



Rekruttering af borgere med lav mental sundhed under helbredstjek

- Et casestudie i et symbolsk interaktionistisk perspektiv



Kandidatspeciale · 4. Semester

Gruppe 1051

Stine Roer Bolmgren

Mette Taarsted Soelberg

Antal anslag

238.543

Vejleder

Tine Mechlenborg Kristiansen

Afleveringsdato

01.06.2015

Resumé

Introduktion: Flere og flere danskere oplever lav mental sundhed. Tidlig opsporing af borgere, der oplever lav mental sundhed er essentiel i forebyggelsen af mistrivsel og psykiske lidelser. Tjek på Trivslen er et tilbud af denne kaliber med fokus på tidlig opsporing indført i Randers Kommune. Lav mental sundhed kan dog kun forebygges, hvis målgruppen deltager. Deltagere til Tjek på Trivslen rekrutteres gennem et massescreeningsprogram, Tjek dit Helbred, hvor sundhedsprofessionelle gennem helbredstjek identificerer borgere med lav mental sundhed ud fra SF-12 og samtale og derudfra tilbyder deltagelse på Tjek på Trivslen.

Formål: At udforske hvilken betydning interaktionen mellem borgere og sundhedsprofessionelle under helbredstjekket har for rekrutteringen til Tjek på Trivslen. Endvidere, hvordan helbredstjek kan forandres så flere borgere, der identificeres som havende lav mental sundhed, deltager i individorienterede forebyggelsesindsatser målrettet fremme af mental sundhed.

Metoder: Der tages afsæt i et symbolsk interaktionistisk perspektiv, hvor formålet undersøges i et kvalitativt casestudie baseret på empirisk casemateriale. 17 feltobservationer blev foretaget mhp. at udforske interaktionen mellem borgere og sundhedsprofessionelle under helbredstjek. 4 semistrukturerede ansigt-til-ansigt interviews blev udført med borgeren identificeret med lav mental sundhed under helbredstjek som fravalgte at deltage i Tjek på Trivslen. Analyse af feltnoter og interviewtransskriptioner blev foretaget ud fra en socialkonstruktivistisk analyse inspireret af Kathy Charmaz' Grounded Theory tilgang. Dette med brug af sensitiverende begreber fra Erving Goffmans teoretiske begrebsapparat.

Resultater: Fem hovedtemaer formede sig: *Scenen sættes, Et udøvet fokus på fysisk sundhed, Samskabelsen af normalitet, Stigmatisering undgås og Lad mig hjælpe dig.* Rammerne omkring Tjek dit Helbred komplicerer identifikationen af borgere med lav mental sundhed. Sundhedsprofessionelle og borgere ses at anvende defensive og beskyttende praktikker i interaktionen for at bibeholde face, hvilket ses at kompromittere borgerens muligheder for at modtage hjælp.

Konklusion: Interaktionen mellem sundhedsprofessionelle og borgere ses at have stor betydning for identificeringen af lav mental sundhed, hvilket udfordrer rekrutteringen til Tjek på Trivslen. Med afsæt i den empiriske analyse fremsættes følgende forandringsforslag: *Lad borgeren være med til at sætte scenen, Tydeliggør fokus på mental sundhed, Opmærksomhed imod italesættelsen af 'det normale', At turde påpege lav mental sundhed, Lad hjælpen komme indefra og Kollegial sparring og kommunikationsøvelser.*

Søgeord: Barrier, borgerrettet, face, forandring, forebyggelse, helbredstjek, ikke-deltagelse, individorienteret, interaktion, livsstilssamtale, mental sundhed, rekruttering, risikokommunikation, sundhedsfremme, symbolsk interaktionisme, trivsel

Abstract

Introduction: An increasing amount of Danes are experiencing poor mental health, thus constituting a major concern to public health. Early detection of individuals experiencing impaired wellbeing is essential in preventing development of mental disorders.

A primary prevention program, Tjek på Trivslen, aims at improving mental health among citizens in the Municipality of Randers. However the intervention can only address the problem of impaired mental health if the target population attends. Participants at Tjek på Trivslen are recruited through a mass screening program, Tjek dit Helbred, where health professionals during health checks are to identify individuals with impaired mental health based on SF-12 and conversation.

Objective: To explore the impact of the interaction between citizens and health professionals, during the health check, on citizen's decision to participate in Tjek på Trivslen. Moreover, how to change health checks so that more citizens identified with low mental health participate in preventative interventions targeted to improve mental health among individuals.

Methods: In a symbolic interactionist perspective, this qualitative case study is based on empirical material from field observations and qualitative interviews. Field observations were conducted exploring interaction during 17 health checks. 4 semi-structured face-to-face interviews were completed with citizens identified with impaired mental health during health checks who declined participation in Tjek på Trivslen. Field notes and interview transcriptions were subjected to a social constructivist analysis inspired by Kathy Charmaz' Grounded Theory approach using Erving Goffman's concepts as sensitizing concepts.

Results: Five main themes were formed: *The stage is created, An exercised focus on physical health, The co-creation of normality, Stigma is avoided and Let me help you.*

The frames of Tjek dit Helbred complicates the identification of citizens with impaired mental health. Moreover, health professionals and citizens apply defensive and protective techniques during the interaction to maintain *face* and the presentation of self. Thus, the identification process during interaction complicates recruitment to Tjek på Trivslen.

Conclusion: The interaction between health professionals and citizens seems to have a big impact on identification of impaired mental health, thus compromising recruitment to Tjek på Trivslen.

Based on the empirical analysis the following proposals are made: *Let the citizen help set the stage; Clarify focus on mental health; Attention towards the articulation of 'normal'; Daring to point out low mental health; Let help come from within and Collegial coaching and communication exercises.*

Key words: Barrier, change, face, health check, health promotion, interaction, lifestyle-counselling, mental health, non-attendance, non-participation, population-oriented, prevention, recruitment, risk communication, symbolic interactionism

Forord

“At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst (...) For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaa mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.”

(Kirkegaard 1859, Andet afsnit, Capitel 1, A, §2)

Citatet af Søren Kierkegaard fremhæver vigtigheden af, at kunne forstå og tage afsæt i der, hvor den anden er, før det bliver muligt at hjælpe. Et aspekt, der er velkendt i forebyggelsesarbejde og som udgør et væsentligt omdrejningspunkt for nærværende kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet.

Specialet er udarbejdet fra februar-juni 2015 i samarbejde med Randers Kommune. I den forbindelse skal lyde en stor slået tak til Iben Holbæk Lundager, Tine Klitgaard Jacobsen og hele TDH-holdet for en fantastisk imødekommenhed, hjertevarme og hjælpsomhed. Samtidig rettes en stor tak til de borgere og sundhedsprofessionelle, der har ladet sig observere og interviewe af os ifm. specialets empiridannelse. Jeres deltagelse og engagement, har været uundværlig for udformningen af specialet.

Sidst, men ikke mindst, rettes en varm tak til vores vejleder Tine Mechlenborg Kristiansen for aldrig at stoppe med at være ambitiøs på vores vegne og konstant bidrage til at udfordre os fagligt.

God læselyst!

Mette Taarsted Soelberg & Stine Roer Bolmgren

Læsevejledning

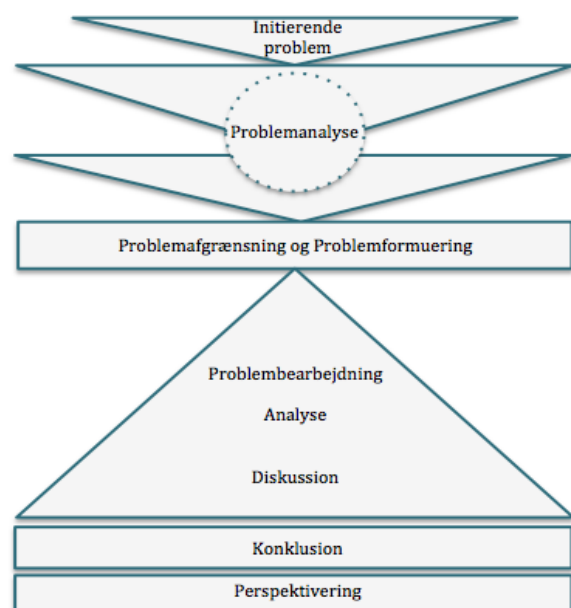
Nærværende speciale er struktureret efter Aalborg-modellen, der er centreret om det problemorienterede projektarbejde.

Specialet indledes med en præsentation af den initierende problemstilling i *kapitel 1*. Problemstillingen fungerer som omdrejningspunkt for *kapitel 2*, hvor en grundig analyse og dokumentation af problemet gives. Dette munder ud i en problemafgrænsning samt den konkrete problemformulering i *kapitel 3*.

I *kapitel 4* redegøres for specialets referenceramme, herunder videnskabsteoretisk positionering. *Kapitel 5* uddyber specialets casestudiedesign, mens der redegøres for anvendte metoder i *kapitel 6*. Analysestrategi og analytisk fremgangsmåde præsenteres i *kapitel 7*, herunder gives en beskrivelse af de teoretiske begreber, der anvendes som analytisk ramme. Selve analysen præsenteres i *kapitel 8*. Med afsæt i analyseresultaterne fremsættes konkrete forandringsforslag til rekruttering i *kapitel 9*. I *kapitel 10* diskuteres analysens resultater samt etiske overvejelser forbundet hermed. Kapitlet fortsætter i en diskussion af specialets metodologiske rammer og metoder til udforskningen af problemformuleringen. Afslutningsvist giver konklusionen, i *kapitel 11*, den samlede besvarelse af specialets problemformulering, efterfulgt af en perspektivering i *kapitel 12*, der behandler relaterede perspektiver omhandlende rekruttering til forebyggelsesindsatser målrettet dårlig mental sundhed.

Nedenstående figur har til formål at illustrere specialets struktur:

Figur 1: Specialets struktur



Figurtekst: Visualisering af specialets struktur

Indholdsoversigt

1	Initierende problem	1
2	Problemanalyse	2
2.1	Mental sundhed og trivsel	2
2.1.1	Centrale aspekter i mental sundhed	3
2.2	Risiko- og sårbarhedsfaktorer	3
2.2.1	Bemestring af sårbarhed	5
2.3	Fra lav mental sundhed til sygdom	6
2.4	Kommunernes fokus på mental sundhed	7
2.4.1	Brug for mere viden	8
2.5	Tjek på Trivslen	10
2.6	Deltagere og ikke-deltagere	11
2.6.1	Barrierer for deltagelse	12
2.7	Frygt for stigmatisering	14
2.8	Fordelingen af frafald i rekrutteringsprocessen	15
3	Afgrænsning	18
3.1	Problemformulering	19
3.1.1	Begrebsafklaring	19
4	Specialets referenceramme	20
4.1	Videnskabsteoretisk tilgang	20
4.2	Teoretisk perspektiv	21
4.2.1	Symbolisk interaktionisme	21
5	Casestudiedesign	23
5.1	Det centrale subjekt	23
5.2	Teorifortolkende casestudie	24
5.2.1	Sensitiverende begreber	25
5.2.2	Analytisk generalisering	25
6	Metode	27
6.1	Datamatrice	27
6.2	Kvalificering og kontekstualisering af empiridannelse	29
6.3	Observation	30
6.3.1	Fra åben til fokuseret tilgang	30
6.3.2	Uformelle feltsamtaler	30
6.3.3	Praktiske rammer	31
6.4	Interview	32
6.4.1	Interviews af 'ikke-deltagere'	33
6.5	Litteratursøgning	35
6.5.1	Baggrundssøgning	35

6.5.2 Problemorienteret systematisk litteratursøgning	35
6.5.3 Opridsning af søgestrategi	36
7 Analysestrategi.....	40
7.1 Analytisk fremgangsmåde	40
7.1.1 Kodning	41
7.1.2 Fortolkningsprocessen.....	42
7.2 En Goffmansk begrebsramme	43
7.2.1 Samhandlingsordenen.....	43
7.2.2 Rammerne.....	43
7.2.3 Definition af situationen	44
7.2.4 Stigmatisering	46
8 Repræsentation af analysen	47
8.1 Scenen sættes	48
8.1.1 I testlokalet testes der.....	49
8.1.2 Målingerne lægger linjen.....	51
8.1.3 Samhandlingens præg af rutiner.....	52
8.2 Et udøvet fokus på fysisk sundhed	55
8.2.1 "Sundhed & Trivsel - hvad fanden går det ud på?"	57
8.2.2 Lad os snakke	58
8.3 Samskabelsen af normalitet.....	62
8.3.1 Normalitet udløser ros	62
8.3.2 Idealisering af selvet.....	63
8.3.3 Forudfattede forventninger	64
8.4 Stigmatisering undgås.....	66
8.4.1 Defensiv og beskyttende praktikker	66
8.4.2 Krænkelse af borgerens ansigt	69
8.5 Lad mig hjælpe dig.....	70
8.5.1 I rollen som den hjælpende	70
8.5.2 Om at takke ja til hjælp.....	72
8.6 Sammenfatning af resultater	74
9 Casen i et forandringsperspektiv	76
9.1 Lad borgeren være med til at sætte scenen	76
9.2 Tydeliggør fokus på mental sundhed.....	77
9.3 Opmærksomhed mod italesættelsen af 'det normale'	78
9.4 At turde påpege lav mental sundhed.....	79
9.5 Lad hjælpen komme indefra	79
9.6 Kollegial sparring og kommunikationsøvelser	80
10 Diskussion	82
10.1 Diskussion af resultater	82
10.1.1 Mod et fokus på mental sundhed	82
10.1.2 Det relationelle forhold	85

10.2 Ethiske refleksioner	87
10.2.1 Med identificering følger øget risikobevisthed	87
10.2.2 At gøre lav mental sundhed til en tilstand	88
10.2.3 Mellem den sundhedsprofessionelles og borgers perspektiv	88
10.3 Diskussion af undersøgelsens konstruktion	90
10.3.1 Rammerne.....	90
10.3.2 Teoriens rolle.....	91
10.3.3 Metoder	93
10.4 Analytisk generalisering af casen	100
11 Konklusion	101
12 Perspektivering	103
Referenceliste	105
Bilagsoversigt	114

Kapitel 1

Initierende problem

1 Initierende problem

Flere og flere danskere oplever i dag at have lav mental sundhed (Christensen et al. 2014). 10% af befolkningen er i varierende grad præget af psykisk sårbarhed eller mistrivsel, og 12,8% af danske kvinder og 8,7% af danske mænd har decideret dårlig mental sundhed (Christensen et al. 2014, Regeringens udvalg om psykiatri 2013).

Som følge heraf, opsatte Regeringen målet om, at *“Flere voksne skal trives og have god mental sundhed”* som en del af de 7 nationale mål for danskernes sundhed (Regeringen 2014).

Den politiske velvilje har således skærpet fokus mod iværksættelsen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser målrettet mental sundhed og bedre trivsel i den brede befolkning (Christensen et al. 2014, Regeringen 2014, OECD 2013, Eplov, Lauridsen 2008, Bolt, Iversen 2009, Størup et al. 2012, Borg et al. 2010). Særligt i kommunerne er der potentiale for at implementere borgernære forebyggende indsatser rettet mod tidlig opsporing af mistrivsel, så psykiske vanskeligheder forhindres i at udvikle sig til behandlingskrævende lidelser (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, Størup et al. 2012, Hansen 2014, Blom 2014).

I iværksættelsen af indsatser er det essentielt, at medtænke de problematikker, der knytter sig til det velkendte paradoks, at det oftest er borgere med høj risikoadfærd¹, der fravælger at deltage i sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (Dryden et al. 2012, Bender et al. 2014, Wall, Teeland 2004). Dette er særlig udtalt, når der er tale om individorienterede højrisikoindsatser, som rådgivning og screening, hvor det i sidste ende er op til den enkelte at vælge ‘den sunde vej’ (Diderichsen, Andersen & Manuel 2011). Der kan endvidere spekuleres i, hvorvidt denne problemstilling fremstår endnu tydeligere, i forebyggelsesindsatser målrettet mental sundhed, der kan være udfordret af tabuisering og stigmatisering (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, Jacobsen, Regioner & Sundhedsinstitut 2010, Sundhedsstyrelsen 2012).

Med afsæt i det skildrede paradoks søges der i nærværende speciale at dykke ned i de problematikker, der knytter sig til rekrutteringen til individorienterede forebyggelsesindsatser, som sigter mod forbedring af mental sundhed.

¹ Risikoadfærd forstås som vaner, livsstil eller adfærd, der øger sandsynligheden for psykosociale problemer, ulykker og sygdom (Tønnesen et al. 2005).

Kapitel 2

Problemanalyse

2 Problemanalyse

Med afsæt i det initierende problem, vil der i det følgende blive uddybet centrale elementer i relation hertil. Med henblik på at belyse grundlaget for de indsatser, der har fokus på fremme af mental sundhed og forebyggelse af mistrivsel, indledes problemanalysen med en begrebsafklaring af mental sundhed. Herunder identificering af risikofaktorer for og konsekvenser af dårlig mental sundhed. Med afsæt i, at kommunerne spiller en central rolle i den borgernære sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, rettes fokus mod at afdække omfanget og effekterne af tiltag, som er målrettet hhv. fremme af mental sundhed og forebyggelse af mistrivsel blandt voksne borgere. I denne sammenhæng introduceres en konkret case, Tjek på Trivslen, der sigter mod at fremme trivsel og forebygge dårligt mentalt helbred i kommunalt regi. Dette mhp. at fremanalysere, hvilke udfordringer, der knytter sig til rekrutteringen af deltagere hertil. I forlængelse heraf, dykkes afslutningsvis ned i en belysning af de potentielle årsager, der kan være til at borgere, der oplever dårlig trivsel, alligevel vælger at takke nej til at deltage i forebyggende indsatser. Herunder afgrænses til den problemstilling i casen, der danner baggrund for videre bearbejdning i specialet.

2.1 Mental sundhed og trivsel

I de senere år er der, både nationalt og internationalt, sat fokus på betydningen af befolkningens trivsel og mentale sundhed (OECD 2013, Epløv, Lauridsen 2008, Bolt, Iversen 2009, Knapp et al. 2007). En af de væsentligste bevæggrunde for det øgede fokus er visheden om den klare sammenhæng mellem dårlig mental sundhed og udviklingen af psykiske lidelser. Dertil kommer erkendelsen af, at psykisk sygdom er en af de meste belastende tilstande for den enkelte og for samfundet (Christensen et al. 2010). Det anslås, at mentale helbredsproblemer årligt koster det danske samfund 55 mia. kr. i samlede direkte og indirekte omkostninger (Borg et al. 2010). De særlige belastninger for den enkelte er nedsat livskvalitet, lidelser og nedsat arbejdsevne, mens det for samfundet særligt er førtidspensioneringer, langvarigt sygefravær og nedsat individuel produktivitet, der medfører tunge omkostninger (Borg et al. 2010). I tråd hermed fremhæves det af danskerne selv, at mental sundhed er den vigtigste faktor for opnåelsen af det gode liv (Mandag Morgen 2008). Mentale helbredsproblemer har således afgørende indvirkning på den enkeltes livskvalitet og må betragtes som et centralt anliggende for folkesundheden (Epløv, Lauridsen 2008).

2.1.1 Centrale aspekter i mental sundhed

Med afsæt i World Health Organizations (WHO) begrebsliggørelse definerer Sundhedsstyrelsen mental sundhed som værende:

"... en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker."

(Eplov, Lauridsen 2008, s. 13)

Der findes adskillige definitioner af mental sundhed, men på tværs af disse ses særligt fire aspekter som havende betydning for positiv mental sundhed. Her indgår et emotionelt perspektiv, omfattende affekt og følelser, et kognitivt perspektiv vedrørende perception, tanker og ræsonnering, et socialt perspektiv omkring relationer til andre og endeligt et aspekt om sammenhæng, der omfatter følelsen af mening og formål i livet (Friedly 2009).

Samlet for udlægningen af mental sundhed er enigheden om en tilstand, der indeholder en hedonisk og eudaimonisk dimension; nemlig selve oplevelsen af at være glad, tilfreds, og af at trives, samt evnen til at håndtere stressorer og mestre hverdagslivets praktiske gøremål og heri indgå i sociale relationer (Eplov, Lauridsen 2008, Friedly 2009).

Med et fokus på mental sundhed i en positiv model optræder det således både som selve fundamentet for velbefindende såvel som en ressource for opnåelsen af sundhed generelt (World Health Organization 2004). Det er denne positive model, der ligger til grund for ovennævnte definition. Generelt skal mental sundhed ikke forstås som værende et nyt overordnet sundhedsbegreb, men et, der hører ind under og uddyber et hjørne af det generelle (Eplov, Lauridsen 2008).

For at kaste lys over forebyggelsespotentialer på området for mental sundhed, dykker næstfølgende afsnit ned i de faktorer, der er fundet at have indflydelse på udviklingen af dårlig mental sundhed. Dette for at synliggøre den kompleksitet, der præger området.

2.2 Risiko- og sårbarhedsfaktorer

Gennem livsforløbet fra barn til voksen kan flere faktorer forekomme, som har vist at påvirke den mentale sundhed i negativ retning (Størup et al. 2012). De centrale bagvedliggende mekanismer omfatter bl.a. manglende omsorg, belastende begivenheder i nær familie, diskrimination, arbejdsløshed og belastende arbejdsmiljø samt social isolation (Størup et al. 2012).

Mens nogle faktorer primært knytter sig til tidlige år i livet, kan andre, såsom arbejdsløshed, belastende begivenheder i nær familie og belastende arbejdsmiljø, opstå pludseligt og på tværs af livsfaser. Det betyder, at vilkår og begivenheder i barndommen kan være afgørende for den mentale sundhed i voksenlivet, men ligeledes, at pludselige begivenheder kan påvirke den enkeltes trivsel i negativ retning med alvorlige konsekvenser for den mentale sundhed (Størup et al. 2012). Således vil nogle sårbarhedsfaktorer primært kunne målrettes via tidlige indsatser såsom forebyggende hjemmebesøg, der støtter børnefamiliers ressourcer samt trivselsfremme i dagtilbud og skoler (Størup et al. 2012, Tønnesen et al. 2005).

Pludselige begivenheder såsom skilsmisse, dødsfald i familien eller arbejdsløshed, der opleves som stærkt belastende for den enkelte og som i givet fald kan føre til udvikling af sygdomme og psykosociale problemer kan derimod målrettes med forebyggende tiltag, hvor formålet er at forhindre opståen eller udviklingen af sygdom (Størup et al. 2012, Tønnesen et al. 2005).

Forskelligheden i de oplyste risikofaktorer tegner det komplekse billede af bagvedliggende og influerende mekanismer for dårlig mental sundhed. Et billede, der samtidig understreger den kompleksitet, der gør sig gældende, idet risikofaktorer eksisterer både på samfunds- og individniveau.

Endvidere er det væsentligt, at mentale, sociale og adfærdsmæssige helbredsproblemer kan interagere og virke selvforstærkende på den overordnede trivsel og adfærd (World Health Organization 2004). Den mentale sundhed ses således influeret af individuelle faktorer og oplevelser, sociale relationer, samt det omgivende samfunds strukturer, ressourcer og kulturelle værdier. Den enkeltes trivsel påvirkes af dagligdagens oplevelser og erfaringer i de naturlige domæner af familien, skolen, på gaden og på arbejdspladsen (World Health Organization 2004). Et centralt aspekt i denne sammenhæng er, at sårbarheden øges ved tilstedeværelsen af flere risikofaktorer, der kan virke i synergi eller som kan ophobe sig gennem livsforløbet (Diderichsen 2011). Dette er særligt udtalt blandt individer med kort uddannelse og lave indkomster, hvor den samtidige tilstedeværelse af fysiske, sociale og adfærdsmæssige sygdomsårsager, medfører en differentiell sårbarhed (Diderichsen 2011).

I forlængelse heraf, er det centralt, at determinanterne for lav mental sundhed samtidig er centrale faktorer i relation til social ulighed i sundhed (Størup et al. 2012). Der ses således en større andel med lav mental sundhed blandt personer med kort uddannelse end blandt personer med lang videregående uddannelse (Regeringen 2014, Christensen et al. 2010).

Hvorvidt risikofaktorerne for dårlig mental sundhed påvirker den enkeltes livssituation vil afhænge af den individuelle håndtering i relation til, hvordan en livsbegivenhed forstås og fortolkes (Diderichsen 2011).

2.2.1 Bemestring af sårbarhed

Hvorvidt individet oplever de nævnte risikofaktorer som belastende i en sådan grad, at det resulterer i dårlig mental sundhed er ikke entydigt og vil differentiere mellem mennesker (Regeringens udvalg om psykiatri 2013). Fra at overkomme livets mange udfordringer til udviklingen af en egentlig sygdom kan forstås som en glidende overgang. Hvad der for nogle mennesker vil kræve professionel behandling, vil for andre eksempelvis kunne tackles via social støtte fra pårørende (Regeringens udvalg om psykiatri 2013). I den sammenhæng kan bemestring ses som en *proces*, hvor individet konstant håndterer interne og eksterne krav, der opleves som overstigende den enkeltes ressourcer (Lazarus, Folkman 1984). Endvidere vil en borger med høj socioøkonomisk status og mange ressourcer til rådighed i mange tilfælde finde det lettere at komme i dialog med sundhedsvæsenet end en borger med få ressourcer og begrænset netværk (Raahauge Hvass et al. 2012).

I relation til den anvendte definition af mental sundhed, er det interessant at anskue, hvorledes netop håndtering af dagligdagens udfordringer og stress har indvirkning på, om risikofaktorer udmønter sig i mistrivsel. I denne kontekst kan risikofaktorer i form af belastende livsomstændigheder i en generel sammenhæng forstås som stress, i Lazarus og Folkmans psykologiske betragtning som *"... a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being."* (Lazarus, Folkman 1984) (s. 19). I denne betragtning er stress således både noget, der knytter sig til individets oplevelser af belastning, der overstiger den enkeltes kapacitet, mens samspillet med omgivelserne samtidig fremhæves som værende væsentlig (Lazarus, Folkman 1984).

Det er her centralt, at skelne mellem stress som en naturlig og uundgåelig del af det levede liv på den ene side og stress som en sygelig tilstand, der opstår, når summen af belastninger over en periode bliver større, end individet kan håndtere på den anden (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2008, Netterstrøm 2014, Nielsen, Kristensen 2007). Hvorledes den enkelte håndterer stress kan virke som et vigtigt mellemlid mellem en belastende livsbegivenhed og udfaldet af individets sundhed (Diderichsen 2011, Lazarus, Folkman 1984).

2.3 Fra lav mental sundhed til sygdom

Dårlig mental sundhed kan, hvis summen af belastninger bliver for store, manifestere sig i form af mentale helbredsproblemer. Her fremhæves især sammenhængen mellem sygelig stress, angst og depression (Epløv, Lauridsen 2008, Størup et al. 2012, Kjølner, Juel & Kamper-Jørgensen 2008, Major et al. 2011, Herrman, Saxena & Moodie 2005). Som belyst, hænger mental sundhed og håndtering af stress, i høj grad sammen. I den nationale sundhedsprofil fra 2013, er danskernes stressniveau målt via to indikatorer, hhv. selv vurderet stressniveau² og den validerede Cohens Perceived Stress Scale (PSS)³. 13,3% vurderer sig selv til ofte at være nervøse eller stressede, hvilket er en stigning siden målingen i 2010. Mens 21,3% vurderes til at have et højt stressniveau, når der måles med PSS (Statens Institut for Folkesundhed, Sundhedsstyrelsen 2014).

Endvidere anslås det af Stressforeningen, at ca. 1400 danskere årligt dør af stress (Stressforeningen u.d.). I relation hertil viser nyeste resultater fra *The Copenhagen City Heart Study* at udbrændthed⁴ fremstår som en selvstændig risikofaktor for hjertekarsygdomme hos både mænd og kvinder (Schnohr et al. 2015). Blandt mænd var udbrændthed den største risikofaktor for hjertekarsygdom, mens det var den andenstørste for kvinder næst efter rygning (Schnohr et al. 2015). Det er således veldokumenteret, at stresstilstande øger risikoen for en række sygdomme, herunder særligt iskæmiske hjertesygdom og depression (Kjølner, Juel & Kamper-Jørgensen 2008, Rosengren et al. 2004).

Af WHO placeres depression på en fjerdeplads over de sygdomme, der medfører det største tab af leveår og livskvalitet (Jensen 2011). Det anslås af Sundhedsstyrelsen, at omkring 5% af danskerne har depression (Størup et al. 2012). Sygdommen er recidiverende, således at risikoen for en ny depressiv periode er stødt stigende jo flere depressive perioder, man har haft. Det er desuden kendetegnende, at sygdommens sværhedsgrad ofte stiger i samme takt (Jensen 2011).

En problematik relateret til tidlige forebyggende eller behandlende indsatser ift. depression er, at det anslås, at kun omkring halvdelen af de, der rammes af depression, søger læge. Dette på baggrund af, at symptombilledet ofte er diffust. Først når der indtræder fysiske symptomer, er der noget konkret at rette henvendelse om (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, Jensen 2011, Videbech et al. 2007). Netop på baggrund af det komplekse symptombillede, kan det være

² Stress defineres her som "...en tilstand karakteriseret ved ulyst og anspændthed. Tilstanden er ikke en sygdom i sig selv, men en reaktion på en belastning, som personen kan have svært ved at håndtere" (Christensen et al. 2014, s. 25).

³ PSS måler respondentens oplevelse af stress indenfor de seneste 4 uger, ved hjælp 10 spørgsmål (Kjølner, Juel & Kamper-Jørgensen 2008).

⁴ Udbrændthed måles i studiet ud fra en spørgeskemabesvarelse med 17 enheder. Udbrændthed defineres som overdreven træthed, følelse af demoralisering og øget irritabilitet (Schnohr et al. 2015).

vanskeligt at skelne depressions- og angsttilstande fra hinanden og der er ofte tale om komorbiditet (Jensen 2011, Rosenberg et al. 2007). Det anslås, at omkring 6,5% af danskerne lider af angst i følge med depression eller alene, og at angstlidelser i særdeleshed er forbundet med forringet livskvalitet og nedsat social funktionsevne (Størup et al. 2012, Rosenberg et al. 2007).

I forlængelse heraf, klassificeres mentale helbredsproblemer som værende årsag til over halvdelen af alle førtidspensioneringer, og tendensen ses stigende (Størup et al. 2012, Danske Regioner 2009, Ankestyrelsen 2008).

Gældende for både stress-, depressions- og angsttilstande er, at flere studier viser gode muligheder for behandling samt stort potentiale for forebyggelse (Nielsen, Kristensen 2007, Jensen 2011, Videbech et al. 2007, Rosenberg et al. 2007, Muñoz et al. 1995, Cuijpers et al. 2009). Kommunerne har her, i kraft af deres borgernære placering i velfærdssamfundets struktur, en central rolle i en tidlig og forebyggende indsats rettet borgere med lav mental sundhed (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, Major et al. 2011, Sundhedsloven 2007).

2.4 Kommunernes fokus på mental sundhed

På trods af den klare relevans, har mental sundhed ikke tradition for at indgå som en integreret del af det kommunale arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme på samme vis som fx KRAM⁵-faktorerne. I tråd hermed har der snarere været tradition for, at den mentale sundhed betragtes som et anliggende, der varetages af psykiatrien (Eplov, Lauridsen 2008). Dette synes paradoksalt, idet langt størstedelen af borgere med ikke-psykotiske lidelser som angst og depression behandles i kommunalt regi (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, Videbech et al. 2007, Rosenberg et al. 2007). Udover det tydelige menneskelige aspekt, ses der tillige på den baggrund et økonomisk incitament for kommunerne ift. at rette fokus mod fremme af mental sundhed og forebyggelse af mistrivsel (Blom 2014).

Der ses således et potentiale i at styrke forebyggelsesindsatsen, således, at der tages hånd om borgere, der oplever mistrivsel og symptomer på dårlig mental helbred i et stadie, hvor det er muligt at forebygge, at mistrivsel udvikler sig til en psykisk lidelse (Major et al. 2011).

Sundhedsstyrelsen kortlagde i 2009 omfanget af kommunernes indsatser til fremme af mental sundhed for at finde eksempler på kommunale initiativer på området. I undersøgelsen fremkom det, at 64% af kommunerne har mindst én indsats til fremme af mental sundhed. Indsatserne

⁵ KRAM-faktorer relaterer til Kost, Rygning, Alkohol & Motion (Statens Institut for Folkesundhed 2011).

henvender sig primært til børn og unge, efterfulgt af ældre (Bolt, Iversen 2009). Generelt er der i kommunerne stort fokus på opsporing og forebyggelse af mental sygdom hos børn og unge. Små 30% af kommunerne bruger desuden jobcentre, samt hjemmeplejekontakt til tidlig opsporing (Regeringens udvalg om psykiatri 2013). Alle områder, hvor det synes relevant at rette fokus, når det handler om fremme af mental sundhed og forebyggelse af mistrivsel. Alligevel kan det vække undren, at kun få indsatser målrettes den erhvervsaktive gruppe, når en stor andel heraf oplever stress og mistrivsel.

Ved en gennemgang af landets kommunale sundhedsindsatser, via den offentlige sundhedsportal *sundhed.dk*, ses det, at der aktuelt eksisterer en række kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser ift. mental sundhed, men langt størstedelen henvender sig til borgere, der enten lider af angst eller depression, eller som er sygemeldte pga. stress eller mistrivsel. Kun få indsatser henvender sig til de borgere, der har lav mental sundhed og som, hvis der ikke tages hånd om de oplevede problemer, potentielt vil ende i en sygemelding eller et behandlingsforløb (Randers Kommune 2015, Sundhed.dk u.d., Komiteen for sundhedsoplysning, Trygfonden 2014). Sidstnævnte indsatser ses at være iværksat ud fra en mere sekundær forebyggelsesstrategi⁶, hvor tidlig opsporing af lav mental sundhed, potentielt giver mulighed for en tidligere forebyggelsesindsats til gavn for borgere, der oplever mistrivsel. I det kommunale arbejde er det således essentielt, at de sundhedsfremmende og forebyggelsestiltag, der iværksættes, er tiltag, der virker bedst samtidig med, at de målrettes borgere med det største behov (Kommunernes Landsforening 2014).

2.4.1 Brug for mere viden

Generelt udtrykkes et behov for mere viden om, hvordan fremme af mental sundhed og trivsel kan bidrage til forebyggelse af psykiske lidelser og helbredsproblemer (Regeringens udvalg om psykiatri 2013). At størstedelen af de individorienterede kommunale tilbud ift. mental sundhed, retter sig mod borgere, der allerede er diagnosticerede med depression, angst eller svær stress, skyldes formentligt, at effekterne af sådanne behandlingstiltag er veldokumenterede (Bolt, Iversen 2009, Borg et al. 2010, Nielsen, Kristensen 2007, Major et al. 2011, Videbech et al. 2007, Rosenberg et al. 2007, Cuijpers et al. 2009). Internationale studier viser dog ligeledes, at tilbud, som i højere grad er målrettet en sekundær forebyggelse og altså hindring i udvikling af især depressions- og

⁶ Der tages her afsæt i Sundhedsstyrelsens definition af sekundær forebyggelse, som havende til formål tidligt at opspore og begrænse risikofaktorer og sygdom (Tønnesen et al. 2005)

stresstilstande blandt borgere, der vurderes som værende i risiko, også er effektfulde (Borg et al. 2010, Muñoz et al. 1995, Cuijpers et al. 2009).

Dokumentation og erfaringer fra kommunernes indsatser til fremme af mental sundhed er mangelfuld, og i særdeleshed forekommer reelle evalueringer af indsatser at være sparsomme (Bolt, Iversen 2009). Dertil kommer, at kommunerne samlet giver udtryk for et behov for rådgivning og viden på forebyggelsesområdet, når det kommer til mental sundhed (Bolt, Iversen 2009). Dette vidner om relevansen af at øge fokus mod at få beskrevet de eksisterende indsatser i kommunerne, således at videns- og erfaringsdeling på området optimeres.

Et kommunalt tilbud målrettet voksne med lav mental sundhed er indført i Randers Kommune. Tilbuddet Tjek på Trivslen, er særskilt målrettet voksne borgere, der for nyligt er kommet i en situation af mistro og lav mental sundhed, men som samtidig ikke er diagnosticeret med en svær psykisk lidelse (Randers Kommune 2014a). Forhåbningerne er, at det via den tidlige opsporing⁷ af lav mental sundhed er muligt at forebygge forværring samt fremme borgerens generelle trivsel (Randers Kommune 2014a).

Tjek på Trivslen startede op i 2014. Det første år deltog kun 7 borgere på holdet ud af de omkring 253 borgere⁸, der ved helbredstjekket blev identificeret som havende dårlig mental sundhed (Aarhus Universitet, Tjek dit Helbred 2014, Lundager 2015, Sandbæk 2011). På den baggrund er der i kommunen især rettet fokus mod at forbedre rekrutteringen af deltagere (Randers Kommune 2014a). Dette ses i tråd med den generelle problematik ift., at de, der vælger individorienterede forebyggelsestilbud fra ofte er dem, der udviser størst risikoadfærd (Dryden et al. 2012).

I det følgende dykkes ned i denne konkrete kommunale forebyggelsesindsats for således at anvende denne som case til at fremanalysere, hvilke problematikker, der knytter sig til rekruttering af deltagere til et tilbud målrettet mental sundhed.

⁷ Tidlig opsporing eller screening defineres af sundhedsstyrelsen som værende opsporingsdelen af en sekundær forebyggelsesstrategi, hvor formålet er at identificere risikofaktorer mhp. tidlig intervention (Tønnesen et al. 2005). Der søges således, ved hjælp af et screeningsværktøj, at finde de borgere, der endnu ikke selv er klar over deres øgede risiko og tilbyde dem forebyggelse, mhp. at undgå eller reducere forværring i deres tilstand

⁸ Udregnet på baggrund af at der årligt inviteres 5200 borgere til helbredstjek, hvoraf omkring (54%) 2808 borgere møder op. Heraf identificeres (9%) 253 borgere via SF-12 som havende dårlig mental sundhed (Aarhus Universitet, Tjek dit Helbred 2014, Lundager 2015).

2.5 Tjek på Trivslen

Randers Kommunes Trivselsfremme-tilbud Tjek på Trivslen er gratis og forløber over 16 uger. Det primære indhold er øvelser og undervisning fra sundhedsprofessionelle mhp., at deltagerne får værktøjer til at genvinde livskvaliteten og opnå øget evne til mestring af hverdagen (Randers Kommune 2015). Indsatsen er målrettet borgere i alderen 30-49-år, der under et helbredstjek er blevet vurderet som værende i risiko for at udvikle stress, angst og depression, eller havende lettere grader heraf (Randers Kommune 2015). Helbredstjekket, Tjek dit Helbred, er kernen i et samarbejde mellem Randers Kommune, de praktiserende læger i Randers, Region Midtjylland og Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed (Rasmussen, Fredslund 2014). Tjek dit Helbred er opstillet som et randomiseret studie mhp. en vurdering af, hvorvidt helbredsundersøgelser samt efterfølgende samtale i almen praksis, er effektivt. Studiet løber fra 2012-2017, hvor ca. 30.000 borgere tilbydes et helbredstjek på Randers Sundhedscenter (Sandbæk 2011).

Der er afsat 45 min. til helbredstjekket, som udføres af en sundhedsprofessionel (herefter også omtalt testere) med baggrund inden for enten sygepleje, ernæring og sundhed eller idræt (Randers Kommune 2014b). De fysiologiske parametre, der måles på og testes ved undersøgelsen er; højde, vægt, taljemål, blodtryk, kolesterol og blodsukker ved blodprøve, lungefunktionstest samt konditest (Rasmussen, Fredslund 2014).

Da mental sundhed, som skildret, kan være en diffus størrelse, findes der selvsagt ikke en fysiologisk test, der kan klassificere borgerens mentale sundhed. Til måling af den mentale sundhed under helbredstjekket anvendes i stedet det validerede spørgeskema Short Form-12⁹ (SF-12). Netop idet tilbuddet ikke alene er målrettet de, der har den laveste score ift. mental sundhed, kan vedkommende tilbydes deltagelse på Tjek på Trivslen uden en lav score på SF-12, hvis borgeren giver udtryk for mistriivsel under helbredstjekket (Randers Kommune 2014a). Det er således i undersøgelsens afsluttende del, når spørgeskemabesvarelsen fremgår af resultatfolderen, at borgere med lav mental sundhed identificeres, og gøres bekendte med kommunens opfølgende tilbud som Tjek på Trivslen¹⁰, samt muligheden for deltagelse heri (Aarhus Universitet, Tjek dit Helbred 2014, Rasmussen, Fredslund 2014).

Efter helbredsundersøgelsen skal borgeren til en helbredssamtale hos egen læge med formålet at vurdere om Tjek på Trivslen er det rigtige tilbud for borgeren. Er dette tilfældet gives en lægehenviisning til Tjek på Trivslen. Inden opstart på holdet inviteres borgeren yderligere til en afklarende samtale på Sundhedscentret mhp. at stille skarpt på borgerens personlige mål med

⁹ Short Form 12 er et bredt anerkendt og anvendt valideret generisk helbredsmåleredskab, der bl.a. anvendes i Den nationale sundhedsprofil til vurdering af danskernes mentale og fysiske sundhed (Christensen, Hansen 2014).

¹⁰ Andre opfølgende tilbud omfatter: Tjek på Livsstilen, Tjek på Alkoholvanerne, Tjek på Rygestoppet (Qvist 2015)

deltagelsen (Randers Kommune 2015). Komponenterne i forløbet fra helbredsundersøgelse til deltagelse på Tjek på Trivslen er illustreret i nedenstående figur 2.

Figur 2: Forløbet fra helbredstjek til deltagelse på Tjek på Trivslen



Figurtekst: Visualisering af komponenterne i fra helbredstjekket til deltagelse på Tjek på Trivslen.

Med henblik på at skabe indsigt i hvad der er på spil i spørgsmålet om deltagelse, bredes i følgende afsnit ud til et generelt perspektiv. Indledningsvist dykkes ned i en beskrivelse af fælles karakteristika af ikke-deltagere, efterfulgt af en redegørelse for barrierer, der gør sig gældende for fravalg af deltagelse. Da netop denne del vedrører paradokset og selve kerneessensen af rekruttering, har en systematisk litteratursøgning skabt grundlag for at afdække hvilke barrierer, der optræder for deltagelse i forebyggelsesindsatser.

2.6 Deltagere og ikke-deltagere

At borgere, der ikke deltager i helbredstjek og andre forebyggelsestilbud differentierer fra de, der deltager ift. socioøkonomisk status, fremhæves bl.a. i det danske Inter99 studie, som har undersøgt effekten af helbredstjek blandt 61.301 borgere i et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) (Bender et al. 2014). Her blev der fundet klar sammenhæng mellem deltagelse og socioøkonomisk status, således at deltagere var karakteriseret ved at være ældre, husejere, lønmodtagere, boende med partner samt højere uddannelse sammenlignet med ikke-deltagere (Bender et al. 2014). De største relative forskelle i deltagelse blev fundet mellem de laveste og højeste uddannelsesgrupper samt blandt personer udenfor arbejdsstyrken, hvor sandsynligheden for at deltage var 61 % lavere end hos lønmodtagere (Bender et al. 2014).

Lignende karakteristika fremgår af et review, der har undersøgt forskellige egenskaber for hhv. deltagere og ikke-deltagere i helbredstjek eller forebyggende helbredsundersøgelser for kardiovaskulær sygdom, på basis af 39 artikler med populationer fra vestlige lande (Dryden et al. 2012). Her fremgik det konsistent af studierne, at personer var mindre tilbøjelige til at deltage, hvis de havde lav socioøkonomisk status i form af lavere uddannelsesniveau, lav indkomst og

arbejdsløshed (Dryden et al. 2012). Alt sammen faktorer, der indikerer, at de, der møder op til helbredstjek, reelt ikke er dem, der ud fra et sundhedsfagligt ekspertsynspunkt, har det største behov for forebyggelse.

2.6.1 Barrierer for deltagelse

Til formålet at forstå hvilke barrierer, der ligger til grund for fravælgelse af deltagelse, blev en systematisk litteratursøgning udført. Søgningen blev foretaget ud fra en eksplorerende tilgang, hvor et bredt udsnit af forebyggende tiltag indgår for at forstå bevæggrunde for ikke-deltagelse. Fælles for indsatserne i studierne er den sekundære forebyggelsesstrategi i form af tidlig indsats og identificering af højrisikogrupper. Til at understøtte det eksplorative tilsnit blev kvalitative studier fortrinsvist udvalgt. En nærmere beskrivelse af litteratursøgningens udførelse findes i det tilkommende metodeafsnit 6.5 og bilag A.

2.6.1.1 Resultat af litteratursøgning

Syv studier blev endeligt udvalgt af den systematiske søgning. Programtyperne i de fremfundne studier omfatter primært screening og helbredstjek mhp. tidlig opsporing af sygdom samt tidlig opsporing af højrisikoindivider, primært i relation til hjertekarsygdomme og diabetes (Dryden et al. 2012, Søgaard, Lindholt & Gyrd-Hansen 2013, Koopmans et al. 2012, Groenenberg et al. 2015, Sinclair, Alexander 2011). Endvidere fokuserer to studier på hhv. rehabilitering og selvhjælpsgrupper til iskæmisk hjertesygdom og patientuddannelse ifm. diabetes (Jackson et al. 2010, Schäfer et al. 2014). Foruden disse primære typer inkluderer to reviews yderligere vaccinationsprogrammer (Dryden et al. 2012, Koopmans et al. 2012).

En skematisk oversigt med beskrivelse af de anvendte studier findes i bilag B1. For at skabe overblik præsenteres studierne resultater i nedenstående tabel 1 efter inddeling i personlige, praktiske og organisatoriske faktorer.

Tabel 1: Barrierer for deltagelse i forebyggelsesindsatser

Resultater fra litteratursøgning	
Barrierer for deltagelse	Artikler
Personlige faktorer	
Manglende (følt) personlig relevans	Søgaard, R., Lindholt, J. & Gyrd-Hansen, D. Koopmans, B., Nielsen, M.M.J., Schellevis, F. G. & Korevaar, J. C. Jackson, A. M., McKinstry, B., Gregory, S. & Amos, A. Schäfer I., Pawels M., Küver C., Pohontsch N.J., Scherer M., Van Den Bussche H., Kaduszkiewicz H. Nielsen, K-D. B, Dyhr, L. Lauritzen, T. & Malterud, K. Ellis, N., Gidlow, C., Cowap, L., Randal, J., Iqbal, Z. & Kumar, J.
Lav risikoopfattelse	Groenenberg, I., Crone, M. R., Van Dijk, S., Gebhardt, Winnifred A. Meftah, J.B., Middelkoop, B.J.C.; Stiggelbout, A.M. & Assendelft, W.J.J. Søgaard, R., Lindholt, J. & Gyrd-Hansen, D. Nielsen, K-D. B, Dyhr, L. Lauritzen, T. & Malterud, K.
Fysisk ubehag	Jackson, A. M., McKinstry, B., Gregory, S. & Amos, A.
Ubehag ved gruppeforløb	Jackson, A. M., McKinstry, B., Gregory, S. & Amos, A.
Frygt for resultatets konsekvenser (f.eks. livsstilsændring, medicin)	Søgaard, R., Lindholt, J. & Gyrd-Hansen, D. Sinclair, A. & Alexander, H.A. Groenenberg, I., Crone, M. R., Van Dijk, S., Gebhardt, Winnifred A. Meftah, J.B., Middelkoop, B.J.C.; Stiggelbout, A.M. & Assendelft, W.J.J. Nielsen, K-D. B, Dyhr, L. Lauritzen, T. & Malterud, K. Schäfer I., Pawels M., Küver C., Pohontsch N.J., Scherer M., Van Den Bussche H., Kaduszkiewicz H. Dryden, R., Williams, B., McCovan, C. & Themessl-Huber, M. Ellis, N., Gidlow, C., Cowap, L., Randal, J., Iqbal, Z. & Kumar, J.
For meget besvær	Søgaard, R., Lindholt, J. & Gyrd-Hansen, D.
Frygt for stigmatisering	Groenenberg, I., Crone, M. R., Van Dijk, S., Gebhardt, Winnifred A. Meftah, J.B., Middelkoop, B.J.C.; Stiggelbout, A.M. & Assendelft, W.J.J.
Mindre tro på effekt af helbredstjek	Dryden, R., Williams, B., McCovan Nielsen, K-D. B, Dyhr, L. Lauritzen, T. & Malterud, K.
Ikke lyst til at møde løftet pegefinger	Dryden, R., Williams, B., McCovan Nielsen, K-D. B, Dyhr, L. Lauritzen, T. & Malterud, K.
Praktiske faktorer	
Transportmæssige (distance, tid, penge)	Søgaard, R., Lindholt, J. & Gyrd-Hansen, D. Jackson, A. M., McKinstry, B., Gregory, S. & Amos, A.
Manglende tid	Sinclair, A. & Alexander, H.A. Nielsen, K-D. B, Dyhr, L. Lauritzen, T. & Malterud, K. Jackson, A. M., McKinstry, B., Gregory, S. & Amos, A. Ellis, N., Gidlow, C., Cowap, L., Randal, J., Iqbal, Z. & Kumar, J.
Sprogbarrierer	Groenenberg, I., Crone, M. R., Van Dijk, S., Gebhardt, Winnifred A. Meftah, J.B., Middelkoop, B.J.C.; Stiggelbout, A.M. & Assendelft, W.J.J.
Organisatoriske faktorer	
Passiv rekrutteringsstrategi	Koopmans, B., Nielsen, M.M.J., Schellevis, F. G. & Korevaar, J. C. Sinclair, A. & Alexander, H.A. Ellis, N., Gidlow, C., Cowap, L., Randal, J., Iqbal, Z. & Kumar, J.
Praktiserende læges holdning til indsatsen	Schäfer I., Pawels M., Küver C., Pohontsch N.J., Scherer M., Van Den Bussche H., Kaduszkiewicz H.
Ikke inviteret/informeret	Jackson, A. M., McKinstry, B., Gregory, S. & Amos, A. Sinclair, A. & Alexander, H.A.

Tabeltekst: Skematisk oversigt over barrierer for deltagelse i forebyggelsesindsatser fra studier fremkommet af søgning 1. Barriererne for ikke-deltagelse er inddelt i personlige, praktiske og organisatoriske faktorer.

I litteraturen findes således flere faktorer at øve indflydelse på den enkeltes beslutning om deltagelse. De mangeartede bevæggrunde og influerende faktorer er med til at tydeliggøre den kompleksitet, der eksisterer i rekruttering af deltagere. De fremfundne studier vidner endvidere om, at der eksisterer relativt meget viden om, hvem, der fravælger deltagelse i helbredstjek og screeningstiltag samt hvilke barrierer, der ligger til grund herfor. De i studierne omtalte helbredstjek, hvor bl.a. blodsukker, BMI, kondital o. lign. bliver målt, er sammenlignelige med helbredstjekket, der tilbydes i Randers Kommune og som danner grundlaget for borgerens risikovurdering og evt. videre deltagelse i et opfølgende tilbud som Tjek på Trivslen. Denne viden er anvendelig til at kaste lys over, hvilke problematikker, der knytter sig til dette første trin i rekrutteringsprocessen.

Derimod har kun få studier undersøgt barriererne for ikke at deltage i opfølgende indsatser post helbredstjek. Det kvalitative hollandske studie af Groenenberg et. al (2015) er dog et af dem. Her er fokuseret på barrierer for deltagelse i opfølgende tilbud for borgere i højrisiko. I studiet fremhæves; manglende erkendelse af egen risiko, frygt for outcome som livsstilsændring og medicinering, samt frygten for stigmatisering som de væsentligste grunde til at takke nej til et opfølgende tilbud (Groenenberg et al. 2015). I relation hertil kan det problematiseres, at netop rekrutteringen til indsatser tilsigtet forebyggelse af lav mental sundhed, kan være særligt vanskelig, idet at psykiske vanskeligheder generelt er mindre accepterede i samfundet end fysiske (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, Jacobsen, Regioner & Sundhedsinstitut 2010).

Psykiske vanskeligheder kan være svære at få italesat og være tabubelagte borgerens frygt for at blive stigmatiseret samt den sundhedsprofessionelles frygt for at stigmatisere (Bolt, Iversen 2009, Jacobsen, Regioner & Sundhedsinstitut 2010, Hinshaw, Stier 2008, Schomerus, Schomerus & Angermeyer 2008).

2.7 Frygt for stigmatisering

Stigma er et udtryk for en egenskab eller et særtræk, der opfattes som miskrediterende og beskrives som noget, der foregår i samspillet mellem mennesker (Jacobsen, Regioner & Sundhedsinstitut 2010, Goffman 2009). I Erving Goffmans udlægning af begrebet fremhæves det, hvordan stigmatisering enten kan opstå på baggrund af fysisk synlige skavanker, arvelige forhold som race og religion eller på baggrund af 'karaktermæssige skavanker' (Goffman 2009). At det netop er frygten for at blive opfattet som karaktersvag, der afholder nogle fra at italesætte deres mistrivsel, fremhæves i en dansk interviewundersøgelse omkring stigmatisering som følge af psykiske lidelser (Jacobsen, Regioner & Sundhedsinstitut 2010). En interviewperson beskriver,

hvordan han undgår at fortælle, at han har angst og depression: *“fordi det er tegn på svaghed. ‘Nå, var der noget, du ikke kunne klare?’”* (Jacobsen, Regioner & Sundhedsinstitut 2010, s. 18).

Samtidig viser andre studier, at personer med symptomer på depression ofte føler, at de har en pligt til at få det bedre, så de kan yde igen og være nyttige samfundsborgere. Dette er særligt udtalt for personer med deres første depressive periode, der ofte forsøger at skjule, hvordan de reelt har det og beskriver, hvordan de ‘tager en maske på’ overfor omverdenen (Malpass et al. 2009).

Endvidere viser en spørgeskemaundersøgelse fra 2012, at hhv. 58% og 29% er enige eller meget enige i, at det er mere acceptabelt at have en fysisk sygdom end en psykisk i det danske samfund (Sundhedsstyrelsen 2012). I forlængelse heraf, svarer hovedvægten, at personer med psykisk sygdom er mere ustabile, mere sårbare og mindre socialt velfungerende end andre mennesker (Sundhedsstyrelsen 2012). Lignende resultater findes i førnævnte undersøgelse, hvor omkring halvdelen mener, at mennesker med en psykiske lidelse ofte er farligere end andre, og én ud af fire mener, at de ofte er mindre troværdige end andre (Jacobsen, Regioner & Sundhedsinstitut 2010).

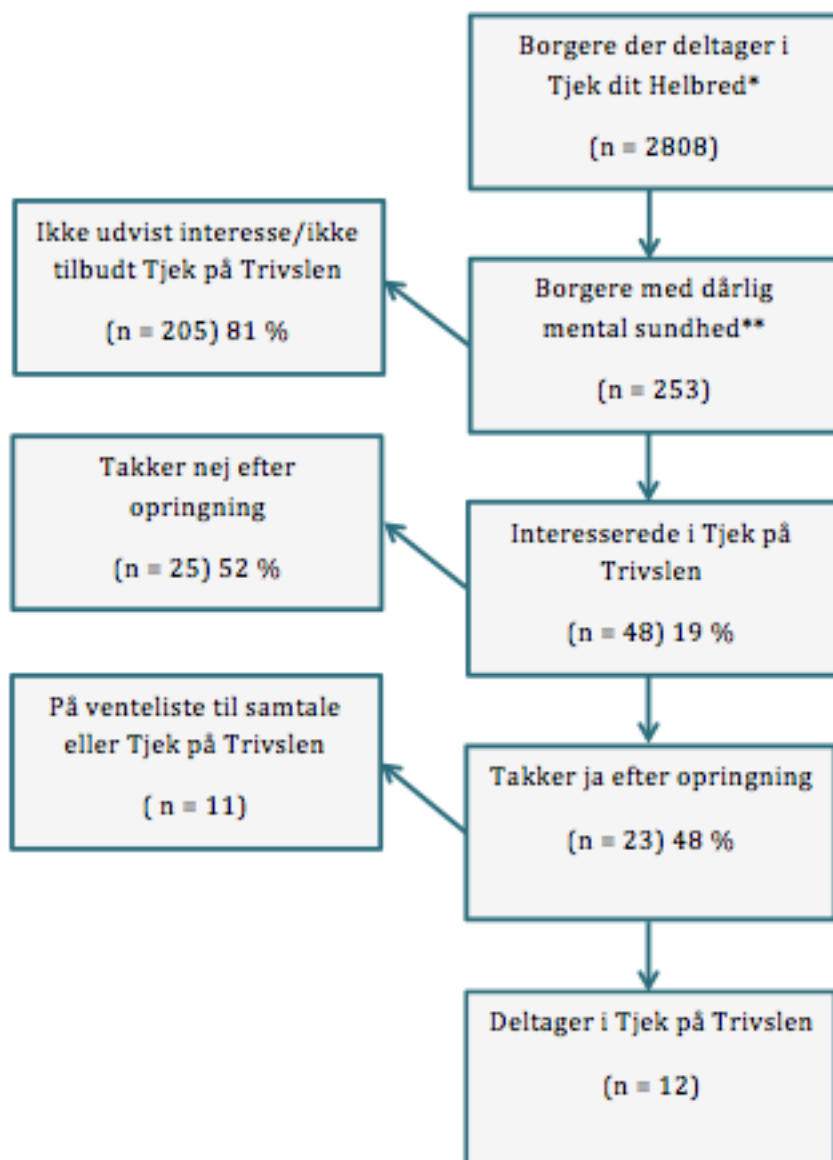
Der ses således at være op til flere uønskede karaktertræk associeret med det at have en psykisk lidelse. På den baggrund kan det formodes, at nogle borgere ikke ønsker at afsløre sig selv som havende lav mental sundhed, når de møder op til et helbredstjek, som det, der tilbydes i Randers Kommune og som er første skridt mod deltagelse på et opfølgende tilbud. Dette er en væsentlig faktor, hvormed der kan argumenteres for, at det kan være vanskeligt for sundhedsprofessionelle at identificere personer med lav mental sundhed og på den baggrund tilbyde hjælp. Netop den mentale sundheds diffusitet og det tabubelagte omkring mistrivsel, kan gøre det vanskeligt for testere under helbredsundersøgelsen, at berøre emnet og vurdere, hvorvidt det ville være et gavnligt tilbud for borgeren (Randers Kommune 2014a).

Med afsæt i den kompleksitet, der kendetegner rekruttering af deltagere, knyttes problematikken på den konkrete case af Tjek på Trivlsen, hvor næstfølgende afsnit har til formål at kaste lys over, hvor i rekrutteringsprocessen, der sker det største frafald for således at identificere, hvor problembearbejdningens primære fokus skal være.

2.8 Fordelingen af frafald i rekrutteringsprocessen

På baggrund af data indhentet fra Randers Kommune er nedenstående flowchart udarbejdet mhp. at identificere, hvor i processen frafaldet sker (se figur 3).

Figur 3: Frafald i rekrutteringsprocessen til Tjek på Trivslen



Figurtekst: Flowchart, der illustrerer hvor i rekrutteringsprocessen til Tjek på Trivslen, borgeren falder fra. *Udgør årsgennemsnittet med en deltagelsesprocent på 54% (Aarhus Universitet, Tjek dit Helbred 2014, Lundager 2015). **Randers Kommunes egne opgørelser angiver at 9% af de, der deltager i Tjek dit Helbred klassificeres som havende dårlig mental sundhed (Aarhus Universitet, Tjek dit Helbred 2014).

I flowchartet ses det således, at langt det største frafald sker under helbredstjekket samt umiddelbart efter. På baggrund af ovenstående beregninger anslås det dermed, at over halvdelen af de borgere, der efterfølgende ringes op, ender med at takke nej. Yderligere er det væsentligt at fremhæve hvordan 81% af de borgere, der under helbredstjekket identificeres som havende dårlig mental sundhed, aldrig skrives op som værende interesserede i deltagelse på Tjek på Trivslen.

Det har på baggrund af de udleverede data, ikke været muligt at identificere, hvor stor en andel af de 81%, der selv har takket nej, og hvor stor en andel, der måske aldrig har fået tilbuddet af testeren. På samme vis har det heller ikke været muligt at anspore, hvor mange, der har takket nej på baggrund af, at de modtager anden behandling, eller hvor stor en andel, der har fravalgt Tjek på Trivslen på bekostning af deltagelse på et af de andre kommunale opfølgningstilbud.

Endvidere er det væsentligt at fremhæve, at 46% af de Randrusianere, der tilbydes deltagelse i helbredstjekket enten takker nej eller helt fravælger at respondere (Lundager 2015). Der sker således allerede her en stor selektion ift. mulige deltagere på Tjek på Trivslen, og det kan diskuteres, hvorvidt de borgere, der ikke deltager i helbredstjekket potentielt er præget af endnu større sårbarhed og mangel på ressourcer, end de, der indvilliger i at deltage. Men med afsæt i, at alle sider af en case ikke lader sig belyse og bestræbelserne på at opnå en dybdegående analyse, er fokus i nærværende speciale indsnævret til udelukkende at omhandle de borgere, der er mødt op til helbredstjekket.

Der hersker altså stor usikkerhed om angivelsen af procentsatserne, hvorfor disse i høj grad må betragtes som estimater. Men ikke desto mindre, tyder det på at størstedelen af frafaldet/fravalget sker i starten af processen. Der ses således en tendens til, at de borgere, der har været ved egen læge samt til afklarende samtale, er motiverede for at deltage og kun meget få falder fra inden holdopstart. Det er kommunens erfaring, at årsagerne til fravalget her primært enten beror på praktiske forhold som arbejdstider, der ikke harmonerer med tidspunktet for hold-sessionerne eller manglende mulighed for pasning af børn (Jacobsen 2015).

På baggrund af ovenstående skærpes fokus i nærværende speciale caseundersøgelse af rekruttering til Tjek på Trivslen, yderligere mod helbredstjekket og det frafald/fravalg, der sker her og umiddelbart efter.

Kapitel 3

Afgrænsning og
problemformulering

3 Afgrænsning

Der tages i specialet afsæt i den eksisterende kommunale forebyggelsesindsats, Tjek på Trivslen, ved Randers Kommune, der er målrettet borgere, som ved en helbredsundersøgelse er vurderet som havende lav mental sundhed. En af de helt store problematikker ifm. indsatsens opstart har været, at få rekrutteret borgere til at deltage i forløbet.

Da der tages afsæt i Tjek på Trivslen, som bygger på en sekundær forebyggelsesstrategi med tidlig opsporing, vil der i specialet være fokus på den brede gruppe af borgere med lav mental sundhed, frem for en specifik diagnosegruppe. Tilbuddet er målrettet begge køn i alderen 30-49-år, hvilket således også vil danne målgruppen for nærværende speciale. Det findes i særdeleshed relevant at rette fokus mod denne gruppe, idet størstedelen af de øvrige kommunale tilbud, der sigter mod fremme af mental sundhed og trivsel er målrettet børn, unge og ældre (Bolt, Iversen 2009). Der eksisterer således et videnshul ift. indsatser, der er målrettet voksne i den erhvervsaktive alder med lav mental sundhed.

Med afsæt i Randers Kommunes udfordringer ift. at få borgere med lav mental sundhed til at takke ja til Tjek på Trivslen søges det i nærværende speciale, at undersøge rekrutteringen under helbredstjekket, da det største frafald/fravalg identificeres her. Herunder rettes et kritisk konstruktivt lys på rekrutteringen ved at fokusere på interaktionen mellem borgere og testere, samt en analyse af de konsekvenser rammen har for interaktionen. Dette mhp. at fremsætte konkrete forandringsforslag til at øge deltagelsen. Med afsæt i en dybdegående analyse af den specifikke case, søges endvidere, via analytisk generalisering, at fremfinde mere generelle aspekter, således at forandringstiltagene også vil kunne være anvendelige i lignende settings (Antoft, Salomonsen 2012).

3.1 Problemformulering:

Hvilken betydning har interaktionen mellem borgere og sundhedsprofessionelle under helbredstjekket for rekrutteringen til Tjek på Trivslen?

Hvorledes kan helbredstjek forandres så flere borgere, der identificeres derigennem som havende lav mental sundhed, deltager i individorienterede forebyggelsesindsatser målrettet fremme af mental sundhed?

Første del af problemformuleringen søges besvaret gennem analyse af den indsamlede empiri, hvorfra anbefalinger til forandringstiltag fremsættes og således besvarer sidste del af problemformuleringen.

3.1.1 Begrebsafklaring

Rekrutteringen: Processen, der omfatter at få borgere fra målgruppen til at deltage i Tjek på Trivslen.

Helbredstjekket: Konstellationen af fysiske og psykiske målinger, hvor formålet er tidlig opsporing af sygdomme eller risikofaktorer for sygdomme mhp. at reducere sygelighed og dødelighed.

Identificeres: Omfatter at opdage eller påvise risikofaktorer, for derved at afstedkomme forebyggelse.

Individorienterede forebyggelsesindsatser: Indsatser, der er målrettet ændringer i individers sundhedsadfærd og livsstil. Dette i modsætning til en strukturel indsats og befolkningsorienteret indsats målrettet ændring af levekår (Diderichsen, Andersen & Manuel 2011).

Kapitel 4

Specialets
referenceramme

4 Specialets referenceramme

Formålet med dette afsnit er at ekspliciterer grundlæggende videnskabsteoretiske antagelser og rationaler bag valg af metoder for således at tilskynde transparens og metodologisk kongruens. I det følgende præsenteres indledningsvist de epistemologiske antagelser og videnskabsteoretiske perspektiver, der konstituerer fundamentet, hvorfra problemfeltet udforskes. Efterfølgende gives en redegørelse for valg af design samt de metoder, der anvendes til indsamling af empiri.

4.1 Videnskabsteoretisk tilgang

Dette speciale tager afsæt i folkesundhedsvidenskaben, som et flerdisciplinært domæne med integrerede sundheds-, natur-, samfunds- og humanvidenskabelige teorier og metoder (Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet 2013). Dette afsæt vil grundlæggende afspejles i udforskningen af det skildrede problemfelt i relation til positionering samt valg af metoder.

Nærværende speciale positionerer sig inden for socialkonstruktivismen, hvis epistemologiske udgangspunkt beror på, at viden om verden er socialt konstrueret, hvorfor det sociale er grundlæggende for erkendelsen af viden (Esmark, Laustsen & Andersen 2005). Dette udgangspunkt sætter fokus på, at virkeligheden aldrig kan opfattes som den "virkelige virkelighed", men blot studeres som fortolkninger af virkeligheden (Rasborg 2013). Erkendelsesinteressen findes således i, hvordan det sociale skabes, formes og reproduceres (Esmark, Laustsen & Andersen 2005). I tråd hermed anses aktører som reflektive subjekter, hvor de omgivende forhold definerer både muliggørende og begrænsende strukturer i den sociale virkelighed (Esmark, Laustsen & Andersen 2005).

Med afsæt heri indeholder socialkonstruktivismen således et centralt forandringsperspektiv set i lyset af, at et samfundsmæssigt fænomen er historisk og socialt konstrueret (Rasborg 2013). Subjektive meninger er således ikke blot individuelt tilegnede, men dannes gennem interaktionen med andre (Creswell 2007). Således er det med denne positionering formålet, at fortolke samt skabe mening af betydningerne andre tillægger verden.

I konstellationen af antagelser om mening som socialt og historisk betinget, anerkendes det vilkår, at forskerens baggrund samt forforståelse påvirker og former fortolkninger (Creswell 2007).

Med den socialkonstruktivistiske positionering, er det således muligt at udforske rekrutteringsproceduren omkring Tjek på Trivslen som et socialt fænomen, der er et produkt af en

menneskelig praksis. Med mødet mellem borger og tester i centrum rettes fokus mod interaktionen. Den sociale praksis fremstår således som det centrale omdrejningspunkt for sociale processer (Rasborg 2013). Som følge af denne fokusering arbejdes der endvidere ud fra et interaktionistisk teoretisk perspektiv.

4.2 Teoretisk perspektiv

Det teoretiske perspektiv forstås overordnet som en tilgang, der anvendes til at forstå og forklare den sociale verden med (Crotty 1998). I tråd hermed vil det teoretiske perspektiv til en hvis grad sætte præmisser for antagelser, der endvidere præger valg af design og metode (Crotty 1998). Med rod i socialkonstruktivismens grundtanker anvendes symbolsk interaktionisme som teoretisk perspektiv, der anses som velegnet til at udforske interaktionen i den sociale praksis omkring rekruttering til Tjek på Trivslen. En nærmere beskrivelse af den symbolske interaktionisme præsenteres i det følgende.

4.2.1 Symbolsk interaktionisme

Når nærværende speciale tager afsæt i en teoretisk tilgang inden for den symbolske interaktionisme, er fokus for undersøgelsen interaktionen mellem de involverede parter. Herunder fokuseres der mod den symbolske betydning af handlinger og begivenheder, der knytter sig til samspillet (Thagaard 2004). Herbert Blumer, der indtager en central position i udviklingen af symbolsk interaktionisme, beskriver her den teoretiske tilgang:

"(...) symbolic interactionism sees meaning as social products, as creations that are formed in and through the defining activities of people as they interact."

(Blumer 1969, s. 5)

I denne tilgang forstås handlinger som symbolske ud fra anskuelsen af, at en handling både har en meningsladet inderside samt en adfærdsmæssig yderside (Thagaard 2004). Det ontologiske udgangspunkt beror på, at virkeligheden skabes i samspillet og interaktionen mellem mennesker og gennem vores måde at interagere samt italesætte virkeligheden på (Holm 2011). I forlængelse heraf, fremstår netop kommunikationen, i form af samhandling, som det centrale omdrejningspunkt i den symbolske interaktionisme, hvor mennesker konstant foretager fortolkninger af de situationer, de befinder sig i (Petersen 2012).

I tråd hermed fremhæves, at det sociale liv kan forstås som fortolkninger og forhandlinger af mening mellem deltagere, der i samhandling udtrykker og indikerer, hvad de mener for sig selv og hinanden (Kristiansen, Mortensen 2005). Dette foregår som en dynamisk proces, hvor mennesker i samhandling skaber deres identitet i interaktionen med andre (Thagaard 2004).

Centralt for denne samhandling er, at mennesket kan sætte sig i den andens sted (Kristiansen, Mortensen 2005). I tråd med denne anskuelse understreger Blumer, at mening fremkommer af en fortolkningsproces som en formativ udvikling, hvor mening anvendes og revideres ift. den situation interaktionen foregår i (Blumer 1969). Fortolkning af en handling og definition af situationen forekommer således central for den symbolske interaktionisme, hvor der ved udførelsen af en handling følger en respons, ud fra den mening handlingen har for modtageren (Blumer 1969). Om responsen falder i tråd med afsenderens intentioner afhænger af, om handlingen har samme mening for afsenderen som for modtageren, hvis dette er tilfældet forstår parterne hinanden, og der er tale om effektiv kommunikation (Blumer 1969). Meningstilskrivelse anses således ikke blot som en automatisk påførelse af allerede eksisterende mening¹¹, men som en symbolsk forhandling (Blumer 1969).

En væsentlig pointe i denne sammenhæng er desuden, at både aktører og undersøger bestræber sig på at præsentere sig selv på en bestemt måde (Järvinen 2005). Den mening, der dannes ifm. undersøgelsen er således et produkt af den samhandling, der foregår samt de omgivende rammer for undersøgelsen (Järvinen 2005). I tråd hermed er casen, og den empiri, der genereres her, at betragte som socialt konstrueret via samhandling og forhandling mellem casens aktører og os som undersøgere (Antoft, Salomonsen 2012). Herved er der i nærværende speciale nærmere tale om en fælles dannelse af empiri, mere end en empiriindsamling i ordets snævraste betydning.

¹¹ En symbolsk interaktionistisk tilgang læner sig op af 2. grads hermeneutik i den forstand, at der tolkes på deltagernes allerede eksisterende fortolkninger af situationen, som de oplever den (Thagaard 2004). Fremstillingen af situationen foregår ikke blot på et beskrivende niveau, men tolker situationen med afsæt i deltagernes egen forståelse (Thagaard 2004).

Kapitel 5

Casestudiedesign

5 Casestudiedesign

Problemfeltet søges udforsket i et kvalitativt casestudiedesign. Casestudiets kvaliteter som undersøgelsesramme udgøres af den dybdegående tilgang til udforskningen af et fænomen eller en problemstilling i en case med afgrænsede rammer (Creswell 2007). Med afsæt i det kvalitative casestudie rettes således:

”en udstrakt opmærksomhed mod og sensitivitet over for observationer af det sociale livs udfoldelse i en given case, forandringen af karakteren af denne case samt selve caseanalysen, som indgår i en undersøgelse af det sociale livs udfoldelse i en given kontekst.”

(Antoft, Salomonsen 2012, s. 29)

Casestudiet som design bidrager til at opnå dybdegående viden om problemstillingen i dets naturlige setting og derigennem identificere aspekter, der kan generaliseres ud over konteksten (Antoft, Salomonsen 2012, Creswell 2007, Flyvbjerg 2006).

5.1 Det centrale subjekt

I et kvalitativt casestudie er det i sagens natur, ikke muligt at afdække og studere alle sider af en case. Samtidig er en case, med afsæt i den sociale verdens kompleksitet, ikke noget, der opdages eller helt entydigt og objektivt lader sig definere (Hastrup 2010). Det er således essentielt indledningsvist at eksplicite den afgrænsning af casen, der foretages med afsæt i, hvad der er relevant at studere for at finde svar på problemstillingen (Antoft, Salomonsen 2012). Formålet med problemanalysen har i forlængelse heraf netop været at definere et fokus, eller det, der kan betegnes som *det centrale subjekt*. Samtidig er det kendetegnende ved det kvalitative casestudie, at der kan opstå ændringer af det centrale subjekt i takt med, at undersøgelsesprocessen skrider frem (Antoft, Salomonsen 2012).

I nærværende speciale er der tale om et casestudium, hvor det centrale subjekt indledningsvist defineres som; rekrutteringen til Tjek på Trivslen i helbredstjekket. Endvidere kan casen betegnes som havende *kritisk* karakter, idet der tages afsæt i en konkret problemstilling ift. rekrutteringen, som ikke umiddelbart har fundet sin løsning (Flyvbjerg 2006). Med afsæt i nærværende speciales forandringsperspektiv, bestræbes det således, via en dybdegående analyse af den udvalgte kritiske case, at tydeliggøre årsagerne bag rekrutteringsproblematikken, således at disse lader sig forandre (Flyvbjerg 2006).

Med formålet at forstå, forklare og forandre denne case defineres designet endvidere som et teorifortolkende casestudie.

5.2 Teorifortolkende casestudie

Med det teorifortolkende casestudiedesign som ramme er formålet at skabe ny empirisk viden faciliteret af allerede foreliggende teorier (Antoft, Salomonsen 2012).

Anvendelsen af teori i nærværende speciale, tager afsæt i en abduktiv metodisk tilgang som i høj grad er præget af fleksibilitet og vekselvirkning mellem teori og empiri. Den abduktive tilgang anlægger et eksplorerende tilsnit til empirien, der befordre en flydende proces i undersøgelsen med plads til fortolkning (Thagaard 2004). Abduktion forstås som at arbejdsmetoden er en vekselvirkning mellem induktion og deduktion. Processen er eksplorerende i den forstand, at der ikke opstilles hypoteser til efterprøvning, men adskiller sig fra den rene induktive tilgang, idet at analysen er stærkt forankret i feltet mellem empiri og teori (Thagaard 2004). Ideer og fornemmelser om fænomenet der udforskes, opstår eksplorativt fra data, hvorefter allerede etableret teori inddrages til at analysere og forstå disse med. Således bevirker den abduktive tilgang, at en plausibel, men ikke logisk tvingende forklaring af casen søges og begrundes i flere forskellige observationer (Olsen 2004).

I dette speciale har teoriens rolle og funktion varieret i hvert stadie af forskningsprocessen. Casen blev indledningsvist defineret fra et induktivt udgangspunkt på baggrund af en åben iagttagende deltagelse i helbredstjek på Randers Sundhedscenter. Med afsæt i den afgrænsning af casen og de tilhørende problemstillinger, der lod sig definere efter denne deltagelse, er symbolsk interaktionisme inddraget som følge af dette perspektivs velegnethed til udforskningen af interaktionen mellem borger og tester. Mens det teoretiske perspektiv videre informerer valg af metoder, samt skærper opmærksomheden mod særlige vinkler af casen, har teorien den stærkeste funktion i selve fortolkningen af casen. Her foretages fortolkningen med afsæt i allerede eksisterende teorier, der kan bidrage til at identificere mønstre, der samlet fremkommer af det empiriske materiale (Antoft, Salomonsen 2012).

Væsentligt for den abduktive tilgang er således, at det anerkendes, at forskerens teoretiske standpunkt øver indflydelse på, hvordan data inspiceres og fortolkes (Thagaard 2004). I relation til undersøgerens disciplinære antagelser og teoretiske perspektiver antages det, at forskeren allerede inden empirien inspiceres besidder, hvad der betegnes som, sensitiverende begreber, der guider

forskerens fokus og opmærksomhed mod særlige fænomener (Charmaz 2001). Samtidig støtter disse sensitiverende begreber udforskningen af, hvad der er på spil i casen til udledelsen af plausible forklaringer, forankret i empirien (Bowen 2006). I det følgende redegøres nærmere for sensitiverende begreber fæstnet i Blumers teoretiske tilgang samt anvendelsen heraf.

5.2.1 Sensitiverende begreber

Sensitiverende begreber kan forstås som konceptuelle rammer, hvis individuelle indhold rummer særegne karakteristika, der guider retning for udforskningen. Sensitiverende begreber adskiller sig fra definerende begreber, netop i kraft af denne vejledende rolle i modsætning til at omfatte en eksakt indholdsbeskrivelse (Bowen 2006). Blumer forklarer sensitiverende begreber som:

“They refer to something whose existence we presume, but whose character we do not fully understand. They originate as conceptions occasioned by a series of perceptual experiences of a puzzling character which need to be bridged by a wider perspective.”

(Blumer 1969, s. 156)

Et sensitiverende begreb tjener således som et overbegreb til flere sansninger, der relateres til hinanden, men som endnu ikke kan stadfæstes eller til fulde forstås (Bowen 2006). Kvalitative studier starter således ofte med sensitiverende begreber, der skærper forskerens opmærksomhed mod særlige områder og som kan fungere som fortolkningsredskab (Charmaz 2001, Bowen 2006). Når der anlægges et symbolsk interaktionistisk perspektiv, vil der allerede figurere særlige sensitiverende begreber, rettet mod analysen af samhandlingen mellem de interagerende parter. De sensitiverende begreber, danner således afsættet for dannelsen af senere temaer og koder i analysen (Charmaz 2001). I nærværende speciale tages afsæt i Goffmans tænkning om samhandlingsordenen som et overordnet sensitiverende begreb (udfoldes i afsnit 7.2).

5.2.2 Analytisk generalisering

Anvendelsen af teori i casestudiet har yderligere den force, at kunne bidrage til en analytisk generalisering af problemstillingen, så der bredes ud over casens specifikke kontekst (Antoft, Salomonsen 2012). Også når der, som i nærværende speciale, er tale om analyse af en enkeltstående case frem for sammenstilling af forskelle og ligheder mellem flere cases (Antoft, Salomonsen 2012, Flyvbjerg 2006). Generaliseringen sker således gennem analytiske overvejelser om casens karakter, med afsæt i den teoretiske ramme (Antoft, Salomonsen 2012). Der dannes på

den måde *“slutninger ved at sammenkæde enkelte tilfælde med teoretiske forestillinger”* (Maaløe 1996, s. 292)

Det er hensigten, via en dybdegående teoretisk analyse af casens problemstilling, også at kunne fremsætte en mere generel besvarelse, der rækker udover den specifikke kontekst. I generaliseringen fokuseres endvidere på, hvorvidt sammenhænge og dimensioner fra casen kan genfindes i andre settings, hvorved analysens resultater også kan gøre sig gældende der (Antoft, Salomonsen 2012). Ved inddragelsen af viden fra andre studier, der berører områder som ligger op ad nærværende speciales problemstilling, bliver det ligeledes muligt at diskutere, hvorvidt casestudiets resultater har unik eller mere generel karakter.

Kapitel 6

Metoder

6 Metode

Når der tages afsæt i det kvalitative casestudiedesign, anvendes ofte multiple værktøjer til dannelse af empiri mhp. at opnå en dybdegående og nuanceret besvarelse af problemstillingen (Antoft, Salomonsen 2012, Creswell 2007, Yin 1981). De værktøjer, der i nærværende speciale anvendes til besvarelse af specialets problemstilling, er metoder, der hører ind under den kvalitative tilgang. Med positioneringen inden for den symbolske interaktionisme, er fokus skærpet mod interaktionen mellem borgere og tester under helbredstjekket, samt en analyse af, hvilken betydning denne interaktion har for borgerens handlinger og valg. Dette ud fra en betragtning om, at den enkeltes handlinger ikke alene skabes ud fra personlige bevæggrunde, men i lige så høj grad skabes og forandres i interaktionen med de omgivende strukturer (Mik-Meyer, Järvinen 2005). På den baggrund udgør observation af interaktion den centrale metode til empirigenerering i nærværende casestudie. Yderligere suppleres med individuelle interviews af borgere, der har fravalgt at deltage i Tjek på Trivslen, samt uformelle feltsamtaler med Sundhedscentrets testere. Casenære dokumenter, herunder det materiale borgerne modtager ifm. helbredstjekket, inddrages tillige i caseanalysen.

6.1 Datamatrice

Som led i metodevalget er der, med afsæt i specialets problemformulering, udarbejdet fokuserede forskningsspørgsmål, der har til hensigt at bidrage til en konkretisering af, hvad, der søges belyst i empirien. Med afsæt heri er en datamatrice udarbejdet for således at bidrage til en eksplicitering af, hvordan de respektive datakilder tjener at besvare forskellige dele af problemformuleringen (Ramian 2008). Se nedenstående tabel 2.

Tabel 2: Datamatrice

Datamatrice				
Metoder	Forskningsspørgsmål			
	Hvorfor takker borgere, der er identificeret som havende lav mental sundhed, nej til deltagelse på individ-orienterede forebyggelsesindsatser som Tjek på Trivslen?	Hvilke årsager kan der være til at sundhedsprofessionelle under helbredstjekket vælger eller fravælger at tilbyde borgere deltagelse på Tjek på Trivslen?	Hvordan har interaktionen med sundhedsprofessionelle under helbredstjekket, påvirket borgerens valg om deltagelse eller ikke-deltagelse?	Hvordan forandres rekrutteringsprocessen til individorienterede forebyggelsesindsatser som Tjek på Trivslen så flere borgere, der er identificeret som havende lav mental sundhed, vælger at deltage?
Åbne feltobservationer under helbredstjek (7)	X	X	X	X
Systematisk litteratursøgning mhp. identificering af barrierer for deltagelse	X			X
Individuelle Interviews med ikke-deltagere (4)	X		X	X
Fokuserede feltobservationer under helbredstjek (10)	X	X	X	X
Uformelle feltsamtaler med sundhedsprofessionelle ifm. observationerne (3 testere)		X	X	X
Systematisk litteratursøgning om risikokommunikation i forebyggende arbejde		X		X

Tabeltekst: Matricen angiver, hvordan hver datakilde tjener til at besvare de fokuserede forskningsspørgsmål. Metoder og datakilder er angivet i venstre kolonne. De fokuserede forskningsspørgsmål er udarbejdet på baggrund af problemformuleringen.

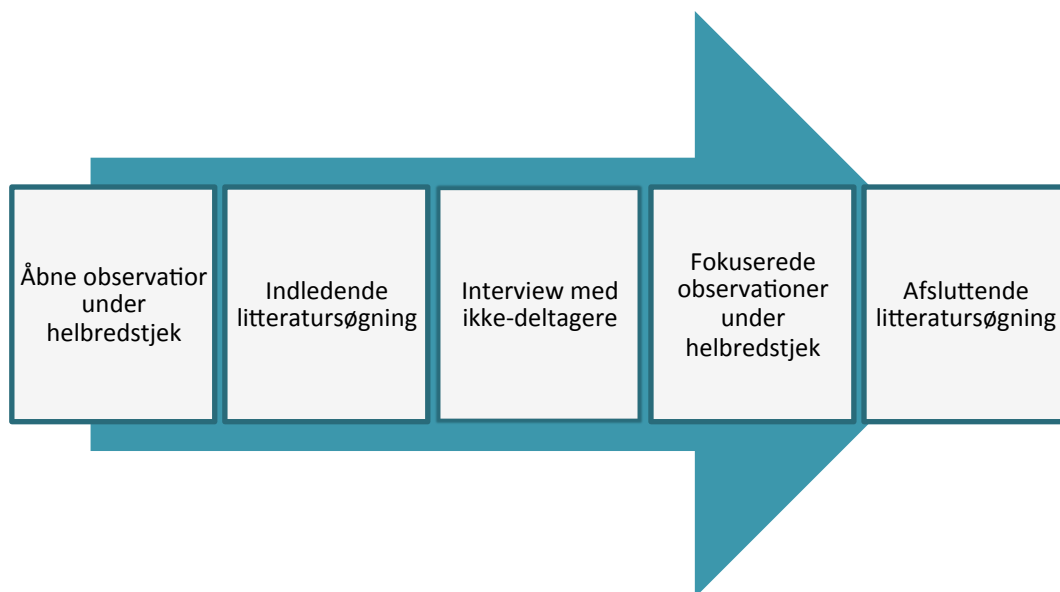
6.2 Kvalificering og kontekstualisering af empiridannelse

Med henblik på at kvalificere og skærpe fokus i undersøgelsen, blev der indledningsvist og løbende i processen, tilstræbt at tilbringe tid på Sundhedscentret. Ved at deltage i diverse møder, arbejde på kontoret med de ansatte, samt 'hænge ud' i frokostpausen mm. blev der åbnet op for en meget åben dialog mellem de ansatte og os om agendaen for undersøgelsen. Der blev løbende udvekslet erfaringer fra begge sider, hvilket overordnet bidrog til større klarhed omkring problemstillingens facetter. Denne tilgang kan placeres indenfor feltarbejdsmetoden *Deep hanging out*, hvor man ved at være i felten får mulighed for at fornemme og føle, hvad der er på spil, mere end hvis man blot mødes i mere formelle sammenhænge (Staunæs, Søndergaard 2005).

Med afsæt i ovenstående tages der i casestudiets empiridannelse, således udgangspunkt i en feltmetodisk tilgang, hvorved observationsmetoden spiller en helt central rolle. Fokus rettes herved mod *"..hvordan selvfølgheder opstår, vedligeholdes eller ændres inden for rammerne af konkrete sociale fællesskaber"* (Hastrup 2010, s. 55) .

En kronologisk oversigt over nærværende speciales empiridannelse illustreres i nedenstående figur 4.

Figur 4: Kronologisk oversigt over empiridannelsen



Figurtekst: Kronologisk visualisering af specialets empirigenererings proces. Der er i figuren ikke angivet en boks for 'deep hanging out', der nærmere er at betragte som en metodisk tilgang, der konstituerer den samlede empiridannelse.

I det følgende uddybes de metodologiske overvejelser ift. de anvendte metoder i specialet.

6.3 Observation

Observationer af helbredstjek har haft til hensigt at bidrage til belysningen af den meningskonstruktion, der udspiller sig under det afgrænsede møde mellem borgere og testere ved et helbredstjek. Udover fokus på selve meningskonstruktionen i interaktionen iagttages også, hvordan de kontekstuelle omgivelser påvirker denne proces (Järvinen, Mik-Meyer 2005). I dette perspektiv, foregår interaktionen under et konstant fokus på konteksten og herunder, hvilke handlinger, der findes acceptable i denne sammenhæng (Järvinen, Mik-Meyer 2005, Goffman 1974). I forlængelse heraf, fremtræder betydningen af de sociale, kulturelle og materielle forhold for samhandlingen mere centrale end aktørernes personlige forhold (Järvinen, Mik-Meyer 2005). Således er det essentielle for observationer i et interaktionistisk perspektiv, det selv, der skabes i samhandlingen som en effekt af sociale handlinger og forhold (Järvinen, Mik-Meyer 2005).

6.3.1 Fra åben til fokuseret tilgang

Der er i nærværende speciale udført observationer af helbredstjek i to uafhængige perioder (se figur 4). Indledningsvist blev der foretaget åbne, eksplorative observationer under helbredstjek, mhp. at danne et førstehåndsindtryk af, hvordan helbredstjekket forløber, og herunder *hvad der er på spil* i interaktionen mellem borger og tester (Jonasson, 2012).

Senere i processen blev de mere fokuserede observationer af helbredstjekket foretaget. I modsætning til de helt åbne observationer var fokus her rettet mod, hvilken betydning samhandlingen mellem borger og tester potentielt har for valget om deltagelse på Tjek på Trivslen. For at bevare en åbenhed, hvor man kan lade sig overraske og lade nye teoretiske begreber komme i spil, er der ikke anvendt observationskema eller -guide under observationerne (Mik-Meyer, Järvinen 2005).

6.3.2 Uformelle feltsamtaler

Til formålet at belyse mødet mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren nærmere, blev der ifm. observationerne udført uformelle samtaler med Sundhedscentrets testere. Dette for også at indfange testernes perspektiv på interaktionen og fortolkning af, hvad der er på spil i samhandlingen under helbredstjekket. Yderligere havde de uformelle samtaler til hensigt at bidrage til en eksplicitering af testernes refleksioner og overvejelser ift. at tilbyde borgeren en mulig plads på Tjek på Trivslen. De uformelle samtaler med testerne blev valgt, frem for mere

formelle interviews, med afsæt i et ønske om at få indsigt i de overvejelser, der knyttede sig til de konkrete helbredstjek, der blev observeret (Fangen 2004).

De uformelle samtaler fandt rent praktisk sted, i umiddelbar forlængelse af det observerede helbredstjek, hvor det med afklarende spørgsmål søgtes at få indblik i testernes inderside af deres handlinger, samt deres refleksioner over samhandlingen med borgeren.

6.3.3 Praktiske rammer

Observationerne blev foretaget på Randers Sundhedscenter, hvor alle helbredstjek udføres. Sammenlagt er der observeret 17 helbredstjek af 30-50 minutters varighed. De observerede helbredstjek blev udført i dagtimerne mellem kl 8.30-17 på tre forskellige dage i tre forskellige uger. Endvidere er de fokuserede observationer udført i både lige og ulige uger, da der udføres konditest i lige uger, men ikke i ulige (Lundager 2015).

De observerede helbredstjek blev udført af fire forskellige testere, alle med forskellig anciennitet og faglig baggrund hhv. inden for sygepleje, ernæring og sundhed samt idræt. De borgere, der deltog i helbredstjekkene var af begge køn i alderen 35-49. Udvælgelsen af deltagere i observationerne har været pragmatisk (Creswell 2007). Forstået således, at der i samarbejde med Randers Kommune er udvalgt, hvilke dage, der fandtes mest hensigtsmæssige for observation ift. teamets øvrige aktiviteter, og på den baggrund er deltagerne i observationen blevet udvalgt.

Under hvert helbredstjek var kun en observatør til stede, mhp. ikke at virke alt for forstyrrende for den observerede samhandling. På kontinuumet fra udelukkende observatør til udelukkende deltager, har positionen for observationerne i nærværende casestudie, været længst mod den rene observatør (Jonasson, 2012). Dog med bevidstheden om, at man som observant i høj grad bidrager til den sociale verden, der observeres, også selvom tilgangen i observationen nærmede sig 'fluen på væggen' (Järvinen, Mik-Meyer 2005). Det er således klart, at det, der observeres uundgåeligt vil være anderledes, hvis det observeres af en anden. Med henblik på at nuancere og kvalificere analysen, blev observationerne således delt imellem os. Vi medvirkede skiftevis, hvilket gav mulighed for, efter endt observation, at have en længerevarende pause til at nedskrive feltnoter og refleksioner.

6.3.3.1 Feltnoter

Feltnoterne er nedskrevet som beskrivende, analytiske og metodiske feltnoter (Tjørnhøj-Thomsen, Whyte 2008). De beskrivende feltnoter er udarbejdet med overordnet fokus på samhandlingens *hvad, hvor og hvordan* og rummer selve substansen i observationerne. En *thick description* tilgang er tilstræbt i nedskrivningen af de beskrivende feltnoter mhp. at situere handlinger, reaktioner og kommentarer hertil - fortrinsvist med aktørernes egne ord (Tjørnhøj-Thomsen, Whyte 2008). De analytiske feltnoter har ikke et decideret fokus, men har til formål at indeholde refleksioner og undren, der opstår omkring interaktionerne, der ligeledes kan anvendes senere, når temaer udvikles i analysefasen (Creswell 2007, Tjørnhøj-Thomsen, Whyte 2008). I de metodiske noter er refleksioner omkring metodisk tilgang og ageren i feltet nedskrevet mhp. at tilrette og justere den metodiske fremgangsmåde i datagenereringen (Tjørnhøj-Thomsen, Whyte 2008).

Med afsæt i den videnskabsteoretiske positionering indenfor socialkonstruktivismen, ses det som en uundgåelig præmis at deskriptive og analytiske noter ikke lader sig entydigt adskille. Således er feltnoterne bl.a. nedfældet med inddragelse af personlige oplevelser som ubehag, 'trykket stemning' el.lign. (Fangen 2004).

6.3.3.2 Deltagelsessamtykke og anonymisering

Inden observationerne blev foretaget, er testerne blevet skriftligt informeret om undersøgelsens formål, samt mundtligt ifm. det første helbredstjek. Der er indgået en samarbejdsaftale med Randers Kommune, hvori formålet med undersøgelsen ekspliciteres og en skriftlig aftale om fortrolighed og anonymisering er underskrevet (se bilag C).

Borgerne blev informeret mundtligt ifm. deres fremmøde til helbredsundersøgelsen, hvor de i samme forbindelse blev spurgt om, hvorvidt de ønskede at have os med. Det blev prioriteret, at informationen var kort mhp. ikke at tage fokus fra helbredsundersøgelsen.

For både testere og borgere blev det fremhævet, at deltagelse var anonymiseret, og at der var mulighed for at takke nej til at lade os observere.

6.4 Interview

Med afsæt i specialets problemstilling har det overordnede formål med interviewene været at skabe indsigt i aktørernes egne fortolkninger af deres fravalg af deltagelse i Tjek på Trivslen. Dette mhp. at nuancere hvilke elementer, der har betydning for valget.

Interviews i et symbolsk interaktionistisk perspektiv er målrettet den meningskabende, der sker i interaktionen, og hvorigennem den sociale verden konstrueres (Mik-Meyer, Järvinen 2005). På den baggrund betragtes interview i nærværende speciale, i mindre grad som et værktøj til at åbne op for den andens livsverden, men mere som et socialt møde, hvor der konstrueres og fortolkes mening og erfaring (Järvinen 2005). Målet med interviewet er på den baggrund, ikke blot at afdække det sagte, men i lige så høj grad at analysere kontekstens form og funktioner ift. dannelsen af mening (Mik-Meyer, Järvinen 2005).

6.4.1 Interviews af 'ikke-deltagere'

Til at opnå en forståelse af, hvorfor borgere, der tilbydes deltagelse i Tjek på Trivslen under helbredstjekket fravælger at deltage i forløbet, blev dybdegående semistrukturerede enkeltinterviews udført. Interviews giver således mulighed for at opnå indsigt i borgerens fortolkning af oplevelsen af, at blive tilbudt deltagelse til Tjek på Trivslen under helbredstjekket. Fortolkningerne forstås i denne sammenhæng som den meningskonstruktion, der er opstået i en formativ process af de interaktioner, borgeren har deltaget i (Blumer 1969). Borgerens meningsdannelse i de kontekster han eller hun har været situeret i anses således som central for borgerens handlingsretning.

6.4.1.1 Udvalgelse

Borgere, der har fravalgt at deltage i Tjek på Trivslen blev i samråd med Sundhedscentret, kontaktet telefonisk, hvor de fik information om nærværende speciales formål og inviteret til at deltage i et interview. De, der indvilligede i at deltage, fik tilsendt et infobrev pr. e-mail, der igen informerede om formålet med interviewet samt deltagerens rettigheder og sikring af anonymitet (se bilag E). En samtykkeerklæring blev underskrevet af interviewpersonerne inden interviewet gik i gang (se bilag F).

Udvælgelsen af deltagere er udført på baggrund af *kriterium-sampling*, hvilket henviser til, at borgerne er udvalgt på baggrund af det fælles kriterium, at de alle har vist interesse for deltagelse i Tjek på Trivslen, men efterfølgende har takket nej (Creswell 2007). Denne tilgang øger muligheden for, at informanterne besidder rige informationer, der med udgangspunkt i de individuelle oplevelser kan belyse muligheder og udfordringer ved rekrutteringen. Med afsæt i disse oplevelser afsløres muligheder for forbedrende forandringer (Patton 1990).

Udvælgelsen har endvidere været pragmatisk, i den forstand, at interviews er foretaget med alle, der ønskede det (Creswell 2007). Dette på baggrund af, at antallet af mulige interviewpersoner har

været begrænset, grundet den lille skare af ni borgere, der indenfor et halvt år har været til helbredstjek og her er registreret som interesserede i Tjek på Trivslen, og som efterfølgende har valgt ikke at deltage.

Der hersker bevidsthed om, at en sådan samplingsform samtidig kan være problematisk, idet de, der vælger at takke ja til et interview, potentielt kan have andre bevæggrunde, end de, der takker nej (Creswell 2007). Ud af ni kontaktede borgere, takkede fire ja til interviews.

6.4.1.2 Opbygning af interviewguide

En semistruktureret interviewguide (bilag D) blev udarbejdet med afsæt i de fokuserede forskningsspørgsmål, som interviewene havde til formål at udforske (jvf. datamatricen, tabel 2). En systematisk litteratursøgning skabte grundlag for identificeringen af relevante temaer til inddragelse i interviewguiden. Rationalet var hermed, at skabe et vidensgrundlag omkring mulige oplevede barrierer for deltagelse i forebyggende indsatser, der således kunne skærpe og kvalificere interviewspørgsmålene (Charmaz 2001, Brinkmann, Tanggaard 2010) (se tabel 1 for resultater fra søgning 1).

Interviewguiden er indledningsvist opbygget med åbne spørgsmål inspireret af det narrative interview, der tilskynder interviewpersonene, at tale åbent om det, der for ham eller hende er vigtigt (Gubrium, Holstein 1998). Ligeledes fordrer de åbne spørgsmål, at interviewpersonen fortæller og udtrykker sig med ord fra eget vokabularium. Dette reflekterer det symbolske interaktionistiske perspektiv, hvor den åbne tilgang giver mulighed for at få indsigt i deltagernes subjektive meninger og handlinger (Charmaz 2001).

6.4.1.3 Tid og sted

Med afsæt i betragtningen af, at rammerne i høj grad er med til at skabe meningen og fortællingen i interviewet, har det i nærværende speciale været ønskeligt at interviewe borgerne i eget hjem og dermed i omgivelser og rammer, der langt hen ad vejen styres af dem.

Alle interviews blev foretaget i interviewpersonernes private hjem i dagtiden. De varede fra 20-50 min, hvilket i høj grad afspejler betydningen af interviewets narrative form, hvor der gives plads til, at borgeren selv styrer fyldegheden af sine svar og fortællinger.

6.4.1.4 Transskription

Alle interviews er optaget som lydfil og transskriberet umiddelbart efter endt interview af interviewerens selv, mhp. at sikre at væsentlige nuancer i interviewet inddrages. Med hensigten at

skabe kongruens ift. udformningen af udskriften, er Michael Bloors anbefalinger for transskription anvendt (Halkier 2002). I forlængelse heraf, er detaljer omkring interviewets setting, om informantens fremtræden samt omkring egne handlinger og reaktioner i situationen, nedskrevet samtidig med transskriptionen. Dette mhp. også at muliggøre inddragelse af rammernes og samhandlingens betydning for interviewets udfald i analysen (Järvinen 2005).

6.5 Litteratursøgning

Der er i nærværende speciale anvendt en systematisk tilgang i litteratursøgningen, hvilket indebærer, at litteraturen er fremfundet og identificeret via en ekspliciteret søgestrategi, at litteraturen er udvalgt på baggrund af definerede in- og eksklusionskriterier, samt at litteraturen er udvalgt og vurderet med afsæt i evidensstypologien¹² (Rieper, Hansen 2007, Stenbæk, Jensen 2007, Buus et al. 2008). De forskellige elementer af den systematiske litteratursøgning er uddybet i søgeprotokollen, der forefindes i bilag A. Således redegøres der i det følgende kun for de overordnede dele af litteratursøgningen, samt for litteratursøgningens rolle i nærværende speciale.

6.5.1 Baggrundssøgning

En indledende litteratursøgning, med afsæt i *quick-and-dirty* princippet, blev udført med formålet at fremfinde relevant litteratur til konstitueringen af et vidensmæssigt fundament for udforskningen af specialets problemområde. Denne indledende søgning havde dermed til hensigt at skærpe fokus, ved opnåelsen af viden på området, samt kendskab til eksisterende litteratur. Søgningen blev foretaget i forskellige databaser, herunder Pubmed, Scopus, Google.dk, Sundhedsstyrrelsen.dk, Google Scholar samt Bibliotek.dk mhp. at indfange både grå litteratur og videnskabelige artikler. På baggrund af den indledende søgning blev det fokuserede søgespørgsmål til en efterfølgende systematiske litteratursøgning formet og relevante søgetermer blev identificeret.

6.5.2 Problemorienteret systematisk litteratursøgning

Der er i nærværende speciale lavet to systematiske litteratursøgninger, hhv. i specialets indledende og afsluttende fase, med hvert sit formål.

¹² Når der her henvises til evidensstypologien frem for evidenshierarkiet betyder det, at litteraturen udvælges med afsæt i, hvor godt denne kan bidrage til besvarelsen af nærværende forskningsspørgsmål (Rieper, Hansen 2007). Således foretrækkes ikke nødvendigvis RCT'er, mens der på samme vis ikke udelukkende søges efter kvalitative studier. Der søges i stedet at afdække et helhedsorienteret perspektiv.

6.5.2.1 Søgning 1

Den indledende systematiske litteratursøgning (søgning 1) havde til formål at identificere videnskabelige artikler med relevans for udforskningen af, hvad der kan have betydning for borgeres ikke-deltagelse i et sundhedsrelateret forebyggelsesforløb.

Litteratursøgning 1 blev således styret af det fokuserede søgespørgsmål:

Hvad kan ligge til grund for at nogle mennesker, fravælger at deltage i individorienterede forebyggende interventioner?

At der i nærværende speciale er tale om belysning af et videnshul fremstår i kraft af, at litteratursøgningen indledningsvist blev forsøgt indskærpet til udelukkende at omhandle *årsager til ikke at deltage i individorienterede sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser målrettet lav mental sundhed*. Det blev hurtigt klart, at en sådan søgning ikke gav brugbare resultater og således, at relevansen af at undersøge netop dette ved egen empirigenerering fremstod høj.

Den brede søgning om deltagelse/ikke-deltagelse i forebyggelsesindsatser har derved primært haft til hensigt at identificere fokusområder i nærværende speciales egen empiridannelse. Særligt i udarbejdelse af interviewguiden til ikke-deltagere, for således at placere guiden i en faglig kontekst.

6.5.2.2 Søgning 2

Specialets afsluttende litteratursøgning (søgning 2), havde til hensigt at fremfinde studier til formålet at diskutere specialets egne resultater. Herved søges højere generaliserbarhed af den casespecifikke empiri, samt en bredere belysning af forandringstiltagene.

På den baggrund struktureredes søgning 2 af det fokuserede søgespørgsmål:

Hvad ses at være på spil når sundhedsprofessionelle risikokommunikerer i forebyggende arbejde?

6.5.3 Opridsning af søgestrategi

I det nedenstående gives en overordnet fælles opridsning af søgestrategierne. For udspecificering og uddybning af søgning 1 og 2, henvises til bilag A.

Begge søgninger blev foretaget i de sundheds- og samfundsvidenskabelige databaser; Cinahl, Scopus, Sociological Abstract og PsychInfo. Søgning 1 blev yderligere foretaget i Pubmed, Embase og Cochrane.

Litteratursøgningerne er blevet struktureret i en bloksøgning med inspiration fra det såkaldte PICO-skema (Stenbæk, Jensen 2007). Bloksøgningen tager således afsæt i en nedbrydning af det fokuserede søgespørgsmål til centrale facetter. Dette for skabelsen af systematik og overblik, når søgningen foretages i forskellige databaser (Stenbæk, Jensen 2007).

Søgning 1 blev nedbrudt til følgende tre facetter:

#1: Populationen: *Voksne*

#2: Intervention: *Individorienterede sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser*

#3: Outcome: *Ikke-deltagelse*

I søgning 2 anvendtes følgende facetter:

#2: Intervention: *Forebyggende arbejde*

#3: Outcome: *Risikokommunikation*

I begge søgninger er der under hver søgefacet fortrinsvis anvendt kontrollerede emneord, i form af indekserede thesaurustermer, hvor det var muligt. Dette for at fange studier, der anvender andre termer for samme søgeord (Stenbæk, Jensen 2007).

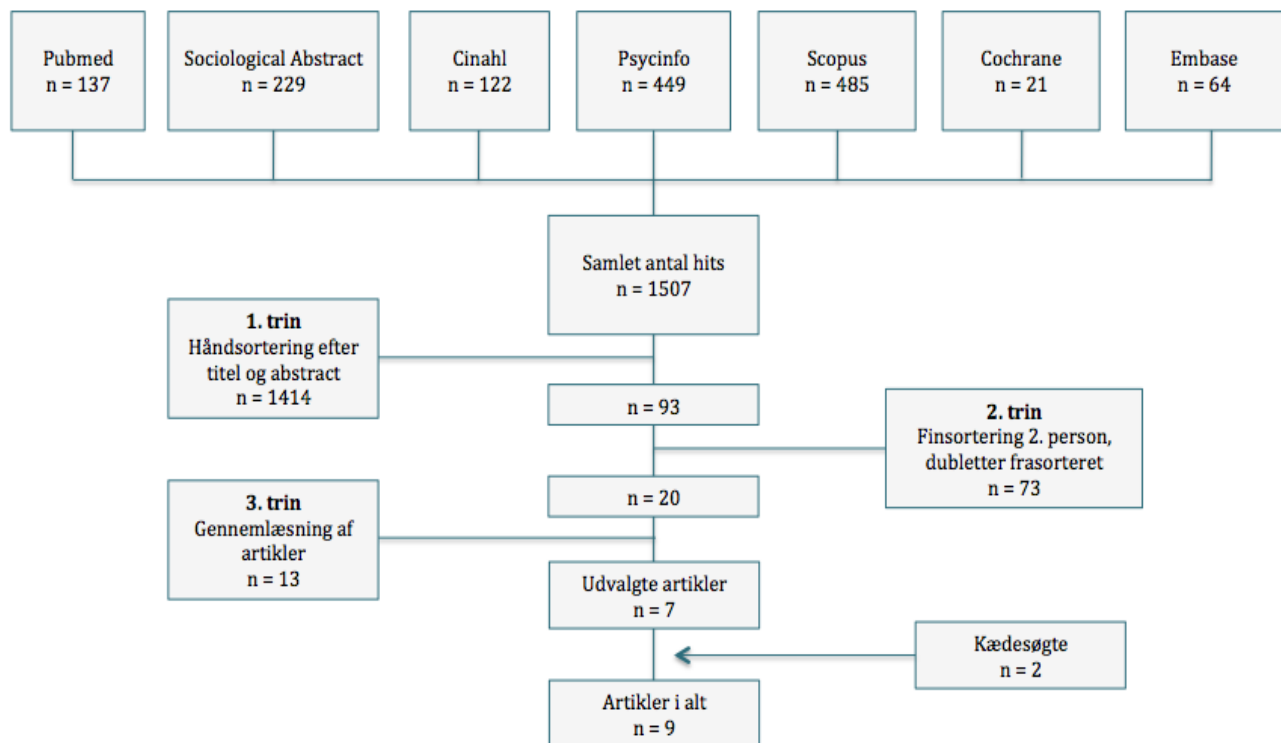
Frie termer indgår, når essentielle ord og begreber ikke eksisterer som kontrollerede emneord i den pågældende database. De frie termer efterfølges af trunkering (*) for således at indfange samtlige bøjninger af ordets ordstamme (Stenbæk, Jensen 2007). Der er endvidere anvendt explode funktion (+), hvor det er vurderet relevant. De booleske operatorer "OR" og "AND" blev anvendt for at kombinere hhv. søgetermer og søgefacetter (Buus et al. 2008).

I udvælgelsen af studier er der anvendt in- og eksklusionskriterier gældende for udvælgelsen i alle databaser. Eksklusionskriterierne er opstillede mhp. at sikre studiernes relevans ift. specialets problemstilling, samt ift. at sikre overførbarhed af de udvalgte studier og disses perspektiver.

6.5.3.1 Resultater søgning 1

Den samlede søgning i 7 databaser resulterede i 1507 hits, hvoraf 93 blev valgt ud ved grovsortering på titel og abstract. Ved efterfølgende finsortering, foretaget af anden part, blev 20 artikler udvalgt til gennemlæsning. Endeligt blev 7 artikler heraf valgt som primærlitteratur. Der er endvidere suppleret med kædesøgning, mhp. at følge studierne argumentationer, samt fremfinde studier, der potentielt ikke blev indfanget ved den systematiske søgning. Ved kædesøgning blev inddraget yderligere 2 studier (se skematisk oversigt over de udvalgte studier i bilag B1). En visualisering af udvælgelsesprocessen ses i nedenstående flowchartet, figur 5.

Figur 5: Flowchart - søgning 1



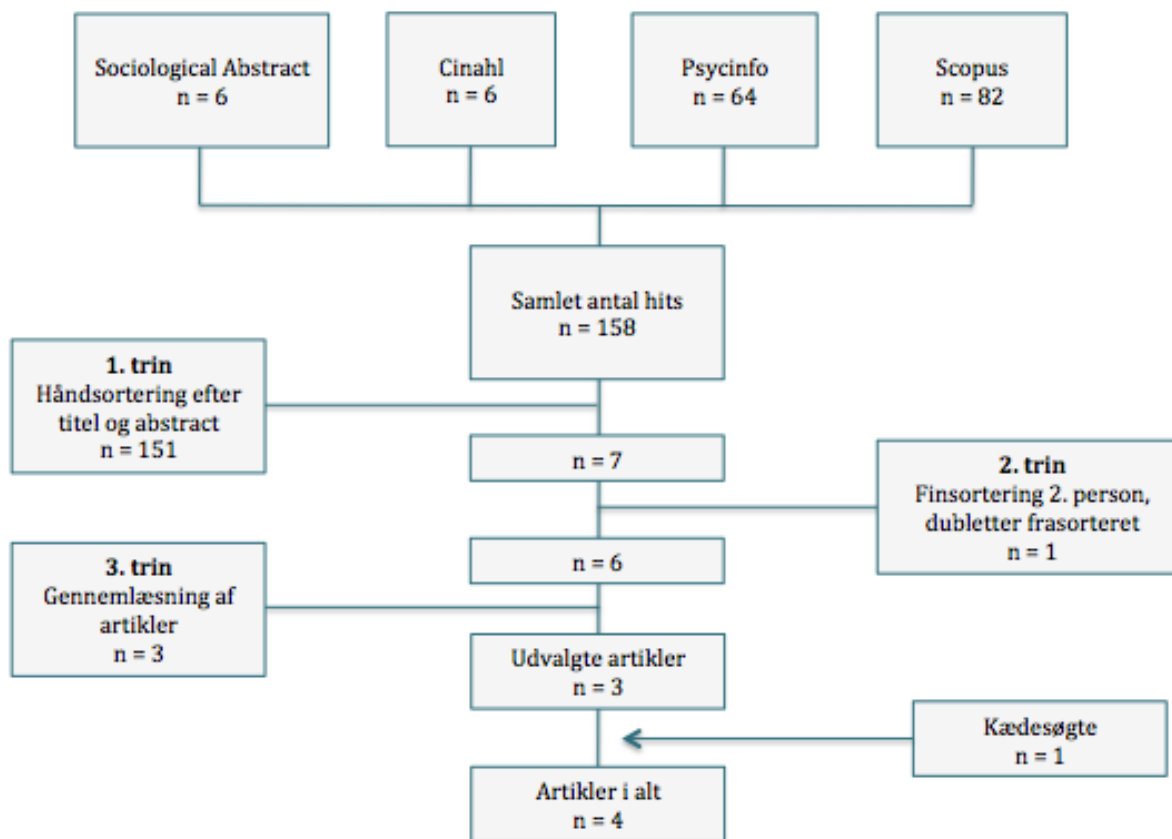
Figurtekst: Flowchart over søgning 1. Herunder antal fremfundne artikler i de respektive databaser, samt antallet af frasorterede artikler under hvert udvælgelsestrin.

6.5.3.2 Resultater søgning 2

Den samlede søgning i fire databaser resulterede i 158 hits, hvoraf 7 blev valgt ud ved grovsortering på titel og abstract, og dubletter blev sorteret fra. Ved efterfølgende finsortering, foretaget af anden part, blev 6 artikler udvalgt til gennemlæsning. Endeligt blev 3 artikler heraf valgt til anvendelse i specialets resultatdiskussion. Yderligere anvendtes 1 kædesøgt studie (se

skematisk oversigt over de udvalgte studier i bilag B2). En visualisering af udvælgelsesprocessen kan ses i nedenstående flowchart, figur 6.

Figur 6: Flowchart - søgning 2



Figurtekst: Flowchart over søgning 2. Herunder antal fremfundne artikler i de respektive databaser, samt antallet af frasorterede artikler under hvert udvælgelsestrin.

Kapitel 7

Analysestrategi

7 Analysestrategi

Dette afsnit har til formål at eksplicite strategien for analysen, herunder fremgangsmåden i overordnede trin, den integrerede brug af sensitiverende begreber, samt de præmisser analysen hviler på.

Analysen har til hensigt, i tråd med den socialkonstruktivistiske positionering, at beskrive "*hvordan den sociale virkelighed konstrueres gennem iagttagelsesledende begreber.*" (Esmark, Laustsen & Andersen 2005, s. 11). Dette i det symbolske interaktionistiske perspektiv med den sociale virkelighed som udgangspunktet for analysen, hvor der rettes fokus mod en fortællings indhold, form, funktioner og kontekst (Järvinen 2005, Levin, Trost 2014).

At analysere data i kvalitative undersøgelser kan anses som et kunstfærdigt håndværk, hvor enhver analysestrategi eklektisk må skræddersyes til den enkelte undersøgelse (Creswell 2007, Gubrium, Holstein 2004). Nærværende analysestrategi er inspireret af Kathy Charmaz' konstruktivistiske grounded theory analyse i den forstand, at analysen har et induktivt tilsnit således, at analysen er datadrevet og med fokus på kontekst, interaktion og fortolkning (Charmaz 2006). Analysen begrænser sig til at være inspireret af grounded theory's analytiske tilgang, der ses velegnet grundet det symbolsk interaktionistiske perspektiv, der teoretisk informerer den metodologiske fremgangsmåde i tilgangen. Det skal dog understreges, at nærværende analyse samtidig adskiller sig markant, da det ikke er formålet at udvikle en teori. Formålet med analysen er her, at *forstå* betydningen af interaktionen mellem borger og sundhedsprofessionel for borgerens fravalg af Tjek på Trivslen gennem studiet af, hvordan handlinger og mening konstrueres under helbredstjekket. I det følgende præsenteres den anvendte fremgangsmåde, der har faciliteret den analytiske proces.

7.1 Analytisk fremgangsmåde

Analysen blev udført i tre overordnede trin, bestående af kodning, fortolkning og repræsentation. Fremgangsmåden beskrives særskilt for kodning og fortolkning i det følgende, hvorefter repræsentation af analysen af det empiriske materiale præsenteres i kapitel 8.

7.1.1 Kodning

Det centrale udgangspunkt for analysen er at få organiseret og fremfinde meningsfulde enheder i data (Coffey, Atkinson 1996). Dette gøres gennem den kvalitative kodning, hvor data sorteres og syntetiseres efter lignende egenskaber og elementer (Coffey, Atkinson 1996). Mening tilskrives data i den forstand, at koderne virker sammenfattende for indholdet (Charmaz 2001). Således kan det fremsættes, at *“... coding is a form of shorthand that distills events and meanings without losing their essential properties”* (Charmaz 2001, s. 684).

Kodningen af data til sammenfattende segmenter bevirker, at et analytisk greb om data faciliteres, hvormed sammenligning med andre segmenter af data muliggøres (Charmaz 2001, Coffey, Atkinson 1996).

Inspireret af Charmaz, er kodningen foretaget i en to-trins proces bestående af en initial kodning og en selektiv kodning (Charmaz 2001). Hvor der i den initiale kodning åbnes op for påbegyndelsen af analytiske beslutninger, vil den følgende selektive kodning fokusere på de hyppigst forekommende initierende koder og sortere og syntetisere disse (Charmaz 2001). Denne analytiske tilgangsvinkel er valgt for at fremme systematik, grundighed og fleksibilitet i analysen.

7.1.1.1 Initial kodning

Den initierende kodning foretages ved at læse feltnoter og transskriptioner linje for linje. I tråd med den problemorienterede tilgang foretages kodningen med problemformuleringen i tankerne. Koder skrives med aktive termer og udtryk, for at kunne knytte konkrete uddrag af interviewudtalelser eller feltnoter til processer, der er vigtige for deltagerne (Charmaz 2001). At forme aktive koder understreger fokus på handlinger og processer. I nærværende analyse er aktive koder særligt velegnede, idet data fra forskellige mennesker om lignende processer kan sammenlignes (Charmaz 2001).

7.1.1.2 Selektiv kodning

Ved den selektive kodning studeres data og de initiale koder grundigt. Hyppigt forekommende initiale koder anvendes til at sortere og syntetisere data til mere generelle og abstrakte fokuserede koder (Charmaz 2001). De fokuserede koder indeholder således indordnede initial koder med større analytisk skarphed. Gennem den selektive kodning udvælges koder, der gentagende fremkommer på tværs af interviews og feltnoter og som således repræsenterer tilbagevendende temaer (Charmaz 2001). Med afsæt i de fremtrædende temaer udledt af den fokuserede kodning

påbegyndes den teoretiske fortolkning ud fra mønstre i det empiriske materiale (Antoft, Salomonsen 2012).

7.1.2 Fortolkningsprocessen

I tråd med rationale for det teorifortolkende casestudie anvendes allerede eksisterende teorier til fortolkning af data i identificeringen af mønstre i det empiriske materiale (Antoft, Salomonsen 2012). Her er det væsentligt, at analysen hviler på præmissen om, at den analytiske procedure må ses som en cirkulær proces, der allerede påbegyndes i felten (Creswell 2007, Charmaz 2006, Coffey, Atkinson 1996). Analytiske ideer, vedrørende begreber og fortolkninger af det empiriske materiale, opstår således allerede under indsamlingen af data (Tjørnhøj-Thomsen, Whyte 2008).

Dette kommer særligt til udtryk i den forestående analyse, hvor sensitiverende begreber skaber den analytiske ramme om data (Hoonard 1997).

Således har Goffmans samhandlingsorden, fungeret som et sensitiverende begreb, der opstod under den indledende åbne observation af helbredstjek, hvor opmærksomheden blev skærpet mod betydningen af interaktionen og kommunikationen mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren. Gennem de efterfølgende interviews og observationer fremkom endvidere Goffmans begreber om 'definition af situationen' og stigmatiseringsprocesser som værende af betydning under helbredstjekket. Som sensitiverende begreber fungerer disse som abstrakte analytiske kategorier, der indrammer det sociale som en proces (Hoonard 1997). Således ikke forstået som, at analysen eksklusivt lader sig styre af disse begreber, men blot at de sensitiverende begreber tjener til:

"Studying human conduct or human group life the theoretical shaping of the problem must be done through an on-going, flexible, shifting examination of the empirical field, itself, in order to set the problem correctly."

(Blumer 1973, s. 798)

Med afsæt i Blumers tilgang er analysen fæstnet i den empiriske verden, hvor de sensitiverende begreber drives af empiriske hændelser, men samtidig former de empiriske data til en teoretisk syntese (Hoonard 1997, Blumer 1973).

De sensitiverende begreber i nærværende analyse, har alle rod i Goffmans mikrosociologiske tænkning om samhandlingsordenen i hverdagens ansigt-til-ansigt møder (Goffman 2004).

Begreberne uddybes i det følgende mhp., at skabe transparens i specialets analytiske ramme.

7.2 En Goffmansk begrebsramme

I det følgende redegøres for Goffmans tænkning om samhandlingsordenen og rammernes betydning for mødet. Herefter uddybes; stigmatisering og definition af situationen, hvortil der under sidstnævnte også hører de beslægtede begreber; indtryksstyring og face.

7.2.1 Samhandlingsordenen

I en goffmansk optik er samhandlingsordenen at betragte som værende en orden i samme forstand, som når der er tale om politiske og økonomiske ordener, hvor sidstnævnte bl.a. styres af regler om udbud og efterspørgsel. Med samhandlingsordenen er der således tale om de regler, ritualer, principper og normer, der regulerer det social møde og bidrager til afværgelse af konflikter og ubehageligheder i situationen (Goffman 2004). Samtidig er en væsentlig pointe, at samhandlingsordenen aktualiseres via hverdagslivets konstante flow af sociale situationer (Goffman 2004). I nærværende speciale åbner perspektivet om samhandlingsordenen op for en analyse af, hvordan interaktionen mellem borger og tester præges af en række bevidste og ubevidste ritualer og normer. Herunder kastes lys over, hvorvidt disse har en betydning for rekrutteringen til Tjek på Trivslen.

7.2.2 Rammerne

Når der i denne analyse rettes opmærksomhed mod rammerne for mødet, sker det på flere niveauer. Således kan der i Goffmans begrebsapparat helt overordnet skelnes mellem de fysiske rammer, også beskrevet som scenen eller frontstage og de rammer, der i en mere abstrakt forstand knytter sig til den enkeltes definition af situationen (Goffman 1974, Goffman 1990). Sidstnævnte beskrives af Goffman som organisationsprincipper, der bidrager til at systematisere og ordne den sociale verden, så den bliver mulig for os at forholde os til og begå os i (Goffman 1974). Der er altså tale om en form for forståelsesramme, der hjælper den enkelte til at definere en situation og derigennem retningen for dennes ageren, rolleindtag og adfærd i samhandlingen (Goffman 1974). Forståelsesrammen udgøres primært af sociale erfaringer og kendskab til sociale symboler, hvormed det bliver muligt at afkode en situation og iværksætte en passende adfærd (Goffman 1974).

Tænkningen om scenens betydning knytter sig som nævnt, mere til de fysiske rammer og altså den geografiske placering, indretning af rummet, aktørernes placering ift. hinanden og lignende (Goffman 1974). Dvs. at et officielt møde på et sundhedscenter må forventes at sætte nogle andre

og måske mere afgrænsede rammer, end et privat møde på en café gør. Rammerne er med til at udstikke regler for mødet, og påvirker måden parterne forholder sig til hinanden på (Goffman 1974).

Når der i nærværende speciales analyse, både inddrages Goffmans tænkning om rammerne som nogle mere abstrakte principper, samt som de helt fysiske symboler, der knytter sig til scenen, sker det mhp. at kaste lys over rammernes betydning for aktørernes ageren og rolleindtag under helbredstjekket, samt herunder hvilken betydning rammerne har for rekrutteringen til Tjek på Trivslen.

7.2.3 Definition af situationen

I det sociale møde beskriver Goffman, hvordan det er centralt for begge parter at udtrykke og fastholde en definition af situationen. Denne definition skabes og opretholdes ved de interagerendes handlinger og deri brugen af gestik, redskaber og rekvisitter til at skabe hver sin facade i situationen (Goffman 1974). I det sociale møde vil parterne søge at opnå informationer om hinanden, der kan lede hen på, hvad de kan forvente af den anden, samt hvad den anden vil forvente af dem (Goffman 1990). Hensigten med at skabe og sikre en fælles definition af situationen i det sociale møde er at støtte op om og opretholde det selv, de enkelte aktører ønsker at repræsentere (Goffman 1974).

Hvorledes en person overordnet udtrykker sig, kan repræsenteres på to forskellige måder; ved de udtryk han *giver*, og de udtryk han *afgiver* (Goffman 1974). De udtryk, der gives, kan grundlæggende opfattes som kommunikation i snæver forstand, altså det verbale, der udtrykkes eller tilsvarende bevidst anvendelsen af symboler som fx en løftet pegefinger, mhp. at give den anden et bestemt indtryk af, at 'jeg bestemmer og mig skal du lytte til' (Goffman 1974). Omvendt er de udtryk, der afgives mere ubevidste handlinger, der kan opfattes som karakteristiske symboler for den andens identitet (Goffman 1974). Ved brug af både fysiske og personlige symboler, bedriver de interagerende parter således *indtryksstyring*, mhp. at påvirke den andens opfattelse af én og derigennem dennes handlinger (Goffman 1990).

En af Goffmans væsentlige pointer er, at der som oftest består en vis konsensus omkring indtryksstyringen og definitionen af situationen (Goffman 2004). Relateret til dette speciales case, bliver det således interessant i analysen at dykke ned i, hvordan situationen defineres, og hvilke

indtryk aktørerne giver og afgiver. Herunder fokuseres særligt mod hvilken betydning dette har for rekrutteringen til Tjek på Trivslen.

7.2.3.1 Face

I interaktionen må parterne, for at tilpasse deres respons til den anden, gøre sig overvejelser om, hvilket indtryk, der afgives til den anden. Her optræder begrebet *face* centralt ift. den positive sociale værdi individet påberåber sig i den konkrete kontakt (Goffman 2005). I Goffmans terminologi forklares face således:

“Face is an image of self delineated in terms of approved social attributes - albeit an image that others may share, as when a person makes a good showing for his profession or religion by making a good showing for himself.”

(Goffman 2005, s. 5)

De interagerende parter søger som regel at undgå åben konflikt og er måske derfor nødsaget til at lægge låg på umiddelbare følelser og reaktioner, som det ikke forventes, at den anden vil godtage (Goffman 2005). Her bliver det centralt at bidrage til egen opretholdelse af face, men mindst lige så væsentligt er det at hjælpe den anden til heller ikke at tabe ansigt. Goffman beskriver, hvordan der bruges *defensive praktikker* til at sørge for ikke selv at tabe ansigt, samt *beskyttende praktikker* mhp. at undgå at nedbryde den andens face (Goffman 2004, Goffman 1990). Under et socialt møde kan de interagerende parter således forvente at bibeholde deres face i enighed om, at dette er moralsk korrekt (Goffman 2005).

Face eller ansigtet er her at betragte som noget, der er diffust lokaliseret i rummet, idet opretholdelsen af face handler om den enes fremtoning og indtryksafgivning, samt dens anden tro på den interne konsistens i denne fremtoning (Goffman 2004). Det at undgå at tabe ansigt eller ‘redde ansigt’ er nært knyttet til den orden og det sociale kodeks, der eksisterer for samhandlingen, herunder normer og kulturelle aspekter i samfundet (Goffman 2004). I tråd hermed synes opretholdelsen af et sådant kodeks, at være en legitim institutionaliseret form (Goffman 2005). Ved at handle efter det Goffman betegner som reglen om selvrespekt og reglen om hensynsfuldhed, vil det i de fleste sammenhænge medvirke til at alle opretholder deres ansigt (Goffman 2004). Goffmans tænkning om opretholdelse af face, synes særligt væsentligt at inddrage i analysen af, hvorvidt det reelt er muligt eller ønskeligt for borgere i mistrivsel, at lade sit ansigt falde og fremstå sårbar overfor den fremmede i mødet. En væsentlig pointe i denne sammenhæng, er Goffmans fremhævelse af, at man i mødet med en fremmed oplever en vis frihed i kraft af, at man forventeligt

ikke mødes igen. Således fremstiller nogle måske et urealistisk pletfrit ansigt, mens andre finder frihed til at tåle ydmygelse (Goffman 2004). Relateret til nærværende speciales analyse bliver det således væsentligt at holde for øje, hvilket ansigtsarbejde, der forekommer under borgerens og testerens møde på Sundhedscentret.

7.2.4 Stigmatisering

Goffmans tænkning omkring stigmatiseringsprocesser er nært knyttet til det ovenfor beskrevne om opretholdelse af face. Omdrejningspunktet er her, hvad der er på spil i samhandlingen, når miskrediterende, ubehagelige og nedværdigende egenskaber skal håndteres (Goffman 2009). I denne sammenhæng beskæftiger han sig med de forudtagede forestillinger, man gør sig om den anden i samhandlingen (Goffman 1963). Her beskriver Goffman, hvordan man i mødet med en fremmed danner sig et første indtryk og på den baggrund kategoriserer vedkommende som besiddende en specifik social identitet (Goffman 1963). Denne umiddelbare kategorisering bidrager til, at gøre det nemmere og mere overskueligt for os at indgå i samhandlinger med fremmede (Goffman 1963). Kategoriseringen er således hensigtsmæssig, men indebærer samtidig en overhængende risiko for, at tilgangen til den fremmede i mødet bliver unuanceret og stereotypificeret (Goffman 1963). Forestillingen om den andens sociale identitet, medfører ligeledes ofte normative forventninger eller deciderede krav til, hvem den anden er og hvordan denne forventeligt vil agere (Goffman 2009, Goffman 1974). Med dette for øje, bliver det således muligt at analysere nærmere, hvorvidt stigmatiseringsprocesser har betydning for testernes fravalg om at tilbyde borgere Tjek på Trivslen, samt borgernes fravalg om deltagelse.

Kapitel 8

Repræsentation af
analysen

8 Repræsentation af analysen

Med afsæt i den ovenfor skildrede analysestrategi, søges første del af nærværende speciales problemformulering besvaret:

Hvilken betydning har interaktionen mellem borgere og sundhedsprofessionelle under helbredstjekket for borgerens deltagelse i Tjek på Trivlsen?

Således følger i det næste en repræsentation af analysen. Afsnittet præsenteres samlet og struktureres ved analysens temaer, der er fremfundet via den beskrevne kodningsstrategi. I nedenstående tabel 3 illustreres et udsnit fra kodningsprocessen, og herunder hvorledes den initiale kodning har ledt til den selektive kodning.

Tabel 3: Eksempel fra kodningsprocessen

Eksempel fra kodningsprocessen		
Tekstpassage	Initial kodning	Selektiv kodning
"Tester starter med at rose ham for, at han har udfyldt spørgeskemaet. Han svarer: "jamen selvfølgelig", og forklarer noget med at han er selvstændig, men afbrydes af tester, der smilende beder ham sætte sig ned og fortæller, at de skal i gang med helbredstjekket, og at er der nogle anmærkninger vil de anbefale, at han går til egen læge."	<i>Tester roser bøger</i> <i>At gøre som anvist</i> <i>Giver præsentation af sig selv</i> <i>Fortælling afbrydes af tester</i> <i>Tester instruerer</i>	<i>Tester sætter dagsordenen</i> <i>Scenen sættes</i>

Tabeltekst: Udsnit fra analyseprocessen, der eksemplificerer, hvorledes initiale og selektive koder er fremkommet.

På baggrund af analyseprocessen, som eksemplificeret i tabel 3, førte de selektive koder endeligt til struktureringen af de overordnede temaer, som udgør:

- Scenen sættes
- Et udøvet fokus mod fysisk sundhed
- Samskabelse af normalitet
- Stigmatisering undgås
- Lad mig hjælpe dig

Analyseprocessen er endvidere illustreret i form af et kodetræ, der viser vejen fra initiale koder til selektive koder til temaer i bilag G.

8.1 Scenen sættes

Da der med Tjek dit Helbred er tale om et stort forskningsprojekt, hvor kvantificerbar data, statistiske analyser og derfor reduktion af potentielle bias, er centralt, er rammerne for helbredstjekket helt overordnet fastlagt af styregruppen fra Aarhus Universitet (Sandbæk 2011). Således struktureres og ændres mødets officielle setting i et tæt samarbejde mellem forskningsgruppen og Randers kommune. I analysen fremkom det, hvordan den ovenfra styrede scene, uundgåeligt påvirker aktørernes ageren derefter og bidrager til en klar definition af hvilke roller, begge parter bør indtage.

Iscenesættelsen og en påbegyndende definition af situationen, finder således allerede sted inden det egentlige første ansigt-til-ansigt møde mellem borger og tester. Den information borgeren har modtaget ifm. invitationen til helbredstjekket kan have en central betydning for borgerens opfattelse af, hvilken scene han møder op på. I både invitationsbrevet og informationsfolderen beskrives, hvorledes det primære formål med mødet er at få undersøgt helbredet og er der problemer, anbefales en efterfølgende samtale hos borgerens læge (se bilag H). Der kan argumenteres for, hvordan måling af mental sundhed ikke bliver forventeligt af helbredstjekket fra borgerens side, når der i informationsfolderen beskrives, hvordan du bl.a. vil få målt: *“Din højde, vægt og taljemål, din lungefunktion (puste-prøve), dit blodtryk og dit kolesterol og dit blodsukker (prik i fingeren).”* (Region Midtjylland, De praktiserende læger, Randers og omegn & Randers Kommune 2013, s. 2). Mens det ikke ekspliciteres, at mental sundhed, stress eller depression er noget, der rettes fokus mod under tjekket. Der er altså allerede her lagt op til, at en vurdering af borgerens fysiske helbred er det primære omdrejningspunkt for mødet. En vurdering, der primært sker via kliniske tests, mere end samtale.

Den fysiske scene for det sociale møde mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle udgøres helt naturligt af selve lokalet, hvor helbredstjekket foregår, men også af området omkring, hvor der er opstillet et par lænestole til at vente i, samt en computer til de borgere, der ikke har udfyldt spørgeskemaet hjemmefra. Området, der ventes i, er placeret lidt afsides ift. Sundhedscentrets øvrige aktiviteter, så der er som regel ro, og oftest høres kun snak fra kontorerne eller fra forbipasserende personale. At der ofte tales sagte og hersker en form for alvor i området, der

ventes i, illustreres ved nedenstående uddrag af feltnoterne, hvor en kvinde gør sig bemærket, fordi hun opfører sig anderledes:

“Jeg hører allerede kvinden, mens jeg sidder i rummet og skriver feltnoter til min første observation, hun er meget ligefrem og virker som typen, der bare går til folk. Hun henvender sig til diverse personale, der kommer gående på gangen, omkring hvor hun finder toilettet, om der er et andet toilet, da der ingen sæbe var, samt da hun har problemer med computeren, hvor hun skal udfylde et spørgeskema, inden hun kan komme ind til tjek. Hun spørger, om der er en Ipad, eller om hun kan udfylde manuelt, da hun ikke er så god til at sidde ved en computer. Det er der desværre ikke. Hun siger, at hun godt kan, men at det kommer til at tage lidt tid.”
(Feltnote, test 10)

At kvinden, med sin, i realiteten meget uskyldige spørgen ind til sæbe og Ipad, virker anderledes i denne situation tydeliggør således, at hendes optræden afviger fra den, der normalt finder sted på scenen. Her bliver det tydeligt, at området, der ventes i ofte fortolkes af borgerne som et område i stil med venteværelset hos lægen, hvor man sætter sig og afventer, indtil man bliver guidet til at gøre noget andet.

Som i ethvert andet venteværelse ligger der blade, brochurer og postkort om livsstil, sundhed og sygdom, som borgerne kan læse i. Især brochurerne og postkortene om, hvad du skal stille op, hvis du er i øget risiko for sygdom, kan anses som symboler, der bidrager til iscenesættelsen af, hvad der skal tales om under helbredstjekket. De fremlagte brochurer illustrerer samtidig den bredde, der kendetegner sundhedsproblematikker ved at omhandle alt fra rygproblemer, rygestop og vægttab til stress og psykisk sygdom. Her bliver den ventende borger således diskret gjort opmærksom på, at sundhed også konstitueres af psykisk velbefindende.

8.1.1 I testlokalet testes der

Når det er tid, henter testeren den ventende borger ind i et af rummene med skiltningen “testlokale”, hvorved det tydeliggøres, at *her bliver man testet*.

Lokalet beskrives nemmest ved sammenligning med et konsultationsværelse hos lægen. Tester sidder foran computeren ved sit skrivebord, og borger får tilbudt en stol ved siden af skrivebordet således, at de sidder skråt overfor hinanden med en bordkant imellem. Samtidig er der i rummet en lille håndvask, en vægt, højdemåler på væggen, en søjle med brochurer og andet sundhedsfagligt materiale, samt et skab med rekvisitter som blodprøveapparatet o. lign. På testerens skrivebord er blodtryksapparatet, spirometrien og diverse papirer klar til at blive taget i brug under testen. Der

er enkelte personlige rekvisitter som håndcreme, håndsprit, et postkort på væggen samt en blomst i vindueskarmen, og tester er klædt i privat tøj.

Overordnet kan det fremsættes, at der med overvægten af sundhedsfaglige symboler afgives et indtryk af sundhedsfaglig kundskab, professionalisme og seriøsitet. Der kan plæderes for, at netop den klare sammenlignelighed med et konsultationsværelse hos lægen kan gøre, at det for borgeren bliver nemmere at tænke mødet ind i en kendt ramme og dermed definere situationen. Dette med afsæt i, at vedkommende, ved at have været i en lignende situation før, kan drage paralleller derfra, og dermed er bekendt med hvilke handlinger, der forventes i en sådan situation. Således bidrager symbolerne til at skabe klarhed over, hvorledes situationen skal defineres, og herunder hvilke normer, der hersker for handlinger heri (Goffman 1974). I forlængelse heraf, kan det fremhæves, hvordan det under observationerne blev tydeligt, at nogle borgere hurtigt indskrev situationen i en ramme, hvormed de forventede, at den professionelle de sad overfor var læge. Her eksemplificeret ved nedenstående feltnoteuddrag:

“Borgeren har forhøjet kolesteroltal [...] Testeren anbefaler flere gange, at hun går omkring egen læge, grundet det forhøjede kolesterol. Borgeren afbryder på et tidspunkt “Men er du ikke læge?”” (Feltnote, test 9)

Her ses det således, hvordan borgeren havde defineret situationen som en lægefaglig konsultation. Samme tendens blev observeret under flere helbredstjek, hvor borgere fremviste eller fortalte testeren om alverdens kropslige skavanker som ‘hvide fingre’ og fedtknuder.

Samtidig sås det, hvordan testers indledning af helbredstjekket, hvor det forklares, hvad der skal ske, og herunder hvilke tests, der skal laves, bidrager til at fastholde definitionen af situationen som noget klinisk. I nedenstående uddrag af feltnoterne illustreres det, hvorledes tester verbalt og visuelt fremlægger dagsordenen for mødet:

“Efter alle har sat sig, indleder tester med at fortælle om helbredstjekket, og spørger om borgeren har udfyldt spørgeskemaet. Tester bekræfter, at borgerens læge er angivet rigtigt. Borgeren svarer i korte stavelser og tester starter med at ville sætte blodtryksmåleren på - borgeren tager sin trøje af - og den sættes på. Herefter fortæller testeren, hvad der skal foregå og viser samtidig et A4 ark, hvor alle målinger er illustreret i billeder. Tester afslutter med at fortælle, at blodtrykket skal måles tre gange. Borgeren må ikke sidde med krydsede ben, og at de helst ikke skal snakke sammen, imens det måles. Tester spørger ind til, om han har nogle hjertesygdomme, astma eller pacemaker, hvilket han afkræfter. Blodtrykket måles, og imens sidder testeren og ordner lidt på computeren - borgeren sidder og kigger ud i luften.” (Feltnote, test 8)

I uddraget ses, hvorledes tester indledningsvist tager styringen og lægger linjen for samhandlingen. Som noget af det første sættes blodtryksmanchetten på, som et tydeligt symbol på at den primære agenda for mødet er at *måle* borgerens helbredstilstand. Herefter instrueres borgeren i, hvordan resten af mødet skal forløbe, samt hvordan han skal forholde sig under målingerne. Situationen er herved klart defineret, som et møde mellem en sundhedsfaglig ekspert og en borger, hvis helbred, der skal vurderes.

Det fremgår derved tydeligt, hvorledes dagsordenen for mødet udstikkes af tester som både verbalt og visuelt forklarer, hvad der skal ske. Det samme billede gør sig gældende under hele helbredstjekket, og er noteret under samtlige observerede helbredstjek, hvor tester guider, og instruerer borgeren udførligt ift. at opnå korrekte målinger. Der ses her, at der med den klare udlægning af strukturen for mødet bidrager til en skærpelse, af det Goffman betegner som værende en arbejdsdeling for situationen og dermed klarhed over aktørernes respektive roller og udspil (Goffman 1990). Således indtager testeren den klare ekspertrolle, mens borgeren må agere som modtageren for råd og vejledning og vurdering af sit helbred.

8.1.2 Målingerne lægger linjen

Det fremstod altså under observationerne som en generel oplevelse, at målingerne og de kliniske tests på mange måder strukturerer mødet. Der er således, i kraft af de officielle retningslinjer for mødet, tale om det vilkår, at alle målinger skal udføres indenfor en fastlagt tidsramme, medmindre borgeren på baggrund af sygdom ikke kan medvirke. En præmis, der formentligt fremstår endnu mere udtalt i kraft af, at helbredstjekket overordnet er en del af et stort epidemiologisk forskningsprojekt, hvor fokus tillige er på effektmåling. Således briefes testerne løbende i *the golden standard* for udførelse af målingerne, mhp. at sikre reliabilitet og validitet i undersøgelsen. Det primære fokus mod målingerne illustreres ved nedenstående uddrag af feltnoterne, hvor tester er nødsaget til at afbryde en borgers spontane snak om sin psyke til fordel for en måling:

“Borgeren begynder at fortælle om sin kampgejst, og om hvordan psyken vendte 180 grader, da han røg på intensiv. Midt i, at han fortæller, nikker tester, mens hun rejser sig og ordner noget henne ved skabet samtidig med, at hun beder borgeren tage sine sko af, så han kan blive målt. Højde- og vægtmålingerne afbryder snakken og da tester er ved at måle borgerens talje, spørger hun derfor igen ind til, hvordan hans psyke vendte 180 grader. Han uddyber, men lukker den hurtigt igen” (Feltnote, test 17)

Ved en efterfølgende uformel samtale med testeren, giver hun af sig selv udtryk for, hvordan hun kunne mærke, at det var uhensigtsmæssigt at bede ham tage skoene af midt i det hele, men at hun følte sig nødsaget til at komme videre for ikke at lade den næste borger sidde og vente for længe.

Oplevelsen af, at det er de kliniske målinger og tests, der sætter strukturen for mødet, blev ligeledes fremhævet af en borger, der fik tilbudt deltagelse på Tjek på Trivslen, men endte med at takke nej. Under et efterfølgende interview fortæller hun om, hvordan hun oplevede, at målingerne fyldte for meget under helbredstjekket:

“Ja.. og så havde jeg også oplevelsen af at hun.. hun havde ikke tid til og ligesom sådan... ‘Ja, vi skal lige have målt dit blodtryk og så videre til’... så.. den der menneskelige side, den manglede fuldstændig. Det var bare blodtryk, blodsukker du ved.. hun var sådan helt.. Tog det bare dung, dung, dung... Hun kunne ikke sige noget, for så kom hun ud af kurs.. (griner) [...] Og det var den der.. ‘jamen ned med.. altså op med trøjen’. Hold da op (griner). Allerede der kunne jeg mærke.. Jeg skal bare have det her overstået.” (Interview 1)

Interviewpersonen giver således udtryk for en oplevelse af, at udførelsen af målingerne under helbredstjekket blev på bekostning af det ‘menneskelige’. Samme opfattelse gav hun flere gange udtryk for under interviewet, hvor hun bl.a. påpegede, at hun under helbredstjekket manglede tid og plads til at få lov at snakke lidt mere selv. Dette synes paradoksalt, netop når fokus rettes mod identificering af borgere med lav mental sundhed, hvor samtale forventeligt er et essentielt element. Ved de kliniske målingers dominans, bliver situationen således vedvarende defineret som et sted, hvor det fysiske helbred måles og vejes mere end det mentale. Borgeren her giver klart udtryk for, at det ikke var en situation, hun befandt sig godt i, men tværtimod bare ville “have det her overstået”. Samtidig giver hendes udtalelse om, at testeren tog målingerne “dung, dung, dung” indtryk af, at helbredstjekket bar præg af rutine.

8.1.3 Samhandlingens præg af rutiner

Denne opfattelse af rutine og vane blev ligeledes observeret under samtlige helbredstjek, hvilket eksemplificeres ved følgende uddrag af feltnoterne:

“Tallene ser ‘fornuftige ud’, og testeren fortæller om tallene ift. fagtermerne - hvad det systoliske og diastoliske blodtryk betyder, mens hun peger på skærmen. Borgeren spørger i denne sammenhæng, om ikke der er noget om, at der er to forskellige kolesteroler, og testeren siger, at det er der, men det kan hun lige forklare, når de kommer dertil og har resultaterne.” (feltnote, test 11)

I uddraget ses altså, hvordan borgeren forsøger at tage del i samtalen og spørge interesseret ind til testerens faglige viden, hvilket testereren høfligt anerkender, men samtidig korrigerer, at den snak kan de tage, *“når de kommer dertil”*. Nogle af de samme elementer ses at være på spil i nedenstående feltnoteuddrag, hvor en borger flere gange forsøger at skabe plads til, at han kan snakke:

“Tester starter med at rose borgeren for, at han har udfyldt spørgeskema. Han svarer: “Jamen selvfølgelig” og forklarer noget med, at han er selvstændig, men afbrydes af tester, der smilende beder ham sætte sig ned og fortæller, at de skal i gang med helbredstjekket og er der nogle anmærkninger, vil de anbefale, at han går til egen læge. [...] Tester viser arket med billeder over, hvad der skal ske. Hun fortæller om det, og han svarer med gambitter. Da de når til blodprøvebilledet, peger han på det og siger, at det er han spændt på. De har i familien en tendens til, at det er forhøjet. Billedet af lungetesten får ham til at fortælle om, at han er ryger (...) hun spørger, hvor meget han ryger? “100” svarer han kækt (vi griner) men siger efterfølgende omkring 13. Testereren lukker af ved at sige “Du skal have lavet en lungetest senere, så tager vi den derfra.” (Feltnote, test 10)

Her ses det altså, hvordan borgeren forsøger at gå i gang med at fortælle en historie, men afbrydes af tester, der markerer, at nu går helbredstjekket i gang, og at han skal følge den linje. Samtidig viser borgerens kommentarer til blodprøverne og lungetesten, at han har gjort sig tanker herom, men med afsæt i rammerne for mødet, lukker tester ned for snakken og fortæller, at det ikke er nu, men senere, at der er plads til den samtale.

Helbredstjekkets præg af rutine er ikke ukendt for testerne selv, der i flere uformelle samtaler har givet udtryk for, hvordan det er en vanskelig præmis at undgå, især når man på en dag har mange helbredstjek, der efterfølger hinanden. I nedenstående uddrag af feltnoterne og den efterfølgende feltsamtale eksemplificeres det, hvordan helbredstjekket kortvarigt bliver slået ud af kurs, idet der ikke, som vanligt, skal udføres lungetest:

“Der opstår en lille pause idet lungetesten ikke skal laves, så tester skal lige finde ud af, hvad det næste, der skal ske er. “Jeg har lige tændt apparatet på ren autopilot” siger hun og griner. Hun fortæller, at det nu i stedet er tid til konditest [...] Bagefter bliver der igen et lille break i tjekket, idet tester har glemt at sørge for en underskrift til at data må bruges til forskning “Jeg kom helt ud af min rutine. Der kan man bare se, hvor meget vanemenneske man er.” (feltnote, test 16)

“Da borgeren er gået referer tester igen til, hvordan hun blev helt forvirret over, at der blev brudt med hendes rutiner - hvor skal de forskellige ting nu puttes ind henne, når det ikke er

der, hvor de plejer (refererende til den manglende underskrift). Tester supplerer med, at man jo har sine rutiner og vaner, og at det indtryk, må vi da også have fået, når nu vi har set så mange helbredstjek. Jeg bekræfter hende i det.” (Feltsamtale, test 16)

Set i lyset af Goffmans tænkning om samhandlingsordenen og herunder hverdagslivets rutiner og regler, synes det at fremstå som et næsten uundgåelige vilkår, at testers adfærd og ageren bliver rutinepræget. Der er således tale om, at tester, i måske mere udtalt grad end borgeren, tænker situationen ind i en ramme og på baggrund af tidligere lignende situationer planlægger og korrigerer sin ageren herudfra. Det er klart, at når man som tester flere gange dagligt befinder sig i situationer, der på mange måder ligner hinanden, bliver det svært ikke blot at ty til at agere på samme måde i dem alle.

Testernes strukturering af samhandlingen ud fra de kliniske målinger, kan ligeledes ses som et udtryk for deres egen involvering og derigennem medskabelse af rammerne. Ifølge Goffman bliver det uundgåeligt, at man, i kraft af udførelsen af aktiviteter under nogle givne rammer, til en vis grad vil blive opslugt, fanget og betaget af dem (Goffman 1974). Således ses det, at testerne ved deres effektivering af de rammer, der ovenfra er lagt, samtidig bidrager til fastholdelse og vedligeholdelse af dem.

De ovenstående uddrag illustrerer, hvorledes rutinerne har en tendens til at stoppe det naturlige flow i samtalen. Idet tester korrigerer borgeren ift., hvornår der skal tales om hvad, kan der argumenteres for, at borgeren netop tager dette til efterretning og ændrer sin adfærd til den passive modtagende rolle, som rammerne lægger op til. På samme vis fastholdes tester i ekspertrollen, som den, der kommer med udspil og dirigerer samhandlingens gang.

Kva målingernes dominans og den rutineprægede samhandling, kan rammerne opleves som hæmmende for borgeren, der oplever mistriksel, ved at muligheden for at gøre opmærksom på et mentalt helbredsproblem begrænses. Herved øges risikoen for, at den lave mentale sundhed aldrig kommer frem i lyset under helbredstjekket.

I analysens næstfølgende tema *Et udøvet fokus på fysisk sundhed*, dykkes ned i, hvordan der i rammerne for helbredstjekket tillige er et overvejende fokus mod det fysiske helbred frem for det mentale, hvilket yderligere vanskeliggør rekrutteringen til Tjek på Trivslen.

8.2 Et udøvet fokus på fysisk sundhed

Det udøvede fokus mod målinger på fysisk sundhed demonstreres bl.a. ved den resultatfolder, der udleveres til borgeren ved helbredstjekkets afslutning. Her bliver det skriftligt opsummeret, hvordan borgerens lungefunktion, kondital og samlede risiko for hjertekarsygdom er. Mens den mentale sundhed kun bliver omtalt, hvis den er vurderet som værende dårlig. Illustration af resultatfolderen ses i nedenstående.

Resultatskema - Helbredsundersøgelsen

Resultater for **Nancy Berggren** den **11-12-2014**

Højde | **171.2** | cm

Vægt | **95** | kg

BMI ¹⁾ | **32.49** | kg/m²

Taljeomkreds | **101** | cm

Lungefunktion

FVC | **3.78** | **101** | Liter | %

FEV₁ | **2.73** | **85** | Liter | %

FEV₁/FVC | **0.72** |

Risiko for hjerte-kar-sygdom

Total kolesterol | **5.78** | mmol/l

Triglycerid | **4.59** | mmol/l

HDL | **0.76** | mmol/l

LDL | **-** | mmol/l

Dit blodtryk | **130 / 98** | mmHg

HbA1c ²⁾ | **39** | mmol/l

Kondital

Kondital | **24.5** | ml/O₂/kg/min

Max iltoptagelse | **2.33** | l/min

Spørgeskemabesvarelse.

- Du har vurderet dit helbred til at være: Mindre godt. Ud fra dine svar om dit helbred vil vi anbefale, at du får en samtale med din læge.
- Ingen bemærkninger til dine svar om alkohol. (Ikke alle spørgsmål om alkohol er udfyldt)
- Du har svaret, at du ryger dagligt.
- Du har vurderet at du er let fysisk aktiv i din fritid.

Nedenfor kan du se, om der er målinger eller spørgeskemasvar, der gør, at din læge gerne vil tale med dig

På baggrund af dine resultater vil vi anbefale dig at bestille tid hos din læge til en 'Tjek dit Helbred' Konsultation. Her vil I sammen gennemgå dine resultater fra helbredsundersøgelsen.

¹⁾ Body Mass Index; kropsvægt/(højde x højde)

²⁾ Langtidsblodsukker

Illustration af den resultatfolder, der udleveres til borgeren efter endt helbredstjek (Aarhus Universitet, Tjek dit Helbred 2014). Her gives et fiktivt eksempel.

I resultatfolderen ses, hvorledes det tydeliggøres, at borgerens helbreds vurdering, udelukkende beror på borgerens egen subjektive vurdering via spørgeskemaet. Det samme gør sig gældende, når en borger identificeres som havende dårlig mental sundhed. Helt omvendt slås det fx fast som en kategorisk sandhed, med afsæt i de fysiske målinger, at "Dit kondital er meget lavt" og "Din taljeomkreds er meget over det anbefalede". Herved fremstår italesættelsen og ekspertvurderingen

af den fysiske sundhed langt tydeligere end den mentale, der potentielt nemmere vil kunne afværges af borgeren, som noget 'jeg bare selv har vurderet'.

Endvidere ses det problematisk, at en borger, der via det selvudfyldte SF-12 spørgeskema, scores til at have dårlig mental sundhed, først identificeres ved helbredstjekket afsluttende gennemgang af resultatfolderen. Og altså ikke i løbet af helbredstjekket, som det er tilfældet med bl.a. lav kondition og forhøjet blodsukker eller blodtryk. En præmis i helbredstjekkets ramme, der unægteligt øger fokuset mod den fysiske sundhed.

At rammerne medfører forventninger om, at aktørerne forfølger, hvad der defineres som hovedfokus, kan i denne sammenhæng få betydning for rekrutteringen til Tjek på Trivslen.

I det følgende eksemplificeres, hvordan testeren umiddelbart griber fysiske parametre, frem for mentale, når der foreslås et opfølgende tilbud. Særligt når borgeren er potentiel kandidat til flere af de opfølgende tilbud. Her illustreret ved nedenstående feltnoteuddrag:

"Borgeren er på papiret kandidat til flere af de opfølgende tilbud. Han fortæller indledningsvist, at han er flexjobber grundet en diskusprolaps for år tilbage, og han kan derfor ikke være så aktiv som tidligere. Han er meget overvægtig. Han fortæller, at han er plaget af søvnbesvær. Han ligger og tænker tanker og kan ikke sove. Han svarer nej til, at han ryger, men fortæller så, at han damper. Han vil gerne stoppe helt, og er ved at trappe ned på milligram. Testeren spørger om et livsstilshold kunne være noget for ham. Det er borgeren ikke interesseret i. Senere foreslår hun rygestopholdet, men manden vil hellere styre det selv. Sidst i tjekket, da testeren har printet og hentet resultatfolderen, præsenterer hun borgeren for 'Tjek på Trivslen'. Manden lyser helt op, retter sig op i stolen og siger "ja dét kunne måske godt være noget". Men tiden for tjekket er allerede overskredet, og den næste borger venter på at komme til. Det bliver til en kort forklaring af konceptet, hvorefter testeren sender manden af sted med et informationspostkort for både Tjek på Livsstilen og Tjek på Trivslen." (Feltnoter, test 3)

I dette helbredstjek var det kompliceret for testeren at prioritere, hvilket tilbud borgeren skulle tilbydes, idet han, ud fra kategoriseringen, var kandidat til flere. Trods det, at det fra start lykkedes at få borgeren til at fortælle åbent om, hvad der var vigtigt for ham, må snakken afbrydes, da målingerne skal i gang. Dette resulterede her i, at de fysiske målinger flyttede fokus væk fra borgerens fortælling og i stedet blev rettet mod risiko på baggrund af rygeadfærd og svær overvægt. Denne borgers forløb eksemplificerer endvidere, hvordan det er vanskeligt at give borgeren plads til at tale om sin mentale sundhed indenfor de givne rammer af helbredstjekket.

At Tjek på Livsstilen og rygestophold ofte tilbydes før Tjek på Trivslen, til borgere, der tilfalder målgruppen i flere af tilbuddene, ses tillige i følgende feltnoteuddrag:

“Billedet af lungetesten får borgeren til at fortælle, at han er ryger, men at han gerne vil stoppe, når der ikke er så meget stress på, “så det bliver nok aldrig”. Testeren griber rygningen, og hun spørger, hvor meget han ryger.” (Feltnoter, test 10)

Her giver borgeren udtryk for ønsket om at stoppe med at ryge, men at dette hindres af, at han konstant har ‘stress på’. Testeren griber rygestoppet frem for stress, da hun følger op med spørgsmålet om, “hvor meget han ryger?”.

Disse uddrag bidrager med perspektiver på testernes øgede fokus mod den fysiske sundhed og dermed parametre som borgerens overvægt, dårlige kondition eller rygevaner. Det dominerende fokus mod fysiske målinger kan ses problematisk, for borgere, der oplever mistrivsel og som møder op med andre problematikker, der måske fylder mere i den enkeltes liv end eksempelvis vægttab og rygestop.

Samtidig blev det dog tydeligt, via interviews med de borgere, der havde takket nej til deltagelse på Tjek på Trivslen, at også deres fokus var rettet mod den fysiske sundhed.

8.2.1 “Sundhed & Trivsel - hvad fanden går det ud på?”

Gennem interviewpersonernes fortolkninger af tilbuddet om deltagelse i Tjek på Trivslen, blev det synligt, at der fremgik forvirring og differentierede opfattelser af tilbuddets koncept. Herunder en grundlæggende divergens i opfattelsen af begrebet ‘Trivsel’, og dermed hvad tilbuddet om deltagelse på Tjek på Trivslen reelt omhandler.

En af interviewpersonerne fortæller eksplicit om dette ifm. en udtrykt vanskelighed i at fortælle sin arbejdsplads, hvorfor han skal gå før tid for at deltage:

“Hvis jeg går ud og siger til dem “prøv nu og hør, jeg skal på et projekt i Randers, noget, der hedder Sundhed & Trivsel” igå’ øhh “hvad fanden går det ud på?”, “Ja det ved jeg sgu ikke lige, men det finder jeg vel ud af.” (Interview 4)

Interviewpersonen beskriver således, hvordan han har svært ved klart at beskrive overfor sin arbejdsplads og samtidig overfor sig selv, hvad tilbuddet handler om. Samtidig betegner han Tjek på Trivslen, som “Sundhed & Trivsel”, hvilket indikerer, at han kobler tilbuddet til noget, der også er målrettet det fysiske helbred. Dette endvidere støttet op af, at han senere i interviewet forklarede,

hvordan han og testeren havde snakket om deltagelse i Tjek på Trivslen efter konditesten ifm., at han fik forklaret, at han burde tabe sig. Følgende citat uddyber interviewpersonens fortolkning af Tjek på Trivslen som værende relateret til motion og vægttab, idet han spørger os, om vi ved, hvorvidt deltagerne på Tjek på Trivslen begyndte at motionere:

“Ja .. jeg ærgrer mig lidt over, at jeg ikke gennemgik det, så jeg ved ikke, om de er kommet ud og motionere, eller hvad de har gjort?” (Interview 4)

En af de andre interviewpersoner, drager lignende paralleller til indholdet af Tjek på Trivslen. Idet interviewpersonen responderede i korte sætninger, angives uddraget her med interviewerens spørgsmål for at få den fulde sammenhæng:

I: Så tilbød de dig det her trivselstilbud..

B: Ja sådan noget trivsels et eller andet

I: Fortalte de lidt om, hvad det var for noget?

B: Jaeh øh det var med både med vægttab og alt muligt

I: Okay .. Jarh . Hvorfor tror du de tilbød dig det?

B: Det vel fordi, vi danskere er for fe'e” (Interview 2)

Også her fremhæves vægttab som hovedformålet med deltagelse i Tjek på Trivslen, og forklarer det med, at *“vi danskere er for fe'e”*.

At begge interviewpersoner her forstår Tjek på Trivslen som noget vægttabsrelateret er interessant, set i lyset af, at dette kan ses som et udtryk for den fortolkning, de har foretaget i situationen. I og med, at fokus gennem helbredstjekket er på fysiologiske målinger, der giver et billede af borgerens aktuelle fysiske sundhed, adskiller fokuset på mental sundhed, der introduceres ved tilbuddet om Tjek på Trivslen, sig markant fra den linje, der ellers er lagt. Når Tjek på Trivslen netop er iværksat som et tilbud, der kan hjælpe borgere, der er udfordrede på det mentale overskud, bliver det centralt, at der i helbredstjekket gives plads til disse problematikker. For at borgeren kan tilbydes Tjek på Trivslen, må trivsel kunne italesættes og prioriteres som del af helbredstjekket.

8.2.2 Lad os snakke

Der hersker i kommunen bevidsthed om ovenstående problematik, hvorfor det i drejebogen for Tjek på Trivslen, netop ekspliciteres, at tester også kan tilbyde borgeren deltagelse på holdet, hvis borgeren under tjekket giver udtryk for at have behov for det.

I denne sammenhæng er der opstillet in- og eksklusionskriterier som testerene kan læne sig op af ift. vurderingen af, hvorvidt borgeren potentielt ville drage nytte af at deltage på holdet (Randers Kommune 2014a). Se nedenstående uddrag fra drejebogen for Tjek på Trivslen:

Tilbuddet henvender sig til:	Tilbuddet henvender sig <u>IKKE</u> til:
Borgere, der er i en situation med mistrivsel eller i risiko for at komme det (eksempelvis depression/stress)	Borgere, hvor tilstanden har været længerevarende
Borgere, hvor situationen for nyligt er opstået og /eller har betydning for borgerens hverdag, trivsel og livskvalitet	Borgere, der ikke kan deltage i et gruppeforløb
Borgere, der er motiveret for at genvinde livskvaliteten	Borgere, der har et misbrug af alkohol og rusmidler eller i behandling herfor
	Borgere med dårlige danskundskaber
	Borgere med sværere psykiatrisk lidelse (minus let/moderat depression)

Kilde: Drejebog for Tjek på Trivslen (Randers Kommune 2014a)

In- og eksklusionskriterierne, der bl.a. opridser, at tilbuddet er målrettet *“borgere, der er i en situation med mistrivsel eller i risiko for at komme det”* samt ekskluderer *“Borgere, hvor tilstanden har været længerevarende”* tydeliggør nødvendigheden af, at borger og tester taler sammen. Med afsæt i ovenstående fremstilling af helbredstjekket, som værende en samhandling, der på mange måder defineres mere af testerene end af borgeren, kan det dog problematiseres, hvorvidt borgere med lav mental sundhed, reelt finder helbredstjekket som værende de rette rammer, at fremlægge et behov for hjælp under.

Samtidig kan det problematiseres, om det rutinemæssige i helbredstjekket øger risikoen for, at tester kan overse de indtryk, en borger, der oplever mistrivsel afgiver. Denne problematik eksemplificeres ved nedenstående uddrag af en feltsamtale med en af testerne:

“Afsluttende spørger jeg hende, hvordan deres normale ugeplaner ser ud ift., hvor mange tjeks de har på en dag, og hun fortæller ret hurtigt, hvor heldig hun er kun at have 4 tjeks på en dag. Undtagen enkelte dage, hvor hun har 6. Hun fortæller også, hvordan de andre testere, der har længere dage, synes det kan være hårdt. Hun nævner i den forbindelse det utilfredsstillende i ikke at have tid til at spørge ordentligt ind og fortæller, hvordan hun de uger, hvor der ikke er konditester, ikke kan lade være med at tænke, at der lige er lidt mere tid til at spørge ind og lade borgeren åbne op. “Ellers bliver det jo også ret kedeligt. Det er jo ret rutinepræget, så man er nødt til at lade borgeren skabe nuancerne”. (Feltsamtale, test 16)

Her beskriver testeren netop, hvordan det er væsentligt at åbne op for at *“lade borgeren skabe nuancerne”*. Samtidig giver hun udtryk for, hvordan hun er bevidst om mødets rammer og uundgåeligt tænker dem ind, i den interaktion hun har med borgeren. I den forbindelse fremhæver tester det utilfredsstillende i *“ikke at have tid til at spørge ordentligt ind”*, hvilket illustrerer, hvordan de overordnede fastlagte rammer også for testerne kan virke hæmmende for interaktionen. Herved er situationen for de professionelle også defineret som et møde, hvor man ikke naturligt følger op på alle de spor og udspil, der lægges af den anden. Således afspejler uddraget en bevidsthed hos testeren om, at det på mange måder er hende, der har rollen, som den der styrer samtalen, og samtidig styrer hvornår der er tid og plads til *at lade borgeren åbne op*. Vigtigheden af at give borgeren mere plads og rum til også at bidrage til definitionen af situationen, blev ligeledes fremhævet af en af de borgere, der takkede nej til deltagelse på Tjek på Trivslsen. Her eksemplificeret ved nedenstående interviewcitater:

“Jeg tror, de vil få. De vil få mange flere med.. hvis de lige får kigget på, hvem er det jeg sidder overfor. Lyt til folk.. ikke også.. i stedet for at det hele det er så mekanisk.” (Interview 1)

Her fremhæver borgeren netop det væsentlige i, at testerne får kigget på, hvem de sidder overfor og dermed i et samspil, kan finde ud af, om borgeren eventuelt har brug for støtte og hvilken. I tråd hermed fremhæves her, hvordan to af de interviewede borgere påpegede den oplevede fordel ved at få italesat mistrivslsen. Her følger et citat fra interviewet med en af disse borgere, der beskriver det forløsende i at få sat fokus på sin stress :

“Jeg synes, det har været nogle rigtig gode oplevelser.. og jeg synes, det er et rigtigt godt initiativ, netop hvis man går med et eller andet, hvor man tænker: ‘Ej, det er nok ikke noget’. Altså så kommer der lige pludselig fokus på det, når man får af vide: ‘jamen det kan godt være, at du lige skal..’ Sådan er det jo også med stress, ikke? Åh, jamen.. jeg tager mig lige af det om 14 dage eller et eller andet, så kan der lige pludselig gå et år, ikke? Så det var meget rart lige

at få fokus på det.. Det kan godt være, du rent faktisk liiige skal stoppe op og gøre et eller andet. Så det er jo.. det synes jeg virkelig er godt.. ja.” (Interview 3)

Her beskriver borgeren, hvordan det var en god oplevelse at den sundhedsprofessionelle ekspliciterede, at hun skulle tage stresstilstanden alvorligt. At hun skulle stoppe op og gøre noget. Nogle af de samme elementer fremhæves af en anden interviewperson, der uddyber, hvordan det var rart at åbne op under helbredstjekket:

“Øhh jeg må nok sige der, hvor jeg var til helbredsundersøgelse der og skulle have målt det hele både cykeltest, og jeg var ved at køre cyklen helt fuldstændig varm for at den skulle bruges af sådan en stor mand, ikke? [vi griner] Det var meget sjov igå’. Og så efterfølgende der var vi så til den her samtale om, hvad der nu skulle ske og sådan noget igå det var sådan lidt .. Der havde jeg allerede tillid til hende rigtig meget tillid. Så der lukkede jeg også helt op for godteposen der den dag ikke og ja tudbrølede faktisk over nogle ting og mit liv igå’, og det modtog hun godt, og det synes jeg var rigtig fint . Det synes jeg sgu.” (Interview 4)

Borgeren beskriver således, hvordan han lagde kortene på bordet. Han følte frihed til at vise et sårbart ansigt og beskriver, hvordan det blev modtaget godt. En væsentlig pointe ift., hvor vanskeligt det netop kan være at skulle stille sig selv sårbar. I dette tilfælde har testeren taget imod borgerens udspil og ladet ham være med til at definere situationen som et sted, hvor han kunne lukke op for godteposen.

I det ovenstående ses opsummerende, hvordan rammernes overordnede fokus på fysisk sundhed, på nogle områder kan virke hæmmende for identificeringen af borgere i mistrivsel og herunder rekrutteringen til Tjek på Trivslen. Samtidig illustrerer dele af empirien, hvor essentiel det i denne sammenhæng er at skabe plads til, at borgeren kan få lov at tale mere frit og dermed bidrage til at definere, hvad der for ham eller hende er vigtigt i situationen. Det ses således, hvordan det er muligt at skabe en situation, hvor borgeren føler frihed til at fremstille sig selv som sårbar med mentale helbredsproblemer. På baggrund af observationerne, synes der dog at være den overvejende tendens, at borgeren valgte at fremstille et idealiseret face, i tråd med samfundets normer for sundhed. Denne tendens udfoldes under næstfølgenden tema *Samskabelsen af normalitet*.

8.3 Samskabelsen af normalitet

Det sås, under empiridannelsen, hvorledes det i interaktionen med testere bliver centralt for borgere at fremstå 'normal'. I en Goffmansk optik, forudsætter dette, at borgeren undgår at afvige negativt fra modpartens opstillede forventninger (Goffman 1963). Forestillingen om det normale menneske er, ifølge Goffman, opstået som følge af den medicinske tilgang til mennesket og statens tendens til at behandle alle medlemmer ens (Goffman 1963).

I denne del analyseres empirien således ud fra, hvordan det normale fremstilles af den sundhedsprofessionelle, og hvordan borgeren handler bekræftende herefter. Dette for at belyse betydningen af normalitetsbegrebet i helbredstjekket. Herunder hvordan interaktionen påvirkes, og hvilken indflydelse dette har for rekrutteringen til Tjek på Trivslen.

8.3.1 Normalitet udløser ros

I nedenstående præsenteres et uddrag fra feltnoterne under et helbredstjek, der giver perspektiver på, hvordan det normale anslås på baggrund af offentlige anbefalinger og udtrykkes af testerne under mødet. Her laver tester en opsummering over borgerens helbred:

“Testerens afrunder testen med at konstatere: “det ser ikke helt skidt ud”. Hun nævner Sundhedsstyrelsens anbefalinger og fortæller, at borgeren jo lægger sig rigtig fint inden for normalområdet.” (Feltnoter, test 16)

Idet tester benytter sig af at beskrive borgerens helbred som værende *rigtig fint* og sammenstiller det med anbefalinger, der er udstukket af Sundhedsstyrelsen, bliver det tydeligt at 'det at være normal', fremkalder ros. Samme tendens gik igen under flere helbredstjek og uddybes her ved nedenstående feltnoteuddrag:

“Tester roser borgeren for tallene “Du er simpelthen så normalvægtig, det er så fint”. Borgeren giver udtryk for, at han er glad for det, men fortæller, at det havde han nu også regnet med.” (Feltnoter, test 10)

“Borgerens resultater er generelt gode og lever op til de definerede standarder, fortæller computeren. I forbindelse med at borgeren får de gode resultater, får hun også en del ros og tonen er meget positiv og opmuntrende.” (Feltnoter, test 7)

I disse uddrag illustreres, hvordan borgeren roses, når målingerne ligger i normalområdet og dermed lever op til de officielle anbefalinger. Sundhedsstyrelsens anbefalinger anvendes

konsekvent af testerne som pejlemærker for vurderingen af borgerens helbred. Med brugen af ros tydeliggøres det, at bestemte former for adfærd bliver mere legitime end andre (Borgmann 2010). Således at der i denne proces skabes et rum, hvor individet søger at fremhæve og give eksempler på sin egen legitime adfærd.

8.3.2 Idealisering af selvet

I et Goffmansk perspektiv er det interessant at indtænke den socialiserende proces, der bevirker, at individet søger at præsentere en idealiseret udgave af sig selv, der harmonerer med samfundets officielle værdier (Goffman 1990).

Der bliver ved testers indtagelse af rollen som den professionelle, og som den, der styrer samhandlingen, efterladt mindre plads til borgeren ift. at fremstille sig selv på en bestemt måde. Testers rolle som ekspert bliver yderligere forstærket ved brugen af diverse kliniske apparater under tjekket. Hermed bliver det gjort klart, at det er tester, der med sine rekvisitter indhenter information fra borgeren og afsluttende kommer med en vurdering af dennes helbred. Herunder ros når normalområdet rammes. Borgerens eneste mulighed for at påvirke vurderingen af sit helbred er således ved at opstille og fastholde face, via tale og kropssprog, der giver og afgiver et indtryk af at passe ind i normen.

I tråd hermed kan det anskues, hvordan den enkelte borger søger at påvise sin normalitet i overensstemmelse med de standarder, der opfattes som påkrævet i interaktionen med den sundhedsprofessionelle. Dette eksemplificeres i det følgende, med uddrag fra to forskellige helbredstjeks, hvor borgerne søger at legitimere deres adfærd ift. kost:

“Testeren fortæller om, hvordan kolesterol er relateret til kost og motion, og kvinden begynder at fortælle om, at hun sjældent spiser fedt, heller ikke olie. Hun spiser mange grøntsager og kylling.” (Feltnoter, test 7)

“Testeren spørger: “Hvordan er det med jer og kost?”. Borger svarer, at han synes, de spiser rimelig fornuftigt, hvortil tester spørger, hvad der ligger i fornuftigt for ham? Han fortæller, at det er mindre smør, olie og sukker, hvilket hun bekræfter.” (Feltnoter, test 12)

Uddragene viser, hvordan borgerne fremhæver deres sundhedsmæssige adfærd som værende i overensstemmelse med anbefalingerne. Samtidig fremgik det, hvordan borgerne ofte stræber efter at give testerne et tilfredsstillende svar og på den måde, bevidst som ubevidst, fremstiller sig selv i en idealiseret udgave. I forlængelse heraf, bliver det samtidig et mål at undertrykke eller skjule

aktiviteter, fakta og motiver, der ikke harmonerer med den idealiserede version af sig selv (Goffman 1990). Således er det bemærkelsesværdigt, hvordan fremhævelsen af den sunde adfærd i flere tilfælde kobles sammen med en aktuel forhindring, der gør, at de lige nu ikke gør, som de plejer.

“Tester spørger ind til, hvor fysisk aktiv hun er. Borger fortæller, at det ikke er så meget, da hun blev skadet for et par år siden. Men at hun løber 5 km x 2 om ugen.” (Feltnoter, test 16)

“Hun fortæller, at hun normalt svømmer flere gange om ugen, men på det sidste har haft travlt.” (Feltnoter, test 9)

“Borgeren har døjet med noget influenza og tilføjer, at det har betydet, at han “kommer ikke rigtigt ud at løbe sådan”. Testeren spørger, om han ellers gør det. Han svarer, at han ca. løber 10 km 3 gange om ugen.” (Feltnoter, test 13)

Denne fremhævning af at *en gammel skade, travlhed og influenza* bevirker, at anbefalingerne ikke lige i øjeblikket bliver fulgt, men at de ellers normalt vist gør, fremhæver yderligere, hvordan borgerne under helbredstjekket bestræber sig på at være sunde i den forstand som det udstikkes af Sundhedsstyrelsen. Borgerne stræber så at sige efter en positiv dom under helbredstjekket.

Dette perspektiv støtter op om, at rammerne har øvet indflydelse på, hvordan borgeren vælger at præsentere sig selv. Præsentationen kan siges at gives i en idealiseret form, der er konstrueret i overensstemmelse med samfundets værdier, snarere end at reflektere personlige motiver (Goffman 1990). Når borgeren efterstræber at fremstille sig selv som et pligttopfyldende sundt samfundsmedlem under helbredstjekket, bliver det ikke ukompliceret at skulle revidere dette valgte face, hvis samtalen leder hen på lav mental sundhed. Dette på baggrund af, at parterne gennem samhandlingen bygger deres respons til den anden på modpartens fremførelse af face, og således kan det bevirke, at parterne bliver mere eller mindre fastlåste i det fremviste face (Goffman 1990, Goffman 2005).

8.3.3 Forudfattede forventninger

Betydningen af forventninger er her central, idet der, i tråd med eksplicitering af borgerens idealiserede fremførelse, kan skelnes mellem det at støtte op om en forventet norm og at realisere den (Goffman 1963).

Ifølge Goffman, er det således et uundgåeligt vilkår, at begge parter i mødet med hinanden danner sig et førstehåndsindtryk, og på den baggrund kategoriserer den anden og tillægger denne nogle bestemt egenskaber (Goffman 1963). At dette også gør sig gældende under helbredstjekkerne, blev

især tydeligt under de uformelle samtaler med testerne. Her illustreret ved nedenstående uddrag fra en feltsamtale, hvor en af testerne beskriver, hvordan det umiddelbare indtryk af borgeren giver en idé om, hvordan helbredstjekket vil forløbe, samt om borgerne har nogle sundhedsmæssige problematikker:

“Tester fortæller, at borgeren var interesseret i Tjek på Livsstilen, så hun har skrevet ham op, men at han nok ikke reelt vil takke ja “man kan tit godt mærke, hvor motiverede de er”.[...] Jeg spørger ind til det her førstehåndsindtryk, man laver sig af borgeren, og tester fortæller, hvordan hendes erfaring gør, at hun tit ved, hvordan tjekket vil forløbe.” (feltsamtale test 13)

Det ses således her, at tester mere eller mindre bevidst laver en indledende kategorisering af borgeren, hvilket giver hende en pejling om helbredstjekkets forløb. Med afsæt i Goffmans tænkning om kategoriseringens betydning, bliver det samtidig uundgåeligt, at testeren korrigerer og indstiller sin ageren, ud fra det første indtryk hun får af borgeren. At testerne fx undlader at tilbyde borgere deltagelse på Tjek på Trivslen på baggrund af deres forudfattede forventninger, illustreres i nedenstående uddrag fra en feltsamtale:

“Efter tjekket er overstået fortæller tester om oplevelsen af, at borgeren virkede meget afvisende og afværgende. Jeg spørger i den forbindelse ind til, hvordan det vurderes, hvilket tilbud, der bør vægtes at tilbyde. Tester fortæller, at det er svært, og at borgeren her nok ville have haft god gavn af flere af tilbuddene, men hun fik dem ikke tilbudt, da hun virkede så afvisende og nok ville have endt med at sige nej.” (Feltsamtale, test 5)

Herved ses, hvordan testeren på baggrund af tolkningen af indtryk, der afgives, undlader at tilbyde borgeren deltagelse på et af de opfølgende tilbud, da *“hun nok ville have endt med at sige nej.”* Det samme eksemplificeres i nedenstående feltsamtaleuddrag, hvor en tester beskriver, hvordan hun undlod at tilbyde en borger deltagelse på Tjek på Trivslen på baggrund af sine fornemmelser:

“Efter døren er lukket udbryder tester, at hun synes, han var svær. Hun spørger mig ind til, hvad jeg synes om det? Jeg prøver at få hende til at sætte lidt flere ord på, og hun fortæller, hvordan hun var i tvivl om, hvorvidt han kunne være kandidat til Tjek på Trivslen. Hun havde valgt ikke at tilbyde ham det og heller ikke Tjek på Livsstilen, da hun fornemmede, at det ikke ville være noget for ham.” (Feltsamtale, test 17)

Med uddraget bliver det endvidere tydeligt, hvor vanskeligt det til tider kan være for testerne at navigere mellem på den ene side; rammernes krav om at identificere, påpege og rådgive borgeren om dennes helbredsproblemer og på den anden; samhandlingsordenens normer for hvordan man

kan og bør agere i mødet med en fremmed. Testernes til tider, tilbageholdenhed ift. at tilbyde borgere deltagelse på bl.a. Tjek på Trivslen kan således ses som et udtryk for det ubehagelige ved insisterende at påpege et helbredsproblem, som borgeren ikke selv giver indtryk af at være bevidst om. Dette ses særligt udtalt i relation til mentale helbredsproblemer, der ofte har stigmatiserende karakter (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, Jacobsen, Regioner & Sundhedsinstitut 2010, Sundhedsstyrelsen 2012). Denne problematik belyses under analysens næstfølgende tema *Stigmatisering undgås*.

8.4 Stigmatisering undgås

Udsættelsen for stigmatisering kan opstå i situationen, hvor det ikke blot kræves at individet støtter op om normen, men også selv realiserer normen, der tilfalder ham, kva den sociale kategori han er indskrevet i (Goffman 1963). Goffman fremhæver, hvordan den stigmatiserede i kontakten med 'normale'; *"(...) is likely to feel that he is "on", having to be self-conscious and calculating about the impression he is making (...)"* (Goffman 1963, s. 14). I forsøget på at opretholde det valgte face og derigennem realisere normen sås det, at borgerne gør brug af det, Goffman betegner som defensive praktikker.

8.4.1 Defensive og beskyttende praktikker

Defensive praktikker omfatter de strategier, individet iværksætter for at beskytte eller opretholde præsentationen af sig selv i den definerede situation (Goffman 2005). Individet kan eksempelvis søge at styre uden om emner, der kan kompromittere face ved eksempelvis at skifte emne eller helt undgå at bringe det ind i samtalen (Goffman 1990). De defensive praktikker kan siges at sætte ind, når borgerens idealiserede præsentation af sig selv kompromitteres. Brugen af defensive praktikker kom særligt til udtryk i situationer, hvor stress blev italesat som eksemplificeret ved nedenstående uddrag:

"Mens blodprøverne bliver taget, spørger testeren, om det på noget tidspunkt bliver for meget? Først er borgeren ikke helt med på, hvad hun spørger om, så hun må uddybe, om det bliver for meget med travlheden. Borgeren afværger kraftigt "nej, nej, nej! Jeg er ikke stresset - det har jeg prøvet før!". (...) Testeren spørger ind til det her med, at han har været stresset før, og om han var sygemeldt i den forbindelse? Nej, nej.. siger han igen. "Det kan jeg sagtens styre". (Feltnote, test 10)

Trods det, at borgeren selv tidligt i tjekket (og gentagne gange) har påpeget, at han er stresset, har meget at se til og har svært ved at falde ned, forbavses han over, at testeren tager emnet op og spørger ind til, om det bliver *for meget*. Her tydeliggøres, at han finder det vigtigt at rette op på situationen ved stærkt at afvise, at det kan blive overvældende, og han korrigerer til, at han ikke er stresset. Da testeren relaterer stress til noget sygdomsbetonet ved spørgsmålet om, hvorvidt han har været sygemeldt, afværger han og fremhæver, at det er en sag han sagtens kan håndtere på egen hånd. I denne sammenhæng kan endvidere fremhæves, hvordan tester og borgere tillægger stress-begrebet forskellige betydninger.

Når det bliver vigtigt, at bagatellisere den oplevede mistrivsel, mens det ikke volder kvaler at italesætte fysiske skavanker, støtter det op om, at nogle former for adfærd eller egenskaber er mere legitime og accepterede end andre. Det bliver væsentligt at værne om sit face, hvor defensive praktikker tages i brug, når risikoen opstår for at blive tilskrevet, hvad der af borgeren opfattes som svage karaktertræk eller uønskede egenskaber.

I den forbindelse er det væsentligt, at også testeren potentielt deler opfattelsen af mental velbefindende som en privatsag. Således at snakken om stress og mistrivsel ikke blot er ubehagelig for borgeren, men også for testeren, der har ansvar for italesættelsen og som har autoritet hertil. Goffman fremhæver, hvorledes det kan være mindst lige så ubehageligt at være den, der nedbryder en andens face, som den der oplever at få det nedbrudt (Goffman 2005). Det er her de beskyttende praktikker kommer i spil, som har til hensigt at redde den andens ansigt ved 'at undgå at se' og dermed udøve det, han betegner som taktfuld uopmærksomhed (Goffman 1990).

I denne sammenhæng, illustrerer nedenstående uddrag af en feltsamtale, hvorledes fokuset mod at beskytte den andens face gør sig gældende på flere områder:

"Tester fortæller, hvordan hun betragter helbredstjekket som et sted, man kan komme og ikke føle sig forpligtet af noget, derfor spørger hun ind til om de kommer hjemmefra frem for at spørge om de kommer lige fra arbejde. For hvis det nu er en borger, der er arbejdsløs eller sygemeldt, må det være op til borgeren selv at fortælle om det." (Feltsamtale, test 11)

Her ses det hvordan det opfattes som en privatsag om man er sygemeldt, og det er således op til borgeren selv at bringe det frem i lyset, hvis dette ønskes.

Naturligheden i at se væk og ikke påpege når nogen viser sig sårbare blev flere gange observeret under helbredstjekkene. Her uddybet ved et uddrag af en uformel samtale med en tester efter

helbredstjekket med manden, der påpeger at være stresset, hvor hun gav udtryk for, at situationen var svær:

“Hun fortæller, at det er svært (...) Han virkede ikke som om, han ville tage imod tilbuddet - nogle trives jo også bare med at have travlt. Man har jo heller ikke lyst til at sidde og være den, der peger fingre.” (Feltsamtale, test 10)

Dette vidner om, at testerne er meget opmærksomme på ikke at *“være den, der peger fingre”*. I tråd hermed, bliver det centralt for testerne at vise respekt for og accept af borgerens face, som dermed samarbejder med borgeren om at opretholde definitionen af situationen. Dette i forlængelse af, at den fælles forståelse og accept af det face, den anden har valgt at fremvise i det pågældende ansigt-til-ansigt møde, udgør den basale strukturelle egenskab for interaktionen (Goffman 1990, Goffman 2005).

At testerne medvirker til bekræftelse af borgerens fremførelse, ekspliciteres i nedenstående feltnoteuddrag:

“Testereren henter resultatfolderen. Den viser, at borgeren bonger ud på mental sundhed i SF-12 spørgeskemaet. Manden fremstår forvirret over det, og testereren forklarer ham, at det kan være, hvis man har oplevet lidt stress. Det er flere måneder siden, at manden udfyldte spørgeskemaet. Det var før jul, fortæller han. Testereren siger, at det kan måske også være i forbindelse med, at man altid har mere at se til op til jul.” (Feltnote, test 1)

Her illustreres det hvordan borgeren bevidst eller ubevidst giver indtryk af at være forvirret over, at spørgeskemaet afdækker ham som havende lav mental sundhed. I situationen opstår en akavet stemning, idet han affærdiger med, at det var længe siden. Testereren bekræfter ham hurtigt og udglatter med, at der kan være meget at se til op til jul, således at borgeren undgår at tabe ansigt og bibeholder sin selvrespekt.

Lignende tendens ses i nedenstående feltnoteuddrag, hvor en tester hurtigt konkluderer, at borgerens stress er naturligt og, mellem linjerne, at han derfor ikke skal føle sig unormal:

“Testereren spørger borgeren, om det er en lang dag på arbejde, og han svarer, at det er til kl 15. Han fortæller, at lige nu er de ved at skifte vinduer, så han er måske lidt stresset. Testereren svarer, at det er naturligt, og at blodtrykket også påvirkes af omgivelserne.” (Feltnote, test 13)

I begge ovenstående uddrag ses det, hvordan snakken om stress hurtigt lukkes ned med udglattende bemærkninger. Her konstrueres stress som en normalitet i hverdagslivet, hvorfor det

ikke vurderes nødvendigt at følge mere op med uddybende spørgsmål. Stressen 'parkeres' og relateres, i sidstnævnte uddrag, samtidig til noget fysiologisk, nemlig blodtrykket, hvorved fokus drejes tilbage mod fysiske parametre. Således handler modparten med diskretion og takt over for den andens fremviste face, og lader implicitte eller eksplicitte modsigelser mod dette face være ukommenteret, for at undgå pinlige situationer, der kompromitterer den positive bevisførelse. Der udøves taktfuld uopmærksomhed.

8.4.2 Krænkelser af borgerens ansigt

Kva helbredstjekkets grundlæggende formål om at gøre borgeren opmærksom på potentielle risikoområder, kan det fremføres, at testeren besidder en position, hvor det kan være nødvendigt at udføre potentielt krænkende offensive handlinger mod borgerens face og normalitet. Her er det, i Goffmans optik, centralt, at der gives en forklaring inden offensiven på, hvorfor modparten ikke skal blive fornærmet over dette (Goffman 2005). Dette aspekt kan være med til at forstå, hvordan det er nemmere for testerne at påpege en øget risiko for sygdomme på baggrund af parametre som forhøjet blodtryk og blodsukker, netop fordi de officielle anbefalinger angiver retningslinjerne. Endvidere ses det, hvordan det tillige er nemmere for borgeren at godtage en krænkelse af dennes ansigt, når det sker på baggrund af kliniske tests og videnskabeligt definerede risikoområder. For at anskue kontrasten mellem det at påpege fysiske parametre, hvor borgeren ikke lever op til anbefalingerne, og til ovenstående problematisering om at undgå italesættelsen af mental sundhed, gives her et eksempel, hvor testeren påpeger fysiske anmærkninger:

"Testeren fortæller borgeren, at blodtrykket er højt, men at der jo samtidig er tale om et øjebliksbillede. Hun beder borgeren om "når du går herfra" at tage kontakt til egen læge, som så kan følge op på det. Testeren bruger vendingen "skal vi aftale det?." (Feltnote, test 6)

I uddraget ses, hvordan tester gør det klart, at borgeren skal handle på det forhøjede blodtryk. Ved så eksplicit at betegne det som en aftale, gør tester det klart hvad der anbefales og at borgeren er i risiko. I situationen virkede det som en uproblematisk kategorisering for både borger og tester. Dette formentligt på baggrund af, at målingerne så og sige, talte sit eget sprog og placerede borgeren i en velkendt og videnskabelig veldefineret risikogruppe. Samtidig er en væsentlig pointe, at forhøjet blodtryk ikke udelukkende er knyttet til borgerens karakter og dermed potentielt fremstår som mindre stigmatiserende end mentale helbredsproblemer. Endvidere kan det være vanskeligt og mindre troværdigt, hvis borgeren stædigt forsøger at fastholde sit face som værende definitivt sund, når de fysiologiske målinger viser et andet billede. Således ville borgerens

selvfremstilling fremstår inkonsistent. I tråd hermed fremhæver Goffman, at når modparten i et møde afviger negativt fra den forestilling, vi havde gjort os om ham, vil han være i en udsat position for stigmatisering (Goffman 1963).

Når dette knyttes til borgere, der oplever mistrivsel og ikke giver udtryk herfor under helbredstjekket, men i stedet 'afsløres' af spørgeskemabesvarelsen i resultatfolderen, ses det hvordan dennes face kompromitteres. Borgeren kan ske at ville fastholde det valgte face grundet stolthed eller følelsesmæssig tilknytning til netop denne fremstilling af sig selv (Goffman 2005). Dette fremstår problematisk når testeren, i bedste mening, handler bekræftende for at hjælpe til opretholdelsen af borgerens idealiserede præsentation, og hvor borgeren således støttes i at undvige sårbare emner. Komplekset opstår i lyset af, at den påtænkte målgruppe til Tjek på Trivslen, netop er borgere, med mistrivsel og vanskeligheder i det personlige liv.

I denne sammenhæng er det netop væsentligt at fremhæve, at testerne ikke ønsker at stigmatisere, men tværtimod udviser et stærkt ønske om at hjælpe borgeren. Dette behandles i analysens næstfølgende tema *Lad mig hjælpe dig*.

8.5 Lad mig hjælpe dig

Bestræbelsen mod at hjælpe og 'gøre noget godt for den anden', fremhæves ofte som værende særligt centralt for relationsprofessionerne (Hjort 2006). Således fremstår tilbud om hjælp, rådgivning og vejvisning som en del af den professionelle etos, der danner grundlaget for testernes ageren. Et element der fremstod tydeligt i den empiriske analyse.

8.5.1 I rollen som den hjælpende

Ønsket om at hjælpe kom bl.a. til udtryk i form af, at testerne gerne ville give borgerne sundhedsfaglige råd. Dette illustreres i nedenstående:

"Resultaterne er overvejende fine. Det 'sunde kolesterol' må gerne være højere. Testeren fortæller om, hvordan det er relateret til kost og motion og at det især er olie, avokado, nødder og fisk, der har betydning for det sunde kolesterol. Især fisk. Kvinden spørger ind til, om det er 1-2 gange om ugen. Testeren retter til 2-3 gange om ugen." (Feltnote, test 7)

I uddraget ses det, hvordan testeren giver kostråd med på vejen ifm. at borgerens 'sunde kolesterol' gerne må være højere, der indikerer det grundlæggende ønske om, at ville hjælpe de borgere, der

under helbredstjekket bliver identificeret som værende i forhøjet risiko for sygdom. Samtidig sås det, hvordan ønsket om at give råd og vejledning til borgerne tillige kom til udtryk overfor borgere, der ikke udviser risikoadfærd. Illustreret ved nedenstående uddrag fra feltnoterne:

“Han fortæller, at han løber 3 gange om ugen og cykler til og fra arbejde. Testeren anerkender det og spørger ind til, om han kender anbefalingerne for motion. Han tøver, hvilket får hende til at forklarer det på en måde, hvor hun stiller det som spørgsmål: “Har du hørt om det her med, at vi helst skal være aktive 30 min om dagen?” Hun afslutter ved at konkludere, at han jo ift. anbefalingerne følger rigtig godt med på motionssiden.” (Feltnote, test 8)

Her ses det, hvorledes tester vælger at informere borgeren om Sundhedsstyrelsens anbefalinger for motion, selvom han overholder dem. I uddraget ses det endvidere, hvordan tester informerer om anbefalingerne i form af spørgsmål om *“Har du hørt det her med, at vi helst skal være aktive 30 min om dagen?”*. At testerne benytter sig af disse strategiske spørgsmål, sås under alle helbredstjek. Spørgsmål, der søger at afdække den andens videnshuller og derigennem korrigere dennes adfærd (Hermansen, Petersen 2004).

Afsluttende bliver det således også konkluderet, at han *følger rigtig godt med på motionssiden*. At tester inddrager Sundhedsstyrelsens anbefalinger, selvom borgeren ikke udviser risikoadfærd betragtes som et ønske om at ville give borgeren noget med fra helbredstjekket. I dette tilfælde en vished om at han følger anbefalingerne og er indenfor normalen.

I denne forbindelse beskriver to testere i nedenstående uddrag fra feltsamtaler, hvordan helbredstjekket er nemmere, når borgeren selv er bevidst om sin forhøjede risiko og dermed søger rådgivning:

“Efterfølgende snakker testeren uformelt om, at det var rart, at kvinden var så aktiv i helbredstjekket, og at hun selv gjorde opmærksom på, at væggtab var vigtigt for hende. Det var nemmere for testeren at rådgive ved sådan en borger.” (Feltsamtale, test 9)

“Jeg spørger tester, hvad hendes oplevelse af helbredstjekket var? Hun synes, at det var meget lige til - borgeren var meget interesseret i helbredstjekket, og hun ville gerne tage imod råd m.m.” (Feltsamtale, test 16)

Herved illustreres hvordan testerne føler det rart og nemt at få lov at indtræde i rollen som den sundhedsfaglige ekspert, der hjælper borgeren med råd og vejledning. Det bliver *“meget lige til”*, når borgeren følger den linje, der er lagt og indtager rollen som modtageren for hjælp. Helt omvendt

bliver helbredstjekkene fremstillet som værende svære, når borgeren har flere helbredsmæssige problematikker og måske har brug for mere end blot råd om kost og motion. I denne sammenhæng blev testernes opmærksomhed mod at hjælpe borgeren videre efter helbredstjekket, tydelig. Her eksemplificeret ved nedenstående feltsamtaleuddrag:

“Testeren fortæller, at hun er obs på, at tingene skal rundes af på en forsvarlig måde overfor borgeren, og at det derfor er vigtigt for hende at gøre meget ud af at anbefale borgeren at komme omkring egen læge, hvis der er områder, hvor borgeren er i risiko.” (Feltsamtale, test 13)

Det ses således, hvordan tester finder det vigtigt at guide borgere i risiko videre til lægen, mhp. yderligere hjælp. Samtidig ses et fokus mod, at tingene *“skal rundes af på en forsvarlig måde”*, og dermed opmærksomhed mod ikke blot at påpege risiko uden at tilbyde en hjælpende hånd. Samtidig kan det ses som et udtryk for, at ønsket om at hjælpe borgeren udfordres af samtidige ønsker om, at respektere og støtte op om det face borgeren opstiller og dermed undgå at stigmatisere. Dette i tråd med, at det bliver et mål i samhandlingen, at modparten kan bevare sin selvrespekt og face, selv når det bliver på bekostning af modpartens velfærd (Goffman 2005). Det ses således, hvordan normer for samhandlingen og det ansigtsarbejde, der foregår imellem tester og borger, potentielt kan reducere og vanskeliggøre borgerens mulighed for at få hjælp, herunder at blive tilbudt og takke ja til deltagelse på Tjek på Trivslen.

8.5.2 Om at takke ja til hjælp

Goffman fremhæver, hvordan selvet udfordres og kompromitteres i mødet med samfundets professionelle repræsentanter, der kommer med råd og vejledning om, hvem man *er*, og hvad man skal stille op med det (Goffman 2009). Dette kom ligeledes til udtryk under de observerede helbredstjek, samt ifm. interviewene af de borgere, der valgte at takke nej til deltagelse på Tjek på Trivslen og dermed i en eller anden grad afviste den hjælp, der blev tilbudt.

I interviewene fremstod et differentieret billede af, hvordan testernes ønske om at hjælpe blev modtaget blandt interviewpersonerne. En af interviewpersonerne beskriver, hvordan testerens ønske om at hjælpe blev oplevet som grænseoverskridende. Dette i situationen, hvor borgeren blev præsenteret for muligheden for at deltage i Tjek på Trivslen, illustreret ved følgende interviewcitater:

“Jeg synes, jeg blev presset lidt for hårdt. Da jeg, altså oppe på Randers Sundhedscenter. Da jeg blev spurgt og valgte det fra, fordi hun vidste jo så også godt, at jeg havde.. at jeg var gået ned med stress. Og der havde jeg sådan lidt.. der kunne jeg mærke, jeg trak mig fordi.. Jeg synes sådan lidt, det var mest hendes behov. Hun havde behov for, at jeg.. kom ind og. Og det kunne jeg bare mærke, det stejlede jeg på. (...) Det irriterede mig, fordi jeg kunne mærke at... jamen, hun har da sikkert ret i, at jeg ville have haft godt af det. Helt sikkert. Men det var sådan.. jeg synes ikke, hun respekterede mine grænser ift. at sige fra. Så kunne jeg bare, så trak jeg mig mere og mere.. (...) Ja, og jeg kunne simpelthen mærke, at det var hendes behov... som hun ville presse ned over mig. Jeg havde helt sikkert behov for det på daværende tidspunkt..”
(Interview 1)

I uddraget fortæller den kvindelige interviewperson om, hvordan hun følte, at tilbuddet om at deltage på Tjek på Trivslen blev *presset ned over hende*, og at testerens i den forbindelse ikke *respekterede hendes grænser* ift. at sige nej. Hun beskriver endvidere, hvordan hun oplevede det som testerens behov. Et behov for at hjælpe hende. Citatet illustrerer herved den splittelse borgeren oplevede, i form af på den ene side at ville fastholde en præsentation af sig selv, som en, der ikke havde brug for hjælp, og på den anden side en bevidsthed om, at det formentligt ville være en god idé at takke ja. Dermed illustreres den kompleksitet, der knytter sig til at tilbyde hjælpen, så den også opfattes som en hjælp af modtageren.

I interviewet fortæller hun videre om, hvordan hun ikke havde lyst til at blive mindet om sin mistrivsel og derfor ikke havde lyst til at fortælle sin historie til den sundhedsprofessionelle:

“Altså, jeg synes, hun var forstående... for min situation osv. Men jeg tror egentligt også, at det handler meget om... åh, jeg gad næsten ikke at skulle fortælle det en gang til. Jeg havde det bare sådan lidt.. åh, lad mig nu være i fred. Ja..” (Interview 1)

Med hendes afsluttende sætning; *åh, lad mig nu være i fred*, fremhæves hendes manglende lyst til, at den professionelle skal give hende råd og fortælle hende, hvordan hun skal håndtere sin situation. Dette aspekt synes særligt væsentligt at holde for øje i interaktionen med disse borgere, idet det, at mistrivslen ikke italesættes, ikke nødvendigvis er et udtryk for, at det ikke eksisterer, og at borgeren ikke har brug for eller har et ønske om at få hjælp. I denne forbindelse fremstod det tydeligt under empiridannelsen, at en væsentlig forudsætning for at borgerne takker ja til hjælp, herunder deltagelse på Tjek på Trivslen, er at hjælpen kan passe ind i den enkeltes hverdag. Således gav flere af interviewpersonerne udtryk for at manglende plads i hverdagen blokerede for, at de takkede ja til hjælp.

I nedenstående citat beskriver en af interviewpersonerne, hvordan en række ydre faktorer gjorde det svært at finde overskuddet til at takke ja til at deltage på Tjek på Trivslen:

“Hhmm.. jo, men der gik egentligt lidt tid, fordi øh... jamen fordi... sjovt nok når man er stresset, så var der jo en grund til jeg var stresset, ikke? Og jeg havde rigtig meget arbejde og jeg kunne godt se... åh, hvis jeg skal snakke med en eller anden psykolog og det pressede ind også, ej det duede ikke lige der. Så jeg skubbede det lidt.. ” (interview 3)

Her fremhæver interviewpersonen netop det paradoksale i, at man som stressramt har svært ved at stoppe op og få taget hånd om sig selv. Arbejdet fyldte for meget, så hun *“skubbede det lidt”*.

I det ovenstående ses således, hvordan testerne ønsker at hjælpe, og borgere i mistrivsel ofte også ønsker hjælp. Ikke desto mindre, er der adskillige elementer, der vanskeliggør processen. Herunder særligt rammerne for mødet og normerne for samhandlingen.

8.6 Sammenfatning af resultater

Ved den empiriske caseanalyse, blev der således fremfundet en række temaer, der fremstår som særligt betydningsfulde i relation til interaktionen mellem borger og tester og herunder rekrutteringen til Tjek på Trivslen. Det skal fremhæves, at temaerne til en vis grad er overlappende, hvilket ovenstående repræsentation af analysen afspejler.

Sammenfattende viser analysen, at rammerne i høj grad er med til at definere den samhandling, der er mellem borger og tester. Herunder fremstår et overvejende fokus mod fysisk sundhed, hvilket besværliggør testernes identificering af borgere i mistrivsel, og samtidig bliver det svært for borgeren at sætte sin mentale sundhed på dagsordenen under helbredstjekket. Det fandtes, at tester og borger, i et samspil, skaber og fastholder det at være i normalområdet som det ønskværdige, hvilket yderligere gør det vanskeligt for borgere at vises sig sårbare og som en der afviger. Således benytter borgeren sig ofte af defensive praktikker for ikke at tabe ansigt, mens testerne på samme vis bruger beskyttende praktikker til at undgå borgerens tab af ansigt og ydmygelse. Herved undlades at pege fingre og at krænke den anden, hvorved stigmatisering undgås.

Samtidig viste analysen, at testerne har et stort ønske om, at ville hjælpe, rådgive og vejlede, men at ikke alle borgere modtager den hjælp, der tilbydes, herunder deltagelse på Tjek på Trivslen. En hjælp, der tydeligt bliver besværliggjort ved de ovenfor skildrede problematikker og som medfører

det tidligere skildrede paradoks, at de borgere, der fremstår mindre modtagelige for hjælpen, ofte er dem, der på papiret, udviser det største behov.

Kapitel 9

Casen i et
forandringsperspektiv

9 Casen i et forandringsperspektiv

På baggrund af analysen af, hvilken betydning interaktionen mellem borgere og testere har for borgerens deltagelse i Tjek på Trivslen, søges i det næstfølgende afsnit at opstille konkrete anbefalinger til forandringstiltag, så flere borgere deltager. Således har afsnittet til hensigt at besvare specialets anden del af problemformuleringen:

Hvorledes kan helbredstjek forandres så flere borgere, der derigennem identificeres som havende lav mental sundhed, deltager i individorienterede forebyggelsesindsatser målrettet fremme af mental sundhed?

I problemformuleringen lægges et mere generelt perspektiv, således at forandringstiltagene søges opstillet, så disse også findes anvendelige i andre settings end blot den aktuelle case. Mulighederne for generalisering diskuteres under afsnit XX, mens de mere casenære anbefalinger gives i det følgende.

9.1 Lad borgeren være med til at sætte scenen

I analysen fremkom det, at de omgivende rammer, herunder også det materiale borgeren har modtaget inden fremmødet, får betydning for definitionen af situationen og dermed samhandlingen mellem tester og borger.

På den baggrund synes et væsentligt forandringstiltag at være; *at skabe plads i rammerne*, således at borgerne får bedre muligheder for at præge samhandlingen og helbredstjekkets udfald. Helt konkret viser analysen, at når der under helbredstjekket gives plads til, at borgeren indledningsvist får lov at tale frit og på den måde får lov også at lægge en linje, fremstår samhandlingen mindre asymmetrisk og rutinepræget. Således gives der plads til, at borgeren kan være med til at sætte scenen og dermed bringe nuancer ind i de på mange måder prædefinerede rammer.

Her fremhæves, at invitationen til mere fri samtale med borgeren, ikke skal være på bekostning af de kliniske tests og målinger. Således bør der i rammerne afsættes tilstrækkelig tid til, at både målingerne kan udføres, men at borgerne samtidig kan få lov at lægge en linje for, hvad der for dem er vigtigt, og at de sundhedsprofessionelle oplever mulighed for at forfølge dette. Dette ses i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring forudsætninger for risikokommunikation (Hansen, Svendsen 2005).

De konkrete forandringsforslag knytter sig endvidere til det materiale, borgeren modtager før helbredstjekket, hvor det bør synliggøres, at også den enkeltes trivsel er vigtig. Dette eksempelvis ved at tilføje *samtale om hvordan du har det* til listen over de ting, borgeren skriftligt inviteres til at modtage under helbredstjekket.

På samme vis kunne en illustration af to samtalende parter på det ark, som visuelt beskriver helbredstjekkets indhold, og som testerne bruger til at beskrive helbredstjekkets indhold overfor borgerne med, bidrage til at begge parter tænker samtale ind som en mere naturlig del af helbredstjekkets ramme.

9.2 Tydeliggør fokus på mental sundhed

Det dominerende fokus mod fysisk sundhed fandtes i den empiriske analyse at besværliggøre inddragelsen af mental sundhed for både borgere og testere. På den baggrund rejses forandringsforslag om i langt højere grad *at italesætte og eksplicitere mental sundhed* under helbredstjekket. I denne sammenhæng fremhæves, at et fokus mod mental sundhed ikke bør eller behøver at være på bekostning af den fysiske sundhed. Dette i tråd med WHO's brede definition af sundhed, som værende: *"(...) a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."* (World Health Organization 1948).

Herved synes det efterstræbeligt, i mindst lige så høj grad at inddrage de mentale og sociale elementer, når borgerens sundhed vurderes.

Således fremstår et konkret forandringsforslag som værende, i tråd med de, der er stillet i foregående afsnit, at betydningen af den mentale sundhed ekspliciteres til borgeren i lige så høj grad, som det aktuelt er tilfældet med den fysiske. Ved eksempelvis at lade målingerne af borgerens mentale sundhed med SF-12 fremgå i resultatfolderen som en lige så 'sand' måling som de biomedicinske tests, må det formodes, at man som borger i mistrivsel, vil være mere tilbøjelig til at handle herpå fremfor blot at slå det hen som en egen subjektiv vurdering.

Endvidere sås det i den empiriske analyse, at der både blandt borgere og testere hersker store udsving i tolkningen af begreber som trivsel og stress. Samme billede viser sig i litteraturen, hvor multiple definitioner af begreberne gør sig gældende, hvorved der kan argumenteres for at diffusiteten og det u håndgribelige omkring mental sundhed fastholdes (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2008, Nielsen, Kristensen 2007). Et konkret forslag til håndtering af denne problematik, ville være at lade de sundhedsprofessionelle skabe klarhed for borgeren omkring, hvilken form for

trivsel og stress, der indtænkes i helbredstjekkets setting. Dette eksempelvis ved at forklare forskellen på god og dårlig stress¹³, i tråd med forklaringerne omkring god og dårlig kolesterol, samt forskellen på diastolisk og systolisk blodtryk. Således ville det forventeligt blive mere tydeligt for borgerne, at stress og mistrivsel skal tages alvorligt. Samtidig ville ekspliciteringen kunne bidrage til, at de sundhedsprofessionelle opnår en mere fælles tænkning om og opfattelse af, hvornår en borger bør tilbydes opfølgende tilbud.

9.3 Opmærksomhed mod italesættelsen af 'det normale'

I analysen af nærværende case ses det, hvorledes den konstante refereren til Sundhedsstyrelsens anbefalinger bidrager til kategorisering af det normale individ. Således bliver det efterstæbeligt for borgeren at passe ind og efterleve de normalitetskrav, der stilles (Hansen, Svendsen 2005). En præmis i det folkesundhedsvidenskabelige forebyggelsesarbejde, der er almen kendt (Breinholdt 2008). Ikke desto mindre, synes den væsentlig at holde for øje, idet det i analysen fremgik, hvordan borgere ofte fremstillede sig selv i en idealiseret form og forsøgte at legitimere adfærd, der afveg fra den opstillede 'normal' ved brug af defensive praktikker. Således kommer helbredstjekket utilsigtet til at fremstå som en 'normalitets-test', som borgeren søger at bestå og derfor bestræber sig på at skjule eller negligere eventuelle helbredsproblemer.

De konkrete forandringsforslag beror derved på at rette opmærksomhed mod, *hvorledes Sundhedsstyrelsens anbefalinger og normalgrænser italesættes.*

Det sås i analysen, hvordan de sundhedsprofessionelles spørgsmål til borgerne ofte havde strategisk karakter. I den forstand, at: *"Hjælperen prøver indirekte (gennem spørgsmål) at fortælle hvordan den hjælpesøgende burde handle."* (Hermansen, Petersen 2004, s. 114). Via de strategiske spørgsmål og den ros, der gives, når borgeren er i normalområdet, fastholdes den sundhedsprofessionelle i rollen som den, der dømmes og borgeren i rollen som den, der dømmes (Borgmann 2010, Hermansen, Petersen 2004). Således anbefales det i stedet at anvende mere refleksive spørgsmål, hvormed hensigten mere er: *"(...) at fremme ændring ved at mobilisere den hjælpesøgendes egne problemløsende ressourcer."* (Hermansen, Petersen 2004, s. 115).

¹³ Når der her skelnes så firkantet mellem "god og dårlig stress", er det med samtidig viden om, at en knivskarp skelnen ikke er mulig. Ikke desto mindre, synes det hensigtsmæssigt at testerne tydeligere ekspliciterer hvornår stress er naturligt og gavnligt (fx ifm. en deadline på arbejdet, i eksamenssituationer o. lign.), samt hvornår der er tale om helbreds påvirkende stress, med symptomer som søvnløshed, indre uro og svimmelhed, der kræver aktivt indgriben fra borgeren selv (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2008).

Ved en mere refleksiv tilgang hvor de sundhedsprofessionelle spørger ind uden nødvendigvis at søge et bestemt svar hos borgeren, gives mere plads til, at borgerne kan fremstille sig selv i en mindre idealiseret form. Når fokuset rettes mod identificering af borgere i mistrivsel, synes den mere refleksive tilgang at være særligt hensigtsmæssig.

9.4 At turde påpege lav mental sundhed

Det fandtes i analysen at være en væsentlig hindring for rekrutteringen til Tjek på Trivslen, at både borgerne og testerne er så opmærksomme på at undgå stigmatisering. I et debatoplæg fra Sundhedsstyrelsen fremhæves det netop, hvordan man ved at undvige og undgå at tale om 'elefanten i rummet' bedriver en form for omvendt stigmatisering (Breinholdt 2008). Stigmatiseringen her består i, at borgere, der på lang sigt potentielt ville have gavn af en forebyggende indsats, aldrig tilbydes hjælpen og dermed fastholder sin position som en, der er let modtagelig for stigmatisering (Breinholdt 2008, Bayer 2008).

På den baggrund opstilles forandringsforslag, der handler om at følge udpegningen af borgere i risiko til dørs. Således at også borgere med lav mental sundhed udpeges med samme sikkerhed og med samme klare anbefalinger om at gå til læge og tage imod tilbuddet om forebyggelsesindsatser, som det er tilfældet for borgere med bl.a. forhøjet blodtryk.

En væsentlig pointe i denne sammenhæng er dog, at den bevidste brug af stigmatisering i forebyggelsesøjemed kun er berettiget, når mulighederne for hjælp er til stede (Bayer 2008). Således handler det igen om at skabe plads i helbredstjekkets rammer, til at de sundhedsprofessionelle finder det forsvarligt at påpege mentale helbredsproblemer, og derefter har mulighed for at hjælpe borgeren videre.

9.5 Lad hjælpen komme indefra

Gennem caseundersøgelsen er det fremhævet, hvordan testerne unægteligt tilskrives og påtager sig en rolle som den sundhedsfaglige ekspert. En ekspert, der giver råd og vejledning, som ikke altid modtages af borgeren.

Der fremstår tydeligt et ulige magtforhold mellem borgere og sundhedsprofessionelle. Et vilkår som sundhedsfilosoffen Steen Wackerhausen påpeger, ikke skal elimineres, men i stedet blot medtænkes i samhandlingen mhp. at skabe mere rum til den anden (Wackerhausen 1994). I den forlængelse fremhæver han, hvordan man som sundhedsprofessionel må påtage sig rollen som en

'*kærlig-kritisk modspiller*', der agerer som katalysator for den andens iboende helbredsressourcer (Wackerhausen 1994, s. 66).

På denne baggrund knytter anbefalingerne til forandringstiltag sig her til i højere grad *at inddrage en salutogenetisk tænkning* under helbredstjekket, fremfor den rådgivende, risikoorienterede, der aktuelt dominerer.

Hollnagel & Malterud (2002) har udviklet en teoretisk model for en salutogenetiske tilgang, hvori de bl.a. fremhæver nogle nøglespørgsmål, der bidrager til at identificere og mobilisere borgerens helbredsressourcer. Med henblik på at konkretisere hvorledes de sundhedsprofessionelle under helbredstjekket kan spørge mere salutogentisk, bringes her et af disse nøglespørgsmål:

"Vi skal ikke kun snakke om problemer - jeg må også høre om dine stærke sider. Hvilke sider af dig selv, plejer du at bruge for at blive rask eller holde dig rask?" (Hollnagel, Malterud 2002, s. 4).

De fremhæver i den forbindelse, hvordan det var oplevelsen, at spørgsmålet ofte fungerede faciliterende for samtaler mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren, som ellers formentligt ikke vil være opstået (Hollnagel, Malterud 2002). Dette vurderes særligt væsentligt, når fokus her er rettet mod at hjælpe borgere, der oplever mistro og som kan have svært ved at finde plads til at udtrykke det under helbredstjekkets aktuelle rammer.

9.6 Kollegial sparring og kommunikationsøvelser

Med ovenstående anbefalinger til forandringer af rekruttering til indsatser målrettet mental sundhed via helbredstjeks, bliver det tydeligt, at der stilles mange krav til den sundhedsprofessionelles sociale kompetencer, faglighed og kommunikation. Således er det fremhævet, hvordan man som sundhedsprofessionel både skal formå at give plads til borgeren samt eksplicitere vigtigheden af mental sundhed, dog uden at blive for rådgivende, dømmende og normalitetsorienteret. Samtidig synes det væsentligt, at man som sundhedsprofessionel tør udpege de borgere, der fremstår som havende dårlig mental sundhed, så disse kan tilbydes hjælp, mens det på den anden side er væsentligt også at fremhæve borgerens ressourcer ved en mere salutogenetisk tilgang.

Det er hermed slået fast, at den kommunikation, der foregår mellem borgere og sundhedsprofessionelle under helbredstjeks rummer utallige dimensioner og er helt central for rekrutteringen af borgere til individorienterede forebyggelsesindsatser som Tjek på Trivslen. I den forbindelse stilles der krav til den sundhedsprofessionelle om at kunne agere på den hårfine balance mellem nærvær og distance til borgeren, således at der både gives plads, og på den anden

side vises klar vej, for de borgere, der udtrykker mistrivsel. En præmis, der på mange måder genspejler det relationsprofessionelle genstandsfelt, hvor involvering og omsorg går side om side med professionel distancering (Hjort 2006).

At de sundhedsprofessionelle sidder med en stor opgave, blev i særdeleshed tydeligt under de uformelle samtaler med casens testere. Her spurgtes ofte ind til vores vurdering og oplevelse af, hvordan de kommunikerede under helbredstjekket, hvilket tolkes som et ønske om og lyst til at få faglig sparring. På den baggrund stilles et konkret forandringsforslag om at indtænke og tilbyde de sundhedsprofessionelle dybdegående og vedvarende kommunikationstræning.

Kapitel 10

Diskussion

10 Diskussion

Dette kapitel danner ramme om specialets diskussion, hvor resultater, etiske overvejelser samt undersøgelsens konstruktion anskues i et refleksivt lys mhp. at diskutere udfordringer og muligheder i undersøgelsen. En diskussion af analysens resultater gives indledningsvist, efterfulgt af en diskussion af etiske refleksioner, der knytter sig til rekruttering til Tjek på Trivslen. Endelig diskuteres undersøgelsens konstruktion i relation til rammer og metoder.

10.1 Diskussion af resultater

Følgende diskussion har til hensigt at brede analyses resultater, herunder fremsættelsen af forandringstiltag til forbedret rekruttering i forebyggelsesindsatser målrettet dårlig mental sundhed, ud i et mere generelt perspektiv. Dette ved at diskutere og vurdere analysens fund op imod studier omhandlende risikokommunikation i forebyggende arbejde. En oversigt over de studier, der anvendes i diskussionen findes i bilag B2.

10.1.1 Mod et fokus på mental sundhed

Analysens resultater peger samlet på, at det prædefinerede fokus i helbredstjekket, hvor hovedindholdet går på fysiske målinger, sker på bekostning af italesættelsen og vurderingen af den mentale sundhed. Dette understøttes af den generelle tendens til, at psykiske lidelser underbehandles, mens der i sundhedsvæsenet i høj grad er fokus på somatiske lidelser (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, Jacobsen, Regioner & Sundhedsinstitut 2010).

I et kvalitativt svensk studie af Hörnsten et al. (2014), der har undersøgt samtaler mellem borgere og sygeplejersker i en konstellation sammenlignelig med Tjek dit Helbred, fremdrages lignende fund. Hvor det svenske helbredstjek er konstrueret med fokus på tidlig opsporing af risikofaktorer for hjertekarsygdomme og diabetes, ledes dialogen hen på emner relateret hertil (Hörnsten et al. 2014). Konsistent med nærværende resultater må andre anliggender, som stress og sociale forhold, vige for fysiske faktorer, på trods af at disse anliggender rangerer som vigtigere faktorer for borgerens sundhed (Hörnsten et al. 2014).

Nærværende analyses resultater indikerer, at det øgede fokus på fysisk sundhed kan skyldes en oplevet håndgribelighed hos testerne i og med, at langt de fleste somatiske sygdomme kan identificeres og diagnosticeres vha. biomedicinske målinger, mens det sjældent er muligt ved psykiske lidelser. Dette understøttes af Adelwärd & Sachs (1996), der i et casestudie omhandlende

risikosamtaler ifm. helbredstjek beskriver, hvordan formidlingen af borgerens risiko via tal kan være en måde at visualisere det usynlige, hvorved det subjektive og komplekse ved at italesætte borgerens risikoadfærd bliver mere objektivt og præcis (Adelwärd, Sachs 1996). At kunne referere til testresultater som tal betød, at de sundhedsprofessionelle kunne tale om potentielt ansigtstruende emner som lav mental sundhed, alkoholvaner o. lign. på neutral vis (Adelwärd, Sachs 1996).

Anskues disse pointer i relation til nærværende case, kan der argumenteres for, at netop måling af mental sundhed med et screeningsværktøj som SF-12 kan tillægges samme pålidelighed i identificeringen af lav mental sundhed, som biomedicinske målinger i vurderingen af fysisk sundhed. Kva vurderingen af SF-12 som et validt screeningsværktøj¹⁴ for mentale lidelser som depression og angst i den brede befolkning kan der argumenteres for at en score for mental sundhed på samme vis som eksempelvis kolesteroltal anvendes som udgangspunkt for dialog (Christensen et al. 2013, Gill et al. 2007). Der kan således argumenteres for, at målingen af mental sundhed tillægges samme alvor og ikke blot nedgraderes ifm., at det er borgerens *subjektive vurdering*.

I relation til spørgeskemaets brug under helbredstjekket, kan det desuden diskuteres, hvorvidt det vil være fordelagtigt for helbredstjekkets udfald, hvis testerne inden mødet havde kendskab til borgerens spørgeskemabesvarelse. Dette i modsætning til først at blive opmærksom på evt. risikoadfærd, når resultatfolderen printes til slut i tjekket. Der ville således kunne argumenteres for, at hvis tester fra mødets start har kendskab til borgerens lave mentale sundhed, ville det være muligt at forberede mødet og spørge ind til disse områder, og på den baggrund tilbyde borgeren hjælp, hvor der kan være behov for det. Adelwärd & Sachs omtaler i den forbindelse spørgeskemaet som en tredjepart, der giver fokus for begge deltagere i samtalen (Adelwärd, Sachs 1996). I studiet af Hörnsten et al. gennemgår sygeplejerskerne resultater fra helbredstjekket sammen med en omfattende spørgeskemabesvarelse udfyldt af borgeren om daglige vaner, hvilket af sygeplejerskerne opfattes som et nyttigt redskab til at styre samtalen omkring forskellige emner (Hörnsten et al. 2014). Eksempelvis fremhæver en sygeplejerske “... *you have to talk about everything in this questionnaire. You cannot leave out alcohol, you cannot leave out loneliness; you cannot leave such issues because you eventually come to those pages.*” (Hörnsten et al. 2014, s. 239). I denne sammenhæng ses således, hvordan det at kende til spørgeskemaet på forhånd, kan opleves

¹⁴ I et australsk tværsnitstudie fra 2006, med 10504 respondenter, fastslås den mentale helbredskomponent i SF-12, som værende et validt screeningsværktøj for almene mentale lidelser i den brede befolkning. Således angives Area Under the Curve (AUC) til at være 0,83 for angst og 0,92 for depression (Gill et al. 2007).

som en hjælp af de sundhedsprofessionelle, fordi det bliver legitimt, at italesætte emner, der måske ellers ville undgås jvf. de beskyttende praktikker, der kan være på spil. Dette i forlængelse af Adelwärd & Sachs' pointe om, at det objektiverende ved tal og målinger gør, at italesættelsen af følsomme emner kan ske på en mere neutral vis (Adelwärd, Sachs 1996). Dog under den forudsætning at spørgeskemabesvarelsen bliver prioriteret under helbredstjekket.

Modsat kan det diskuteres, om der vil være risiko for, at en forudgående viden om borgeren, potentielt vil bidrage til en kategorisering og stereotypisering af borgeren fra helbredstjekkets start og dermed have negative konsekvenser for samhandlingen og det tillidsfulde rum. Denne risiko fremhæves ligeledes i det svenske studie, hvor det beskrives, at det at gennemgå spørgeskemabesvarelsen kan føre til skyldfølelse og en følelse af fiasko for borgeren, der ikke lever efter anbefalingerne (Hörnsten et al. 2014). En risiko, der blev mere udtalt, hvis der ikke var tid nok til at reflektere over resultaterne sammen med borgeren (Hörnsten et al. 2014). Taget den begrænsede tidsramme af 45 min. i betragtning ved Tjek dit Helbred, ses risikoen for at påføre borgeren skyldfølelse over risikoadfærden at være betragtelig, hvis en gennemgang af spørgeskemabesvarelsen ift. at italesætte potentiel lav mental sundhed eller andre problematikker skal indføres. Dette er samtidig et væsentligt aspekt, der på baggrund af ønsket om at hjælpe borgerne, må ses som utilfredstillende for testerne.

I Randers Kommunes drejebog for Tjek på Trivlsen er ekspliciteret, at målgruppen for tilbuddet ikke udelukkende er de 10%, der scorer lavest på spørgeskemaet (Randers Kommune 2014a). Dette i tråd med rationalet om tidlig opsporing, hvor borgere hjælpes før behovet for evt. behandling opstår (Randers Kommune 2014a). Når der således ønskes en sekundær forebyggelsesstrategi mod fremme af mental sundhed, kan det diskuteres, hvorvidt flere end blot de laveste 10% med dårlig mental sundhed bør angives i resultatfolderen. Ses dette ift. Sundhedsstyrelsen inddeling af mental sundhed i tre grupper, hvor de laveste 10% har dårlig mental sundhed, de øverste 65% har god mental sundhed, og de resterende 25% klassificeres som havende moderat mental sundhed, bliver det tydeligt, at der er en stor gruppe borgere, der potentielt kunne være deltagere til Tjek på Trivlsen, men som ikke identificeres via resultatfolderen under helbredstjekket (Christensen et al. 2010). Således kan det diskuteres, om også de 25 % med moderat mental sundhed bør inkluderes set i lyset af forebyggelsespotentialet. I en sådan diskussion vil det fremstå centralt, at man på den ene side øger muligheden for at forebygge decideret dårlig mental sundhed hos en større gruppe, mens det på den anden side

repræsenterer risikoen for bekymringskabelse og sygeliggørelse blandt borgere, der udpeges som værende i risiko. Dette særligt, når identificeringen af den enkelte borger beror på statistikken af sundhedstilstanden blandt populationer (Rose 2001, Peterson, Lupton 2000).

10.1.2 Det relationelle forhold

Særligt i relation til interviewpersonernes udtalelser fremhæver analysens fund endvidere, hvordan det relationelle forhold, herunder skabelsen af tillid, mellem borger og tester findes væsentligt for rekruttering til Tjek på Trivslen.

I denne sammenhæng har andre studier ligeledes påpeget vigtigheden af et godt forhold mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle (Hörnsten et al. 2014, Adelwärd, Sachs 1996, Myers 2003, Linell et al. 2002). Hörnsten et al., understreger den tillidsfulde dialog, hvor venlighed og imødekommenhed førte til ærlighed og tillid i dialogen (Hörnsten et al. 2014). Bl.a. beskrives en situation, hvor det tillidsfulde forhold mellem en kvindelig borger og sygeplejersken førte til, at kvinden til sidst i samtalen, betroede til sygeplejersken, at hun ikke havde det godt (Hörnsten et al. 2014). Dette perspektiv stemmer overens med analysens fund i relation til, at dialogen er et vigtigt redskab i identificeringen af borgere med lav mental sundhed. Et essentielt udgangspunkt for at borgeren kan tilbydes støtte.

I direkte forbindelse mellem det tillidsfulde forhold og rekruttering til forebyggende indsatser har to studier fremhævet relevansen ift. en opsøgende rekruttering til helbredstjek blandt *hard-to-reach* individer¹⁵ (Sinclair, Alexander 2011, Harkins et al. 2010). Et kvalitativt engelsk studie af Harkins et al. (2010) omkring rekruttering til et nationalt screeningsprogram har fundet, at interviewpersonerne gentagende fremdrager ansigt til ansigt relationen som værende en bærende faktor for beslutningen om deltagelse (Harkins et al. 2010). Særligt de sundhedsprofessionelles entusiasme og evne til at skabe tillid var essentiel for rekrutteringen og beslutningen om deltagelse (Harkins et al. 2010). Lignende konklusioner fremdrages af Sinclair & Alexander (2011), der i et kvalitativt skotsk studie bl.a. konkluderer, at de sundhedsprofessionelles adfærd, herunder deres imødekommenhed og overtalelsesevne, ikke skal undervurderes ift. den interpersonelles kommunikations betydning for valget om at deltage i helbredstjekket (Sinclair, Alexander 2011). På trods af, at studierne adskiller sig ved at undersøge rekruttering til helbredstjek, viser pointen om

¹⁵ Studierne af Harkins et al. (2010) og Sinclair & Alexander (2011) fremkom af søgning 1, hvorfor en oversigt over disse to findes i bilag B1.

det relationelle forhold relevansen af også at medtænke dette i rekrutteringsøjemed til andre individorienterede forebyggelsesindsatser.

I forlængelse heraf, påpeger nærværende speciales analyse, samt flere studier, det dilemma, der opstår i sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, når sundhedsprofessionelle skal italesætte borgerens eller patientens risikofyldte adfærd, særligt i situationer vedrørende følelsesladede emner (Hörnsten et al. 2014, Adelwärd, Sachs 1996, Lund, Helgason 2000). Et dilemma, hvor den sundhedsprofessionelle på den ene side skal opbygge tillid og tryghed for borgeren og på den anden side skal italesætte sensitive eller tabuiserede emner. Her beskriver Hörnsten et al., hvordan nogle sygeplejersker følte sig sårbare i snakken om følelsesladede emner (Hörnsten et al. 2014). Ligeledes har en norsk spørgeskemaundersøgelse omkring det at undlade italesættelsen af et problem, her vedrørende passiv rygning med småbørnsforældre, fundet de væsentligste barrierer til at være; ubehag ved at tage emnet op, ikke at vide hvordan de skal snakke om problemet samt manglende tid (Lund, Helgason 2000).

Når de sundhedsprofessionelle således både skal indgyde tillid og samtidig påpege risikofaktorer for at tilskynde forebyggende adfærdsændringer, er der tale om en svær balancegang. Dette fordi der ikke blot er tale om ekspliciteringen af risiko, men samtidig italesættelsen af adfærd, der relaterer sig til anliggender, der af individet kan opfattes som dybt personlige.

Et svensk studie af Linell et al. (2002) om risikosnak i medicinske kontekster konkluderer, at der eksisterer en *eksplicit* og *implicit* snak om risiko, og der forelægges en række forhold, der gør sig gældende for at snakken om risiko gøres eksplicit. Herunder, at patienten gennem egen adfærd kan influere den fremtidige risiko, at det vides at patienten er i højrisiko samt at emnet vedrørende risikoen er et punkt på agendaen snarere end at være noget, der mere tilfældigt bringes op. Den implicitte tilgang eller undgåelse vælges, når de modsatte forhold gør sig gældende (Linell et al. 2002).

Set i lyset af disse forudsætninger for eksplicit at italesætte risikoforhold står det klart, at med den aktuelle konstruktion af Tjek dit Helbred, vil de fysiske målinger primært facilitere til eksplicit risikosnak, særligt på baggrund af den tydelige risikoprofil. Modsat vil lav mental sundhed indgå mere implicit. Imidlertid kan der pga. af de listede forhold argumenteres for, at lav mental sundhed kvalificerer sig som et emne, der kan ekspliciteres som risiko, men at dette udfordres af, at mental sundhed aktuelt ikke er et synligt punkt på dagsordenen i helbredstjekket.

Analysens resultater synes at være konsistente med litteraturen om risikokommunikation, hvorved relevansen af at måling og italesættelse af mental sundhed kommer på dagsordenen i helbredstjekket på samme vilkår som de biomedicinske og fysiske målinger. For at overkomme eventuelle barrierer, der kommer i spil for at bevare borgerens face, jvf. defensive og beskyttende praktikker, fremstår vigtigheden af at rette fokus mod teknikker, der kan gøre det nemmere for sundhedsprofessionelle at samtale om følelsesmæssige eller tabuiserede emner med borgeren endnu mere udtalt.

10.2 Ethiske refleksioner

I det følgende diskuteres etiske refleksioner relateret til konstellationen af risikoidentificering og forebyggende arbejde. Dette grundet det essentielle i, at der i praktiseringen af forebyggelsesindsatser reflekteres over om tiltagene bygger på en bestemt opfattelse af 'det gode liv' (Holtug et al. 2009).

10.2.1 Med identificering følger øget risikobevindstthed

Når borgeren gøres opmærksom på risici forbundet med mistrivsel, udspringer dette af forestillingen om, at risikobevindstthed fører til adfærdsændringer med formålet at forebygge sygdom (Holtug et al. 2009). I tråd hermed, fremhæver resultaterne, hvordan det findes centralt, at tester retter fokus mod borgerens trivsel og velbefindende i mødet. Dette for at muliggøre, at en borger, der oplever mistrivsel eller begyndende psykiske vanskeligheder, kan tilbydes opfølgende hjælp på samme vilkår, som hvis der var tale om fysiske risikofaktorer. Et rationale, der især synes væsentlig, idet mennesker med psykiske vanskeligheder har tendens til at isolere sig mere end andre, hvorved tilvejebringelsen af støtte hindres (Regeringens udvalg om psykiatri 2013). Modsat vil påpegelsen af risikofaktorer medføre en kategorisering af borgeren som en med lav mental sundhed (Jackson 2003). Med denne viden om risiko introduceres et ansvar hos borgeren om, at tilvejebringe en kursændring, der nedbringer den påpegede risiko. Som udtrykt af den britiske sociolog Nikolas Rose:

“The active citizen thus is to add to his or her obligations the need to adopt a calculative prudent personal relation to fate now conceived in terms of calculable dangers and avertable risks.”

(Rose 2006, s. 158)

I forebyggelse ligger således et ansvar på individet, der bliver gjort opmærksom på sin risikoadfærd, for således at kunne kalkulere farer og undgå disse, hvilket potentielt kan føre til en øget risikobevidsthed, skyldfølelse og utilsigtet bekymringskabelse hos borgeren (Holtug et al. 2009).

10.2.2 At gøre lav mental sundhed til en tilstand

I konstellationen af helbredstjekket, hvor formålet er opsporing og identificering af risikofaktorer, bliver det centralt at holde risikoen for sygeliggørelse for øje (Holtug et al. 2009). Dette ses problematisk, idet påpegelsen af lav mental sundhed ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at den lave mentale sundhed udvikles til psykiske lidelser. Der eksisterer således en risiko for, at når borgeren, ved italesættelsen af lav mental sundhed, præsenteres for den øgede risiko for udviklingen af eksempelvis depression og angst kan dette opfattes som en slags præ-diagnose (Jackson 2003). Således at *risikofaktorer for sygdom* bliver forvekslet med en *mild form for sygdom* (Jackson 2003).

Dette i relation til, at borgeren ved påpegelsen af lav mental sundhed indskrives i en kategori, der ydermere kan have negative konsekvenser for borgerens selvopfattelse (Holtug et al. 2009, Jackson 2003). Et forhold, der vil afhænge af, hvorledes opfattelsen af risiko fortolkes. Hvad der opfattes som risikofyldt kan ses som noget, der er socialt konstrueret. Noget, der intersubjektivt produceres mellem sociale relationer, således at intet er en risiko i sig selv, før det er mærket således (Lupton 2013). Således er det væsentligt, at der i italesættelsen af lav mental sundhed ikke produceres en *tilstand* i form af, at borgeren tilskrives en mild form for sygdom eller en slags præ-depressiv diagnose.

10.2.3 Mellem den sundhedsprofessionelles og borgers perspektiv

Et centralt emne i analysen var testernes ønske om at hjælpe borgere mod det sundere ved at videregive sundhedsfaglig viden og råd til borgeren. Et ønske, der harmonerer med det essentielle rationale i folkesundhed, der bygger på moralske forpligtigelser til at omsætte tilgængelig viden om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse i populationen (Public Health Leadership Society 2002). I relation hertil er det væsentligt at overveje, hvordan samtaler omkring identificering af borgerens risikofaktorer og helbredsressourcer unægteligt medfører udfordringer mht. det ulige magtforhold i relationen (Hollnagel, Malterud 2002). Et magtforhold, der ikke mindst udspiller sig på mikroniveau i det konkrete interpersonelle møde (Järvinen 2005). Ønsket om at videregive sundhedsfaglig viden til borgeren, kan således ses som de sundhedsprofessionelles faglige logikker,

hvor udøvelsen af en professionel praksis styres af erfaringer om det gode arbejde (Järvinen 2005). Anskues dette i et Foucault inspireret perspektiv, repræsenterer de sundhedsprofessionelle disciplinerende relationer, når opmærksomheden rettes mod fremme af mental sundhed og livskvalitet (Foucault 1980). Særligt når der er tale om en relation, hvor den sundhedsprofessionelle fremstår som eksperten, der besidder viden om, hvordan risiko for lidelser bekæmpes (Hollnagel, Malterud 2002).

Endvidere fremstår den faglige autoritet stærk, idet der hersker stor tiltro til den sundhedsprofessionelles ekspertviden i modernitetskulturen (Hollnagel, Malterud 2002).

I denne optik, vil der således være ubevidste eller fornægtede magtrelationer til stede i rekrutteringen til Tjek på Trivslen. Dette i forlængelse af, at der er tale om rekruttering til et forebyggende tiltag med formålet at gøre borgere opmærksomme på risikofaktorer mhp. at forebygge sygdom ved at tilbyde hjælp til håndtering af den oplevede mistrivsel. Hermed bliver det særlig væsentligt, at den sundhedsprofessionelle er bevidst om sin position som den disciplinerende autoritet. Således at den sundhedsprofessionelle er opmærksom på modsætninger og uoverensstemmelse mellem borgerens og den professionelles perspektiv (Hollnagel, Malterud 2002).

Når rekruttering til Tjek på Trivslen ønskes forbedret, er det således med afsæt i ønsket om at få flere, af de i statistikken anviste, borgere med lav mental sundhed til at deltage. Dette kan problematiseres når viden om, hvorvidt Tjek på Trivslen reelt producerer de tiltænkte effekter ved at hjælpe borgere i mistrivsel, stadig skal dokumenteres. Imidlertid kan det fremsættes, at når Tjek på Trivslen er iværksat, er det med en klar forventning om, at tilbuddet giver større sundhedsgevinster end potentielle skadevirkninger herved. I den forbindelse er det relevant at fremdrage forebyggelsesdevisen om, at det offentlige principielt har samme moralske ansvar for at undlade at iværksætte forebyggende tiltag som for handlinger, når der ikke kan opstilles saglige begrundelser for, at undladelsen vil være bedre end iværksættelsen (Holtug et al. 2009).

10.3 Diskussion af undersøgelsens konstruktion

I bestræbelsen på at opnå forståelse for en social proces som rekrutteringen til Tjek på Trivslen, hvor en "*deep structure of knowledge*" er opnået som følge af feltarbejde og interviews med borgere, bliver det centralt, at reflektere over den videnskabelse, der er fremkommet i processen (Creswell 2007, s. 201).

I konstrueringen af undersøgelsen og beskrivelsen heraf er opnåelsen af intersubjektivitet tilstræbt, mht. at skabe transparens og troværdighed ved at læseren kan følge den komplette proces fra problemformulering, gennem den empiriske indsamling og analyse til undersøgelsens resultater (Christensen, Schmidt & Dyhr 2008). Således tages udgangspunkt i en mere pragmatisk tilgang, hvorfor også inddragelsen af etiske refleksioner relateret til empirigenereringen forekommer løbende ift. den relevante sammenhæng (Justesen, Mik-Meyer 2010).

Følgende afsnit har til formål at diskutere skabelsen af viden i dette speciale. Herunder hvordan de definerede rammer har fungeret som begrænsende og muliggørende strukturer for undersøgelsen.

10.3.1 Rammerne

Valget om aktivt at anvende det teoretiske symbolsk interaktionistiske perspektiv har uundgåeligt haft indflydelse på afgrænsningen af fokus for undersøgelsen ved at snævre ind på betydningen af interaktionen mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren under helbredstjekket. Den konsistente indflydelse fra det teoretiske perspektiv vil således præge undersøgelsen ved at øve indflydelse på valg af metoder. Når det teoretiske perspektiv anvendes til at forstå og forklare verden med, bliver det tydeligt, at anvendelsen uundgåeligt vil lede iagttagelsen mod samhandling og interaktion mellem mennesker. I denne sammenhæng kan det diskuteres, hvorvidt undersøgelsen lader sig styre af de rammer, der er opsat kva den videnskabsteoretiske positionering og teoretiske perspektiv.

Mens rammerne således betinger fokus for undersøgelsen og hvilken mening, der tilskrives handlingerne, kan der modsat argumenteres for, at ved at undersøgelsen har haft et induktivt tilsnit, har empirien bestemt teorien snarere end ladet sig styre heraf. Således har de indledende åbne eksplorative observationer under helbredstjekkene, samt *deep hanging out* tilgangen sikret, at inddragelsen af teori er empirisk funderet. Her kan bl.a. fremhæves, hvordan det under de indledende observationer af helbredstjekkene blev tydeligt, at Goffmans tænkning om samhandlingsordenen, ville være et væsentligt aspekt at inddrage i belyningen af, hvorfor så få vælger at takke ja til Tjek på Trivslen.

Endvidere bidrager ekspliciteringen af positionering og teoretisk perspektiv til at situere og tydeliggøre præmisserne for undersøgelsen (Carter, Little 2007). Dette i tråd med, at den kvalitative forsker uundgåeligt vil være situeret eller positioneret på en måde, der vil øve særlig indflydelse på undersøgelsen (Justesen, Mik-Meyer 2010).

I det teorifortolkende casestudie bliver det således klart, at forskeren ikke blot optræder som en formidler af casen, men som en aktiv fortolker, i hensigten om at generere ny empirisk viden (Antoft, Salomonsen 2012). I kraft af, teoriens funktion som de *begrebsmæssige briller* empirien fortolkes med, har forskeren en mere distanceret rolle (Antoft, Salomonsen 2012). Med teorien, skabes altså en analytisk afstand, hvor der er plads til, at man som fortolker kan bidrage med en indsigt, der rækker ud over aktørernes egne fortolkninger (Thagaard 2004).

Med det teoretiske perspektivs afgrænsende rammesætning bliver det ligeledes relevant, at diskutere anvendelsen af sensitiverende begreber, der har resulteret i brugen af Goffmans teori om rammer og samhandling som analytisk facilitator.

10.3.2 Teoriens rolle

Med brugen af begreber formes en særlig socialt konstrueret virkelighed, hvorfor anvendelsen af Goffmans teori uundgåeligt vil afgrænse analysen. Således kan det i relation til spørgsmålet om, hvorledes rekrutteringen til Tjek på Trivslen kan forandres, så flere borgere vælger at deltage, diskuteres, hvorvidt teorien har været begrænsende i den forstand, at der er skabt blindhed overfor andre væsentlige problematikker, der kan være på spil i rekrutteringsprocessen. I forlængelse heraf, udforsker dette speciale blot et hjørne af den samlede rekrutteringsproces til Tjek på Trivslen, hvorfor der unægteligt vil være andre væsentlige problemstillinger, som de, der knytter sig til barrierer, tilsvarende de, der er fremfundet i den indledende systematiske litteraturgennemgang (søgning 1). En udforskning af individuelle motiver for ikke-deltagelse af personlig, praktisk og organisatorisk art vil således kræve et andet perspektiv, hvor særligt en fænomenologisk undersøgelse vil være formålstjenlig. Imidlertid demonstrerer netop litteraturen, at fokus traditionelt set har været rettet netop mod barrierer, der knytter sig til de individuelle motiver, holdninger og oplevelser omkring deltagelse i indsatsen, der undersøges, hvorfor de kvalitative undersøgelser fra den systematiske søgning tager udgangspunkt i det fænomenologiske rationale. Dette ses bl.a. i studierne af Jackson et al. (2010), Schäfer (2014) samt det emnebaserede review af Dryden et al. (2012), hvor formålet defineres som at finde motiver, der omfatter holdninger, oplevelser m.v. I forlængelse af dette traditionelle fokus, har netop det symbolsk

interaktionistiske perspektiv med anvendelsen af Goffmans begrebsramme bidraget med et alternativt og nyt perspektiv på ikke-deltagelse, der favner de relationelle sociale processer. Således vurderes anvendelsen af teori som kvalificerende for det blik, der tages på undersøgelsen, snarere end en hæmsko for at forstå den individuelle verden (Justesen, Mik-Meyer 2010).

10.3.2.1 Det Goffmanske blik

I relation til kvalificeringen af valg af teori i det teorifortolkende casestudie er det ifølge Antoft væsentligt, om problemstillingen befinder sig på mikro-, meso- eller makroniveau (Antoft, Salomonsen 2012). Anvendelsen af Goffmans begreber kan således hævdes, at harmonere med den identificerede problemstilling ved at udspille sig på mikroniveau i form af den fokuserede betragtning af samspillet mellem individer.

Det kan diskuteres, hvorvidt inddragelse af eksempelvis Pierre Bourdieus Doxa begreb havde gjort sig anvendelig til et øget fokus mod de kulturelle værdier og samfundsnormer, der præger aktørernes ageren i feltet (Larsen 2012). Dette mhp. at skabe en analyse, der i højere grad inkluderer omgivende strukturelle perspektiver. Dog kan der argumenteres for, at det ved inddragelsen af Goffmans mere overordnede tænkning om samhandlingsordenen og rammerne herfor ikke benægtes, at samfundets omkringliggende normer har betydning for interaktionen (Kristiansen, Jacobsen 2010).

Endvidere har de anvendte teoretiske begreber, kva deres udspringen af Goffmans egne empiriske analyser, været let operationaliserbare ift. nærværende speciales analyse. Mere, end havde der været tale om store abstrakte begreber på meso- eller makroniveau. Goffmans begreber er således valgt ud fra kriteriet om, at teorien organiserer størstedelen af materialet, således at det teoretiske abstraktionsniveau ikke bliver mere generelt end højst nødvendigt (Antoft, Salomonsen 2012).

Endvidere kan det diskuteres, hvorvidt det dramaturgiske perspektiv på interaktionen mellem borgere og sundhedsprofessionelle kan mislede til en fortolkning af, at disse handler bevidst og velovervejeth, ift. de roller de indtager, og det face de viser (Mik-Meyer 2004). Dette er ikke tilfældet, hvorfor det her præciseres at både borgere og sundhedsprofessionelle, kva rammerne, tilskrives bestemte roller, og ofte ubevidst påtager sig et face, der findes hensigtsmæssig i situationen.

Overordnet konkluderes det, at Goffmans begrebsramme har været berigende for analysen. Dette med afsæt i deisen om, at netop det metaforiske perspektiv på interaktionen mellem borgere og sundhedsprofessionelle har åbnet op for nye veje i tolkningen af, hvilke årsager, der kan være til, at

så få borgere med lav mental sundhed rekrutteres til individorienterede forebyggelsesindsatser som Tjek på Trivslen.

10.3.3 Metoder

Med den grundlæggende *deep hanging out* tilgang gennem feltarbejdet er der en risiko for at 'go native', hvor undersøgeren opnår en fællesskabsfølelse, der potentielt skaber blinde pletter og hindrer undersøgerens fremmede kritiske blik (Fangen 2004). Denne problematik understreger vigtigheden af at tilstræbe en balance mellem nærhed og analytisk distance i feltarbejdet. Grundet den enestående imødekommenhed fra Randers Sundhedscenter har vi, trods den korte periode, haft mulighed for at tilbringe tid i de rammer, hvor undersøgelsen er situeret. Herved er opnået et særligt indblik i dagligdagen i form af forståelse for arbejdsgangen, miljøet, personalet og forskelligheden af borgere, der møder op til helbredstjek. Med denne nærhed følger, at vi som undersøgere er blevet knyttet til personalet, hvorfor det bliver centralt at have fokus på samtidig at bibeholde det fremmede blik. Analytisk distance er søgt opnået undervejs i feltarbejdet dels gennem nedskrivningen af feltnoter for at eksplicite iagttagelser, tanker og refleksioner omkring det oplevede og dels gennem sparring med hinanden.

Endvidere har løbende sparring med vejleder bidraget til at bevare en åbenhed og refleksion over vores egen påvirkning i processen. At få vejleders udenforstående blik på casens problemstilling, har yderligere bidraget til en reflektiv bearbejdning af indtryk fra felten.

Deep hanging out tilgangen sluttede, da analysen påbegyndtes. Dette endvidere mhp. at skabe distance, således at analysens resultater ikke blot fremkommer som en refleksion af aktørernes egne fortolkninger. Den teoretiske anvendelse i analysefasen bidrager desuden med analytisk distance, som de begrebsmæssige briller, der bidrager med et fremmed kritisk blik på empiri (Thagaard 2004, Fangen 2004).

I relation til opnåelsen af nærhed og gensidig tillid hos de sundhedsprofessionelle gennem feltarbejdet bliver det udfordrende i analysefasen at genfinde det analytiske kritiske blik på empirien, grundet loyaliteten til deltagerne (Fangen 2004). Dette fordi man i feltarbejde "... *både skal involvere sig med og objektivere de mennesker, der bebor forskningsfeltet*", hvorfor der er tale om en dobbelt positionering (Tjørnhøj-Thomsen, Hansen 2009, s. 223). Et stærkt mål har således været, at det skriftlige produkt af fortolkninger fra feltarbejdet ikke opleves som et overgreb af de, der skrives om, ved at omtale aktører respektfuldt. For at mindske risikoen for at repræsentationen

føles krænkende i form af overfortolkninger, er det gennem analysen søgt at tydeliggøre, hvornår der er tale om hhv. interviewpersoners udsagn og vores fortolkninger (Thagaard 2004). Endvidere er anonymisering af både borgere og testere vægtet højt i den skriftlige repræsentation. Dette med forbehold for, at den anonymiserende praksis kan have betydning for opnåelsen af *thick description* i repræsentationen.

Endvidere blev det, med anonymiseringen for øje, i analysen valgt ikke at ekspliciterer, hvilke feltnoter, der var fra hhv. lige og ulige uger. Dette på baggrund af, at der ikke i de forskellige uger, blev oplevet en forskel i interaktionen mellem borgere og testere, ej heller fandtes der forskel ift. italesættelsen af mental sundhed.

Der er tilstræbt åbenhed ved at fortælle om formålet med vores tilstedeværelse løbende, samt ved rundsendelse af information til personale pr. e-mail om generel tilstedeværelse og deltagelse som observatør under helbredstjek. Endvidere har testere forinden observationerne givet mundtlig samtykke på vores deltagelse. Gennem deltagelse i møder og tilstedeværelse i felten har vi endvidere haft mulighed for at dele vores observationer med aktørerne undervejs. Med disse forbehold er tilskyndet transparens i vores agenda i forhåbningen om, at undgå at aktørerne føler sig krænkede, når det empiriske materiale ekspliciteres i analysen.

En anden væsentlig etisk refleksion relaterer sig til de borgere, vi observerede under helbredstjekkene, fra hvem opnåelsen af skriftlig informeret samtykke ikke har været mulig. I overvejelser om, hvorvidt det havde været ønskeligt at skaffe skriftlig samtykke fra borgerne må inddrages, at denne praksis blev vurderet til at virke forstyrrende for den sociale interaktion samt skabelsen af tillid (Tjørnhøj-Thomsen, Hansen 2009). I stedet har borger givet mundtlig samtykke på baggrund af den mundtlige information om formålet med vores tilstedeværelse. På den baggrund vurderes, at borger har kunnet træffe beslutning, om vores tilstedeværelse under deres helbredstjek på et informeret grundlag. To borgere frabad, at vi deltog, hvilket virker bekræftende på, at borgere har følt sig frie i deres stillingtagen.

10.3.3.1 Rollen under observation af helbredstjek

Under helbredstjek, var rollen primært mod den rene observatør, hvor det var ønskeligt, at tilstedeværelsen mindst muligt forstyrrede interaktionen mellem testeren og borgeren.

Tilstedeværelsen af en observatør vil dog uundgåeligt påvirke situationen, der observeres, hvilket nødvendiggør en refleksion over deltagernes reaktioner ift. tilstedeværelsen (Fangen 2004).

De indledende observationer blev foretaget uden samtidig nedskrivning af noter, da disse observationer fremstod som mere eksplorative og udforskende ift. at opnå et indblik i 'hvad der var på spil' under helbredstjekket. Samtidig sad vi, under de indledende observationerne, placeret med front mod borgeren i det lille testlokale. Dette oplevede vi som forstyrrende, idet, der ofte blev opnået øjenkontakt med borgeren, samt at vi sad i vejen og flyttede rundt i rummet, når borgeren skulle måles og vejes.

I de efterfølgende fokuserede observationer, placerede vi os bag testeren umiddelbart ude af syne for borgeren, der dermed ikke skulle føle sig forpligtet til at rette henvendelse til både tester og os. Dog med det forbehold, at kropssprog ikke med samme detaljegråd kunne iagttages. Ligeledes blev placeringen mindre distraherende for tester, der i mindre grad inddrog os i helbredstjekket sammenlignet med de indledende test med den centrale placering.

Rollen vi blev tilskrevet af både borger og tester blev således mindre synlig fra at indgå i en utilsigtet deltagende rolle til en mere passiv observatør. Dette blev især væsentligt, idet testerne med deres kendskab til vores professionsbaggrund som hhv. sygeplejerske og ernæring og sundhed, rettede fagprofessionelle kommentarer og spørgsmål til os i helbredstjek med den centrale placering. At placeringen viste sig vigtig, blev især tydelig under et af de fokuserede helbredstjek, hvor borgeren kom så hurtigt ind i lokalet, at observatøren ikke nåede at flytte stolen og dermed overværede helbredstjekket fra den centrale placering. For at eksemplificere denne betragtning gives her et feltnoteuddrag fra tjekket, hvor tester henvender sig grundet observatørens sygeplejefaglige baggrund og viden:

“Tester er under fortællingen meget aktivt lyttende og inddrager mig i historien, idet hun spørger “har du nogensinde hørt det før?”. Og fortæller borger, at jeg også er sygeplejerske. Jeg kan også mærke, at jeg træder ud af den rene observatørrolle under historien - jeg gør meget ud af at virke lyttende og noterer ikke noget ned i min blok imens.” (Feltnoter, test 17)

Uddraget betoner, hvorledes tester inddrager observatøren under helbredstjekket hvor observatøren er placeret centralt overfor borgeren.

Endvidere blev feltnoter nedskrevet under de fokuserede helbredstjek, dels for opnåelsen af rig information omkring forløb, udbrud og indtryk under tjekket, og dels for at skabe distance i situationen. At kunne rette blikket mod blokken og nedfælde noter, oplevede vi paradoksal som mindre forstyrrende for borgeren, da vi eksplicit tog afstand fra interaktionen. Således blev det en handling, der, udover at være fordelagtig for detaljegraden af rig information under tjekket, bevirkede at borgeren i mindre grad blev distraheret. Dette var en relevant erfaring, der blot

understreger vigtigheden af at agere intuitivt efter situationen, når man som undersøger optræder i sociale sammenhænge.

Imidlertid kommenterede nogle af testerne i de uformelle samtaler, at vi "grifede løs" på blokken. For testerne kan det således have betydet, at vi, i testerens bevidsthed, gjorde os mere bemærkede under tjekket. Dog oplevede vi ingen væsentlig forskel i testers ageren med borgeren grundet nedskrivningen af feltnoter.

Helbredstjekkene og de efterfølgende uformelle samtaler blev ikke optaget på hverken video eller bånd. Dette er fravalgt, mhp. at undgå at vores tilstedeværelse fremstod alt for formel og overvågende for dermed at opnå et så 'naturligt' billede af helbredstjekkene og testernes efterfølgende refleksioner som muligt.

I forlængelse af opnåelsen af et 'naturligt' billede af helbredstjekket, spurgte testere ofte ind til vores vurdering af helbredstjekket under de uformelle samtaler, hvilket indikerer, at vores tilstedeværelse unægteligt påvirkede testernes ageren. Et eksempel fra en uformel samtale gives her:

"Tester udbrøder "Ej, jeg fik sagt noget sludder til sidst!". Hun spørger, om jeg syntes, hun lød dum. Om hun fik sagt noget dumt. Jeg glatter ud og siger "nej overhovedet ikke". Hun refererer især til min sygeplejefaglige viden omkring diabetes, men jeg gentager, at jeg slet ikke synes, hun fik sagt noget dumt." (Feltnote, test 17)

Med dette eksempel indikeres, at også testerne ønsker at præsentere sig selv efter de forventninger, der kan være til dem som professionelle aktører. Således sås det, hvordan Goffmans tænkning om indtryksstyring og bevidstheden om selvrepræsentation, tillige spillede en væsentlig rolle for dem.

Det kan således ikke underkendes, at samhandlingen mellem tester og borger kan være påvirket af tilstedeværelsen af en observatør, hvor relationen mellem tester og borger muligvis konstrueres til det mere professionelle. I forlængelse af analysens resultater, hvor det blev tydeligt, at mental sundhed opfattes som et personligt anliggende, opstår således risikoen for, at brugen af både defensive og beskyttende praktikker bliver mere udtalte i bestræbelserne på opretholdelsen af face.

10.3.3.2 Det kvalitative forskningsinterview

I tråd med det teoretiske perspektiv fremstår observationer som den bærende metode til dannelsen af empiri, grundet muligheden for at belyse den direkte interaktion mellem tester og borger. Alligevel blev interviews med ikke-deltagere udført med formålet at forstå, hvorfor borgere

takker nej til deltagelse i Tjek på Trivslen. Primært med fokus på, hvordan interaktionen med den sundhedsprofessionelle har påvirket valget for således at anvende den samlede viden til at fremsætte forandringstiltag så flere borgere, der er identificeret med lav mental sundhed, vælger at deltage (jvf. datamatrice tabel 2).

Hvor der i observationerne af helbredstjek blev opnået en mætningsgrad i data, ift. at forstå de centrale problematikker, er dette ikke tilfældet i de udførte interviews.

På baggrund af den begrænsede skare af ni mulige interviewpersoner, der opfyldte selektionskriteriet, var det kun muligt at interviewe fire borgere. Disse fire borgere fremlagde vidt forskellige perspektiver på deres meningsdannelse omkring helbredstjekket og gav forskelligartede bevæggrunde for deres fravalg.

Mens det havde været ønskeligt at foretage flere interviews mhp. at opnå et nuanceret billede, hvor det var muligt at fremfinde mere generelle mønstre, bidrager interviewene alligevel med at pointere nuancerne og forskelligheden blandt borgere. En forskellighed, der støtter op om, at en fleksibilitet i helbredstjekkets udførelse og i rekrutteringsprocessen generelt er nødvendigt for at tilgodese den enkelte borgers behov i situationen. Endvidere er det bevidst fravalgt at efterstræbe flere interviewpersoner, dels fordi interviews ikke konstituerer den primære metode til besvarelse af problemformuleringen, og dels fordi det med specialets tidshorisont taget i betragtning, er blevet prioriteret at udføre en grundig og teoretisk nuanceret analyse.

I en socialkonstruktivistisk tilgang bliver det centralt, at interviewsituationen er et socialt møde, hvor mening produceres i den sociale samhandling, hvorfor vi er medproducenter af viden. Således kan også interviewsituationen ses som en samhandling, hvor bl.a. den morale orden og indtryksstyring er på spil.

I denne sammenhæng var vi opmærksomme på, hvordan vores optræden, herunder hvad vi signalerede, påvirkede meningsdannelsen i interviewsituationen. Især i transskriberingsprocessen afslørede lydfilerne fra interviewene, hvordan både interviewer og observatør på mange måder søger at behage interviewpersonen, ved både aktivt og stiltiende at samtykke om de fortællinger interviewpersonen giver. Selv når interviewpersonen giver modsigende fortællinger, hvormed det kan diskuteres, hvorvidt det ville være en anvendelig teknik, at spørge mere ind til de enkelte accounts interviewpersonen fremfører, for derved at få et dybere perspektiv på interviewpersonens meningsdannelse. Modsat kan denne behagende ageren siges at facilitere interviewpersonens fortælling som en opmuntring til at tale videre, samt symbol på at intervieweren er aktivt lyttende.

10.3.3.3 Litteratursøgning og -udvælgelse

I den indledende litteratursøgning (søgning 1) kan det diskuteres, hvorvidt den brede søgning har haft betydning for resultatet af de fremsøgte relevante artikler. At søgningen blev foretaget ud fra en bred tilgang til besvarelsen af det fokuserede spørgsmål var med afsæt i, at en indledende søgning, hvor emneord som mental sundhed indgik, resulterede i ikke brugbare resultater primært med populationer med psykiske diagnoser - særligt skizofreni og posttraumatisk stresssyndrom. På trods af, at en fokuseret søgning på studier med interventioner målrettet mental sundhed ville øge sammenligneligheden med Tjek på Trivslen, var dette således ikke muligt. Dette kan ses som et udtryk for den sparsomme viden om lignende forebyggende indsatser mod den brede befolkning. Endvidere skal det nævnes, at en afprøvende litteratursøgning blev foretaget i PubMed og Scopus med brug af emneord relateret til den interpersonelle kontakt, her 'interpersonal communication' og 'interpersonal relations'. Resultatet blev hhv. 57 hits i PubMed og 17 hits i Scopus, hvoraf ingen studier havde relevans for problemstillingen.

Ved den afsluttende litteratursøgning (søgning 2) blev ligeledes anvendt en bred søgestrategi med brugen af kun to facetter og i Sociological Abstract, kun én. Igen er argumentationen herfor, det relativt beskedne antal studier på området.

Med søgningen foretaget i syv forskellige sundheds- og samfundsvidenskabelige databaser vurderes således, at dækningsgraden af relevant litteratur er høj. Søgningens brede karakter vurderes således som en nødvendighed for at fremfinde litteratur med relevans for besvarelsen af problemformuleringen. Ligeledes vurderes, at den bredt dækkende litteratursøgning mindsker risikoen for at undersøge noget, der allerede er velbelyst, hvorved relevansen af undersøgelsen i nærværende speciale øges.

Dertil kommer, at brugen af vejledning fra Aalborg Universitets bibliotek ifm. udviklingen af søgestrategien betragtes som bidragende til kvaliteten af den foretagne litteratursøgning.

Litteraturens rolle

Det oprindelige formål med litteratursøgningen var at fremfinde studier, der foruden at kaste lys over, hvilke barrierer, der eksisterer for ikke-deltagelse i forebyggende indsatser, kunne indgå i diskussionen af casestudiets resultater. Idet resultaterne fra søgning 1 viste sig mindre væsentlige ift. de af interviewpersonerne angivne bevæggrunde for ikke-deltagelse, blev søgning 2 foretaget for at fremfinde studier, der kunne bidrage i diskussionen af casen empiriske resultater. Dette fordi litteraturen, vedrørende barrierer for ikke-deltagelse, angiver mere traditionelt belyste barrierer,

der ikke er sammenlignelige med de primære casenære resultater, som retter fokus mod interaktionen mellem borger og sundhedsprofessionel i relation til ikke-deltagelse.

Sammenfattende evaluering af søgningen

Det blev vurderet, at især den indledende søgning 1 var tilstrækkelig, med afsæt i flere fremfundne dubletter, samt en oplevet teoretisk mætningsgrad (Frandsen et al. 2014). Sidstnævnte fremstod ved, at studierne resultater var overlappende i den forstand, at der i flere af de fremfundne undersøgelser blev påvist de samme årsager for ikke-deltagelse, fx *frygt for resultatet og lav risikoopfattelse*.

Både søgning 1 og 2 blev endvidere, i videst mulig omfang, evalueret i form af det eksisterende kendskab til brugbare studier, der var fremkommet på baggrund af den indledende baggrundssøgning (Stenbæk, Jensen 2007). Således blev det kontrolleret, hvorvidt kernestudier, fremfundet under den indledende *quick and dirty* søgning, fremkom under den systematiske søgning. Var det ikke tilfældet, blev søgestrategien justeret.

Udvælgelse og kvalitetsvurdering af litteratur

I den udvalgte litteratur fremgår både kvantitative og kvalitative undersøgelser. Gennemlæsning og kritisk vurdering af litteratur er foretaget med inspiration fra nationale og internationale tjeklister, herunder er STROBE anvendt ved vurderingen af tværsnitsstudier og PRISMA ved vurdering af systematiske reviews (STROBE Statement 2007, PRISMA Statement 2009). Yderligere er draget inspiration fra VAKS til brug ved vurdering af kvalitative studier, hvor der tages højde for kvalitetskriterierne: *troværdighed, overførbarehed, konsistens og transparens* (Høstrup et al. 2009). På baggrund af det relativt beskedne antal studier, der kan relateres til specialets problemstilling, har det dog været nødvendigt at slække på kvalitetskravene ift. udvælgelsen af brugbare studier. Eksempelvis er det valgt at inddrage reviewet af Linell et al. (2002), der springer i øjnene ved sit komplette fravær af et metodeafsnit, men som samtidig indeholder brugbare perspektiver på, hvordan risiko italesættes under helbredssamtaler. Således har det primære udvælgelseskriterium, været studierne evne til, i større eller mindre grad, at kaste lys over nærværende speciales problemstilling.

Alle studier er læst og vurderet af begge forfattere, hvormed det vurderes at udvælgelsen af relevant litteratur, der er overførbart til rekruttering til Tjek på Trivslen, er øget.

10.4 Analytisk generalisering af casen

Som belyst i specialets afsnit 5.2.2 omhandlende analytisk generalisering af casestudiets resultater, er det ved inddragelsen af teoretiske begreber muligt til en vis udstrækning at drage mere generelle konklusioner ud fra den casenære empiri (Antoft, Salomonsen 2012). Ved anvendelsen af teori i analysen tillades det således at drage mere almengyldige konklusioner på baggrund af konkrete observationer (Grew, Svendsen & Mortensen 2011).

At generaliseringsformen her betegnes som *analytisk*, er et udtryk for, at generaliseringen netop skabes via analysen. Herved bliver det væsentligt, hvorvidt analysen fremstår som værende gyldig og gennemsigtig, således at det bliver acceptabelt at drage paralleller til lignende settings (Grew, Svendsen & Mortensen 2011). Der kan argumenteres for, at der i nærværende casestudie, ved fremlægningen af præmisserne for empiridannelsen og det teoretiske grundlag for analysen, er tale om en gyldig og gennemsigtig analyse. Endvidere er det gennem diskussionen af casens resultater op imod øvrige studier vist, at lignende tendenser for risikokommunikation i mellem borgere og sundhedsprofessionelle kan genfindes i andre settings.

Idet der i nærværende speciale analyseres en på mange måder særegen case, kan der rejses spørgsmål ved, hvorvidt der eksisterer fuldstændigt sammenlignelige settings at generalisere til. Det særegne gør sig især gældende ved helbredstjekkets indskrivning i et stort epidemiologisk forskningsdesign, der på mange måder producerer faste rammer. Samtidig er casen unik i den forstand, at man via helbredstjekket har mulighed for tidlig opsporing af lav mental sundhed i den brede befolkning, hvilket, os bekendt, ikke er en mulighed, der aktuelt eksisterer andre steder i landet.

At der ikke findes direkte sammenlignelige settings, fornægter dog ej muligheden for generalisering af dele af casen. Således ses det, hvordan konstellationen af casens helbredstjek, på mange måder er sammenlignelig med de livsstilssamtaler og sundhedstjeks, der foregår i mange andre kommuner, herunder Samsø, Fredensborg, Hvidovre, Syddjurs og Aalborg kommune (Samsø Kommune u.d., Fredensborg Kommune u.d., Sundhed.dk 2015, Hvidovre Kommune u.d., Syddjurs Kommune 2015, Aalborg Kommune u.d.). Fælles for de nævnte er et ekspliciteret fokus mod måling af fysisk sundhed ved kliniske målinger, som det er tilfældet i nærværende case. Således kan de opstillede anbefalinger til forandring af helbredstjekket mhp. øget identificering og fokus mod borgere i mistrivsel, på mange måder også tænkes ind i de ovenfor nævnte kommuners settings.

Kapitel **11**

Konklusion

11 Konklusion

Med et symbolsk interaktionistisk perspektiv og brugen af Goffmans begrebsapparat i caseanalysen af interaktionen mellem sundhedsprofessionelle og borgere, fandtes det, at samhandlingen under helbredstjekket havde stor betydning for identificeringen og rekrutteringen af borgere med lav mental sundhed. Herunder viste analysen, at rammerne for helbredstjekket på mange måder definerer situationen og indskriver både borgere og testere i bestemte roller. Endvidere, at det, via rammernes fastsatte fokus mod fysisk sundhed, kan være vanskeligt at få italesætte mistrivsel. Analysen viste yderligere, hvordan 'det normale' efterstræbes, og at borgerne ofte fremfører et idealiseret selv, som de sundhedsprofessionelle via beskyttende praktikker bidrager til at fastholde. Således søges det at undgå at stigmatisere ved ikke at påpege mistrivsel hos borgere, der forsøger at opretholde et andet face. Alt sammen faktorer, der underminerer identificeringen og rekrutteringen af borgere med lav mental sundhed.

Analysens temaer, ledte til følgende anbefalinger til forandringstiltag, der potentielt kan lette rekrutteringen under helbredstjeks, til individorienterede forebyggelsesindsatser som er målrettet fremme af mental sundhed:

- Lad borgeren være med til at sætte scenen
- Tydeliggør fokus på mental sundhed
- Opmærksomhed imod italesættelsen af 'det normale'
- At turde påpege lav mental sundhed
- Lad hjælpen komme indefra
- Kollegial sparring og kommunikationsøvelser

Anbefalinger, der anerkender det problematiske i at identificere borgere i mistrivsel under et helbredstjeks rammer. Nærværende speciale har vist, hvor svært det kan være for borgere i mistrivsel, at lade masken falde og vise et sårbart ansigt. Samtidig fandtes det, hvor vanskeligt det kan være for de sundhedsprofessionelle at finde den nødvendige balance mellem nærhed og distance - mellem empatisk indlevelse og sundhedsfaglig vejvisning.

Endvidere problematiseres det, at der ved identificering og kategorisering af borgere, som havende dårlig mental sundhed, potentielt er risiko for, at de utilsigtede konsekvenser, som sygeliggørelse, skyldfølelse og bekymringsskabelse, overskygger de tilsigtede om at bidrage til øget trivsel og livskvalitet. En væsentlig pointe i denne sammenhæng, er det store behov for mere viden om

effektive forebyggelsestiltag, til de borgere, der identificeres. Områder som nærværende speciale kun har berørt perifert, men som ikke desto mindre er særdeles væsentlige at medtænke i relation til de opstillede anbefalinger.

Kapitel 12

Perspektivering

12 Perspektivering

Som skildret igennem specialet ses det som et svært uomgængeligt paradoks i folkesundhedsvidenskabeligt arbejde, at de, der takke nej til deltagelse i individorienterede forebyggelsesindsatser, ofte er borgere med ophobning af risikofaktorer (Dryden et al. 2012, Bender et al. 2014, Wall, Teeland 2004). I relation til deltagelse i indsatser som Tjek på Trivslen, hvor adgangen gives via et helbredstjek, synes det relevant at overveje supplerende identificerings- og rekrutteringsveje. Ikke mindst, når det tages i betragtning, at omkring halvdelen af de borgere der inviteres, aldrig møder op til et helbredstjek (Lundager 2015, Krogsbøll et al. 2012).

I studiet af Sinclair & Alexander undersøgte hvilken forskel det gjorde for andelen af deltagere i gruppen, der overordnet karakteriseres som *hard-to-reach*, om disse udelukkende blev inviteret via brev, med supplerende telefonopringning, eller yderligere ved opsøgning af sundhedsfagligt personale i hjemmet. Det fandtes, at deltagelsesprocenten steg fra 49%¹⁶ til henholdsvis 58% ved telefonopringning og til 69% ved 'at stemme dørklokker' (Sinclair, Alexander 2011). Der ses således en klar stigning af deltagere, ved den mere opsøgende tilgang og i studiet fremhæves overvejende positive effekter heraf (Sinclair, Alexander 2011).

Relateret til nærværende speciales problemstilling, kunne en supplerende strategi til øget rekruttering, således være at anvende mere opsøgende metoder ift. at øge deltagelsen i helbredstjeks, således at også flere borgere i mistriksel takker ja og herefter kan opnå tilbud om deltagelse i det opfølgende trivsels tilbud. Argumentationen for en mere opsøgende tilgang, synes særlig stærk, når det tages i betragtning at borgere med psykiske vanskeligheder ofte kan have tendens til at isolere sig (Regeringens udvalg om psykiatri 2013).

I studiet fremhæves det desuden, hvordan borgere ofte takkede ja til deltagelse, på baggrund af kendskab til kollegaer eller venner, der havde taget imod tilbuddet og som derfor fik italesat fordelene herved på en måde som var til at forstå (Sinclair, Alexander 2011). I relation til fokuset mod øget rekruttering til forebyggelsestilbud målrettet mental sundhed, kunne en mulighed således være, at lade tidligere deltagere fungere som ambassadører for indsatsen i deres netværk og på deres arbejdsplads.

I Sundhedsstyrelsen forebyggelsespakke til kommunerne, hvor fokus er på mental sundhed, fremsættes desuden forslag om også at medtænke jobcentrene som mulige rekrutteringsveje (Størup et al. 2012). Dette med afsæt i at andelen af borgere med lav mental sundhed, er størst

¹⁶ Deltagelsesprocenten i helbredstjekket, Tjek dit Helbred, er 54% (Lundager 2015).

blandt borgere uden for arbejdsmarkedet (Statens Institut for Folkesundhed, Sundhedsstyrelsen 2014).

I Kolding, Sønderborg, Hørsholm og Norddjurs kommune er der i 2013, som en del af satspuljeprojektet omkring en styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper, iværksat projekter målrettet tidlig opsporing af mistrivsel via jobcentrene (Sundhedsstyrelsen, Primdahl 2013). Der findes endnu ikke færdige evalueringer af, hvorvidt rekruttering via jobcentrene er effektfulde, men ikke desto mindre synes det væsentligt at udbrede optagelsesfladen til forebyggelsesindsatser mod mistrivsel, således at flere borgere får chancen for at takke ja.

Afslutningsvist skal her fremhæves det vigtige i, at individorienterede forebyggelsesindsatser målrettet mental sundhed ikke står alene. Således er der, særligt med sigte på reduktion af den sociale ulighed i sundhed, tillige behov for sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser af mere strukturel karakter. Indsatser, hvor hovedfokus mere er på forbedring af levekår end blot livsstil og hvor det ikke primært handler om, at den enkelte skal tage ansvar for sin egen sundhed og træffe 'det sunde valg'. I forlængelse heraf, fremhæves det af både WHO og Sundhedsstyrelsen, hvordan der er behov for både strukturel og individorienteret forebyggelsesstrategier, når hensigten er at fremme befolkningens mentale sundhed (Størup et al. 2012, World Health Organization 2004, Diderichsen 2011).

Referenceliste

- Aalborg Kommune, *Sundhedssamtale og sundhedshjørner*. Available: <http://sundhedscenter.aalborg.dk/livsstil/sundhedssamtale> [2015, 05/21].
- Aarhus Universitet & Tjek dit Helbred 2014, *tdh-praksis.dk*
Velkommen til "Tjek dit helbreds" hjemmeside for praktiserende læger. Available: <http://tdh-praksis.dk/index.html> [2015, 03/10].
- Adelwärd, V. & Sachs, L. 1996, "The meaning of 6,8: numeracy and normality health information talks", *Social Science & Medicine*, vol. 43, no. 8, pp. 1179-1187.
- Ankestyrelsen 2008, *Nyhedsbrev: Førtidspension 2008-2*
- Antoft, R. & Salomonsen, H.H. 2012, "Det kvalitative Casestudium - introduktion til en forskningstrategi" in *Håndværk & horisonter : tradition og nytænkning i kvalitativ metode* Syddansk Universitetsforlag, Denmark.
- Bayer, R. 2008, "Stigma and the ethics of public health: not can we but should we", *Social science & medicine*, vol. 67, no. 3, pp. 463-463-72.
- Bender, A.M., Jorgensen, T., Helbeck, B., Linneberg, A. & Pisinger, C. 2014, "Socioeconomic position and participation in baseline and follow-up visits: the Inter99 study", *European journal of preventive cardiology*, vol. 21, no. 7, pp. 899-905.
- Blom, A. 2014, "Det kommunale sundhedsområde i et historisk perspektiv" in *Det kommunale sundhedsvæsen*, eds. B.M. Pedersen & S. Rank Petersen, 1st edn, Hans Reitzels forlag, København.
- Blumer, H. 1973, "A Note on Symbolic Interactionism", *American Sociological Review*, vol. 38, pp. 797-800.
- Blumer, H. 1969, *Symbolic interactionism : Perspective and method*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Bolt, K. & Iversen, L. 2009, *Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer.*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Borg, V., Nexø, M.A., Kolte, I.V. & Andersen, M.F. 2010, *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Borgmann, L. 2010, *Livgivende samtaler og relationer*, Hans Reitzels Forlag.
- Bowen, G., A. 2006, "Grounded Theory and Sensitizing Concepts", *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 5, no. 3, pp. 1-9.
- Breinholdt, M. 2008, *Stigmatisering: debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. 2010, "Interviewet: Samtalen som forskningsmetode", *Kvalitative metoder.En grundbog*, , pp. 29-53.
- Buus, N., Kristiansen, H.M., Tingleff, E.B. & Rossen, C.B. 2008, "Litteratursøgning i praksis", *Sygeplejersken*, , no. 10, pp. 1-8.
- Carter, S.M. & Little, M. 2007, "Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research", *Qualitative Health Research*, vol. 17, no. 10, pp. 1316-1328.
- Charmaz, K. 2006, *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Trough Qualitative Analysis*, Sage Publications, London.

- Charmaz, K. 2001, "Qualitative Interview and Grounded Theory Analysis" in *Handbook of Interview Research: Context and Method*, eds. J.F. Gubrium & J.A. Holstein, Sage Publication, Thousand Oaks, pp. 675-695.
- Christensen, A.I., Davidsen, M., Ekholm, O., Pedersen, P.V. & Juel, K. 2014, *Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2013*, Sundhedsstyrelsen.
- Christensen, A.I., Davidsen, M., Kjølner, M. & Juel, K. 2010, "Mental sundhed blandt voksne danskere", *København: Sundhedsstyrelsen*, vol. 2.
- Christensen, L.N., Ehlers, L., Larsen, F.B. & Jensen, M.B. 2013, "Validation of the 12 Item Short form Health Survey in a Sample from Region Central Jutland", *Social Indicators Research*, vol. 114, no. 2, pp. 513-521.
- Christensen, T.N. & Hansen, M.L. 2014, *Validerede instrumenter ved måling af mental sundhed*, Socialstyrelsen.
- Christensen, U., Schmidt, L. & Dyhr, L. 2008, "The qualitative research interview" in *Research Methods in Public Health*, eds. S. Vallgård & L. Koch, Gyldendal Akademisk, Copenhagen, pp. 63-90.
- Coffey, A. & Atkinson, P. 1996, *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Creswell, J.W. 2007, *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches*. 2.th edn, SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Crotty, M. 1998, "The research process" in *The foundations of social research. Meaning and perspective in the research process*. SAGE Publications, London, pp. 1-17.
- Cuijpers, P., Muñoz, R.F., Clarke, G.N. & Lewinsohn, P.M. 2009, "Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later", *Clinical psychology review*, vol. 29, no. 5, pp. 449-458.
- Danske Regioner 2009, *Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Debatoplæg*, Danske Regioner, København.
- Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet 2013, *Studieordning for kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab*, Aalborg Universitet.
- Diderichsen, F. 2011, "Ulighed i sundhed" in *Medicinsk sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*, eds. R. Lund, U. Christensen & L. Iversen, 2nd edn, Munksgaard Danmark, København, pp. 23-42.
- Diderichsen, F., Andersen, I. & Manuel, C. 2011, *Ulighed i sundhed: årsager og indsatser*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Dryden, R., Williams, B., McCowan, C. & Themessl-Huber, M. 2012, "What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review", *BMC public health*, vol. 12, pp. 723-2458-12-723.
- Eplov, L.F. & Lauridsen, S. 2008, *Fremme af mental sundhed: Baggrund, begreb og determinanter*, Sundhedsstyrelsen.
- Esmark, A., Laustsen, C.B. & Andersen, N.Å. 2005, "Socialkonstruktivistiske analysestrategier – en introduktion" in *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*, eds. A. Esmark, C.B. Laustsen & N.Å. Andersen, 1st edn, Roskilde Universitetsforlag, , pp. 7-30.
- Fangen, K. 2004, *Deltagende Observasjon*, Fagbokforlaget, Bergen.

- Flyvbjerg, B. 2006, "Five misunderstandings about case-study research", *Qualitative inquiry*, vol. 12, no. 2, pp. 219-245.
- Foucault, M. 1980, *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*, Pearson Education Limited, Harlow.
- Frandsen, T.F., Dyrvig, A., Christensen, J.B., FASTERHOLDT, I. & OELHOLM, A.M. 2014, "En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger", vol. 176, no. 7, pp. 647.
- Fredensborg Kommune & Sundhed.dk 2015, , *Sundhedstjek*. Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-hovedstaden/kommuner/fredensborg/raadgivning/sundhedstjek/> [2015, 05/21].
- Friedly, L. 2009, *Mental health, resilience and inequalities*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Gill, S.C., Butterworth, P., Rodgers, B. & MacKinnon, A. 2007, "Validity of the mental health component scale of the 12-item Short-Form Health Survey (MCS-12) as measure of common mental disorders in the general population", *Psychiatry research*, vol. 152, no. 1, pp. 63-63-71.
- Goffman, E. 2009, *Stigma - Om afvigerens sociale identitet*, 2nd edn, Samfunds Litteratur, Frederiksberg C.
- Goffman, E. 2005, *Interaction Ritual: Essays in Face to Face Behavior*, Transaction Publisher, New Brunswick.
- Goffman, E. 2004, *Social samhandling og mikrosociologi*, 1st edn, Hans Reitzels forlag, København.
- Goffman, E. 1974, *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Harvard University Press.
- Goffman, E. 1990, *The Presentation of Self in Everyday Life*, Penguin Books Ltd., London.
- Goffman, E. 1974, *Vores rollespil i hverdagen*, Dreyers forlag, Norway.
- Goffman, E. 1963, *Stigma; notes on the management of spoiled identity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Grew, J., Svendsen, M. & Mortensen, B. 2011, *Teoribaserede patientanalyser i Medicinsk Teknologivurdering.*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Groenenberg, I., Crone, M.R., van Dijk, S., Gebhardt, W.A., Meftah, J.B., Middelkoop, B.J., Stiggelbout, A.M. & Assendelft, W.J. 2015, "'Check it out!' Decision-making of vulnerable groups about participation in a two-stage cardiometabolic health check: A qualitative study", *Patient education and counseling*, vol. 98, no. 2, pp. 234-244.
- Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. 2004, "Active interviewing" in *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* , ed. D. Silverman, 2nd edn, Sage Publications, London, pp. 113-129.
- Gubrium, J.F. & Holstein 1998, "Narrative practice and the coherence of personal stories", *Sociological quarterly*, vol. 39, no. 1, pp. 163-163-187.
- Halkier, B. 2002, *Fokusgrupper*, 2nd edn, Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Hansen, M.B. & Svendsen, M.N. 2005, *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*, Sundhedsstyrelsen.
- Hansen, P.E. 2014, "Det nære sundhedsvæsen i et internationalt perspektiv" in *Det kommunale sundhedsvæsen*, eds. B.M. Pedersen & S. Rank Petersen, 1st edn, Hans Reitzels forlag, Kbh.
- Harkins, C., Shaw, R., Gillies, M., Sloan, H., MacIntyre, K., Scoular, A., Morrison, C., Mackay, F., Cunningham, H., Docherty, P., MacIntyre, P. & Findlay, I.N. 2010, "Overcoming barriers to

- engaging socio-economically disadvantaged populations in CHD primary prevention: a qualitative study.", *BMC Public Health*, vol. 10, no. 391, pp. 1-7.
- Hastrup, K. 2010, "Feltarbejde" in *Kvalitative metoder En grundbog*, eds. S. Brinkmann & L. Tanggaard, 1st edn, Hans Reitzels forlag, Denmark.
- Hermansen, M. & Petersen, V. 2004, *Kommunikation og samarbejde-i professionelle relationer*, Alinea.
- Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. 2005, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. World Health Organization.
- Hinshaw, S.P. & Stier, A. 2008, "Stigma as Related to Mental Disorders", *Annual review of clinical psychology*, vol. 4, no. 1, pp. 367-367-393.
- Hjort, K. 2006, *Professionalisering af arbejdet med mennesker:-honet ambition eller demokratisk nødvendighed?* FTF.
- Hollnagel, H. & Malterud, K. 2002, "Samtaler om risiko og helbredsressourcer i almen praksis", *Ugeskrift for læger*, vol. 164, no. 45, pp. 5225-5229.
- Holm, A.B. 2011, *Videnskab i virkeligheden : en grundbog i videnskabsteori*, Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S. & Nielsen, M.E.J. 2009, *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Hoonard, W.C.v.d. 1997, *Working with sensitizing concepts : analytical field research*, SAGE, London.
- Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K. & Edvardsson, K. 2014, "Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study", *Scandinavian Journal of Caring Studies*, vol. 28, pp. 235-244.
- Høstrup, H., Schou, L., Poulsen, I., Larsen, S. & Lyngsø, E. 2009, *Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS*, Dansk Sygepleje Selvskab, København.
- Hvidovre Kommune. u.d., *Sundhedstjek og rådgivning om sundhed* . Available: <http://www.hvidovre.dk/Borger/Sundhed-og-sygdom/Sundhedsfremme-og-forebyggelse/Sundhedstjek-og-raadgivning-om-sundhed.aspx> [2015, 05/21].
- Jackson, A.M., McKinstry, B., Gregory, S. & Amos, A. 2010, "A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups, and their rehabilitation experience without these resources", *Primary Health Care Research & Development*, vol. 13, no. 30-41.
- Jackson, G.E. 2003, "The Dilemma of Early Intervention: Some Problems in Mental Health Screening and Labelling", *Ethical Human Sciences and Services*, vol. 5, no. 1, pp. 35-41.
- Jacobsen, C.B., Regioner, D. & Sundhedsinstitut, D. 2010, *Stigma og psykiske lidelser: som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*, SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Jacobsen, T.K. 2015, *Personligt møde med Projektmedarbejder Tine Klitgaard Jacobsen*.
- Järvinen, M. 2005, "Interview i en interaktionistisk begrebsramme" in *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter*, eds. M. Järvinen & N. Mik-Meyer, 1st edn, Hans Reitzels Forlag, Denmark.

- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. 2005, "Observationer i en interaktionistisk begrebsramme" in *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter.*, eds. M. Järvinen & N. Mik-Meyer, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 97-120.
- Jensen, C. 2011, *Forløbsprogram for depression*, Region Midtjylland.
- Jonasson, C. 2012, "På vej ind i felten. De indledende skridt som deltagerobservatør" in *Deltagerobservation. En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener.*, eds. M. Pedersen, J. Klitmøller & K. Nielsen, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 61-77.
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. 2010, *Kvalitative Metoder i Organisations- og Ledelsesstudier*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Kirkegaard, S. 1859, "Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. En ligefrem Meddelelse, Rapport til Historien", *CA Reitzels forlag*, vol. 13, pp. 2009.
- Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F. 2008, *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*, Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed.
- Knapp, M., McDavid, D., Mossialos, E. & Thornicroft, G. 2007, "Mental health policy and practice across Europe: an overview", *Mental health policy and practice across Europe*, , pp. 1.
- Komiteen for sundhedsoplysning & Trygfonden 2014, , *Patientuddannelse.info*
Lær at tackle angst og depression
Aktive kommuner. Available: <http://www.patientuddannelse.info/om-laer-at-tackle/aktive-kommuner.aspx> [2015, 02/24].
- Kommunernes Landsforening 2014, *Et styrket nært sundhedsvæsen - fakta og best practice*, Kommunernes Landsforening, København.
- Koopmans, B., Nielen, M.M.J., Schellevis, F.G. & Korevaar, J.C. 2012, "Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice", *BMC public health*, vol. 12, pp. 856-856-.
- Kristiansen, S. & Jacobsen, M. 2010, "Erving Goffman" in *Sundhedssociologi - En grundbog*, eds. P. Andersen & H. Timm, 1st edn, Hans Reitzels Forlag, København K, pp. 136-159.
- Kristiansen, S. & Mortensen, N. 2005, "Sociologiske analyser af hverdagslivet" in *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*, eds. A. Esmark, C.B. Lausten & N.Å. Andersen, 1st edn, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg, pp. 31-60.
- Krogsbøll, L.T., Jørgensen, K.J., Larsen, C.G. & Gøtzsche, P.C. 2012, "General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease (Review) ", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, , no. 10.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *Interview: introduktion til et håndværk*, Hans Reitzel.
- Larsen, K. 2012, "Pierre Bourdieu" in *Sundhedssociologi*, eds. P. Andersen & H. Timm, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, Denmark, pp. 51.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984, *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Publishing Company Inc., New York.
- Levin, I. & Trost, J. 2014, "Symbolsk Interaktionisme - Hverdagslivets samhandling" in *Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede*, eds. M.H. Jacobsen & S. Kristiansen, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, , pp. 109-136.
- Linell, P., Adelswärd, V., Sachs, L., Bredmar, M. & Lindstedt, U. 2002, "Expert Talk in Medical Contexts: Explicit and Implicit Orientation to Risks", *Research on Language and Social Interaction*, vol. 35, no. 2, pp. 195-218.

- Lund, K.E. & Helgason, A.R. 2000, "Hvorfor unnlater helsepersonell å snakke med småbarnsforeldre om passiv røyking?", *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, vol. 120, no. 14, pp. 1622-1666.
- Lundager, I.H. 2015, *Personligt møde med projektleder på Tjek dit Helbred, Iben Holbæk Lundager*.
- Lupton, D. 2013, "Risk and emotion: towards an alternative theoretical perspective", *Health, Risk & Society*, vol. 15, no. 8, pp. 634-647.
- Maaløe, E. 1996, *Case-studier af og om mennesker i organisationer: forberedelse, feltarbejde, generering, tolkning og sammendrag af data for eksplorativ integration, test og udvikling af teori*. Akademisk forlag.
- Major, E.F., Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L.E. 2011, *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo.
- Malpass, A., Shaw, A., Sharp, D., Walter, F., Feder, G., Ridd, M. & Kessler, D. 2009, "'Medication career' or 'Moral career'? The two sides of managing antidepressants: A meta-ethnography of patients' experience of antidepressants", *Social science & medicine*, vol. 68, no. 1, pp. 154-154-168.
- Mandag Morgen 2008, *Fremtidens forebyggelse - ifølge danskerne*, Huset Mandag Morgen, København.
- Methley, A.M., Methley, S., Campbell, C., Chew Graham, R., McNally, S. & Cheraghi-Sohi 2014, "PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews", *BMC health services research*, vol. 14, no. 1, pp. 579-579-.
- Mik-Meyer, N. 2004, "Omsorgens herredømme" in *Det magtfulde møde mellem system og klient*, eds. M. Järvinen, E. Larsen & N. Mortensen, 1st edn, Aarhus Universitets forlag, , pp. 107.
- Mik-Meyer, N. & Järvinen, M. 2005, "Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv" in *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter* Indlednin, eds. M. Järvinen & N. Mik-Meyer, 1st edn, Hans Reitzels Forlag, Danmark, pp. 9.
- Muñoz, R.F., Muñoz, Y., Ying, G., Bernal, E.J., Pérez Stable, J.L., Sorensen, W.A., Hargreaves, J., Miranda, L.S. & Miller 1995, "Prevention of depression with primary care patients: A randomized controlled trial", *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, no. 2, pp. 199-199-222.
- Myers, G. 2003, "Risk and face: a review of the six studies", *Health, Risk & Society*, vol. 5, no. 2, pp. 215-220.
- Netterstrøm, B. 2014, *Stress og arbejde*, 1st edn, Hans Reitzels Forlag, København.
- Nielsen, N.H. & Kristensen, T.S. 2007, *Stress i Danmark-hvad ved vi?* Sundhedsstyrelsen.
- OECD 2013, *Mental Health and Work: Denmark*, OECD Publishing.
- Olsen, P.B. 2004, "Organisering" in *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer*, eds. L. Fuglsang & P.B. Olsen, 2nd edn, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg, pp. 443-469.
- Patton, M. 1990, "Purposeful sampling" in *Qualitative evaluation and research methods*, 2nd edn, SAGE, Thousand Oaks, pp. 169-186.
- Petersen, L.F. 2012, "Hverdagsliv og betydningsfulde aktiviteter" in *Sociologi og rehabilitering*, eds. I. Schrøder & K.S. Petersen, 1st edn, Munksgaard, , pp. 181-197.

- Peterson, A.R. & Lupton, D. 2000, *The New Public Health: Discourses, Knowledges, Strategies*, Sage Publications Ltd, London.
- PRISMA Statement 2009, , *PRISMA 2009 Checklist*. Available: <http://www.prisma-statement.org/2.1.2%20-%20PRISMA%202009%20Checklist.pdf> [2015, May 11].
- Public Health Leadership Society 2002, *Principles of the Ethical Practice of Public Health*, Public Health Leadership Society.
- Qvist, M.H. 2015, , *Opfølgende tilbud*. Available: <http://www.randerskunstmuseum.dk/FrontEnd.aspx?id=122100> [2015, 03/09].
- Raahauge Hvass, L., Manghezi, A., Paldam Folker, A. & Sandø, N. 2012, *Social ulighed i sundhed - Hvad kan kommunen gøre?*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Ramian, K. 2008, *Casestudiet i praksis*, Academica.
- Randers Kommune 2015, , *Tjek på Trivslen*. Available: <https://sundhed.randers.dk/FrontEnd.aspx?id=130875> [2015, 02/25].
- Randers Kommune 2014a, *Drejebog for 'Tjek på Trivslen'*.
- Randers Kommune 2014b, , *Tjek dit helbred - Kontakt*. Available: <http://sundhedscenter.randers.dk/FrontEnd.aspx?id=70432> [2015, 03/10].
- Rasborg, K. 2013, "Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi" in *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer.*, eds. L. Fuglsang, P.B. Olsen & K. Rasborg, 3rd edn, Samfundslitteratur, Frederiksberg, pp. 403-338.
- Rasmussen, S.R. & Fredslund, E.K. 2014, "En omkostningsanalyse af den indledende fase af 'Tjek dit helbred' i Randers Kommune", *KORA*, .
- Regeringen 2014, *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*, Ministeriet for sundhed og forebyggelse, København.
- Regeringens udvalg om psykiatri 2013, *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*, Ministeriet for sundhed og forebyggelse, København.
- Region Midtjylland, De praktiserende læger, Randers og omegn & Randers Kommune 2013, *Kom og få tjekket dit helbred*. Available: <http://tdh-praksis.dk/Materiale/Ny%20hjemmeside/Borger/2014-10-01%20Infolder%20version%203%20konditest.pdf> [2015, 02/20].
- Rieper, O. & Hansen, H.F. 2007, *Metodedebatten om evidens*, AKF.
- Rose, G. 2001, "Sick individuals and sick populations", *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, pp. 427-432.
- Rose, N. 2006, "Governing the "Advanced" Liberal Democracies" in *The Anthropology of the State: A Reader*, eds. A. Sharma & A. Gupta, Blackwell Publishing Ltd., Malden.
- Rosenberg, R., Geoffroy, M., Arendt, M., Bennedsen, B., Berring, L. & Christensen, K. 2007, *Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*, Sundhedsstyrelsen, København S.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W.A., Blackett, K.N., Sittiamorn, C., Sato, H. & Yusuf, S. 2004, "Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study", *The Lancet*, vol. 364, no. 9438, pp. 953-962.
- Samsø Kommune u.d., *Sundhedstjek*. Available: <http://www.samsøe.dk/site.aspx?MenuID=169&Langref=1&Area=&topID=&ArticleID=5805&expandID=1698&moduleID=&ParentID=5509> [2015, 05/21].

- Sandbæk, A. 2011, "Tjek dit Helbred" - er det effektivt?
Et 5-årig randomiseret studie af effekt og sundhedsøkonomiske omkostninger ved helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis og kommune, Randers Kommune, Region Midt, CFK.
- Schäfer, I., Pawels, M., Küver, C., Pohontsch, N.J., Scherer, M., Van Den Bussche, H. & Kaduszkiewicz, H. 2014, "Strategies for improving participation in diabetes education. A qualitative study", *PLoS ONE*, vol. 9, no. 4.
- Schnohr, P., Marott, J.L., Kristensen, T.S., Gyntelberg, F., Grønbaek, M., Lange, P., Jensen, M.T., Jensen, G.B. & Prescott, E. 2015, "Ranking of psychosocial and traditional risk factors by importance for coronary heart disease: the Copenhagen City Heart Study", *European Heart Journal*, , pp. 1-10.
- Schomerus, G., Schomerus, M.C. & Angermeyer 2008, "Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know?", *Epidemiologia e psichiatria sociale*, vol. 17, no. 01, pp. 31-31-37.
- Sinclair, A. & Alexander, H.A. 2011, "Using outreach to involve the hard-to-reach in a health check: What difference does it make?", *The Royal Society for Public Health*, vol. 126, pp. 87-95.
- Søgaard, R., Lindholt, J. & 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*, vol. 41, pp. 43-50.
- Statens Institut for Folkesundhed 2011, , *KRAM*. Available: <http://www.sifolkesundhed.dk/Forskning/Sundhedsvaner/KRAM.aspx> [2015, Februar 12].
- Statens Institut for Folkesundhed & Sundhedsstyrelsen 2014, , *Danskernes sundhed Tal fra den nationale sundhedsprofil*. Available: <http://www.sundhedsprofil2010.dk/> [2015, 02/24].
- Staunæs, D. & Søndergaard, D.M. 2005, "Interview i en tangotid", *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag, .
- Stenbæk, D.E. & Jensen, M.F. 2007, "Litteratursøgning" in *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*, eds. F.B. Kristensen & H. Sigmund, 2nd edn, Sundhedsstyrelsen, København, pp. 49-58.
- Størup, M., Hjalsted, B., Falk, J., Finke, K. & Samdø, N. 2012, *Forebyggelsespakke - Mental Sundhed*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Stressforeningen. u.d , *Stress i tal*. Available: <http://www.stressforeningen.dk/om-stress/fakta-om-stress/stress-i-tal> [2014, 03/16].
- STROBE Statement 2007, , *STROBE Statement. Checklist of items that should be included in reports of observational studies*. Available: http://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf [2015, Maj 11].
- Sundhed.dk u.d., *Sundhedstilbud*. Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/> [2015, 02/24].
- Sundhedsloven 2007, *Sundhedsloven § 119, stk 2*.
- Sundhedsstyrelsen 2012, *Én af os*, Epinion, København.
- Sundhedsstyrelsen & Primdahl, R. 2013, , *4. udmøntning - Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper: Tidlig opsporing og indsats i jobcentre*. Available:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/2009-2012/styrket-sundhedsindsats-for-socialt-udsatte-og-saarbare-grupper/4-udmoentning/tidlig-opsporing-og-indsats-i-jobcentre#> [2015, 05/18].

Syddjurs Kommune 2015, , *Få et gratis sundhedstjek*. Available:

<http://www.syddjurs.dk/nyheder/f-et-gratis-sundhedstjek> [2015, 05/21].

Thagaard, T. 2004, *Systematik og indlevelse : en indføring i kvalitativ metode*, Akademisk Forlag, Kbh.

Tjørnhøj-Thomsen, T. & Whyte, S.R. 2008, "Fieldwork and participant observation" in *Research Methods in Public Health*, eds. S. Vallgård & L. Koch, 1st edn, Gyldendal Akademisk, København, pp. 91-120.

Tjørnhøj-Thomsen, T. & Hansen, H., P. 2009, "Overskridelsens etik. Erfaring, analyse og repræsentation" in *Mellem mennesker. En grundbog i antropologisk forskningsetik*, ed. K. Hastrup, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 225-248.

Tønnesen, H., Søndergaard, L., Jørgensen, T., Overgaard, D., Kristensen, I. & Barfod, S.M. 2005, *Terminologi, forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*, .

Videbech, P., Bonde, A., Damsbo, N., Deleuran, A., Gormsen, K., Holm, M., Hvenegaard, A., Jensen, H.H., Kessing, L.V. & Lolk, A. 2007, *Referenceprogram for unipolar depression hos voksne*, .

Wackerhausen, S. 1994, "Et åbent sundhedsbegreb. Mellem fundamentalisme og realisme." in *Sundhedsbegreber, filosofi og praksis*, eds. U.J. Jensen & P.F. Andersen, Philosophia, .

Wall, M. & 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*, vol. 22, no. 4, pp. 248-251.

Wallin, J.A. 2012, , *Litteratursøgning - Introduktion til sundhedsvidenskabelig litteratursøgning*. Available: <http://www.sdu.dk/bibliotek/fag/medicin/vejledning/litteratursøgning> [2015, 03/04].

World Health Organization 2004, *Promoting mental health: concepts, evidence, practice*, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva.

World Health Organization 1948, *WHO definition of Health*. Available:

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [2015, 05/27].

World Health Organization 2015, , *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Available:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> [2015, 03/05].

Yin, R.K. 1981, "The Case Study as a Serious Research Strategy", *Science communication*, vol. 3, no. 1, pp. 97-97-114.

Bilagsoversigt

Bilag A:	Søgeprotokol	1
Bilag B1:	Oversigt over udvalgte studier - søgning 1	9
Bilag B2:	Oversigt over udvalgte studier - søgning 2	15
Bilag C:	Samarbejdsaftale	17
Bilag D:	Interviewguide	19
Bilag E:	Info-brev til interviewpersoner	21
Bilag F:	Samtykkeerklæring	22
Bilag G:	Kodetræ	23
Bilag H:	Materiale til borgeren ifm. Helbredstjekket	24

Søgeprotokol

Søgeprotokollen er udarbejdet mhp. at skabe transparens og konsistens i nærværende speciales litteratursøgning (Stenbæk, Jensen 2007, Frandsen et al. 2014, Buus et al. 2008). Således uddybes i det følgende *hvad*, der er søgt efter, *hvordan* der er søgt og udvalgt, samt *hvor* der er søgt.

Der er foretaget to systematiske søgninger i hhv. specialets indledende (søgning 1) og afsluttende fase (søgning 2). I nedenstående uddybes søgningerne.

Søgning 1

Der blev indledningsvis i specialets proces foretaget en systematisk litteratursøgning med det primære fokus at nuancere og kvalificere undersøgelsens empiridannelse (Charmaz 2006).

Fokuseret spørgsmål

Det overordnede formål med den indledende systematiske litteratursøgning var at fremfinde videnskabelige artikler, med relevans for udforskningen af, hvilke barrierer, der kan øve indflydelse på beslutningen om ikke at deltage i et sundhedsrelateret forløb. Der blev, som beskrevet i afsnit 6.5.2.1, valgt at brede litteratursøgningen ud således, at der blev søgt litteratur som ikke blot omhandlede ikke-deltagelse i indsatser målrettet fremme af mental sundhed. Dette med afsæt i at indledende søgninger identificerede meget sparsom og ikke brugbar litteratur herom. På den baggrund indrammes den systematiske litteratursøgning af nedenstående fokuserede søgespørgsmål:

Hvad kan ligge til grund for at nogle mennesker, fravælger at deltage i individorienterede forebyggende interventioner?

Spørgsmålets facetter

Litteratursøgningen blev struktureret i en bloksøgning med inspiration fra det såkaldte PICO-skema, hvor spørgsmålet inddeles i facetterne: Patient, Intervention, Comparison og Outcome (Stenbæk, Jensen 2007, Buus et al. 2008).

Bloksøgningen tager således afsæt i en nedbrydning af det fokuserede søgespørgsmål til centrale facetter. Dette for skabelsen af systematik, samt bedre overblik, når søgningen foretages i forskellige databaser (Stenbæk, Jensen 2007). Bloksøgningen blev inddelt i tre søgefacetter:

#1: Population: *Voksne (i alderen 30-49-år)*

#2: Intervention: *Individorienterede sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser*

#3: Outcome: *Ikke-deltagelse*

Med PICO-strukturen lægges således umiddelbart op til identificering af litteratur ud fra et traditionelt evidenshieraki, hvor interventioner sammenlignes ift. outcome (Stenbæk, Jensen 2007, Buus et al. 2008, Rieper, Hansen 2007). Idet hensigten med nærværende søgning mere er at identificere litteratur, der kan besvare ovenstående problemstilling, end at identificere den litteratur, der står højest i evidenspyramiden er *comparison*-facetten fravalgt i bloksøgningen. At PICO alligevel er foretrukket, skyldes at undersøgelser viser, at søgninger med PICO-struktur er mere præcise og uddybende end søgninger med andre mere kvalitativt-rettede strukturer (Frandsen et al. 2014, Methley et al. 2014).

Informationskilder

En omfattende søgning blev foretaget i syv databaser på baggrund af disses respektive emneområder inden for det sundheds- og samfundsvidenskabelige.

Databaserne omfatter: PubMed, Embase, Cinahl, Scopus, Cochrane, PsycInfo og Sociological Abstract. Søgning i de seks førstnævnte databaser giver alle adgang til sundhedsvidenskabelige artikler (Buus et al. 2008, Wallin 2012). PubMed fokuserer primært på klinisk sundhedsvidenskabelige område. Det samme gør sig gældende for Embase, der dog også tilbyder en større andel af europæiske studier. Scopus er den mest omfattende sundhedsvidenskabelige database i bredere forstand med et humanistisk fokus (Wallin 2012). Cinahl supplerer med sygeplejevidenskabelig litteratur med flere artikler inden for kvalitativ forskning (Buus et al. 2008, Wallin 2012). Cochrane blev inkluderet, for at søgningen omfatter meta-studier og reviews samt studier med fokus på effekt.

PsycInfo supplerer med adgang til artikler, der særligt omfatter det psykologiske område, mens Sociological Abstract kunne bidrage med sociologisk litteratur (Buus et al. 2008, Wallin 2012).

Søgestrategi

Der blev til søgning 1, udarbejdet en overordnet søgestrategi, som blev tilpasset hver enkelt database. Dette med afsæt i at hver database har sit eget søgesprog (Stenbæk, Jensen 2007). Den samlede søgestrategi uddybes i det følgende, hvorunder der gives eksempler på hvordan strategien er justeret fra database til database.

Søgetermer

I hver søgefacet er kontrollerede emneord fortrinsvist anvendt, i form af indekserede thesaurustermer, hvor det var muligt. Dette for at indfange studier, der anvender andre termer for samme søgeord (Stenbæk, Jensen 2007). Frie termer indgår, når essentielle ord og begreber ikke eksisterer som kontrollerede emneord i den pågældende database. De frie termer efterfølges af trunkering (*) for således at indfange samtlige bøjninger af ordets ordstamme (Stenbæk, Jensen 2007). Der er i nærværende speciale søgt på "Non-participa*" som fritekst i alle databaser. Det blev fravalgt at lave indsnævring på fritekstsøgningen, til fx Titel og Abstract, mhp. at mindske risikoen for at udelukke relevante studier. Dette med afsæt i at netop "ikke-deltagelse" fremstår som en helt central del af den problemstilling, der ønskes belyst.

Der er endvidere overvejende anvendt explode-funktion (+), mhp at brede søgningen ud. Dog er explode fravalgt på udvalgte termer i alle databaser, idet der herved fremkom mindre støj i form af ikke relevante studier. Et eksempel på fravalg af explode-funktionen var i Sociological Abstract, hvor der ved søgning på thesaurustermen "Attendance", fremkom explode muligheder som inkluderede søgning på "Church Attendance" og "School Attendance". Med afsæt i nærværende speciales problemstilling og fokuserede spørgsmål til den systematiske litteratursøgning, fandtes disse søgninger ikke relevante at inddrage.

Booleske operatorer

Booleske operatorer blev anvendt for at kombinere hhv. søgetermer og søgefacetter (Buus et al. 2008). Den booleske operator "OR" blev anvendt til at kombinere søgetermer inden for den enkelte søgefacet, for dermed at udbrede søgningen til at indeholde et eller flere af de angivne søgetermer. For at kombinere og dermed gøre søgningen skarpere på det fokuserede søgespørgsmål blev "AND" funktionen anvendt til at kombinere søgefacetterne. Grundet det overskuelige antal af fremsøgte artikler i hver database, blev håndsortering prioriteret over brugen af "NOT" for således at mindske risikoen for at ekskludere relevante artikler. Af samme grund er der ikke anvendt 'limits' i søgningen.

I nedenstående gengives de anvendte søgetermer i hver database:

	Individorienterede forebyggelsesindsatser	Ikke-deltagelse	Voksne
PubMed	MeSH-term: Health Promotion+ Secondary prevention+ Health education+	MeSH-term: Refusal to participate+ Frie termer: Non-participa*	MeSH-term: Adult+
Scopus	Frie termer: "Health education" "Health screening"	Frie termer: Non-participa*	Frie termer: Adult*
Cochrane	MeSH-term: Health education+ Health promotion + Secondary prevention+	MeSH-term: Refusal to participate+ Frie termer: Non-participa*	
Cinahl	Headings: Early intervention+ Health Promotion+ Preventive health care+ Health education+	Headings: Refusal to participate Frie termer: Non-participa*	
PsychInfo	Termfinder: Health screening Health education	Frie termer: Non-participa*	Frie termer: Adult*
Embase	Emtree: Secondary prevention+ Health promotion+ Patient education+	Emtree: Refusal to participate+ Frie termer: Non participation Non participant	Emtree: Adult+
Sociological Abstract	Sociological Thesaurus: Health education+	Sociological Thesaurus: Attendance Health behavior+ Access+ Frie termer: Non-participa* (ab)	

Forkortelser, der henviser til søgefelt: (*) trunkering, (+) explode, (ab) søgt i abstract

In- og eksklusionskriterier ved håndsortering

Brugen af in- og eksklusionskriterier blev anvendt under alle trin i udvælgelsen af litteratur, hvor følgende kriterier blev opsat:

Inklusionskriterier

- Studier der omhandler ikke-deltagelse i sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser
- Undersøgelser om voksne over 18 år
- Studier fra vestlige/Industrialiserede lande

Eksklusionskriterier

- Studier, hvor interventionsgruppen udelukkende består af ældre eller svært sammenlignelige grupper (eks. krigsveteraner, gravide)
- Studier målrettet børn og unge og/eller deres forældre
- Studier fra lande svært sammenlignelige med Danmark og det danske sundhedssystem
- Artikler på fremmedsprog, der ikke er engelsk eller skandinavisk
- Interventioner, der er arbejdspladsbaseret
- Studier, hvor interventionsgruppen er fagprofessionelle
- Internetbaserede programmer
- Studier der udelukkende fokuserer på ikke-deltagelse i cancer screening

Strategi for gennemgang og udvælgelse af litteratur

Søgningen blev udført i perioden 26. februar - 5. marts 2015. Den samlede søgning i syv databaser resulterede i 1507 hits, hvoraf 93 blev valgt ud ved grovsortering på titel og abstract og dubletter blev sorteret fra. Ved efterfølgende finsortering, foretaget af anden part, blev 20 artikler udvalgt til gennemlæsning. Endeligt blev 7 artikler heraf valgt som primærlitteratur, suppleret med 2 kædesøgte studier (se bilag B1 for oversigt over artiklerne).

Søgning 2

I det følgende beskrives udelukkende de dele af den systematiske søgning, der gør sig særegen for søgning 2. Således er gennemgangen mindre uddybende end det var tilfældet med søgning 1, idet de grundlæggende overvejelser om tilgangen til litteratursøgningen, er de samme som ovenfor beskrevet.

Det fokuserede spørgsmål og søgefacterne

Den afsluttende systematiske søgning havde, som beskrevet, til hensigt at bidrage med perspektiver til diskussion af nærværende casesundersøgelses resultater. Dette bl.a mhp. at sikre en bredere belysning af casen, herunder mulighederne for forandring og analytisk generalisering

(Antoft, Salomonsen 2012). Der blev således foretaget en søgning med afsæt i nedenstående fokuserede søgespørgsmål:

Hvad ses at være på spil når sundhedsprofessionelle risikokommunikerer i forebyggende arbejde?

Litteratursøgningen blev, som det var tilfældet med søgning 1, struktureret i en bloksøgning med inspiration fra det såkaldte PICO-skema (Stenbæk, Jensen 2007, Buus et al. 2008).

#2: Intervention: *Forebyggende arbejde*

#3: Outcome: *Risikokommunikation*

Til søgning 2 anvendtes udelukkende facetterne *Intervention* og *Outcome*. Dette med afsæt i kendskabet til begrænsede studier på området og dermed med henblik på ikke at indsnævre søgningen mere end højst nødvendig med mere end to facetter.

Informationskilder

Søgning 2 blev, med afsæt i fokuset mod interaktion og kommunikation, foretaget i databaserne: Cinahl, Scopus, PsychInfo og Sociological Abstract. Cochrane, PubMed og Embase er her fravalgt på baggrund af disse databasers overvejende medicinske og naturvidenskabelige fokus (Wallin 2012).

Søgestrategi og søgeord

Udvælgelsen af søgeord til denne søgning blev foretaget med inspiration fra relevante kædesøgte studiers nøgleord. De respektive søgeord blev afprøvet i udvalgte databaser, mhp at identificere hvilke søgeord, der bedst indfangede studier som fandtes relevante at inddrage i besvarelsen af det fokuserede søgespørgsmål. I processen oplevedes det, hvor store forskelle der er i, hvilke søgeord og indekserede termer der anvendes i studier, der omhandler nogle af de samme elementer. På den baggrund fandtes det vanskeligt at målrette søgningen så den på den ene side blev præcis nok og på den anden side ikke udelukkede relevante studier. Endeligt blev det besluttet at lade facetten *Risikokommunikation*, være det centrale i søgningen, mhp at fremfinde studier til diskussionen af nærværende speciales resultater. Da der, som tidligere belyst, ikke findes mange studier på dette område, fandtes det nødvendigt at kombinere med en relativt bred facet, omhandlende *forebyggende arbejde*.

Der er anvendt kontrollerede emneord, frie termer og boolske operatører på samme vis som beskrevet under søgning 1. Trunkering, explode funktion og limits er fravalgt pba. for meget støj i

de fremkomne resultater og for få relevante hits. Funktionerne blev afprøvet i alle databaser inden fravalgt. Desuden er Sundhedsstyrelsens publikation *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse* (2008), der bygger på en systematisk litteraturgennemgang, anvendt til at tjekke om andre relevante studier på området eksisterer som vores søgning ikke har indfanget. Det samme gør sig gældende for de kernestudier, der blev fremfundet ved søgningen, hvor referencelister er gennemgået med samme formål.

Endvidere er der i søgning 2 valgt indsnævring af fritekst søgningen til *titel/abstract* (tiab), da der ellers fremkom en meget stor mængde ikke relevante artikler.

I nedenstående gengives de anvendte søgetermer i hver database:

	Risikokommunikation	Forebyggende arbejde
Scopus	Frie termer: Risk talk (tiab)	Frie termer: Preventive work
Cinahl	Frie termer: Risk talk (ab) Risk communication (ab)	Cinahl headings: Preventive health care Frie termer: Preventive work
PsychInfo	Frie termer: Risk talk (ab) Risk communication (ab)	Term finder: Preventive medicine Frie termer: Preventive work
Sociological abstract ¹	Frie termer: "Risk talk"	

Forkortelser, der henviser til søgefelt: (ab) søgt i abstract, (tiab) søgt i titel og abstract

In- og eksklusionskriterier ved håndsortering

Brugen af in- og eksklusionskriterier blev anvendt under alle trin i udvælgelsen af litteratur, hvor følgende kriterier blev opsat:

Inklusionskriterier

- Studier, der omhandler hvad der er på spil i risikokommunikationen i forebyggende arbejde på sundhedsområdet
- Undersøgelser om voksne over 18 år

¹ Søgningen i Sociological Abstract blev foretaget med brug af kun den ene facet med søgetermet "risk talk". Dette grundet at kombinationen med *preventive work* gav 0 hits. Kombinationen med *risk communication* som term i samme facet resulterede i støj i form af irrelevante artikler og blev derfor fravalgt.

- Studier fra vestlige/Industrialiserede lande

Eksklusionskriterier

- Studier, hvor interventionsgruppen udelukkende består af ældre eller svært sammenlignelige grupper (eks. krigsveteraner, gravide)
- Studier målrettet børn og unge og/eller deres forældre
- Studier fra lande svært sammenlignelige med Danmark og det danske sundhedssystem
- Artikler på fremmedsprog, der ikke er engelsk eller skandinavisk
- Risikokommunikation omkring livstruende diagnoser som fx cancer

Strategi for gennemgang og udvælgelse af litteratur

Søgningen blev udført i perioden 11.- 12. maj 2015. Den samlede søgning i fire databaser resulterede i 158 hits, hvoraf 7 blev valgt ud ved grovsortering på titel og abstract og dubletter blev sorteret fra. Ved efterfølgende finsortering, foretaget af anden part, blev 6 artikler udvalgt til gennemlæsning. Endeligt blev 3 artikler heraf valgt til anvendelse i specialets resultatdiskussion. Yderligere anvendtes 1 kædesøgt studie (se bilag B2 for oversigt over artiklerne).

Udvælgelsen af den fremfundne litteratur fra begge søgninger er tillige sket under løbende vurdering af studiernes metodologiske kvalitet.

Vurderingen af de kvalitative studier er sket med afsæt i VAKS (Vurdering Af Kvalitative Studier), hvorved der særligt har været fokus på studiernes troværdighed, overførbarhed, konsistens og transperans (Høstrup et al. 2009). Reviews og meta-analyser er vurderet med inspiration fra PRISMA (Transparent reporting of systematic reviews and meta-analysis) tjeklisten, mens STROBE (strengthening the reporting of observational studies epidemiology) har dannet afsæt for kvalitetsvurderingen af de udvalgte tværnsnittstudier (STROBE Statement 2007, PRISMA Statement 2009).

Bilag B1:

Oversigt over udvalgte studier - Søgning 1

Oversigt over udvalgte studier

Publikationstitel	Forfatter(e)	År & land	Formål	Deltagere	Metode	Resultater
Artikler fremfundet ved systematisk litteratursøgning:						
Individual decision making in relation to participation in cardiovascular screening: A study of revealed and stated preferences	Søgaard, R., Lindholt, J. & Gyrd-Hansen, D.	2013 DK	At sammenligne deltagere og ikk-deltageres motiver for beslutning om deltagelse samt deres overordnede præferencer for at deltage i CVD ² screening.	1053 deltagere og 1006 ikk-deltagere fra screeningsforløb.	Tilfældigt inddelt til modtagelse af forskellig mængde yderligere information omkring screeningsprogrammet. Spørgeskema udfyldt omkring tvivl og argumenter i relation til deltagesbeslutningen.	Deltagere: 5 % var i tvivl om deltagelse med den hyppigste grund at de ikke ville have testresultatet. Ikke-deltagere: Dette var også det vigtigste argument for ikke-deltagere, foruden at deltagelse var forbundet med for meget besvær og/eller høje transportudgifter, samt lav selv vurderet risiko 40 % ville genoverveje deltagelse efter at have modtaget yderligere information. Efter den ekstra information værdsatte deltagere dog stadig programmet signifikant højere end ikke-deltagere.

<p>Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice</p>	<p>Koopmans, B., Nielsen, M.M.J., Schellevis, F. G. & Korevaar, J. C.</p>	<p>2012</p>	<p>At identificere faktorer, der påvirker deltagelse negativt i populationsbaserede sygdomsforebyggende programmer i almen praksis. Fastslå hvorvidt programtypen er relateret til niveauet af ikke-deltagelse. Programtyperne omfatter: (7) vaccination, (11) screening mhp tidlig opsporing af sygdom og (6) screening mhp identificering af højrisiko for sygdom.</p>	<p>Højrisiko individer i almen praksis.</p>	<p>Systematisk review. 24 artikler. Søgning i Pubmed, EMBASE, CINAHL and PsycINFO.</p>	<p>Mangel på personlig relevans for programmet, yngre alder, højere social afsavn og tidligere ikke-deltagelse var relateret til manglende deltagelse. Ingen forskel i ikke-deltagelse mellem de tre programtyper. Den store variation i niveauerne for ikke-deltagelse inden for hver programtype kan til dels skyldes forskelle i rekrutteringsstrategier, hvor aktive, personliggjorte strategier resulterer i højere deltagelse i forhold til en indbydelse.</p>
---	---	-------------	--	---	--	--

<p>A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups, and their rehabilitation experience without these resources</p>	<p>Jackson, A. M., McKinstry, B., Gregory, S. & Amos, A.</p>	<p>2012 UK</p>	<p>At forstå ikke-deltagelse i hjerterehabilitering (CR) og iskæmisk hjertesygdoms selvhjælps grupper (CHD) fra ikke-deltageres perspektiv og at give indsigt i deres erfaringer og erfaringer fra deres 'betydningsfulde anden' i rehabilitering i fraværet af ressourcer.</p>	<p>27 personer, der ikke har deltaget i hverken hospitalsbaseret CR eller en CHD gruppe. 17 'betydningsfulde andre'</p>	<p>Dybdegående interviews i informantens hjem. Maksimum variation sampling af informanter på deltagelse, køn, alder, geografisk område og etnicitet.</p>	<p>Influerende faktorer på ikke-deltagelse kunne inddeles i tre kategorier: 'No need/no point': - ikke personligt fordelagtigt for recovery - transport - "afskrækkende" barrierer som ubehag ved grupper 'not worth it': - rejse distance - arbejdsmønstre - fysisk ubehag - afhængighed 'not possible' - stærkt ønske om deltagelse - primær barriere ikke inviteret eller informeret - rejse, arbejdstid, invaliditet → disse faktorer men mindre udtalte end 'not worth it'-gruppe</p>
<p>'Check it out! Decision-making of vulnerable groups about participation in a two-stage cardiometabolic health check: A qualitative study.</p>	<p>Groenenberg, I., Crone, M. R., Van Dijk, S., Gebhardt, Winnifred A. Meftah, J.B., Middelkoop, B.J.C.; Stiggelbout, A.M. & Assendelft, W.J.J.</p>	<p>2014 NL</p>	<p>At udforske determinanter, der påvirker sårbare grupper i relation til (ikke) deltagelse i det hollandske to-trins kardiometaboliske sundhedstjek, der omfatter en sundhedsmæssig risikovurdering (HRA) og forebyggende konsultationer (PC'er) til personer i højrisikogruppen.</p>	<p>125 personer, ikke-vestlige immigranter 45-70 år, voksne børn af denne gruppe, indfødte hollændere af lavere socioøkonomisk status og sundhedsprofessionelle, der arbejder med denne gruppe.</p>	<p>21 fokusgruppeinterviews</p>	<p>Årsager til ikke at fuldføre HRA omfattede (fejlbehæftet) risikoopfattelse, sundhedsforsømmelse, (sundheds)'illiteracy', og sprogbarrierer. En ansigt til ansigt invitation fra en pålidelig kilde og opsøgende arbejde for at øge bevidstheden blev opfattet som at kunne facilitere til deltagelse. Årsager til ikke at deltage i PC'er overlappede med de for HRA, men omfattede derudover risikobenægtelse, frygt for resultatet, dets potentielle konsekvenser (livsstilsændringer og receptmedicin) samt sygdomsrelateret stigmatisering.</p>

<p>Using outreach to involve the hard-to-reach in a health check: What difference does it make?</p>	<p>Sinclair, A. & Alexander, H.A.</p>	<p>2011 UK</p>	<p>At opnå en bedre forståelse for hvilken type individ der anses som tilhørende 'hard-to-reach' gruppen i det skotske Keep Well helbredstjek, samt at identificere hvordan en opsøgende tilgang formår at engagere disse tidligere ikke-deltagere.</p>	<p>30 informanter (15 mænd og 15 kvinder), 45-64 år.</p>	<p>Enkeltinterviews.</p>	<p>Tre hovedårsager for ikke-deltagelse: - uopmærksom på aftalebrevet (invitationen) - andre forpligtelser (det praktiske omkring f.eks. arbejde) - frygt for hvad der kunne opdages.</p> <p>Den første invitation til at deltage i Keep Well helbredstjek sendes med brev og gav et fremmøde på 49% i 2010. Tilføjelsen af en telefonsamtale øgede fremmødet, men det var ikke før opsøgende hold blev involveret, at 69% af befolkningen, der blev opsøgt lavede en aftale.</p>
<p>What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review</p>	<p>Dryden, R., Williams, B., McCovan</p>	<p>2012</p>	<p>At udforske de socio-demografiske, kliniske og sociale kognitive egenskaber ved dem, der deltager og ikke deltager i helbredstjek eller forebyggende helbredsundersøgelser for kardiovaskulær sygdom.</p>	<p>Vestlige-/ industrilande. Højrisiko-individer, der er 'hard-to-reach'.</p>	<p>Litteraturgennemgang (review). 39 artikler.</p>	<p>Ikke-deltagere viste at værdsætte sundhed i mindre grad, have lav self-efficacy, føle mindre kontrol over helbred samt være mindre tilbøjelige til at tro på effekten af helbredstjek.</p> <p>Ikke-deltagere kan føle at de ikke har behov for at helbredstjek: føler sig sunde, har ingen symptomer, er allerede i kontakt med sundhedssystemet, eller har nyligt fået et helbredstjek. Alternativt, er de klar over at de er 'usunde' og har derfor ikke et behov for at blive mødt af en løftet pegefingert og være nødt til at foretage livsstilsændringer eller frygte hvad tjekket vil kunne finde..</p>

<p>Strategies for improving participation in diabetes education. A qualitative study</p>	<p>Schäfer I., Pawels M., Küver C., Pohontsch N.J., Scherer M., Van Den Bussche H., Kaduszkiewicz H.</p>	<p>2014 D</p>	<p>At analysere patienternes holdninger til diabetesuddannelse mhp at identificere hindringer for deltagelse og udvikle strategier for bedre patientuddannelse.</p>	<p>14 patienter.</p>	<p>Semi-strukturerede face-to-face interview.</p>	<p>Fire typer af barrierer: 1) Udtalelser og adfærd fra den behandlende læge påvirkede patienternes beslutninger om diabetesuddannelse 2) Både en god helbredstilstand relateret til diabetes og fysisk/psykisk komorbiditet kan være årsager til ikke-deltagelse. 3) Mange motivationsfaktorer. At give diabetes lav prioritet, at undgå konsekvenserne af diabetesuddannelse, at blive konfronteret med andres sygdomsfortællinger. 4) Barrierer kan også omfatte aspekter af patienternes viden og aktivitet.</p>
---	--	-------------------	---	----------------------	---	--

Artikler fremfundet ved kædesøgning:

<p>“You can’t prevent everything anyway” A qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice</p>	<p>Nielsen K-DB, Dyhr, L., Lauritzen, T., Malterud, K.</p>	<p>2004 DK</p>	<p>At udforske overbevisninger og holdninger omkring afvisning af helbredsscreening i almen praksis.</p>	<p>18 ikke-deltagere (6 mænd, 12 kvinder)</p>	<p>Kvalitative enkeltinterviews</p>	<p>Nogle havde fravalgt at deltage, grundet travlhed, fordi de følte sunde eller for nylig var blevet undersøgt. Ikke-deltagere understregede begrænsninger ved helbredsscreening og ønskede ikke at få afsløret mulige risikofaktorer, eller at deres følelse af et godt helbred blev forstyrret. De understregede den enkeltes eget ansvar for at bevare et godt helbred og mente, at en positiv holdning fremmer sundhed. De ville kontakte deres læge, hvis de havde symptomer.</p>
---	--	--------------------	--	---	-------------------------------------	---

A qualitative investigation of non-response in NHS health checks	Ellis, N., Gidlow, C., Cowap, L., Randall, J., Iqbal, Z., Kumar, J.	2015 UK	At undersøge, hvordan ikke-deltagere i NHS helbredstjek opfatter programmet, herunder at identificere årsagerne til det manglende fremmøde og informere strategier til at forbedre deltagelse..	41 sociodemografisk repræsentative for ikke-deltagere (19 mænd, 22 kvinder)	Semi-strukturerede ansigt-til-ansigt interviews (n=7) og telefoninterviews (n=34)	Fire hovedtemaer: Positive opfattelse af konceptet omkring sundhedstjekket blandt ikke-deltagere; Manglende opfattelse af personlig relevans; ineffektiv invitationsmetode og ulemghed ved fremmøde som almindelige barrierer. Tidligere erfaringer med den primære sundhedssektor kan påvirke optagelsen.
---	--	------------	---	---	---	--

Bilag B2:

Oversigt over udvalgte studier – Søgning 2

Oversigt over udvalgte studier						
Publikationstitel	Forfatter(e)	År & land	Formål	Deltagere/materiale	Metode	Resultater
Artikler fremfundet ved systematisk litteratursøgning:						
The meaning of 6.8: numeracy and normality in health information talks	Adelswärd, V. & Sachs, L.	1996 SE	Hvordan fortolkes og kommunikeres risiko, som udtrykkes statistisk eller matematisk indenfor den medicinske videnskabelige diskurs og hvordan indenfor diskursen af individets hverdagsliv?	28 40-årige mænd, der får leveret resultater fra helbredstjek af sygeplejerske.	Casestudie af lydoptagelser og transskriptioner af interaktionen. Suppleret med interviewdata fra mændene før og efter helbredssamtalen, etnografiske beskrivelser af deres liv i en bredere kontekst, feltnoter fra deltagerobservation og interviewdata fra det medicinske personale.	Helbredstjek og de deraf afledte risikoprofiler, kan instruere individet i, hvordan kroppen skal fortolkes.
Expert Talk in Medical Contexts: Explicit and Implicit Orientation to risks	Linell, P., Adelswärd, A., Sachs, L., Bredmar, M. & Lindstedt, U.	2002 SE	At diskutere resultater fra fem forskellige kontekster i sundhedsvæsenet og de kontekstuelle faktorer, der kan redegøre for væsentlige forskelle i risikosamtaler.	5 artikler fra forskellige kontekster i sundhedsvæsenet hvor der tales risiko.	Diskursanalyse	Der gøres brug af eksplicit og implicit italesættelse af risiko i samtalen med borgeren.

<p>Hvorfor unnlater helsepersonell å snakke med småbarnsforeldre om passiv røyking?</p>	<p>Lund, K.E. & Helgason, A.R.</p>	<p>2000 NO</p>	<p>At identificere årsager til at sundhedspersonale undlader at tage passiv rygning op med forældre på et tidspunkt, hvor skaderne på barna stadig kan forebygges.</p>	<p>1050 læger i almen praksis og overjordemødre ved landets 77 barselsafdelinger, samt 492 sygeplejersker og personale ved 1024 sundhedscentre.</p>	<p>Spørgeskemaundersøgelse</p>	<p>Barrierer for at samtale med forældre om skadevirkninger af passiv rygning er følelsen af ubehag ved at tage emnet op, og at de ikke ved, hvordan de skal snakke med forældrene om problemet. Et klart flertal erfarer alligevel positive reaktioner, når de samtaler med rygende forældre om temaet. Blandt læger i almen praksis er manglen på tid den største hindring, efterfulgt af ubehag ved at tage emnet op og manglende viden om sundhedsskadelige virkninger.</p>
<p>Artikler fremfundet ved kædesøgning:</p>						
<p>Strategies in health-promoting dialogues - primary healthcare nurses' perspectives - a qualitative study</p>	<p>Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K. & Edvardsson, K.</p>	<p>2014 SE</p>	<p>At beskrive dialogiske strategier omkring sundhed og livsstil, der anvendes af sygeplejersker under helbredssamtaler efter helbredstjek.</p>	<p>10 erfarne sygeplejersker fra 8 sundhedscentre</p>	<p>Dybdegående interviews</p>	<p>Sygeplejerskerne anvendte forskellige strategier i dialoger om sundhed og livsstil, der faldt under de fem temaer: "Vejledning af patienter vs. at presse dem; Tilpasning til patienter vs. at dirigere samtalen; Indgyde tillid vs. indgyde frygt; Motivere og støtte patienterne vs. at kræve ansvar; Introducere følelsesladede emner eller undgå dem.</p>

AFTALE OM SAMARBEJDE

Mellem: Aalborg Universitet
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab
School of Medicine and Health
Fredrik Bajers Vej 7E
9220 Aalborg Øst

Og Tjek dit Helbred
Randers Sundhedscenter
Thors Bakke 3, 3. sal
8900 Randers C

Har indgået følgende aftale i forbindelse med udførelse af speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab i projektperioden 02/02 2015 – 01/06 2015

Projektet vedrører:

Casestudie af rekrutteringsprocessen til 'Tjek på Trivlsen'. I casestudiet undersøges, hvor i processen borgerne takker nej til deltagelse, samt hvorfor. På baggrund af den indhentede viden, gives forslag til forandringstiltag, således at flere borgere, for hvem det ville være ønskeligt at deltage, takker ja.

De studerende forpligter sig til at følge anvisninger og instruktioner, der gives af kontaktpersonen fra Randers Sundhedscenter.

1. Den viden, de studerende erhverver om interne forhold, herunder drift, anlæg, metoder og speciel know-how vedrørende projektets faglige område, og som er markeret som fortrolige samt indhentet data i Randers kommune, må ikke udnyttes eller videregives til tredje person.
2. De indhentede data må ikke anvendes til andre formål eller i andre sammenhænge. De indhentede data er anonymiseret, så ingen konkrete personer kan identificeres. Anonymiseringen er foretaget således, at data efter Randers kommunes skøn kan anvendes som udgangspunkt for forskellige analyser. Denne aftale forpligter undertegnede studerende til at sikre, at uvedkommende ikke får adgang til data. Data må opbevares på undertegnede studerendes egen PC i forbindelse med det konkrete projektforløb. Efter afslutningen af projektperioden er undertegnede studerende forpligtet til at slette samtlige data. Undertegnede studerende er selv ansvarlige for forsvarlig sletning af data. Randers Kommune kan ikke gøres ansvarlig for materiale og konklusioner udarbejdet på baggrund af udleverede data.
3. Der udarbejdes, på grundlag af det udførte arbejde, en rapport til Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, til brug for bedømmelse. Denne rapport indgår i universitetets arkiv.

Randers Kommune er berettiget til at modtage en kopi og til at anvende resultaterne internt samt videregive rapporten i det omfang, det følger af reglerne om aktindsigt. De studerende bevarer efter de sædvanlige regler ophavsretten til rapporten.

4. De studerende modtager ikke honorar fra Randers Kommune i anledning af samarbejdet.

Vejleders rettigheder er ikke omfattet af denne aftale, og det bør drøftes mellem vejleder og Randers Kommune, om der er behov for at oprette en aftale, der regulerer forholdet mellem vejleder og samarbejdspartner.

Studerende, Folkesundhedsvidenskab:

Dato Navn

Dato Navn

Randers Kommune

Dato Navn

Vejleder erklærer ved sin underskrift at være bekendt med aftalen og dens indhold.

Dato Navn

Interviewguide

Konstruktionen af interviewguiden er udført således, at venstre kolonne indeholder de tematiske spørgsmål, mens de spørgsmål, der eksplicit blev stillet under interviewet står i højre kolonne. De tematiske spørgsmål er dannet med afsæt i de sensitiverende begreber, samt de fremfundne temaer i den indledende litteratursøgning.

Denne opbygning i tematiske og dynamiske spørgsmål tager afsæt i Kvale og Brinkmanns anbefalinger ift. scripting af interviews (Kvale, Brinkmann 2009).

Interviewet indledes med præsentation af interviewer og observant, kort introduktion af undersøgelsens formål (også informeret pr brev), samt underskrift af samtykkeerklæring. Informeres om at interviewet optages og at vedkommende bliver anonymiseret.

Forskningsspørgsmål (tematiske)	Spørgsmål til informant (dynamiske)
Deltagerens narrativ	Vil du fortælle mig lidt om dig selv? (alder, køn, erhverv, familie)
Hvordan har borgeren oplevet helbredstjekket?	Du har været til helbredstjek, vil du fortælle lidt om, hvordan det forløb?
Hvilke indikatorer er der for at borgeren fik tilbudt TPT? Var der et reelt behov? Sundhedssyn - kan TPT hjælpe? - kan borgeren selv gøre noget? Hvorfor takke nej?	Du har fået tilbudt en plads på 'Tjek på trivslen' - vil du fortælle mig lidt om hvorfor du fik det tilbud? Hvad kan man få ud af sådan et tilbud? Føler du, at du har brug for et sådant tilbud? Vil du fortælle mig lidt om, hvorfor du takkede nej?
Hvilke organisatoriske årsager? <ul style="list-style-type: none"> • Tid • Afstand • Lægebesøg • Forhindret pga. arbejde • Passer dårligt med familieliv 	Har der været nogle praktiske grunde til at du har takket nej? (Lægebesøg, tid, bor langt væk, arbejde mm)
Hvilke personlige årsager? <ul style="list-style-type: none"> • Føler sig sund/rask 	Har der været nogle mere personlige årsager til at du takkede nej?

<ul style="list-style-type: none"> • Frygt for stigma • Frygt for livsstilsændring • Skræmmende 	
<p>Hvilke interaktioner har der været ifm rekrutteringen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helbredstjekket • Opringning • Afklarende samtale • Lægebesøg <p>Hvordan var rammerne for interaktionen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • face to face • telefonisk • hvem lavede dagsordenen <p>Hvordan har interaktionen været mellem borger og ekspert i processen?</p>	<p>Vil du fortælle mig lidt om forløbet fra helbredstjekket til du takkede nej - hvem mødte du/snakkede du med?</p> <p>Hvordan var det, at være til helbredstjekket?</p> <p>Hvordan var det, at være blive ringet op bagefter?</p> <p>Hvordan var det, at have kontakt med din læge?</p> <p>Er der nogle møder, du synes var gode/rare?</p> <p>Er der nogle møder, du synes var dårlige/ubehagelige?</p> <p>Har møderne haft betydning for dit valg?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blevet set/hørt? • Følte sig velkommen? • Skulle du "bevise" at du var sund? • Skulle du forsvare dig selv?
<p>Hvordan kan processen forbedres, så flere siger ja til at deltage?</p>	<p>Hvad skulle få dig til at takke ja?</p>



Kære

Vi er to studerende på Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, som er i gang med vores speciale. Specialet handler om rekrutteringsprocessen til det opfølgende tilbud *Tjek på Trivslen*, som Randers kommune tilbyder i forbindelse med helbredstjekket *Tjek dit helbred*. Som en del af vores undersøgelse, ønsker vi at finde ud af hvilke grunde, der kan være til, at man enten vælger eller fravælger at deltage på *Tjek på Trivslen*.

Specialets overordnede formål er, med afsæt i jeres oplevelser og erfaringer omkring rekrutteringsprocessen, at kunne komme med bud på mulige fremtidige forbedringer af den.

Du inviteres derfor til et individuelt interview omhandlende din oplevelse af at deltage i helbredstjekket, samt dine tanker omkring dit valg eller fravalg om at deltage på *Tjek på trivslen*.

Som vi aftalte i telefonen, mødes vi d kl . Interviewet varer omkring 30-45 min, så der er god tid til, at du kan fortælle os om dine oplevelser. Under interviewet vil vi begge være tilstede. Den ene vil interviewe dig og den anden vil skrive noter og måske byde ind med et spørgsmål eller to.

Vi vil meget gerne have lov at optage samtalerne på bånd, så de derefter kan blive udskrevet og brugt i vores analyse i specialet. Har du lyst, er det muligt at gennemlæse denne udskrift efterfølgende. I specialets skriftlige produkt er du sikret anonymitet.

Der vil, foruden dig, være 3-5 øvrige borgere, der også vil blive interviewet omkring deres oplevelse af rekrutteringsprocessen til *Tjek på Trivslen*.

Din deltagelse er frivillig, og du kan på ethvert tidspunkt trække dig fra interviewet.

Skulle du have uddybende spørgsmål eller have ændret ønske om at være med i interviewet, er du meget velkommen til at kontakte os pr mail 15gr1051@hst.aau.dk eller på tlf nr. 27597939 eller 29902313.

Vi ser frem til at snakke mere med dig.

Med venlig hilsen

Mette Soelberg og Stine Bolmgren
Kandidatstuderende på Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet.

Bilag F:

Samtykkeerklæring

Bekræftelse om deltagelse i individuelt interview

Ja, jeg vil gerne deltage i interviewundersøgelsen i forbindelse med undersøgelse af rekrutteringsprocessen til *Tjek på Trivslen* ved Randers kommune.

Jeg er skriftligt orienteret om og dermed bekendt med, at samtalerne vil blive optaget på bånd og i den afsluttende skriftlige fremstilling, er jeg sikret anonymitet.

Jeg er bekendt med, at min deltagelse er frivillig, og jeg kan på ethvert tidspunkt trække mig fra interviewet.

Jeg kan kontaktes på nedenstående mailadresse og telefonnummer på:

Navn: _____

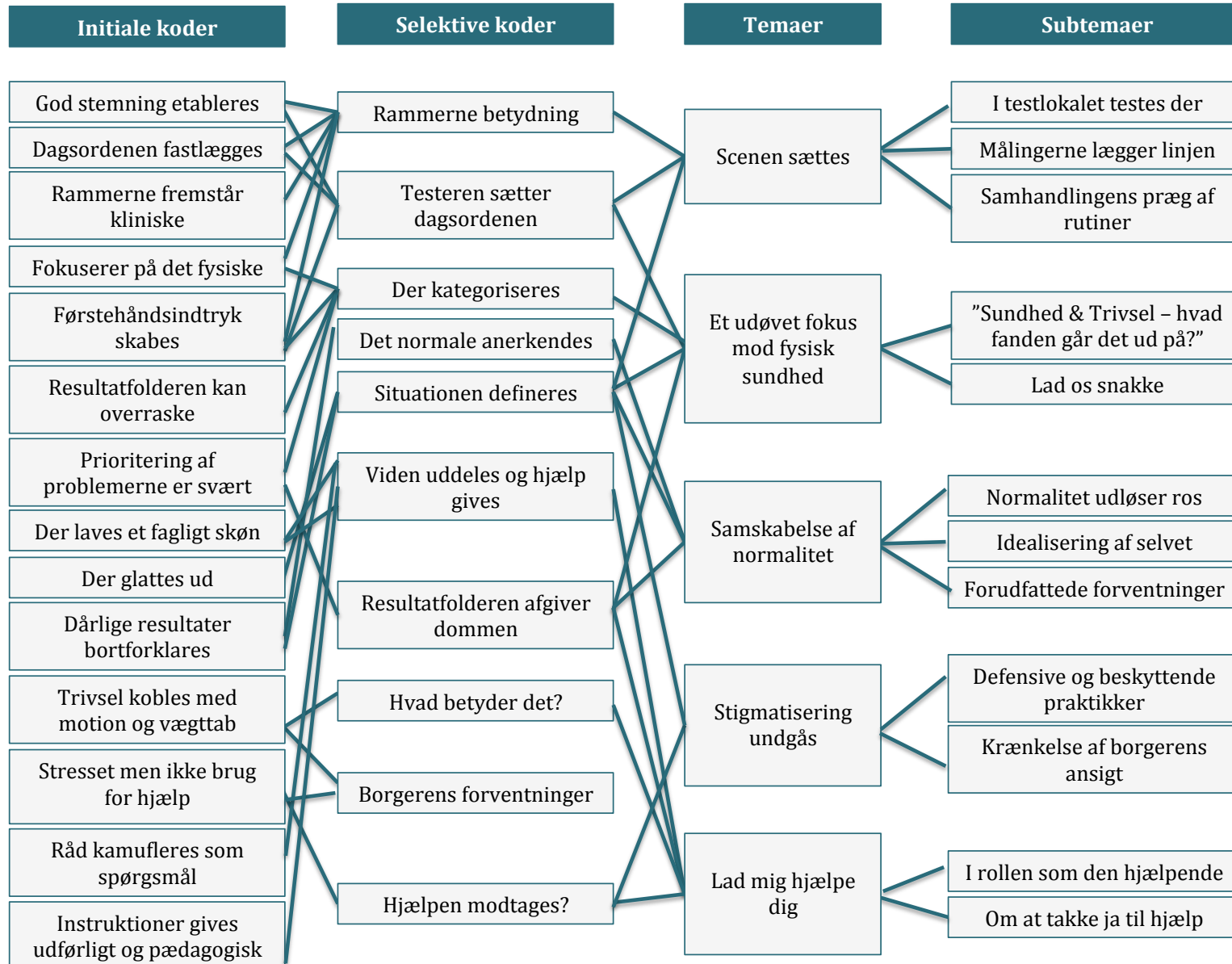
Telefonnr. _____

Mailadresse: _____

Underskrift: _____

Bilag G:

Kodetræ





Adress
e
Adress

Randers, den 1. Sep 2014

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

**Mandag d. 29. Sep 2014 kl. 09:15
Randers Sundhedscenter
Biografgade 3, 3. etage, 8900 Randers C**

HUSK at bekræfte eller vælge en ny tid

Denne tid skal bekræftes eller ændres **senest den 6. Okt 2014**. 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. Du kan få hjælp til besvarelsen i Randers Sundhedscenter, hvis du har brug for det.

Efter helbredsundersøgelsen

Du får alle resultater med hjem. Hvis der er tegn på problemer med dit helbred, vil din læge gerne se dig til en helbredssamtale. Du skal selv bestille tid ved din læge.

Alle der bor i Randers Kommune og er født mellem 1962-1987 får dette tilbud, som er et samarbejde imellem de praktiserende læger i Randers og Randers Sundhedscenter.

Med venlig hilsen

Læge navn
Læge
adresse
adresse

Hvordan? Sådan bekræfter eller vælger du en ny tid

Gå ind på www.tjekdithelbred.dk

Nøgle: x x x x

Kode: x x x

Bekræft tiden, send SMS med teksten

helbred 47284md

send til 1245

Alm. sms-takst

SMS koden kan benyttes indtil 6. Okt 2014

Du er velkommen til at ringe til os på telefon 8915 1215 hverdage kl. 7.30 og 18 (fredag 15).
Du kan læse mere om 'Tjek dit helbred' i vedlagte folder



Kom og få tjekket dit helbred



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. 30-45 minutter.

Du vil blandt andet få målt:

- Din højde, vægt og taljemål
- Din lungefunktion (puste-prøve)
- Dit blodtryk
- Dit kolesterol og dit blodsukker (prik i fingeren)

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 Randes Kommune sammen med Aarhus Universitet undersøge om 'Tjek dit helbred' forbedrer befolkningens sundhed.

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

Gennemførelsen af 'Tjek dit helbred' og håndteringen af data overholder sundhedsloven og er godkendt af Datatilsynet, sagsnummer 2012-41-0183.

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.