hovedpointerne ved the transtheoretical model er, at den er cirkulær frem for lineær, hvilket betyder, at individer kan falde ind og ud af stadierne på et hvilket som helst tidspunkt, og at den kan anvendes på individer, som selv tager initiativ til adfærdsforandring, på lige fod med individer, som responderer på eksternt stimuli i form af f.eks. rådgivning fra sundhedsfagligt personale (*ibid.*). Modellen anvendes derfor ofte i planlægningen af forebyggelsesprogrammer som en forudsætning for at øge kendskabet til målgruppen. Et review af Bridle *et al.* fra 2005 viser dog, at effekten af modellen begrænser sig til hovedsagligt at have en anvendelig funktion i udredningen af behov og struktureringen af sundhedsinterventioner for individer eller mindre grupper (Bridle *et al.*, 2005). Kritikken af modellen går altså på, at modellen med dens stærke rødder i adfærdspsykologien ikke nødvendigvis fanger den fulde kompleksitet ved de kontekstuelle processer, der skaber adfærdsforandringer. Modellen kan overordnet forklare, hvorfor nogle af informanterne føler, de bør leve sundere, og hvorfor andre ikke gør, ud fra informanternes stage of change, men den kan kun i svag grad forklare fænomenets essens ud fra de omgivelser og den kontekst, informanterne befinder sig i til daglig.

#### 6.1.1.1 Sammenfatning i relation til anbefalingerne om forandringstiltag

I diskussionen af første essens ”At burde leve sundere” kunne the transtheoretical model anvendes som en individorienteret forklaring på, hvorfor nogle borgere ser ud til at have en højere ambition om at leve sundere end andre. Som supplement til forandringsforslagene angående den fremadrettede rekrutteringsprocedure kan det i den forbindelse overvejes, hvorvidt modellen bør anvendes med henblik på at undersøge, hvilke stadier borgerne i Randers kommune befinder sig på. Noget kunne tyde på, at ikke-deltagere kan befinde sig på precontemplation-stadiet, hvor de endnu ikke har overvejet, at deres livsstil kan få helbredsmæssige konsekvenser på sigt, og at de derfor ikke oplever en personlig relevans ved at deltage i helbredstjek. Helt konkret kunne man ifølge Prochaska og DiClemente gøre brug af consciousness raising ved i invitationsmaterialet at uddybe, hvorfor borgeren bliver inviteret, samt hvad hensigten med helbredstjekket er. Derudover kunne en overvejelse være at anvende rollemodeller ved at nævne eksempler på borgere, som har været til helbredstjek, og som derfor har kunnet forebygge diabetes, blodpropper el.lign.

#### 6.1.2 Essens af fænomenet blandt ikke-deltagere: At kunne bestemme selv

Blandt de informanter, som ikke havde deltaget i Tjek dit helbred, var et gennemgående resultat informanternes behov for at vedholde sig en vis autonomi i forbindelse med indsatsen. På samme måde, som deltagerne beskrev ambitionen om at leve sundere på forskellig vis, udtrykte ikke-deltagerne et behov for autonomi i forskellige sammenhænge. Flere af informanterne ville selv have lov at bestemme, hvorvidt og hvornår de skulle have tjekket deres helbred. De gav udtryk for blot at gå til lægen, hvis de mente at fejle noget, og desuden passede den tildelte tid ikke nødvendigvis ind i kalenderen. To af ikke-deltagerne udtrykte derudover et behov for selv at bestemme, hvorvidt de ville ændre på deres vægt og rygevaner, og at de var trætte af at blive påpeget de helbredsmæssige konsekvenser, der kunne være ved deres måde at leve livet på. Essensen ”At kunne bestemme selv” beskriver dermed, hvad der har betydning for deres valg omkring deltagelse i Tjek dit helbred.

En velkendt problematik inden for risikokommunikation er, at der altid vil være en risiko for at krænke autonomien hos modtageren, når hensigten er at opfordre til adfærdsforandringer gennem kampagner eller forebyggelsesinterventioner (Rossi and Yudell, 2012). Frensvad karakteriserer risikokommunikation ved at indeholde moralske budskaber om, at der er nogle måder at leve på, som



er mere rigtige end andre (Frendvad, 2006). Risikokommunikation kan derved anses som en styringsform, hvor myndighedernes mål er at pålægge individet et ansvar for at træffe de valg, der skaber et bedre samfund. Et bedre samfund skal i denne sammenhæng forstås som et samfund, hvor borgerne lever så længe som muligt og tager forvaltningen af eget helbred ind i deres dagligdag (ibid.). Gennem forebyggelsesinterventioner som Tjek dit helbred pålægges borgerne således et ansvar for egen sundhed, idet det enkelte menneske ses som et autonomt væsen, der kan træffe frivillige valg om egen adfærd og livsstil. Men målet med risikokommunikationen er til en vis udstrækning at kommunikere meget stærkt, hvilke valg individet bør træffe, hvilket fuldføres ved at pålægge individet ansvar for at styre sig selv via selvdisciplin (ibid.). At ikke-deltagerne i Tjek dit helbred udtrykker et behov for selv at bestemme, hvorvidt og hvornår de bør tage vare på eget helbred, kan dermed ses som et udtryk for en indskrænkning af deres autonomi, hvis de på baggrund af invitationen føler et socialt pres til at deltage i helbredstjekket. Et studie af Groenenberg et al. har vist et lignende udfald, idet de blandt flere årsager fandt, at sygdomsrelateret stigmatisering udgjorde en årsag til udeblivelse fra en kardiologisk screeningsundersøgelse (Groenenberg *et al.*, 2014). Det kan i forlængelse heraf diskuteres, hvorvidt det er etisk forsvarligt at invitere borgere, der som følge af omgangskredsen og øvrigt sundhedspersonale føler sig stigmatiserede, hvis en konsekvens ved at modtage invitationen er, at de kan føle et socialt pres til at deltage i Tjek dit helbred.

Selvom der er risiko for, at autonomien kan blive krænket hos borgere i et forebyggelsesperspektiv, kan interventioner som Tjek dit helbred forsvares med udgangspunkt i Bentham's nytteetiske perspektiv, hvor den moralske, gode handling sikrer størst mulig nytte for det størst mulige antal mennesker (Schofield, 2015). Guttman og Salmon benævner ligeledes risikokommunikation som en form for "benevolent public manipulation", når hensigten med at få individer til at træffe bestemte beslutninger er god (Guttman and Salmon, 2004). Idet risikokommunikation kan anses som en styringsform, der har til formål at hæve den samlede levealder samt mindske den samlede sygdomsbyrde i samfundet, har kommunikationsformen i et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv et mål om at skabe mest mulig sundhed for flest mulige mennesker. I et sundhedsøkonomisk henseende kan det ligeledes forsvares, at nogle borgere må opleve en indskrænkning af deres autonomi, hvis målet er at skabe mest mulig sundhed for færrest mulige ressourcer.

Her er det ifølge Rossi et al. vigtigt at skelne mellem "influence, persuasion and manipulation" (Rossi and Yudell, 2012). Det kan argumenteres, at retten til selvbestemmelse respekteres i en intervention som Tjek dit helbred, når man ikke anvender paternalistiske strategier til at tvinge

borgerne til at deltage i et helbredstjek. Borgerne får tilsendt et rykkerbrev, hvis de hverken bekræfter deres tildelte tid, får en ny tid eller melder afbud, men herefter forsøges det ikke yderligere at ”overtale” borgerne til at deltage. Holtug et al. hævder endda, at autonomien ligefrem kan få bedre vilkår ved genuine tilbud, som det er muligt at takke nej til (Holtug *et al.*, 2009). Det begrundes med, at borgerne da får relevant information og flere muligheder at vælge imellem, hvilket kan udfolde borgernes selvbestemmelsesret. I et empirisk studie af Søgaard et al. fandt man, at op mod 40% af de inviterede til en kardiovaskulær screeningsundersøgelse besluttede sig for at deltage, efter de havde fået yderligere information omkring undersøgelsen (Søgaard, Lindholt and Gyrd Hansen, 2013). Om dette udfald er et udtryk for en udfoldelse af de inviteredes selvbestemmelsesret, kan dog betvivles, idet strategien i at udsende yderligere information ligeledes kan ses i lyset af en paternalistisk tilgang til indsatsen.

#### 6.1.2.1 Sammenfatning i relation til forandringstiltagene

I diskussionen af anden essens ”At kunne bestemme selv” kunne autonomikrænkelse som følge af anvendelsen af risikokommunikation forklare, hvorfor ikke-deltagerne synes at opleve en begrænsning i selvbestemmelsen af, hvorvidt og hvornår de bør tage vare på eget helbred. Da det i et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv er ønskværdigt at nedbringe sygdomsbyrden i det samlede hele, er det uundgåeligt, at nogle borgere vil føle en indskrænkning af autonomien til fordel for det fælles gode. Dette bør forsøges at blive imødekommet ved i invitationsmaterialet at italesætte, at det (naturligvis) er op til borgeren selv, om vedkommende skal tage imod tilbuddet om et helbredstjek eller ej. I tråd hermed kan det tænkes, at det i højere grad kan lykkes at imødekomme borgeren, hvis det anerkendes, at man sagtens kan have det godt nu og her, men at helbredstjekket alligevel kan have relevans i et forebyggende henseende.

#### 6.1.3 Ikke-identificerede fund

Ud fra specialets indledende litteratursøgning er der identificeret en række faktorer, der blandt ikke-deltagere kan have betydning for udeblivelse i helbredstjek. Flere af disse faktorer er ligeledes blevet identificeret i analysen i indeværende speciale, både hvad angår psykiske, logistiske samt kommunikative og organisatoriske faktorer. De psykiske faktorer omhandler bl.a. det i forvejen at føle sig sund og rask, at frygte stigmatisering og at opleve en lav grad relevans, og de logistiske faktorer omhandler bl.a. det at mangle tid eller have for lang distance til sundhedscentret, mens de

kommunikative og organisatoriske faktorer omhandler det at være blevet undersøgt for nylig i forbindelse med monitoreringen af sygdom. At flere af analysens fremfundne faktorer også gør sig gældende i den eksisterende litteratur, må betyde, at målgruppen i indeværende speciale til en vis udstrækning kan argumenteres for at ligne målgrupperne i litteraturen (Elklit and Jensen, 2012; s. 105).

Dog har det i udførelsen af analysen vakt undring, at de faktorer, der i litteraturen kan tilskrives frygten for at få testresultatet at vide, samt de konsekvenser, testen vil kunne medføre, ikke har vist sig at gøre sig gældende i indeværende speciale. I interviewene er informanterne blevet spurgt ind til, hvorvidt de oplevede at have nogle tanker omkring potentielle negative konsekvenser ved at deltage i helbredstjek. Kun én informant italesatte bekymring for testresultatet som en mulig negativ konsekvens ved at deltage i screeningsundersøgelser. Den italesatte bekymringsskabelse omhandlede dog udelukkende frygten for svaret på kræftscreeninger samt ventetiden på svaret i sammenhæng med dem. Hvad angår helbredstjek udgjorde frygten for testresultatet hverken en barriere for hende eller nogen af de øvrige informanter, fordi de mente, at det at få at vide, hvordan ens blodtryk eller blodsukker lå, er forholdsvis stilfærdigt. Dette fund strider således imod fundene fra den eksisterende litteratur. Review-studiet af Dryden et al. viser, at frygt kan optræde som en barriere på flere forskellige måder i helbredstjek, herunder frygten for, hvad testen vil finde, holdningen om at "hvad man ikke ved, har man ikke ondt af", og at det at kende resultatet ikke vil gøre én lykkeligere. Dryden et al. understreger, at sammenhængen mellem sundhedsoverbevisninger og sundhedsadfærd er kompleks at definere blandt deltagere og ikke-deltagere (Dryden *et al.*, 2012). Med det menes, at rationalet bag sundhedsadfærden, dvs. hvorvidt de deltog i helbredstjek, ikke nødvendigvis var modsatrettet i de to grupper, men at holdningen til handlingen derimod var. Som eksempel var en af forklaringerne på, hvorfor deltagerne takkede ja til helbredstjekket, at man ved at deltage kunne reducere frygten for specifikke sygdomme, mens ikke-deltagere takkede nej grundet samme frygt for at få en sygdom diagnosticeret. Både deltagere og ikke-deltagere havde altså samme kognitive frygt for at blive syge, men måden at håndtere frygten på var modsatrettet (*ibid.*). Rees og Bath bekræfter i deres studie af *health information seeking information*, at frygten for at få specifikke sygdomme både kan optræde hos individer, som tager aktivt handling i form af opsøgende sundhedsadfærd, og individer, som bevidst undgår opsøgende sundhedsadfærd (Rees and Bath, 2001; Galarce, Ramanadhan and Viswanath, 2011; s. 171). De nævnte studier har altså fundet, at måden at håndtere

frygt for testresultater fra helbredstjek samt specifikke sygdomme kan håndteres på forskellig vis, men det er gennemgående, at frygt har relativ stor betydning for engagementet i eget helbred.

Det kan diskuteres, hvad der kan forklare, hvorfor frygten for testresultatet og dets konsekvenser ikke er identificeret som betydende faktorer for ikke-deltagelse i indeværende speciale. For det første kan det tænkes, at ikke-deltagerne i den udvalgte målgruppe har været præget af en såkaldt *optimistisk bias*, hvilket er et fænomen, som kan forekomme i risikokommunikation (Freundvad, 2006). I sådanne tilfælde kan man som individ have en tendens til at tænke, at risikoen for at blive syg af specifikke sygdomme er lavere, end den risiko, lægerne mener, gør sig gældende. Derudover bliver opfattelsen af egen risiko vurderet lavere end risikoen blandt de mennesker, man omgås til daglig, og som ligner én selv mht. socioøkonomisk status (ibid.). For det andet kan det tænkes, at specialets metodiske fremgangsmåde kan have haft en indvirkning på resultaterne. Det, at jeg som interviewer til dels har repræsenteret teamet fra projekt Tjek dit helbred, kan have haft den konsekvens, at informanterne har underkendt de mulige ulemper, der kan være ved at deltage i helbredstjek. Dermed sagt har min rolle som interviewer ikke nødvendigvis været betragtet objektivt fra informanternes perspektiv. Derudover kan sammensætningen af målgruppen og dens karakteristika have haft en betydning for analysens udfald. Betydningen af min rolle som forsker og målgruppens sammensætning diskuteres yderligere i det følgende afsnit om den anvendte metode.

## 6.2 Diskussion af den anvendte metode

I det følgende diskuteres den metodiske fremgangsmåde i indeværende speciale. Diskussion har til formål at klarlægge en refleksion omkring specialets transparens, gyldighed og genkendelighed (Tanggaard and Brinkmann, 2010; s. 490). Med henblik på at håndgribeliggøre afsnittet anvendes en tjekliste af A. Tong et al.: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Tong, Sainsbury and Craig, 2007). Tjeklisten består af 32 items, som er fordelt på tre overordnede domæner; 1) Research team and reflexivity, 2) Study design, 3) Analysis and findings (ibid.). De tre domæner er konstrueret på baggrund af et review af 22 øvrige tjeklister for kriterier i kvalitativ forskning, hvorfor anvendelsen af COREQ sikrer en gennemgang af de mest centrale kriterier i specialet. Afsnittet er struktureret ud fra de tre domæner (oversat til dansk), som hver sammenfatter overvejelser om de items, som vurderes mest relevante at besvare i relation til specialets metodiske fremgangsmåde. Ordlyden af de enkelte items er udeladt i afsnittet, men for nærmere indsigt i tjeklistens opbygning henvises til artiklen (Tong, Sainsbury and Craig, 2007).

### 6.2.1 Domæne 1: Refleksion omkring forskerrolle

#### 6.2.1.1 Forskerens karakteristika og forhold til informanter

Mine personlige karakteristika som forsker kan ifølge A. Tong et al. influere på forskningsprocessen, hvorfor det vurderes relevant at nævne mit forhold til Tjek dit helbred samt mine tidligere erfaringer med kvalitativ forskning. Som læser er det vigtigt at vide, at jeg ikke har været ansat hos Tjek dit helbred i Randers Sundhedscenter, men blot været koblet til projektet i forbindelse med specialeskrivningen. Kontakten til projektet opstod på baggrund af personlig interesse for Tjek dit helbred og de deltagelsesproblematikker, der kan opstå i forbindelse med monitoreringen af forskningsprojektet, hvorfor der ikke har været nogen økonomiske gevinster forbundet med mit samarbejde med projektledelsen. Derudover bør det understreges, at min uddannelsestitel er cand.scient.san.publ., og at jeg i forbindelse med tidligere studieopgaver og praktikforløb har foretaget interviewundersøgelser. Disse oplysninger om mine personlige karakteristika som forsker øger formentlig troværdigheden af resultaterne, og de giver læseren mulighed for at vurdere, hvordan de kan have influeret på mine fænomenologiske beskrivelser og fortolkninger af informanternes udsagn. På samme måde tilstræbtes det at give informanterne så fyldestgørende informationer om mig selv, da jeg foretog interviewene. De kendte kun til Tjek dit helbred som projekt, men ikke til

mig som person, min uddannelse og min egentlige agenda, da jeg kontaktede dem, hvorfor jeg gjorde en del ud af at præsentere mig selv, min uddannelsesbaggrund og mit formål med dataindsamlingen.

Som kvalitativ forsker var jeg i tæt dialog med informanterne, hvorfor det ikke har været muligt helt at undgå personlige bias (Tong, Sainsbury and Craig, 2007). Derfor har det været nødvendigt at anerkende og afklare min egen rolle i forskningsprocessen, herunder mine forventninger til specialets udfald, der som nævnt er dannet på baggrund af den indledende litteratursøgning og min uddannelsesmæssige forforståelse. At kunne sætte min teoretiske forforståelse i parentes som en forudsætning for at udføre det, som Husserl inden for den fænomenologiske ramme kalder *epoché* (Thøgersen, 2013; s. 131), har været vanskelig, da det har været en balanceakt at skulle forholde sig åbent og induktivt til informanternes beskrivelser og samtidig skulle sætte en ramme op omkring interviewene. Derfor kan interviewguiden have været påvirket af mine forventninger til interviewenes udfald ved at bære præg af en retning og en tilgang, som jeg personligt vurderede relevant. Denne bias blev dog forsøgt imødekommet ved at udarbejde interviewguiden så åben og semistruktureret som muligt, så informanterne selv kunne få indflydelse på retningen i interviewene. Desuden var interviewguiden præget af forskellige typer af interviewspørgsmål, som havde til formål at balancere det magtforhold, der kunne opstå mellem informanterne og mig som interviewer i den konstruerede interviewsituation. Disse interviewspørgsmål kunne karakteriseres som *indledende* med henblik på at lade informanterne fortælle om deres helbred så frit som muligt, som *opfølgende* med henblik på at opnå yderligere uddybning af det sagte, som *specificerende* med henblik på at få informanterne til at præcisere oplevelserne og beskrivelserne samt som *fortolkende* med henblik på at gentage informanternes svar og derved sikre gensidig forståelse (Brinkmann and Kvale, 2008; s. 155-157). Med forbehold for, at det er umuligt helt at "sætte sig selv ved siden" må det alt i alt vurderes, at kriteriet om at sætte forventninger og forforståelse i parentes er opfyldt.

## 6.2.2 Domæne 2: Studiedesign

### 6.2.2.1 Den teoretiske ramme

I COREQ-tjeklisten angives det, at den teoretiske ramme bør være klarlagt i undersøgelsen med det formål at skabe indsigt i sammenhængen mellem formål, forskningsspørgsmål og den metodiske fremgangsmåde (Tong, Sainsbury and Craig, 2007). Studiedesignet i indeværende speciale har været præget af fænomenologi som en videnskabsteoretisk retning snarere end en decideret metodeteori (Jacobsen, Tanggaard and Brinkmann, 2010; s. 186). Dette har krævet en åben tilgang til empirien,

idet fænomenologien som retning opfordrer til at undersøge fænomener på intuitiv vis (Jacobsen, Tanggaard and Brinkmann, 2010; s. 187). I bestræbelsen efter at anvende denne tilgang bærer analysen af informanternes udsagn præg af at være relativt deskriptiv. Målet har været at fremstille informanternes livsverden på en måde, som er genkendelig for informanterne selv, og som derfor i grove træk er beskrevet med ord og vendinger, som informanterne ville kunne forstå og relatere sig til. Dette kaldes af Goodenough for et ”emic-perspektiv”, og det har til formål at bevare en snæver relation mellem empiriens begreber og kategorier, dvs. informanternes udsagn, og de begreber og kategorier, som analysen benytter sig af (Brænder, Harrits and Lindekilde, 2012; s. 187). Derudover har præsentationen af informanternes udsagn ikke været systematisk delt op i, hvad henholdsvis deltagere og ikke-deltagere har fortalt. Det skyldes, at den fænomenologiske tilgang netop har tilskyndet, at jeg har undgået at systematisere typer af individer, men derimod forholdt mig åbent til, hvad informanterne har fortalt ud fra deres livsverdensperspektiv (Zahavi, 2004; s. 16-19). På den måde er det forsøgt undgået at sætte deltagere og ikke-deltagere i forhold til hinanden i et modsætningsforhold, som ikke nødvendigvis har kunnet give et retmæssigt billede af virkeligheden. At nogle af de fremfundne elementer, som har vist sig at kunne influere på valget omkring deltagelse, har gjort sig gældende i begge grupper er et bevis på, at grupperne ikke nødvendigvis har kunnet holdes op imod hinanden i et modsætningsforhold. Dog skal det bemærkes, at en fælde ved den fænomenologiske tilgang omvendt kan bestå i at ende med en tekst, som udelukkende rummer abstrakte udsagn uden meningsfuld forbindelse til noget konkret, hvorfor jeg i sammenfatningerne af kategorierne *efter* usystematisk at have beskrevet informanternes udsagn trods alt har søgt at sammenligne udsagnene blandt deltagere og ikke-deltagere.

Studiedesignet i dette speciale har taget udgangspunkt i Husserls idealistiske tankegang om at give fordomsfrie beskrivelser af det, som viser sig (fænomenet), idet det har været hensigten med specialet at tage en så åben og intuitiv tilgang til problemstillingen som muligt. Flere eller andre filosoffer inden for den fænomenologiske filosofi kunne have suppleret brugen af Husserls begreber, f.eks. Heidegger med hans eksistensfilosofi omkring Dasein (væren-i-verden) eller Merleau-Ponty, som var optaget af kroppen som centrum for erkendelsens subjekt med udgangspunkt i bevægeevnen – og ikke bevidstheden – som den basale intentionalitet (Thøgersen, 2004; s. 91). Anvendelsen af begreber fra disse to filosoffer ville dog have bidraget til en mere hermeneutisk fremgangsmåde i studiedesignet, idet de mener, at forståelsen af det menneskelige kræver en fortolkning af de baggrundsfaktorer, herunder kroppen og historien, der er udgangspunkt for erfaring (Jacobsen,

Tanggaard and Brinkmann, 2010; s. 191). At lægge et hermeneutisk perspektiv på studiedesignet har ikke været hensigten, hvorfor Husserls begreber er blevet anvendt som den primære kilde. De enkelte sammenfatninger i hver af analysens kategorier kan dog argumenteres for at være hermeneutisk inspireret, idet jeg ud fra informanternes udsagn har forsøgt at fortolke, hvad der kan have betydning for informanternes valg omkring deltagelse i Tjek dit helbred.

Som følge af problemformuleringens udformning har rationalet for indeværende speciale været pragmatisk i den forstand, at undersøgelsen har haft til formål at bidrage med ny viden om, hvordan flest mulige borgere kan rekrutteres til Tjek dit helbred gennem den skriftlige rekrutteringsprocedure. I den forbindelse har det været en balanceakt at forene studiedesignets fænomenologiske ramme og dens intuitive og åbne analysemetode med specialets mere formålsorienterede hensigt om at øge deltagelsen i projektet. En ofte omtalt kritik af kvalitativ forskning er, at den kun siger noget om enkelttilfælde, men med anvendelse af fænomenologien kan der argumenteres for en forskningspraksis, som kan skabe grundlag for en viden om almene forhold ved den menneskelige oplevelsesverden (Kristensen, 2011; s. 201). Hvis analysens fremfundne essenser kan anses som værende gyldige, kan specialets resultater generaliseres til også at gælde andre deltagere og ikke-deltagere i Tjek dit helbred. Derved vurderes det, at den fænomenologiske undersøgelsesform har kunnet bidrage positivt til løsningen af specialets overordnede problemformulering, selvom den har været pragmatisk styret.

#### 6.2.2.2 Udvalgelse af informanter

Et essentielt kriterie for al slags forskning er, at det bør være transparent, hvordan rekrutteringen af deltagere er foregået (Tong, Sainsbury and Craig, 2007; Lindahl and Juhl, 2011; s. 59-66). Dette beskrives i afsnit 4.1.1 og vurderes dermed opfyldt. I forlængelse heraf kan det diskuteres, om min kobling til Randers Sundhedscenter kan have haft betydning for informanternes villighed til at blive interviewet, sammenlignet med hvis jeg blot kontaktede dem som specialestuderende ved Aarhus Universitet. Rekrutteringen af både deltagere og ikke-deltagere forløb forholdsvis nemt, hvilket ikke var forventeligt, da jeg ud fra den indledende litteratursøgning havde en formodning om, at borgere, der takker nej til forebyggende initiativer, ofte har mere usunde adfærdsformer og ligeledes kunne forventes at have en mindre interesse i at italesætte egen sundhed sammenlignet med deltagere. Alle informanter havde et kendskab til Randers Sundhedscenter, da mange af dem ofte har besøgt centrets



tandlæger, jordemødre, praktiserende læger mv. Kendskabet til Randers Sundhedscenter kan derfor tænkes at have medført en øget tillid til mig som person og dermed en villighed til at blive interviewet.

Hvad angår typen af informanter var jeg opmærksom på, at de borgere, der besvarede telefonopkaldene – og som dermed i de fleste tilfælde takkede ja til et interview – ikke var på arbejde, selvom jeg ringede i arbejdstiden. Gennem interviewene blev det tydeligt, at de fleste informanter var deltidsansatte, hvilket kan begrunde, hvorfor de både havde tid til at tage telefonen og lave interviewaftaler i arbejdstiden. At informanterne overvejende har været deltidsansatte, kan have den konsekvens, at deres udsagn kun i svag grad kan generaliseres til også at gælde borgere med fuldtidsarbejde. En metodisk overvejelse i denne forbindelse er, at jeg muligvis kunne have rekrutteret en anden type borgere, hvis jeg havde valgt at foretage rekrutteringsopkaldene uden for arbejdstiden. På samme måde kunne informanterne karakteriseres ved at have erhverv, som udelukkende kræver en kort eller mellemlang uddannelse. Det bør her bemærkes, at det som nævnt kun er 5% af randrusianerne, der har en videregående uddannelse (Riberholdt, 2016), hvilket kan forklare overvægten af lavt- og mellemuddannede informanter i målgruppen. Det kan tænkes, at andre elementer, som kan influere på valget omkring deltagelse, ville have været italesat, hvis højtuddannede borgere var inkluderet i samlingen af informanter. En anden sammensætning af målgruppen kunne dermed sagt muligvis have resulteret i andre overvejelser og refleksioner i relation til valget omkring deltagelse i Tjek dit helbred. Med anvendelsen af den fænomenologiske tilgang kan det dog forsvares, at jeg ikke har kunnet udvælge informanter på baggrund af deres sociale baggrund, som ellers kunne have sikret en bred og varieret målgruppe, da hensigten var at fralægge mig inklusionskriterier dannet på baggrund af forhåndsviden.

### 6.2.2.3 Setting og dataindsamling

Ifølge A. Tong et al. er det et kriterie, at forskeren beskriver den setting, som data blev indsamlet i, da det kan belyse, hvorfor informanterne har svaret eller ageret på en bestemt måde (Tong, Sainsbury and Craig, 2007). Her må det vurderes som en lettere metodisk svaghed, at ansigt-til-ansigt interviewene blev udført i sundhedscentret og f.eks. ikke hjemme hos informanterne selv eller i andre vante rammer, hvor de sandsynligvis ville have følt sig mere trygge. Hvis sidstnævnte havde været tilfældet, kan det tænkes, at informanterne ville have åbnet sig mere op og f.eks. fortalt mere uddybende om psykologiske aspekter af deres hverdagsliv eller ængstelige tanker relateret til deres risiko for at blive syge. Derudover bør det igen påpeges, at jeg som forsker repræsenterede teamet i

Tjek dit helbred som følge af min rekrutteringsstrategi, hvilket kan have haft den effekt, at informanterne har haft en tendens til at ”please” mig som sundhedsfaglig repræsentant og dermed underrapportere deres dårlige vaner, personlige bekymringer eller kritiske bedømmelse af Tjek dit helbred som forebyggende indsats.

Udførelsen af telefoninterviews kan ligeledes have medført nogle metodiske begrænsninger i forbindelse med dataindsamlingen. I modsætning til ansigt-til-ansigt interviewene befandt informanterne, der blev interviewet over telefon, sig hjemme i vante omgivelser, hvilket principielt kunne have fordret en mere åben og ærlig dialog. Men betydningen af, at informanterne og jeg som interviewer gensidigt ikke har kunnet aflæse hinandens kropssprog og mimik har umuliggjort en oprigtig fortolkning af det sagte. Desuden havde jeg som interviewer oplevelsen af, at telefoninterviewene til en vis udstrækning kunne sammenlignes med en form for spørgeskemaundersøgelse, idet det er vanskeligt at få informanter til at berette åbenhjertet om egne oplevelser, når man ikke sidder fysisk over for den person, som spørger ind (Brinkmann and Kvale, 2008; s. 148). Set i bakspejlet vurderes telefoninterviewene ikke optimale i en fænomenologisk undersøgelse, hvor formålet er at lade informanterne give lange beskrivelser af fænomenet. Grundet specialeperiodens tidsmæssige begrænsning samt vanskeligheden ved at rekruttere informanter, som både havde tid og lyst til at møde op på sundhedscentret til et interview, var den valgte dataindsamlingsprocedure dog den mest oplagte set i et pragmatisk perspektiv.

Hvad angår indsamling af informanternes udsagn blev den semistrukturerede interviewguide ikke pilottestet, inden første interview blev udført, hvilket A. Tong et al. angiver som et kriterie i studiedesignsdomænet. Dog blev interviewguiden rettet til undervejs i dataindsamlingsprocessen, efterhånden som jeg erfarede, hvilke spørgeteknikker der bidrog med de mest fyldestgørende svar på mine spørgsmål. F.eks. spurgte jeg i de første par interviews informanterne ind til, hvordan de ville beskrive deres egen motivation for at leve sundt, hvilket resulterede i svar, som i høj grad omhandlede motivation for at spise lidt sundere, drikke lidt mindre rødvin og dyrke lidt mere motion, og som gik igen på tværs af interviewene. Da jeg vurderede, at disse svar nærmere var ”automatsvar” end reflekterede svar, ændrede jeg interviewguiden, så jeg i stedet spurgte ind til, hvordan informanterne forholdt sig til deres egen sundhed. Dette opfordrede informanterne til at svare mere reflekteret over deres motivation for at leve sundt samt at komme med beskrivende eksempler på deres udsagn. Malterud betegner dette som en metaposition, som kan være fordelagtig at foretage, når

dataindsamlingen og den teoretiske ramme skal vurderes i relation til hinanden for at sikre det bedste udbytte (Malterud, 2008; s. 45).

### 6.2.3 Domæne 3: Analyse og resultater

Ved at specificere analysestrategien kan man ifølge A. Tong et al. tilskynde en mere kompleks forståelse af det fænomen, som undersøges i kvalitative studier. Dette kriterium vurderes opfyldt i specialets metodebeskrivelse. Her er det beskrevet, hvordan den induktive indholdsanalyse er blevet udført i relation til kodningsprocessen (jf. kodetræet i bilag 2) og brugen af Nvivo som analyseredskab. På samme måde vurderes resultatafsnittet at være transparent med brug af citater fra empirien. Hvad angår analysens troværdighed og reliabilitet er data gennemlæst flere gange med henblik på at opdage overdrivelser eller fejlbeskrivelser. En svaghed ved troværdighedstjekket er dog, at der ikke har været flere personer inde over analyseprocessen, hvilket ellers kunne have øget muligheden for fortolkning og forståelse af data og samtidig give en mere fyldig analyse (Elklit and Jensen, 2012; s. 101). Grundet specialets individuelle karakter har dette desværre ikke været en mulighed.

Et validitetskriterium for undersøgelsen er, at der bør opnås kohærens forstået som undersøgelsens interne konsistens (Tong, Sainsbury and Craig, 2007). Dette vurderes opfyldt, idet problemstilling, valg af empiri og analysestrategi udgør et sammenhængende hele. Hvis en deduktiv indholdsanalyse havde været valgt som specialets analysemetode, ville det have umuliggjort den fænomenologiske adgang til informanternes livsverden, fordi interviewene da ville have været styret af en bestemt teori eller antagelse og dermed en specifik forforståelse om fænomenet.

## 7.0 Konklusion

Indeværende speciale har haft til formål at undersøge, hvordan den nuværende skriftlige rekrutteringsprocedure i projekt Tjek dit helbred kan optimeres, så invitationsmaterialet henvender sig til flest mulige borgere i Randers kommune. Fra år 2019 skal Tjek dit helbred overgå fra at være et forskningsprojekt til at køre i drift som et standardiseret tilbud i kommunen, hvorfor der i den forbindelse er fremført fremadrettede anbefalinger til den skriftlige rekrutteringsprocedure på baggrund af specialets analysefund. Med afsæt i formålet om at undersøge, hvordan den skriftlige rekrutteringsprocedure kan optimeres, har specialet fokuseret på at skabe indblik i og forstå, hvad der for borgere i Randers kommune kan have betydning for, hvorvidt de vælger at deltage i et helbredstjek hos Tjek dit helbred eller ej. Til dette blev en fænomenologisk tilgang anvendt med henblik på at opnå adgang til informanternes livsverden. For at få adgang til livsverdenen blev der foretaget ni semistrukturerede interviews med både deltagere og ikke-deltagere, heraf fem interviews med deltagere og fire interviews med ikke-deltagere.

En kvalitativ, induktiv indholdsanalyse viste, at flere forskellige faktorer kan have indflydelse på valget omkring deltagelse i Tjek dit helbred; 1) Oplevelsen af at have udfordringer i hverdagen, 2) Graden af ansvarsfølelse over for eget helbred, 3) Øvrig brug af sundhedsvæsenet, 4) Påvirkningen fra omgivelser, 5) Opfattelsen af egen risiko for at blive syg samt 6) Følelsen af at blive imødekommet.

På baggrund af analysens fremfundne resultater blev en række anbefalinger til forandringstiltag i forbindelse med udviklingen af invitationsmaterialet fremført med udgangspunkt i Becker Jensens syv sundhedskommunikative planlægningssspørgsmål. Anbefalingerne lyder som følger:

- Det anbefales at eksplicitere, at et helbredstjek både kan opspore sygdomme nu og her, men at den også kan opspore eventuelle risikofaktorer for senere udvikling af sygdom
- Det anbefales at eksplicitere, at helbredstjekket kan være relevant, selvom man i forvejen har en kronisk lidelse
- Det anbefales at fortsætte med at invitere partneren i husstanden samtidig
- Det anbefales at udsende invitationen i slutningen eller i starten af måneden
- Det anbefales at udsende remindere – både via e-boks og på SMS
- Det anbefales at supplere afsendersignaturen i invitationsbrevet med en signatur fra Randers Sundhedscenter

- Det anbefales at supplere den praktiske information med en oplysning om, at det er muligt at bestille tider dagligt indtil kl. 19.30
- Det anbefales at italesætte den del af helbredstjekket, som screener for mentale risikofaktorer.

Resultaterne fra den induktive indholdsanalyse blev i specialets diskussionsafsnit syntetiseret til essensen af fænomenet for hhv. deltagergruppen og ikke-deltagergruppen. For deltagerne blev fænomenets essens identificeret som ”At burde leve sundere”, fordi det var et gennemgående resultat, at deltagerne udtrykte ambitioner om, at de burde leve sundere, end de gjorde, sammenlignet med ikke-deltagerne. Fundet blev diskuteret i relation til the transtheoretical model, som kunne forklare forskellen i informanternes parathed til at foretage adfærdsændringer ud fra forskellige forandringsstadier. For ikke-deltagerne blev fænomenets essens identificeret som ”At kunne bestemme selv”, da et gennemgående resultat for ikke-deltagerne var, at de udtrykte et behov for at vedholde sig en vis autonomi sammenlignet med deltagerne. Dette fund blev diskuteret i relation til de præmisser, risikokommunikation bygger på i et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv.

Af væsentlige metodemæssige begrænsninger bør det nævnes, at dataindsamlingen har været præget af forskellige forhold, som kan have haft betydning for udfaldet af den induktive indholdsanalyse. For det første har rekrutteringen af informanter resulteret i en gruppe af borgere, som enten havde erhverv, der forudsatte en kort eller en mellemlang uddannelse, eller som ingen uddannelse havde, og mange af dem var deltidsansatte. Det kan tænkes, at rekruttering af andre typer borgere kunne have suppleret resultaterne med yderligere belysning af problemstillingen, da et bredt og varieret datagrundlag kunne have givet en bredere indsigt i fænomenet. For det andet har udførelsen af interviews over telefon begrænset muligheden for at opnå fuld adgang til informanternes livsverden, da dette kræver en åben og tillidsfuld dialog, som bedst opnås i ansigt-til-ansigt-interviews. For det tredje har mit ansigt udadtil været repræsenteret af teamet i Tjek dit helbred, hvilket kan have haft den konsekvens, at informanterne har holdt igen med ærlige beskrivelser af deres perception af fænomenet.

Som udgangspunkt vurderes de fremførte anbefalinger anvendelige i lignende interventioner, hvor målet er at få borgere til at deltage i helbredsundersøgelser. Men det bør understreges, at det at kommunikere på borgernes præmisser forudsætter et indgående kendskab til målgruppen, som bedst

opnås ved at studere og engagere sig i målgruppen. Gennem fænomenologiske undersøgelser som den, der er foretaget i indeværende speciale, er det muligt at opnå dette kendskab for dermed at kunne appellere informationen til borgernes viden, følelser og holdninger. I fremtidig forskning af, hvad der kan have betydning for valg omkring deltagelse i forebyggende interventioner, kan det derfor anbefales at benytte en fænomenologisk tilgang med henblik på at øge kendskabet til målgruppen, inden rekrutteringsstrategien fastlægges.

Hvad angår Tjek dit helbred i Randers kommune kunne fremtidig forskning med fordel ligeledes beskæftige sig med samme fænomenologiske tilgang som i indeværende speciale, men især særligt udvalgte grupper. I indeværende speciale har målgruppen været tilfældigt udvalgt, hvorfor anbefalingerne er målrettet den brede befolkning i kommunen. Med henblik på at mindske den sociale ulighed i deltagelse, som det i litteraturen er set gøre sig gældende i forbindelse med forebyggende interventioner, ville det være hensigtsmæssigt at studere årsager til udeblivelse i helbredsundersøgelserne i socialt udsatte grupper, såvel som blandt højtuddannede borgere. Sådanne studier ville kunne bidrage til udviklingen af mere målrettede, individuelle rekrutteringsstrategier, som har til hensigt at øge rekrutteringen. Derudover lægger resultaterne i indeværende speciale op til videre undersøgelser af betydningen af at inddrage familien og de nære sociale omgivelser i interventioner som Tjek dit helbred. Gennem f.eks. gruppeinterviews kunne det være interessant at se nærmere på betydningen af at inddrage det sociale miljø i det intervenserende forebyggelsesarbejde.

## 8.0 Referenceliste

- Attwood, S., Morton, K. and Sutton, S. (2016) 'Exploring equity in uptake of the NHS Health Check and a nested physical activity intervention trial', *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 38(3), pp. 560–568. doi: 10.1093/pubmed/fdv070.
- Bender, A. M. *et al.* (2014) 'Socioeconomic position and participation in baseline and follow-up visits: The Inter99 study', *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(7), pp. 899–905. doi: 10.1177/2047487312472076.
- Bender, A. M. *et al.* (2015) 'Neighborhood social capital is associated with participation in health checks of a general population: A multilevel analysis of a population-based lifestyle intervention- the Inter99 study', *BMC Public Health*. BMC Public Health, 15(1), pp. 1–9. doi: 10.1186/s12889-015-2042-5.
- Bender, A. M. F., Jørgensen, T. and Pisinger, C. (2016) 'Effects of general health checks differ under two different analyses perspectives-the Inter99 randomized study', *Journal of clinical epidemiology*, 71, pp. 120–122. doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.11.008.
- Bjerregaard, A.-L. and Norman, K. (2017) *Tjek dit helbred - evalueringsrapport*. Aarhus, Danmark.
- Bjerregaard, A. L. *et al.* (2017) 'Patterns of attendance to health checks in a municipality setting: the Danish "Check Your Health Preventive Program"', *Preventive Medicine Reports*. The Authors, 5, pp. 175–182. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.12.011.
- Blomstedt, Y. *et al.* (2015) 'Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2006.', *BMJ Open*, 5(12), p. e009651. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009651.
- Bridle, C. *et al.* (2005) 'Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model', *Psychology and Health*, 20(3), pp. 283–301. doi: 10.1080/08870440512331333997.
- Brinkmann, S. (2010) 'Etik i en kvalitativ verden', in Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. 1. København K., Danmark: Hans Reitzels Forlag, pp. 429–445.
- Brinkmann, S. and Kvale, S. (2008) 'Forskningsinterview, filosofiske dialoger og

- terapeutiske samtaler’, in *Interview - introduktion til et håndværk. 2.* København K., Danmark: SAGE Publications, Inc., pp. 41–57.
- Brinkmann, S. and Kvale, S. (2008) ‘Interviewanalyser med fokus på mening’, in *Interview - introduktion til et håndværk. 2.* København K., Danmark: SAGE Publications, Inc., pp. 222–240.
  - Brinkmann, S. and Kvale, S. (2008) ‘Interviewundersøgelser med fokus på sprog’, in *Interview - introduktion til et håndværk. 2.* København K., Danmark: SAGE Publications, Inc., pp. 243–255.
  - Brinkmann, S. and Kvale, S. (2008) ‘Tematisering og design af en interviewundersøgelse’, in *Interview - introduktion til et håndværk. 2.* København K., Danmark: SAGE Publications, Inc., pp. 119–137.
  - Brinkmann, S. and Kvale, S. (2008) ‘Udførelse af et interview’, in *Interview - introduktion til et håndværk. 2.* København K., Danmark: SAGE Publications, Inc., pp. 143–161.
  - Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (2010) ‘Interviewet: Samtalen som forskningsmetode’, in *Kvalitative metoder: En grundbog. 1.* København K.: Hans Reitzels Forlag, pp. 29–54.
  - Brænder, M., Harrits, G. S. and Lindekilde, L. (2012) ‘Dybdegående analyse af kvalitativt materiale’, in Andersen, L. B., Hansen, K. M., and Klemmensen, R. (eds) *Metoder i Statskundskab. 2.* København K., Danmark: Hans Reitzels Forlag, pp. 211–233.
  - Cheong, A. T. *et al.* (2016) ‘To check or not to check? A qualitative study on how the public decides on health checks for cardiovascular disease prevention’, *PLoS ONE*, 11(7), pp. 1–15. doi: 10.1371/journal.pone.0159438.
  - Collins, R., Lopez, L. and Marteau, T. (2011) ‘Emotional impact of screening: A systematic review and meta-analysis’, *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd, 11(1), p. 603. doi: 10.1186/1471-2458-11-603.
  - Creswell, J. (2007) *Qualitative Inquiry & Research Design - Choosing Among Five Approaches. 2., Qualitative Inquiry & Research Design. 2.* Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
  - Dahlberg, K. (2006) ‘The essence of essences - The search for meaning structures in phenomenological analysis of lifeworld phenomena’, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(1), pp. 11–19. doi: 10.1080/17482620500478405.
  - Dahlberg, K., Dahlberg, H. and Nyström, M. (2008) *Reflective Lifeworld Research.* Sverige.



- Diderichsen, F. (2011) 'Ulighed i sundhed', in Lund, R., Christensen, U., and Iversen, L. (eds) *Medicinsk sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. 2.* København, Danmark: Munksgaard Danmark, pp. 23–42.
- Diderichsen, F., Andersen, I. and Manuel, C. (2012) *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser, Sundhedsstyrelsen.* København S., Danmark. doi: 978-87-7601-340-0.
- Dryden, R. *et al.* (2012) 'What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review', *BMC Public Health.* BMC Public Health, 12(1), pp. 1–23. doi: 10.1186/1471-2458-12-723.
- Dutta-Bergman, M. (2005) 'Theory and Practice in Health Communication Campaigns: A Critical Interrogation', *Health communication*, 18(2), pp. 103–122.
- Elklit, J. and Jensen, H. (2012) 'Forskningskriterier', in Andersen, L. B., Hansen, K. M., and Klemmensen, R. (eds) *Metoder i Statskundskab. 2.* København K., Danmark: Hans Reitzels Forlag, pp. 97–112.
- Elo, S. and Kyngäs, H. (2008) 'The qualitative content analysis process', *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), pp. 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
- Eriksen, L. *et al.* (2016) *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer, Sygdomsbyrden i Danmark.* København S., Danmark. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Forebyggelseskommissionen (2009) *Vi kan leve længere og sundere - Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats.* København K., Danmark. Available at: [http://www.forebyggelseskommissionen.dk/Files/Billeder/betaenkning/Forebyggelseskommissionen\\_\\_rapport.pdf](http://www.forebyggelseskommissionen.dk/Files/Billeder/betaenkning/Forebyggelseskommissionen__rapport.pdf).
- Frensdal, C. (2006) *Kommunikation om forebyggelse og sygdomsrisici – et temahæfte.*
- Galarce, E. M., Ramanadhan, S. and Viswanath, K. (2011) 'Health information seeking', in Thompson, T., Parrott, R., and Nussbaum, J. F. (eds) *The Routledge Handbook of Health Communication.* Taylor and Francis, pp. 167–180.
- Groenenberg, I. *et al.* (2014) "'Check it out!' Decision-making of vulnerable groups about participation in a two-stage cardiometabolic health check: A qualitative study', *Patient Education Couns.*, 98(2), pp. 234–244.
- Guttman, N. and Salmon, C. (2004) 'Guilt, fear, stigma and knowledge gaps: Ethical issues in public health communication interventions', *Bioethics*, 18(6), pp. 269–9702. doi:

10.1111/j.1467-8519.2004.00415.x.

- Hansen, A. R. (2011) 'Små positive effekter af helbredstjek på arbejdspladser - en litteratursøgning', *Dansk Sundhedsinstitut*. Available at: <https://www.kora.dk/media/1032574/smaa-positive-effekter-af-helbredstjek-paa-arbejdspladser.pdf>.
- Holstein, B. and Due, P. (2011) 'Sundhedsadfærd', in Kamper-Jørgensen, F., Almind, G., and Jensen, B. B. (eds) *Forebyggende sundhedsarbejde*. 5. København, Danmark, pp. 209–219.
- Holtug, N. et al. (2009) *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*, *Sundhedsstyrelsen*. Available at: [http://www.sst.dk/Udgivelser/2009/Etik i forebyggelse og sundhedsfremme.aspx](http://www.sst.dk/Udgivelser/2009/Etik_i_forebyggelse_og_sundhedsfremme.aspx).
- Højgaard, B. and Kjellberg, J. (2017) *Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen*. København K., Danmark. Available at: [https://www.kora.dk/media/6844202/11325\\_fem-megatrends-der-udfordrer-fremtidens-sundhedsvaesen.pdf](https://www.kora.dk/media/6844202/11325_fem-megatrends-der-udfordrer-fremtidens-sundhedsvaesen.pdf).
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. and Brinkmann, S. (2010) 'Fænomenologi', in Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. 1. København K., Danmark: Hans Reitzels Forlag, pp. 185–205.
- Jakobsen, M. L. F. (2012) 'Kvalitativ analyse: kodning', in Andersen, L. B., Hansen, K. M., and Klemmensen, R. (eds) *Metoder i Statskundskab*. 2. København K., Danmark: Hans Reitzels Forlag, pp. 173–186.
- Jensen, L. B. (2003) 'Viden er mange ting', in *Den sproglige dåseåbner - om at formidle faglig viden forståeligt*. 1. Frederiksberg C., Danmark: Roskilde Universitetsforlag, pp. 35–56.
- Jensen, L. B. (2013a) 'Det er ikke kun ordene der er vigtige', in *På patientens præmisser*. 2. udgave. Frederiksberg C., Danmark: Forlaget Samfundslitteratur, pp. 111–118.
- Jensen, L. B. (2013b) 'En tekst er svaret på patientens spørgsmål', in *På patientens præmisser*. 2. udgave. Frederiksberg C., Danmark: Forlaget Samfundslitteratur, pp. 99–110.
- Jensen, L. B. (2013c) 'Hospitalets sprog og patientens sprog', in *På patientens præmisser*. 2. udgave. Frederiksberg C., Danmark: Forlaget Samfundslitteratur, pp. 43–72.
- Jensen, L. B. (2013d) 'Hospitalets sprog og patientens sprog', in *På patientens præmisser - en brugsbog om skriftlig patientinformation*. 2. Frederiksberg C., Danmark: Forlaget

Samfundslitteratur, pp. 43–72.

- Jensen, L. B. (2013e) 'Information kræver planlægning', in *På patientens præmisser*. 2. udgave. Frederiksberg C., Danmark: Forlaget Samfundslitteratur, pp. 17–42.
- Jensen, L. B. (2013f) *På patientens præmisser - en brugsbog om skriftlig patientinformation*. 2. Frederiksberg C., Danmark: Forlaget Samfundslitteratur.
- Juel, K., Sørensen, J. and Brønnum-Hansen, H. (2006) *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*.
- Jørgensen, T. *et al.* (2014) 'Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial', *BMJ Open*, 348.
- Karlehagen, S. and Ohlson, C. (2003) 'Primary prevention of cardiovascular disease by an occupational health service', *Preventive Medicine*, pp. 219–25.
- Koopmans, B. *et al.* (2012) 'Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice', *BMC Public Health*, 12(1). doi: 10.1186/1471-2458-12-856.
- Kristensen, D. B. (2011) 'Fænomenologi. Filosofi, metode og analytisk værktøj', in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 1. København, Danmark: Munksgaard Danmark, pp. 182–205.
- Krogsboll, L. T. *et al.* (2012) 'General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis', *Bmj*, 345(nov20 3), pp. e7191–e7191. doi: 10.1136/bmj.e7191.
- Lakerveld, J. *et al.* (2008) 'Motives for (not) participating in a lifestyle intervention trial', *BMC Medical Research Methodology*, 8, pp. 1–7. doi: 10.1186/1471-2288-8-17.
- Larsen, E. L. *et al.* (2006) *Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis: en analyse af patientperspektivet*. København S., Danmark: Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen. Available at: <http://www.sst.dk/~media/432C0FE8F96A4B1FAA49885741FE6F2C.ashx>.
- Larsen, F. B. *et al.* (2014) *Hvordan har du det? 2013. Sundhedsprofil for region og kommuner - bind 1*. Aarhus, Danmark.
- Larsen, F. B. *et al.* (2018) *Hvordan har du det? 2017 - sundhedsprofil for region og kommuner, Bind 1*. Aarhus N., Danmark.
- Lau, C. J. *et al.* (2016) 'Effect of general health screening and lifestyle counselling on incidence of diabetes in general population: Inter99 randomised trial', *Preventive Medicine*.

- Elsevier Inc., 91(2016), pp. 172–179. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.08.016.
- Lauritzen, T. *et al.* (2008) ‘Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs: An overview of the results from a 5-year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion P’, *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, pp. 650–61.
  - Lindahl, M. and Juhl, C. (2011) *Den sundhedsvidenskabelige opgave - vejledning og værktøjskasse. 2.* København, Danmark: Munksgaard Danmark.
  - Lundager, I. H., Andersen, I. K. and Dahl, M. K. (2017) *Brugerundersøgelse 2017 - undersøgelse blandt 1420 borgere. Tjek dit helbred.* Randers, Danmark.
  - Malterud, K. (2008) *Kvalitative metoder i medicinsk forskning.* Universitetsforlaget.
  - Manjer, Å. R., Emilsson, U. M. and Zackrisson, S. (2015) ‘Non-attendance in mammography screening and women’s social network: A cohort study on the influence of family composition, social support, attitudes and cancer in close relations’, *World Journal of Surgical Oncology*. *World Journal of Surgical Oncology*, 13(1), pp. 1–7. doi: 10.1186/s12957-015-0623-5.
  - NHS Health Check (2017) *NHS Health Check*. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/nhs-health-check/> (Accessed: 16 February 2018).
  - Nisbeth, O., Klausen, K. and Andersen, L. (2000) ‘Effectiveness of counselling over 1 year on changes in lifestyle and coronary heart disease risk factors’, *Patient Education Couns.*
  - Nutbeam, D., Harris, E. and Wise, M. (2010) ‘Theories which explain health behaviour and health behaviour change by focusing on individual characteristics’, in *Theory in a nutshell. A practical guide to health promotion theories*. 3. udgave. McGraw Hill, Australia, pp. 9–21.
  - Pachucki, M. A., Jacques, P. F. and Christakis, N. A. (2011) ‘Social network concordance in food choice among spouses, friends, and siblings’, *American Journal of Public Health*, 101(11), pp. 2170–2177. doi: 10.2105/AJPH.2011.300282.
  - Prior, J. *et al.* (2005) ‘Evaluation of a multicomponent worksite health promotion program for cardiovascular risk factors-correcting for the regression towards the mean effect’, *Preventive Medicine*, pp. 259–67.
  - Rasmussen, S. R. *et al.* (2014) *Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis - social ulighed i hjerte-kar-sygdom og omkostninger?* Available at: [http://www.kora.dk/media/2065741/10041\\_sundhedsprojekt-ebeltoft.pdf](http://www.kora.dk/media/2065741/10041_sundhedsprojekt-ebeltoft.pdf).

- Rees, C. E. and Bath, P. A. (2001) 'Information-Seeking Behaviors of Women With Breast Cancer', 28(5), pp. 899–908.
- Regeringen, Danske Regioner and Kommunernes Landsforening (2013) *Nationale mål for sundhedsvæsenet, Sundheds- og ældreministeriet*. doi: D.
- Regeringens udvalg om psykiatri (2013) *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser - rapport fra Regeringens udvalg om psykiatri*. Available at: <http://sim.dk/media/14804/en-moderne-aaben-og-inkluderende-indsats-for-mennesker-med-psykiske-lidelser.pdf>.
- Riberholdt, L. (2016) *Videregående uddannelser, Danmarks statistik*. Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/uddannelse-og-viden/befolkningens-uddannelsesstatus/videregaende-uddannelser> (Accessed: 19 March 2018).
- Robson, J. *et al.* (2016) 'The NHS Health Check in England: An evaluation of the first 4 years', *BMJ Open*, 6(1). doi: 10.1136/bmjopen-2015-008840.
- Rossi, J. and Yudell, M. (2012) 'The use of persuasion in public health communication: An ethical critique', *Public Health Ethics*, 5(2), pp. 192–205. doi: 10.1093/phe/phs019.
- Sandbæk, A. and Maindal, H. T. (2012) "Tjek dit helbred" – Er det effektivt? Et 5-årigt randomiseret studie af effekt og sundhedsøkonomiske omkostninger ved helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis og kommune.
- Schofield, P. (2015) 'Jeremy Bentham on Utility and Truth', *History of European Ideas*. Taylor & Francis, 41(8), pp. 1125–1142. doi: 10.1080/01916599.2015.1077153.
- Sinclair, A. and Alexander, H. A. (2012) 'Using outreach to involve the hard-to-reach in a health check: What difference does it make?', *Public Health*. Elsevier Ltd, 126(2), pp. 87–95. doi: 10.1016/j.puhe.2011.11.004.
- Skaaby, T., Jørgensen, T. and Linneberg, A. (2016) 'Effects of invitation to participate in health surveys on the incidence of cardiovascular disease: a randomized general population study', *International Journal of Epidemiol.*
- Stenbæk, D. E. and Jensen, M. F. (2007) 'Litteratursøgning', in Kristensen, F. B. and Sigmund, H. (eds) *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. København S., Danmark, pp. 49–58. doi: 978-87-7676-620-7.
- Sundhedsstyrelsen (2008) *Stigmatisering - debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*. København S., Danmark.

- Sundhedsstyrelsen (2018) *Mental Sundhed*. København S., Danmark.
- Søgaard, R., Lindholt, J. and Gyrd Hansen, D. (2013) 'Individual decision making in relation to participation in cardiovascular screening: A study of revealed and stated preferences', *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(1), pp. 43–50. doi: 10.1177/1403494812468519.
- Tanggaard, L. and Brinkmann, S. (2010) 'Kvalitet i kvalitative studier', in *Kvalitative metoder: En grundbog*. København K., Danmark: Hans Reitzels Forlag, pp. 489–500.
- Thøgersen, U. (2004) 'Den filosofiske arv fra Husserl', in *Krop og fænomenologi - en introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi*. 1. Aarhus, Danmark: Systime, pp. 71–99.
- Thøgersen, U. (2013) 'Om at indstille sig fænomenologisk', in Schiemer, B. (ed.) *Fænomenologi - teori og metoder*. 1. Hans Reitzels Forlag, pp. 125–143.
- Tolstrup, J. S. (2011) *KRAM, Statens Institut for Folkesundhed*. Available at: <http://www.sifolkesundhed.dk/Forskning/Sundhedsvaner/KRAM.aspx> (Accessed: 15 February 2018).
- Tong, A., Sainsbury, P. and Craig, J. (2007) 'Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group', *International Journal of Qualitative in Health Care*, 19(6), pp. 349–357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Vallgård, S. and Koch, L. (2008) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 3. København, Danmark: Munksgaard Danmark.
- Vallgård, S. and Koch, L. (2011) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Gyldendal akademisk.
- Wall, M. and Teeland, L. (2004) 'Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: characteristics, reasons for non-participation, and willingness to participate in the future.', *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22(4), pp. 248–251.
- Zahavi, D. (2004) *Fænomenologi*. 2. København K., Danmark: Roskilde Universitetsforlag.
- Zahavi, D. (2011a) 'Den sene Husserl: Tid, krop, intersubjektivitet og livsverden', in *Husserls fænomenologi*. 2. Frederiksberg C., Danmark: Gyldendal, pp. 118–196.
- Zahavi, D. (2011b) 'Husserls transcendentalfilosofiske drejning: Epoché, reduktion og transcendent idealisme', in *Husserls fænomenologi*. 2nd edn. Frederiksberg C., Danmark: Gyldendal, pp. 69–109.

## 9.0 Bilag

### 9.1 Bilag 1: Interviewguide

Interviewguiden er opbygget ved, at der i venstre kolonne er opstillet forskningstemaer, som danner rammen om interviewspørgsmålene i højre kolonne. Hvert interview er indledt med en præsentation af mig som interviewer, en kort introduktion til formålet med interviewet, en oplysning om, at interviewet bliver optaget som lydfil, samt en forsikring om, at informanten bliver anonymiseret.

Forskningstemaer	Interviewspørgsmål
Baggrundsoplysninger	Vil du starte med at fortælle lidt om dig selv? (Alder, familie, uddannelse, erhverv)
Sundhedstilstand	Hvordan vil du beskrive dit helbred?  Vil du fortælle, om du lider af én eller flere sygdomme eller skavanker/smerter? (Hvilke?)  Kan du fortælle lidt om, hvordan sygdommen(e) påvirker dig i din hverdag?
Oplevelsen af egen sundhed	Hvad mener du, der skal til for, at du føler dig sund i hverdagen? (I hvilke situationer føler du dig særligt sund? Eksempler?)  Hvordan forholder du dig til din egen sundhed i hverdagen? (Særlige vaner? Er du motiveret til at leve sundt?)
Opfattelsen af egen sygdomsrisiko	Hvordan opfatter du generelt din egen risiko for at blive syg?  Føler du dig nervøs for at blive syg af noget særligt? (Hvilket og hvorfor?)  Har du oplevet noget for nylig eller inden for de seneste år, som har gjort dig mere opmærksom på dit helbred? (Hvilket og hvorfor? Hvordan påvirker det din hverdag?)  <i>Hypotetisk spørgsmål:</i> Hvis du er i risiko for at få en sygdom, vil du så gerne vide det for at kunne forebygge sygdommen? (Hvis ja: hvorfor? Hvis nej: hvorfor ikke?)
Relationer og omgivelser	Snakker du med nogen i dine omgivelser om din egen sundhed? (Hvis ja: hvem og hvorfor lige denne/disse person(er)? Hvis nej: hvordan er dit behov for at snakke med andre om din egen sundhed eller dit eget helbred?)  Hvordan vil du beskrive din families indflydelse på dine sundhedsvaner?

	<p>Hvordan oplever du, at dine sundhedsvaner påvirkes af dine omgivelser?</p>
Hjælp og støtte til sundhedsfremme	<p>Har du før benyttet dig af kommunale eller regionale tilbud i forhold til dit helbred og sundhed? (Hvis ja: hvilke? Hvis nej: har du da overvejet det? Hvorfor/hvorfor ikke?)</p> <p>Hvad er dine tanker omkring det her med, at man fra det offentlige ”blander” sig i dit helbred?</p>
Forventninger til fremtiden	<p>Hvordan tror du, at din fremtid kommer til at se ud rent sundhedsmæssigt? (Hvilke forhåbninger har du til fremtiden i forhold til din sundhed? Er der noget, du frygter eller drømmer om? Hvilket?)</p>
Oplevelsen af forebyggende indsatser	<p>Kan du fortælle mig om dine tanker omkring det at få tilbudt et helbredstjek?</p> <p>Oplever du, at det er relevant for dig at få undersøgt helbredet? (Hvorfor/hvorfor ikke?)</p> <p>Hvad synes du, der er af fordele/gode ting ved at deltage i et helbredstjek? (Er der noget, der motiverer dig til at deltage i sådanne undersøgelser? Hvilket?)</p> <p>Hvad synes du, der er af ulemper/dårlige ting ved at deltage i et helbredstjek? (Er der noget der demotiverer dig for at deltage i sådanne undersøgelser? Hvilket?)</p>
Oplevelsen af Tjek dit helbred	<p><u>Spørgsmål til deltagere:</u></p> <p>Hvordan oplevede du helbredstjekket? (Var der f.eks. nogle ting, du var nervøs for eller glædede dig til?)</p> <p>Hvordan tror du, andre borgere i Randers kommune vil tage imod invitationen til helbredstjekket?</p> <p><u>Spørgsmål til ikke-deltagere:</u></p> <p>Da du modtog invitationen til helbredstjekket med posten, læste du da invitationen? (Hvis ja: hvilke overvejelser gjorde du dig, da du læste invitationen? Følte du, at du manglede noget information? Var der noget i invitationen, som var uklart? Hvis nej: hvorfor ikke?)</p>



	<p>Hvordan tror du, andre borgere i Randers kommune vil tage imod samme invitation?</p> <p>Hvad fraholdt dig fra at få en tid til undersøgelsen?</p> <p>Hvad forestiller du dig, at sådan et helbredstjek går ud på?</p> <p>Hvad ville du forvente at få ud af et helbredstjek?</p> <p>Hvad skulle få dig til at takke ja?</p>
Debriefing	<p>Her til sidst vil jeg høre, om der er noget, du har lyst til at uddybe?</p> <p>Hvordan har det været at snakke om din egen sundhed?</p> <p>Har du noget, du har lyst til at spørge mig om?</p> <p>Tusinde tak for, at du har villet svare på mine spørgsmål.</p>

## 9.2 Bilag 2: Kodetræ

Kodetræet er opbygget ved, at der i venstre kolonne er angivet en række koder, som blev skabt på baggrund af meningskondenseringer i den induktive indholdsanalyse. I midterste kolonne er koderne syntetiseret til overordnede kategorier, som hver er opdelt i to beskrivende subkategorier i højre kolonne.

Koder	Kategori	Subkategorier
Vurdering af eget helbred	Oplevelsen af at have udfordringer i hverdagen	Helbredsmæssige begrænsninger
Oplevede begrænsninger		
Manglende tilknytning til arbejdsmarkedet		Dårlige sundhedsvaner
Sundhedsvaner		
Refleksion omkring egne sundhedsvaner		
Ensomhed		
Årsager til sygdom	Graden af ansvarfølelse over for eget helbred	Motivation for at leve sundere
Oplevelsen af at kunne påvirke eget helbred		Oplevelsen af at have indflydelse
Passiv sundhedsadfærd		
Aktiv sundhedsadfærd		
Selvforståelse		
At lytte til lægens anvisninger	Øvrig brug af sundhedsvæsenet	Jævnlig kontrol af sygdom
At benytte øvrige sundhedstilbud		Kendskab til øvrige tilbud i sundhedsvæsenet
Kontrolforløb		
Kendskab til screeningstilbud		
Omgivelsernes påvirkning af rygevaner	Påvirkningen fra omgivelser	Det nære miljø
Familiens kost- og motionsvaner		Forestillinger om ensomhed
Venner og kollegers sundhedsvaner		
Andre prioriteringer		
Opdragelse af børn		
Historier om bekendte	Opfattelsen af egen risiko for at blive syg	Behov for forebyggende tiltag
Forventninger til fremtiden		
Ængstelse omkring fremtiden		Den oplevede relevans af helbredstjek
Utvetydighed omkring risikoopfattelse		
Ingen grund til bekymring		
At tage sorgerne på forskud		
At føle sig syg eller ej nu og her		
Betydningen af mindset		
Skepsis omkring formålet		

Forvirring omkring afsender	Følelsen af at blive imødekommet	Umiddelbare reaktioner på invitationen  Behov for hensyn
Ikke værd at bruge tid på		
Oplevelsen af at få et tilbud		
At skubbe invitationen til side til senere		
Manglende information om undersøgelsens udførelse		
Stigmatisering		
Ængstelighed omkring resultater		
At handle med det samme		
Manglende overskud		
Glemsomhed		
For besværligt		