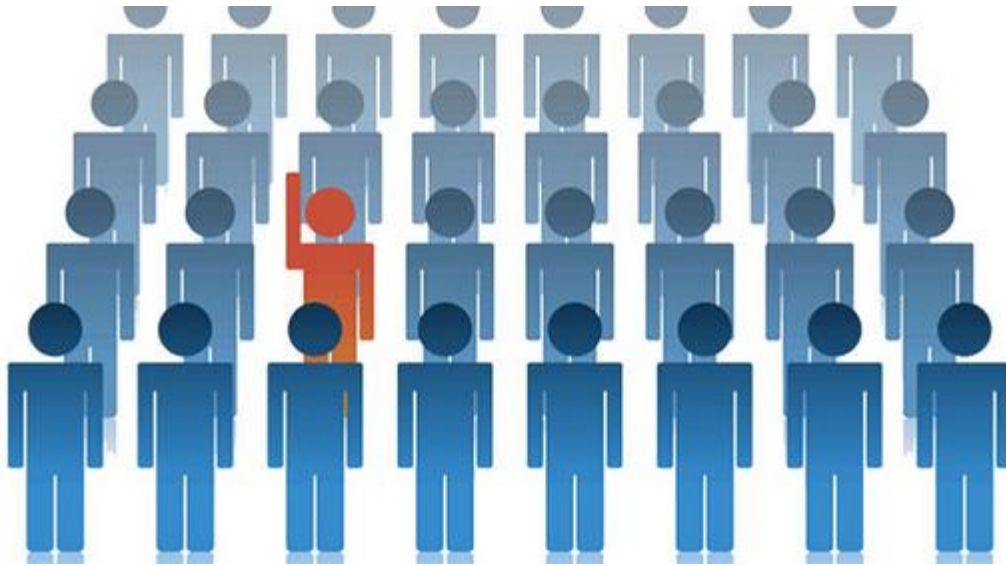


Tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland

*Udviklingstiltag og implementeringsstrategi med henblik på at øge deltagelsen
for de nordjyske mænd i alderen 50-74 år*



Studerende: Mathilde Randrup Kristiansen og Nanna Bech Kristensen

Gruppenummer: 9312

Vejleder: Henrik Vardinghus-Nielsen

Uddannelsesretning: Kandidat i Folkesundhedsvidenskab, 4. semester, Aalborg Universitet

Afleveringsdato: 7. juni 2017

Anslag med mellemrum: 316.746

Dette speciale er udarbejdet som et langt afgangsspeciale, hvorfor det indeholder 50 ECTS point.

Resumé

Baggrund: Tarmkræft er i Danmark den tredje hyppigste kræftform, hvorfor Sundhedsstyrelsen i 2014 valgte at implementere et nationalt screeningstilbud for tyk- og endetarmskræft til alle mænd og kvinder i alderen 50-74 år. Der ses en ulighed i hvem, der vælger at deltage, hvor mænd deltager i mindre grad end kvinder. Denne tendens er problematisk, eftersom litteraturen viser, at mænd har større risiko for udvikling af tarmkræft end kvinder. Tilstedeværelsen af denne ulighed og mændenes øgede risiko for udvikling af tarmkræft indikerer et behov for et udviklingstiltag, der kan imødekomme mændenes begrænsninger for deltagelse.

Formål: At undersøge mænds begrænsninger for ikke at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland samt at udarbejde et udviklingstiltag og en implementeringsstrategi, der kan imødekomme disse begrænsninger.

Metode: Der vil blive foretaget en kvalitativ og kvantitativ undersøgelse samt et litteraturstudie, der har til formål at undersøge mænds begrænsninger for ikke at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet. Delstudiernes resultater vil blive integreret ved hjælp af mixed methods.

Resultater: Resultaterne af den kvantitative undersøgelse viste, at mænd på landsplan deltog mindre i tarmkræftscreeningstilbuddet end kvinder. Det samme gjorde sig gældende i Region Nordjylland. Derudover viste den kvalitative undersøgelse, at mændenes frygt for et positivt svar, den manglende ansvarlighed over for dem selv i forhold til deltagelse og testmetoden var begrænsninger i forhold til deltagelse. Med henblik på at imødekomme mændenes begrænsninger pegede den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet på, at et forbedret informationsmateriale, en ændret invitationsstrategi og et differentieret tiltag i form af en blodprøve var relevante udviklingstiltag, der kunne øge mænds sandsynlighed for deltagelse. Med henblik på at implementere udviklingstiltaget synes didaktiske overvejelser at kunne reducere kompleksiteten i implementeringsfasen.

Konklusion: Resultaterne i specialet viser tre primære begrænsninger i forhold til mænds deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet, hvilket leder videre til et udviklingstiltag og en implementeringsstrategi. Da mændenes oplevede begrænsninger er subjektivt orienteret, kan der være behov for yderligere undersøgelser med henblik på at nuancere det indeværende speciales resultater.

Abstract

Background: Colorectal cancer is the third most frequent type of cancer in Denmark which is why The Danish National Health Board (Sundhedsstyrelsen) have decided to implement a national colorectal cancer screening program for all men and women aged 50-74. Unfortunately, however, there seems to be a disparity as regards to the population segments who choose to participate: Men are less likely to participate compared to women. This tendency is worrying as literature shows that men are at greater risk of developing colorectal cancer than women. The presence of the inequality and the increased risk of developing colorectal cancer for men indicate a need for a health promoting strategy which can reduce male limitations for participation.

Aim: To investigate male limitations as to the participating in the national colorectal cancer screening program in the North Jutland region, and to develop a health promoting strategy which can reduce occurrence of such limitations.

Methods: We shall conduct a qualitative and quantitative research and a literature study which aim to investigate male limitations for not participating in the current colorectal cancer screening program in Denmark. The results of our sub-studies will be incorporated through a mixed methods design.

Results: Nationwide, the results of the quantitative research showed that men are less likely to participate in the cancer screening program compared to women. The North Jutland region shows the same tendency. Furthermore, our qualitative research shows that both fear of a positive test, lack of responsibility in addition to participation and the actual test method are obstacles to participation. In terms of overcoming the said limitations, the qualitative research and the literature study point out that further precautions such as a targeted information leaflet, a modified invitation strategy and a differentiated offer in the form of a blood sample are relevant health promoting strategies which may maximize male likelihood for participation. As regards to implementation of the health promoting strategy, the didactic considerations seem to reduce the complexity related to the implementation.

Conclusion: The results of the sub-studies in the thesis show three main limitations for male participation in the national colorectal cancer screening program. As the analysed male limitations are subjectively oriented, further studies may be beneficial to balance the results of the thesis.

Forord

Dette speciale er blevet udarbejdet som et langt afgangsspeciale i forbindelse med 9. og 10. semester af kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Specialet er blevet udarbejdet i perioden fra september 2016 til juni 2017 i samarbejde med Henrik Vardinghus-Nielsen som vejleder. Til ham vil gerne rette en stor tak for det gode samarbejde og de mange inspirerende faglige diskussioner, der har bidraget til, at specialet er blevet en positiv og lærerig proces. Derudover vil vi gerne rette en tak til Henrik Bøggild, der har bidraget med vejledning i forhold til den kvantitative undersøgelse og håndtering af SAS. Desuden vil vi gerne takke de informanter, der har valgt at deltage i den kvalitative interviewundersøgelse.

God læselyst.

Nanna Bech Kristensen & Mathilde Randrup Kristiansen

7. juni 2017

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem	1
2.0 Problemanalyse.....	2
2.1 Precede-Proceed-modellen	2
2.2 Incidens og mortalitet.....	4
2.3 Strukturelle tiltag	5
2.4 Screening i en teoretisk ramme.....	6
2.5 Det nationale tarmkræftscreeningstilbud.....	7
2.6 Forklaringsmønstre på den manglende deltagelse	9
2.6.1 Modernitetens indflydelse.....	9
2.6.2 Kønsforskelle	11
2.6.3 Social ulighed.....	12
3.0 Afgrænsning	15
4.0 Problemformulering	15
5.0 Metode	16
5.1 Mixed methods.....	16
5.2 Paradigme og forskningstype	18
5.3 Videnskabsteoretisk referenceramme	19
5.3.1 Den teoretiske for forståelse	22
5.4 Teoriens rolle	23
5.5 Den kvantitative undersøgelse.....	23
5.5.1 Databehandling.....	25
5.5.2 Datastep	25
5.5.3 Procedurestep	27
5.6 Den kvalitative undersøgelse	29
5.6.1 De syv metodestadier i en interviewundersøgelse.....	29
5.6.2 Ethiske overvejelser	35
5.7 Litteraturstudie.....	36
5.7.1 Tilfældig litteratursøgning	36
5.7.2 Kædesøgning.....	36
5.7.3 Systematisk litteratursøgning.....	37
5.7.3.1 Trin et – udvælgelse af facetter	37
5.7.3.2 Trin to – søgning i forskellige databaser	40
5.7.3.3 Trin tre - udvælgelse og vurdering af relevant litteratur	41
5.8 Supplerende litteratursøgning.....	42
5.8.1 Tilfældig litteratursøgning og kædesøgning.....	43
5.8.2 Systematisk litteratursøgning.....	43
5.8.2.1 Trin et – udvælgelse af facetter	43
5.8.2.2 Trin to – søgning i databaser	45
5.8.2.3 Trin tre - udvælgelse og vurdering af relevant litteratur	45
6.0 Teoretisk referenceramme	47
6.1 Self-determination Theory	47
6.1.1 Amotivation.....	48
6.1.2 Ydre motivation.....	48
6.1.3 Indre motivation	50
6.1.4 Kritik af SDT.....	50
6.2 Oplevelsen af sammenhæng.....	51

6.2.1 Kritik af oplevelsen af sammenhæng	53
6.3 Hegemonisk maskulinitet	53
6.3.1 Mænd og deres egen sundhed.....	54
6.3.2 Kritik af den hegemoniske maskulinitet.....	54
6.4 Teorisyntese	55
7.0 Resultater	58
7.1 Kvantitative resultater	58
7.1.1 Afføringsprøve.....	58
7.1.2 Koloskopi	61
7.2 Kvalitative resultater	63
7.2.1 Mændenes amotivation	63
7.2.2 Mændenes ydre påvirkninger.....	67
7.2.3 Opsummering på kvalitative resultater	71
7.2.4 Erfaringsbaseret kritik.....	72
7.3 Resultater fra litteratursøgning	73
7.3.1 Kønsbaseret indflydelse på tilslutningen	73
7.3.2 Kontakt til sundhedsprofessionelle	73
7.3.3 Informationsbehov.....	74
7.3.4 Udenlandske tiltag med henblik på at øge deltagelsen	74
7.3.5 Blodprøve kontra afføringsprøve.....	75
8.0 Udviklingstiltag.....	77
8.1 Hvem fokuserer vi på?	77
8.2 Forbedret informationsmateriale	79
8.3 Invitation med samboende kæreste eller ægtefælle	80
8.4 Differentieret tiltag.....	81
8.4.1 Målgruppe	81
8.4.2 Blodprøve som supplement til afføringsprøve	84
9.1 Didaktisk tilgang.....	87
9.1.1 Luhmanns tillidsbegreb.....	88
9.2 Handleplan for implementering af udviklingstiltag.....	89
9.2.1 Hvem skal lære, hvad skal læres og hvorfor skal der læres?.....	89
9.2.2 Af hvem skal der læres?.....	91
9.2.3 Hvornår skal der læres?.....	93
9.2.4 Med hvem skal der læres, og hvor skal der læres?	94
9.2.5 Hvordan skal der læres, og ved hjælp af hvad skal der læres?.....	95
9.3 Evaluering	99
10.0 Kvalitetsvurdering	101
10.1 Den kvantitative undersøgelse.....	101
10.2 Den kvalitative undersøgelse	103
10.3 Litteraturstudie	106
10.4 Samlet kvalitetsvurdering	107
11.0 Konklusion.....	109
12.0 Referenceliste	112
13.0 Bilagsfortegnelse.....	121

1.0 Initierende problem

I 2014 blev der indført et nationalt screeningstilbud for tyk- og endetarmskræft til alle mænd og kvinder i aldersgruppen 50-74 år (Sundhedsstyrelsen 2016c). Sidenhen har der vist sig at være en deltagelsesprocent på 63 procent på landsplan (Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase 2016). Denne deltagelsesprocent er i forhold til screeningstilbuddets forventninger acceptabel (Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase 2016), hvilket den ansvarlige for screeningstilbuddet i Region Nordjylland, ledende overlæge Peter Hindersson, ligeledes vurderer. På trods af, at målene for deltagelsesprocenten er indfriet i Region Nordjylland, hvor deltagelsesprocenten er på 66 procent, anbefales det, at der foretages yderligere undersøgelser af, hvem de cirka 34 procent, der ikke deltager, er, da der kan være en ulighed forbundet herved (Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase 2016).

Internationale videnskabelige studier påpeger, at kvinder i højere grad deltager i tarmkræftscreeningstilbud end mænd (Kobayashi et al. 2014; Courtenay 2000b), hvilket ligeledes understøttes af Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2016e). Den samme tendens for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet gør sig ifølge Peter Hindersson ligeledes gældende i Region Nordjylland, hvilket synes at være problematisk, da det ud fra internationale videnskabelige studier tyder på, at mænd har en højere risiko for at udvikle tarmkræft end kvinder (Gao et al. 2008; McCashland et al. 2001). Den kønslige forskel på deltagelsen er problematisk, eftersom screeningstilbuddet siden implementering i 2014 har vist sig at have en gavnlig effekt på både opsporing og tidlig behandling. Eksempelvis påpeger Sundhedsstyrelsen, at 14 ud af 10.000 mænd og kvinder i alderen 50 år vil undgå at dø af tyk- og endetarmskræft, før de fylder 60 år, hvis de deltager. Derimod vil 18 ud af 10.000 50-årige mænd og kvinder dø af tyk- og endetarmskræft, før de fylder 60 år, hvis de ikke i modsætning til før ikke vælger at deltage (Sundhedsstyrelsen 2016d). Den kønslige forskel på deltagelsen i tarmkræftscreeningstilbuddet indikerer dermed et behov for et tiltag, der kan øge de nordjyske mænds deltagelse, hvis den kønslige forskel ligeledes er et problem i Region Nordjylland.

Ud fra forskning i både indland og udland kan det tyde på, at socioøkonomisk status har en betydning for individets sundhed samt at tilslutning til screeningstilbud er påvirket af den socioøkonomiske status (Kjøller et al. 2007; Frederiksen et al. 2010; von Wagner et al. 2009; Lo et al. 2015). Derfor er det udover den kønsmæssige forskel på deltagelsen i tarmkræftscreeningstilbuddet interessant at undersøge, hvorvidt andre faktorer kan have indflydelse på mænds deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet. Ifølge Signild Vallgård kan det være en fordel at have et øget kendskab til målgruppen af en given intervention, fordi dette kan være med til at forbedre indsatsen (Vallgård et al. 2014). Formålet med dette speciale er dermed at undersøge de nordjyske mænds begrænsninger for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet samt at udarbejde et udviklingstiltag og en implementeringsstrategi, der kan anvendes i praksis i Region Nordjylland.

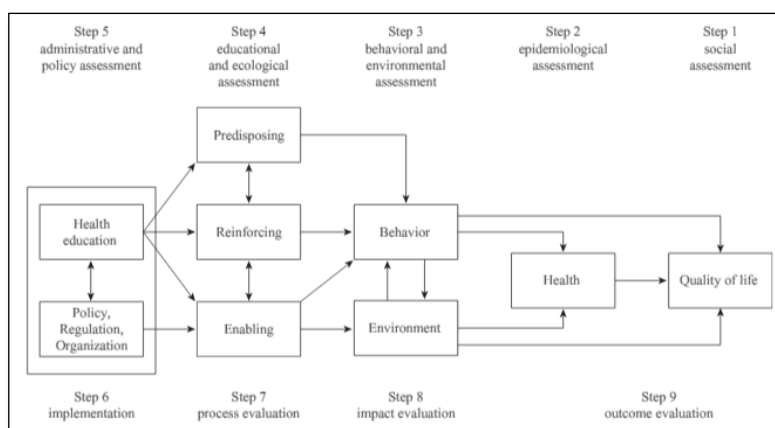
2.0 Problemanalyse

Problemanalysen har til hensigt at belyse, hvilke begrænsninger der ses i forbindelse med tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Forskellige vinkler på problemet vil blive analyseret med henblik på at udarbejde en problemformulering til videre bearbejdning af et udviklingstiltag og en implementeringsstrategi.

2.1 Precede-Proceed-modellen

I problemanalysen vil Precede-Proceed-modellen (PPM) med udgangspunkt i Richard Crosby og Seth Noar (Crosby & Noar) blive anvendt i forbindelse med at forstå, hvordan mænd og kvinders incidens og mortalitet i forhold til tarmkræft fremstår i statistikken samt undersøge, hvilke forklaringsmønstre der kan ligge bag den andel af de inviterede, der vælger ikke at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet. PPM er et planlægningsværktøj, der tager udgangspunkt i planlægningsfasen og evalueringsfasen af en indsats (Crosby & Noar 2011). PPM er ikke en teori men derimod et redskab, hvori det er muligt at inddrage teorier og anden litteratur. Inddragelsen af teori og anden litteratur kan hjælpe med at forstå, hvilke begrænsninger der kan være årsag til den manglende deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet. PPM består af ni trin, herunder trin 1-5 med udgangspunkt i planlægningsfasen og trin 6-9 med udgangspunkt i implementerings- og evalueringsfasen (Crosby & Noar 2011).

Problemanalysen vil tage udgangspunkt i PPM's trin 1-3, som består af social vurdering, epidemiologisk vurdering og adfærdsmæssig og miljømæssig vurdering. Den primære antagelse ud fra PPM er, at adfærd er kompleks, og at det derfor er nødvendigt at kunne forstå sin målgruppe i enhver sundhedsindsats (Crosby & Noar 2011). Disse vurderinger, socialt, epidemiologisk og adfærds- og miljømæssigt, skal forstås som en måde at kortlægge faktorer, der har indflydelse på de enkelte trin. Pilene i figuren illustrerer, hvordan de forskellige faktorer påvirker hinanden på tværs af trinene.



Figur 1: Precede-proceed-modellen (Crosby & Noar 2011)

Trin et består af en social vurdering, hvor det fremanalyses, hvilke faktorer der kan have en betydning for individets livskvalitet (Crosby & Noar 2011). I problemanalysen vil den sociale vurdering blive behandlet i forbindelse med en problematisering af, hvordan incidensen og prævalensen af tarmkræft påvirker mortaliteten og livskvaliteten. **Trin to** består af at kortlægge, hvordan individernes helbred har indvirkning på livskvaliteten (Due & Holstein 2011; Crosby & Noar 2011). I dette trin vil vi fremanalysere de væsentligste begrænsninger ved deltagelse i screeningstilbuddet med henblik på at kunne præsentere screening som strukturelt tiltag og dermed forklare, hvad det nuværende tarmkræftscreeningstilbuds mål er. Formålet med behandling af dette trin er at få klarlagt, hvordan individets helbred muligvis kan svække individernes livskvalitet i en grad, der gør dem amotiverede for deltagelse. I **trin tre** er formålet at identificere miljømæssige og adfærdsmæssige faktorer, da man med kendskab til disse kan reducere incidensen og prævalensen af sygdomstilfælde (Crosby & Noar 2011). Med henblik på at identificere hvilke miljømæssige og adfærdsmæssige faktorer, der influerer på deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet, vil der blive gjort brug af kønsteori for at belyse, om mænd og kvinders sundhedsadfærd er forskellige. Desuden vil det blive analyseret, hvorvidt de inviteredes socioøkonomiske status kan have en indvirkning på deltagelsen i tarmkræftscreeningstilbuddet, og hvorvidt samfundsmæssige faktorer influerer på deltagelsen.

Udover trin 1-3, der besvares i problemanalysen, vil de resterende trin blive belyst videre i opgaven. **Trin 4** består af en undersøgelse, der skal belyse, hvilke faktorer der henholdsvis fremmer eller hæmmer individets handlinger (Crosby & Noar 2011). I dette projekt vil trin fire blive anvendt i forlængelse af de første tre trin, således at de forklaringsmønstre, der er kommet til udtryk i problemanalysen, vil blive yderligere undersøgt. Denne undersøgelse af mændenes forklaringsmønstre og dermed de muligheder og begrænsninger, der influerer på deres deltagelse, vil foregå i forbindelse med udførelse af de enkelte metoder i specialet og analysen af de kvantitative og kvalitative studier samt litteraturstudiet. Således vil både begrænsninger og muligheder for henholdsvis deltagelse og ikke-deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet blive præsenteret med henblik på senere i projektet at kunne tage højde for disse elementer i udarbejdningen og implementeringen af et udviklingstiltag. **Trin 5** omfatter selve udviklingen af et nyt tiltag, der har til hensigt at imødekomme de faktorer, der er blevet præsenteret i trin 1-4 (Crosby & Noar 2011). Trin fem vil i projektet blive behandlet i det diskuterende afsnit, afsnit 8, omhandlede udviklingstiltaget. Det diskuterende afsnit vil gøre brug af de analytiske fund fra de tre analyser, der behandles i trin fire. Specialet vil behandle **trin 6**, hvor selve implementeringsstrategien vil blive diskuteret (Crosby & Noar 2011). Implementeringsstrategien vil blive præsenteret i afsnit 9, hvor overvejelserne i forhold til implementering af det tiltænkte udviklingstiltag vil tage udgangspunkt i Werner Jank & Hilbert Meyers (Jank & Meyer) didaktiske overvejelser. De sidste trin i PPM, **trin 7-9**, vil blive behandlet i afsnit 9.3. Disse trin omhandler evalueringsdelen af udviklingstiltaget (Crosby & Noar 2011). Her vil der blive opstillet nogle målbare faktorer, der har til hensigt at måle på, om udviklingstiltaget har haft en gavnlig effekt. Fordi en evaluering har et retroperspektiv, er det ikke muligt at udføre en

konkret evaluering, hvorfor vi i dette speciale vil udforme en programteori, som der kan gøres brug af i tilfælde af evaluering af udviklingstiltaget og implementeringsstrategien. På denne måde er der rent teoretisk taget højde for, hvordan evalueringen skal udføres.

2.2 Incidens og mortalitet

Tarmkræft er i Danmark den tredjehyppigste kræftform, hvorfor man i Danmark har valgt at rette et særligt fokus herpå (Sundhedsdatastyrelsen 2014). Hvert år udgiver Sundhedsdatastyrelsen og Cancerregistreret en ny publikation, der beskriver en endelig årsopgørelse over nye kræfttilfælde i Danmark i den givne periode. Den nyeste publikation, der dækker over alle nye kræfttilfælde i år 2014, viste, at der havde været 39.253 nye kræfttilfælde (Sundhedsdatastyrelsen 2014). Disse incidente tilfælde viste sig at være en stigning på 5,8 procent sammenlignet med incidensen af kræfttilfælde i år 2013. Den viste stigning viste sig ifølge Cancerregistreret og Sundhedsdatastyrelsen at være betinget af, at der i perioden er diagnosticeret flere tilfælde af tyk- og endetarmskræft end tidligere set (Sundhedsdatastyrelsen 2014). Sammenlignes incidensen for tarmkræft mellem mænd og kvinder i 2015 fandt man ifølge Danmarks Statistik en incidens på 4725 for mænd og en incidens på 4102 for kvinder (Danmarks Statistik 2016a). På samme måde som den øgede incidens blandt mænd ses der ligeså en øget mortalitet hos mænd, hvor 983 mænd døde i 2014 sammenlignet med 843 kvinder, der døde af sygdommen (Danmarks Statistik 2016a). Sammenlignes incidensen og mortaliteten blandt mænd med incidensen og mortaliteten blandt kvinder, ses der en overrepræsentation af tarmkræft hos mænd. Ligeledes påpeger et systematisk review af Hewitson et al, at denne overrepræsentation stiger med alderen (Hewitson et al. 2007). Statistikken viser, at mænd fra hele Danmark i alderen 50-74 hyppigst dør af tarmkræft i forhold til kvinder i samme aldersgruppe (Danmarks Statistik 2016a). Denne tendens kan ud fra et spørgsmål om livskvalitet være problematisk, eftersom fund i den videnskabelige litteratur viser, at livskvaliteten kan forringes i tilfælde af diagnosticering af tarmkræft (Marventano et al. 2013). Ud fra trin 1 i PPM kan dette tyde på, at en diagnosticering af tarmkræft hos både mænd og kvinder kan påvirke deres livskvalitet. Med udgangspunkt i den ovenstående præsentation af en øget incidens og mortalitet hos mænd sammenlignet med kvinder vil vi fremadrettet fokusere på mænd og undersøge, hvilke begrænsninger de oplever i forbindelse med deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet.

Men spørgsmålet er, hvorfor der netop ses så høj en incidens af tarmkræft i Danmark. En forklaring herpå kan ud fra videnskabelige studier være, at tarmkræft er hyppigere i vestlige lande såsom Storbritannien, USA, Australien, New Zealand og dele af Europa end i ikke-vestlige lande (Lynes et al. 2016; Haggard & Boushey 2009). I et videnskabeligt studie vurderes det, at tarmkræft er en social- og livsstilsbetinget sygdom, eftersom kosten i de vestlige lande har en afgørende betydning for incidensen af tarmkræft. I studiet påpeges det, at vestlige madkulturer med et højt indhold af animalsk fedt kan være en væsentlig faktor i forhold til den forøgede incidens (Haggard & Boushey 2009). Med udgangspunkt i PPM's trin 3 kan det således tyde på, at madkulturen i de vestlige lande har en miljømæssig påvirkning på individets adfærd. I forhold til PPM kan

det således se ud til, at individets kostvaner kan influere på stigningen i de incidente tilfælde. Stigningen af cancertilfælde i Danmark kan også ses i lyset af, at befolkningens middellevetid er steget gennem de seneste 20 år. Middellevetiden for mænd er eksempelvis steget fra 72,9 i 1995 til 78,6 i 2015 (Danmarks Statistik 2016a). Da risikoen for at få kræft stiger med alderen, kan den stigende middellevetid for mænd være en af forklaringerne på, at der ses flere kræfttilfælde i Danmark (Kræftens Bekæmpelse 2016b). Den stigende incidens for tarmkræft i Danmark sammenholdt med, at der i Danmark er en vestlig madkultur, gør, at der som sagt er et øget offentligt fokus på kræft, hvilket har ført til flere strukturelle tiltag, der skal nedbringe incidensen af tarmkræft.

2.3 Strukturelle tiltag

Med henblik på at imødekomme denne problematik i forhold til en stigning i incidens og mortalitet relateret til tarmkræft har man i Danmark indført strukturelle tiltag, der har til hensigt at forbedre opsporingen og behandlingen af kræfttilfælde. Et af de strukturelle tiltag er kræftpakkerne, der siden år 2000 har forsøgt at forbedre behandlingen af cancer i Danmark. Kræftpakkerne er patientforløb, hvor der stilles krav til vente- og svartider og indhold i forløbet for at sikre et hurtigere udrednings- og behandlingsforløb (Sundhedsstyrelsen 2016b). I 2010 blev der lavet en undersøgelse, der havde til formål at undersøge, hvorvidt implementeringen af en kræftpakke havde nedsat tiden fra patientens første lægekontakt til en egentlig diagnose. Undersøgelsen viste, at de patienter, der ikke var i et kræftpakkeforløb, fik deres diagnose fire dage senere end de patienter, der var i et kræftpakkeforløb (Jensen et al. 2015). Dermed fik kræftpatienterne også en hurtigere behandling, da kræftpakkerne omfatter både diagnosticering og behandling (Sundhedsstyrelsen 2016b). Formålet er med udgangspunkt i PPM's trin 2 at forbedre opsporingen og behandlingen af kræft, således at et potentielt sygdomsforløb bliver mindre komplekst, og sandsynligheden for overlevelse forbedres. Ud fra kræftpakkerne har formålet således i forhold til tarmkræft været at fremsætte nogle konkrete mål, der netop har individets helbred i fokus.

Udover kræftpakkerne implementerede Sundhedsstyrelsen ligeledes et nationalt screeningsforløb for tyk- og endetarmskræft i 2014, der byggede på tidligere forskning på området. Den tidligere forskning bestod af, at man forud for dette screeningsforløb i Danmark allerede i 1990'erne havde forsøgt at illustrere vigtigheden af screening af tarmkræft hos målgruppen 50-74-årige. Dette blev fulgt op af en medicinsk teknologivurdering udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2001, hvor Sundhedsstyrelsen konkluderede, at tarmkræftsscreening til målgruppen 50-74 årige mænd og kvinder var relevant (Matzen et al. 2001). Vigtigheden af tarmkræftsscreening gør sig ligeledes gældende i et videnskabeligt studie udgivet af tidsskriftet The Lancet, hvor det kommer til udtryk, at effekten af tarmkræftsscreening i Norge, England, Italien og USA på samme måde som i Danmark synes at være positiv. Resultaterne i studiet viste, at både tarmkræftincidensen og -mortaliteten var reduceret som en følge af screeningstilbuddene (Brenner et al. 2014). Med henblik på de forbedrede behand-

lingsmetoder og diagnostik samt ændrede sygdomsmønstre i forhold til tarmkræft blev der i 2005-2006 foretaget en gennemførlighedsundersøgelse i daværende Vejle og Københavns Amt. Resultaterne af den dertilhørende medicinske teknologivurdering i 2008 viste, at antallet af fundne kræfttilfælde i de tidlige stadier levede op til de forventninger, Sundhedsstyrelsen havde forud for undersøgelsen. Dog fandt man, at det primært var kvinder, der deltog (Forskningscenter for forebyggelse og sundhed 2006). Antallet af de fundne tilfælde af kræft og polypper i tarmen oversteg dog deres forventninger forud for undersøgelsen (Kræftens Bekæmpelse 2016a). Med udgangspunkt i den tidligere forskning og det nuværende screeningstilbuds store fokus på tidlig opsporing og behandling af tarmkræft forventer Cancerregistreret og Sundhedsdatastyrelsen at se en stigning i nye tarmkræfttilfælde i aldersgruppen 50-74 år i løbet af de næste år, fordi der forventes at blive diagnosticeret flere tilfælde på baggrund af det nyligt indførte tarmkræftscreeningstilbud i Danmark (Sundhedsdatastyrelsen 2014). Forud for en præsentation af dette tilbud vil det nedenstående afsnit præsentere screening i en teoretisk ramme med henblik på at tydeliggøre de generelle formål med screening og dertilhørende tilsigtede og utilsigtede konsekvenser.

2.4 Screening i en teoretisk ramme

Ifølge Vallgård, Diderichsen og Jørgensen er screening et middel til at opspore og behandle sygdomme tidligt i en befolkningsgruppe, der forud for screeningen er raske. Ved en systematisk screening udvælges en målgruppe i befolkningen, der er i særlig risiko for at udvikle en bestemt sygdom, og der gives dermed et tilbud om at kunne opspore en eventuel sygdom. Ifølge World Health Organization (WHO) forelægger der visse kriterier, der skal tages hensyn til forud for implementering af et screeningstilbud. Blandt andet skal den screenede sygdom udgøre et vigtigt sundhedsproblem, der skal være en diagnose og behandling af den eventuelle sygdom, og derudover skal der forelægge en egnet test til screening. Ligeledes anbefaler WHO, at testen skal være acceptabel for den befolkning, der screenes hos (Wilson & Jungner 1968).

I Danmark tilbydes der mange forskellige screeninger for forskellige sygdomme og til forskellige målgrupper (Vallgård et al. 2014). At deltage i en screening er frivilligt for mennesker, og screening skal derfor ses som et tilbud til befolkningen og ikke som en tvungen handling. Et formål med den systematiske screening er at opspore og behandle en sygdom så tidligt som muligt. For at indføre en systematisk screening skal det bygge på et veldokumenteret grundlag, hvor aspekter som hvilke metoder, der skal screenes med, målgruppen, der skal indgå i screeningen, hvor alvorlig sygdommen er, hvem der skal stå for screeningen, og sidst hvordan finansieringen skal være, skal indgå i overvejelserne bag et screeningsprogram (Vallgård et al. 2014). Der er dog en stigende tendens til at anbefale systematisk screening i Danmark, fordi et stigende antal personer får diagnosticeret en kronisk sygdom, som har en bedre prognose, hvis de behandles tidligt i forløbet. Dette anbefales, fordi prognosen som skrevet er bedre ved tidlig behandling for det enkelte individ og der kan dermed være et økonomisk incitament for at indføre screening, da individerne kan undgå mere kompleks og dyrere behandling i fremtiden (Vallgård et al. 2014). Det kan dog diskuteres, om der skal screenes

for diverse sygdomme, bare fordi teknologien er der til det, da screening også medfører utilsigtede konsekvenser. En af de utilsigtede konsekvenser kan være en bekymring hos de mennesker, der kan få et falsk positivt svar, hvor det rejser unødigt bekymring, mens et falsk negativt svar giver en falsk tryghed hos et menneske. Et falsk positivt svar vil sige, at prøven har vist en tilstedeværelse af en sygdomsmarkør, som ikke er til stede. Modsat viser et falsk negativt svar, at der ikke er sygdomsmarkører til stede på trods af en reel tilstedeværelse (Juul 2013). I forlængelse af risikoen for et falsk positivt og et falsk negativt svar synes sensitivitet og specificitet ligeledes at være centrale begreber inden for screening. Sensitivitet måler på, hvor god screeningen er til at klassificere de raske korrekt, hvorimod specificiteten måler på, hvor god testen er til at klassificere de syge korrekt (Vallgård et al. 2014). Hvis disse hver især er lave, udgør screeningen en dårlig teknologi, der ifølge Svend Juul bør forbedres, fordi det giver unødigt bekymring hos befolkningen (Juul 2013). Fordi der kan være forbundet utilsigtede konsekvenser ved screeningstilbud, skal der derfor foreligge god evidens for, at et sygdomsforløb har en bedre prognose, hvis den behandles på et tidligere stadie. Et screeningstilbud bør løbende evalueres for at opnå så optimal en effekt af screeningen som muligt. Dette kan ske ved at se på enten teknologien bag screeningen eller se på deltagelsen (Vallgård et al. 2014).

Den danske forskning og resultaterne fra den udenlandske litteratur præsenteret i afsnit 2.3, strukturelle tiltag, illustrerer således tilstedeværelsen og vigtigheden af tarmkræftscreeningen. Med udgangspunkt i disse fund synes det i specialet relevant at præsentere formålet med og procedurerne for det danske nationale tarmkræftscreeningstilbud for tyk- og endetarmskræft i det nedenstående afsnit.

2.5 Det nationale tarmkræftscreeningstilbud

Med det formål at imødekomme den høje incidens og mortalitet relateret til tarmkræft i Danmark blev der, som tidligere nævnt, iværksat et nationalt screeningstilbud for alle mænd og kvinder i alderen 50-74 år i 2014 (Matzen et al. 2001). Aldersgruppen som et kriterium er ifølge et videnskabeligt studie ikke tilfældigt, da undersøgelser har vist, at tyktarmskræft er hyppigst blandt personer over 50 år samt støt stigende, efter at både mænd og kvinder er fyldt 50 år. Derfor anbefales det, jævnfør et videnskabeligt studie, at man påbegynder tarmkræftscreening hos både mænd og kvinder, efter at de er fyldt 50 år (Brenner et al. 2014). Sundhedsstyrelsen tilbyder tarmkræftscreeningstilbuddet med henblik på at opnå positive effekter såsom at minimere risikoen for død ved at opspore tidlige symptomer på tyk- og endetarmskræft. Dermed øges sandsynligheden for, at kræften kan helbredes (Sundhedsstyrelsen 2016c).

Selve tarmkræftscreeningen vil for hver enkel person i målgruppen indtræffe hvert andet år, og det forventes, at tilbuddet overordnet set over hele landet vil afstedkomme 22.000 screeningskoloskopier og opspore omkring 2000 tilfælde af tyk- og endetarmskræft i de første to screeningsår (Sundhedsstyrelsen 2016c).

På trods af, at screeningstilbuddet er et nationalt tiltag, fremsendes invitationen pr. brev af de enkelte regioner. Det fremsendte brev indeholder omfattende information om screeningstilbuddet samt udstyr til at foretage den afføringsprøve, der senere vil blive analyseret for eventuelle tegn på blod i afføringen (Region Nordjylland 2016). Afføringsprøven bliver undersøgt i et laboratorium, hvorefter de deltagende mænd og kvinder får svar på prøven 14 dage efter. Findes der i laboratorietesten blod i afføringen, indkaldes der til yderligere undersøgelser, hvor der foretages en kikkertundersøgelse af tarmen - en såkaldt koloskopi. Denne koloskopi har til formål at undersøge, hvorvidt det blod, der i første omgang er blevet opsporet, kommer fra en kræftknode, eller om det har en mindre alvorlig forklaring som for eksempel polypper eller rifter (Kræftens Bekæmpelse 2016c). Denne undersøgelse er dog forbundet med en vis risiko for at få komplikationer i modsætning til afføringsprøven. Koloskopien kan i værste fald medføre perforation af tarmen, og denne risiko forøges, hvis der er blevet fjernet polypper i tarmen. Også blødning kan være en komplikation til koloskopien, men de to nævnte komplikationer - perforation og blødning - er sjældne og forekommer i to ud af 1000 undersøgelser (Kræftens Bekæmpelse 2015). På trods af den positive effekt af screeningstilbuddet, som både Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen påpeger, der er, så ses det, at det alligevel ikke er alle, der modtager invitationen, der vælger at deltage.

Med henblik på at forstå de eventuelle forklaringsmønstre der kan ligge bag den manglende deltagelse for nogle af de inviterede, fandt et norsk studie, at der kan være både etiske, psykologiske og sociale ulemper forbundet ved screening. Her blev det påpeget, at invitationen til et sådant tilbud kan medføre ubehag og nervøsitet om, hvorvidt de inviterede er syge eller ej, og en risiko for overbehandling og overdiagnosticering (Brodersen et al. 2007). Resultater i et andet videnskabeligt studie viste ligeledes, at der kunne være ulemper forbundet med tarmkræftscreening. Her viste resultaterne, at deltagerne oplevede ubehag og besvær ved selve afføringsprøven, samt at mangel på symptomer på tarmkræft gjorde, at de inviterede følte sig distancerede til at deltage og dermed følte sig sygeliggjorte i tilfælde af deltagelse (Wijkerslooth et al. 2012). I andre udenlandske studier kan det ligeledes tyde på, at proceduren har været en begrænsning for deltagelsen i tarmkræftscreeningstilbuddet (Santare et al. 2015; Chambers et al. 2016). Tidligere blev der internationalt anvendt en testmetode, hvor der skulle indgå tre afføringsprøver. Denne testmetode viste sig dog at have en lav compliance, hvorfor der i stedet blev indført en ny procedure, hvor der blot skulle afleveres én afføringsprøve i stedet for tre. Internationalt så man, at den ændrede procedure forbedrede tilslutningen til tarmkræftscreeningen. Dog var tilslutningen stadig ikke lige så høj som ønsket (Santare et al. 2015; Chambers et al. 2016). Sammenholdes den lave compliance i proceduren med henholdsvis én og tre afføringsprøver med gennemførlighedsundersøgelsen, kan det tyde på, at begrænsninger i både ind- og udland kan være præget af testmetoden. Sammenholdes disse forklaringsmønstre med PPM's trin 3, kan det tyde på, at de fund, der ses i den videnskabelige litteratur ovenfor, kan være en forklaring på mændenes adfærd i forhold til ikke at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet.

På trods af, at testmetoden er korrigeret fra tre til én afføringsprøve, og compliance er øget, har man internationalt forsøgt at imødekomme de begrænsninger, der tidligere er set såsom testmetoden, ubehag og nervøsitet forbundet med deltagelse. I et videnskabeligt studie ses det, at der blandt andet i USA forskes i nye testmetoder, hvor afføringsprøven muligvis kan erstattes af en blodprøve. Det videnskabelige studie vurderer umiddelbart, at befolkningen ikke oplever blodprøven som en begrænsning for deltagelse, fordi en blodprøve er mere accepteret i befolkningen end en afføringsprøve (Chambers et al. 2016). I Danmark forskes der også i nye procedurer for screening af tarmkræft (Nielsen n.d.). En forskningsenhed tilknyttet Hvidovre Hospital har på nuværende tidspunkt et forskningsprojekt i gang, hvor der undersøges, hvorvidt en blodprøve kan erstatte en afføringsprøve. Forskningsenheden refererer til andre forskningsprojekter, hvor der er set en compliance på 85-90 procent. Desuden påpeger de, at blodprøver er en mere sikker procedure at screene for tarmkræft på, fordi man mere sikkert kan se indikatorer for tarmkræft og for forstadier (Nielsen n.d.). Det kan dog problematiseres, at afføringsprøven ifølge forskningsenheden er bedst og billigst, hvorimod blodprøven er en dyrere løsning, men samtidig har højere compliance end blodprøven (Nielsen n.d.). Med udgangspunkt i de begrænsninger, der fremgår af gennemførlighedsundersøgelsen i Vejle og Københavns Amt, kan det tyde på, at en ændring af procedurerne i Danmark kan optimere deltagelsen.

2.6 Forklaringsmønstre på den manglende deltagelse

Med udgangspunkt i den ulighed, der ses mellem mænd og kvinders incidens og mortalitet, synes det relevant at problematisere denne tendens. En problematisering er netop relevant, fordi det nationale tarmkræftscreeningstilbud har til hensigt at nedbringe incidensen og mortaliteten, men at denne forebyggende tilgang netop ser ud til at være skævvredet som en følge af uligheden i deltagelse mellem mænd og kvinder. Men spørgsmålet er, hvorfor det ser ud, som det gør. I de nedenstående afsnit, afsnit 2.6.1, 2.6.2 og 2.6.3 vil der blive præsenteret forskellige perspektiver som forklaring på den manglende deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet.

2.6.1 Modernitetens indflydelse

Den engelske sociolog Anthony Giddens (Giddens) argumenterer for, at samfundet har forandret sig fra et traditionelt samfund til et moderne samfund, hvor individet i højere grad end tidligere gør brug af de teknologiske muligheder og de mange ekspertsystemer grundet en øget kompleksitet. Ifølge Giddens modernitetsanalyse kan forandringen fra det traditionelle samfund til det moderne samfund forstås ud fra *adskillelsen af tid og rum*, hvor individet ikke nødvendigvis får viden gennem læge, men lige så vel andre steder fra, *udlejningsmekanismerne*, der udgøres af de ekspertsystemer, som i det moderne samfund er nødvendige, fordi viden er blevet kompleks, og *den reflektive karakter*, der grundet den større mængde af viden fordrer et større behov og mulighed for refleksion (Bak 2010). Giddens modernitetsanalyse understøttes ligeledes af et tværsnitsstudie, der fandt, at individet søgte det meste af sin viden om sundhed gennem internettet og medierne.

Denne adfærd kan ses som et udtryk for en adskillelse af tid og rum. Den viden, individet fik gennem internettet og medierne, stemte dog ikke overens med de anbefalinger, myndighederne kom med (Dempsey et al. 2016; Habel et al. 2009). Mændene får derfor ikke kun deres viden om screeningstilbuddet fra sundhedsmyndighederne, men også fra andre kilder, og disse kilder er ikke nødvendigvis enige. De mange forskellige informationer, mændene modtager om tarmkræftscreeningstilbuddet, kan derfor skabe et krav om øget refleksivitet, fordi det kan være svært for mændene at gennemskue den information, de får (Bak 2010). Den øgede refleksivitet kan i denne sammenhæng medføre en lavere deltagelse grundet en mistillid til sundhedsmyndighederne, fordi den information, de får, kan være modstridende. Med udgangspunkt i den øgede refleksivitet som en følge af adskillelsen af tid og rum kan det tyde på, at dette kunne være en mulig forklaring på den manglende deltagelse. Således kan den øgede refleksivitet og den tilhørende mistillid fremgå som en forklaring på individets adfærd i PPM's trin 3. De mange tillidsrelationer i det senmoderne samfund kan ifølge Giddens sammenholdes med risikobegrebet, hvor individet i samfundet er under en konstant risiko, fordi individet tillægger ekspertsystemerne en væsentlig rolle. Giddens argumenterer for, at ekspertsystemerne er med til at reducere risici i samfundet men, at individet bliver sat over for mange forskellige situationer, hvor der skal træffes beslutninger. Derfor argumenterer Giddens for, at en øget refleksivitet kan skabe en dobbeltthed hos individet. Dermed kan individerne på den ene side have tillid til ekspertsystemerne, men samtidig føle en vis skepsis grundet repræsentanterne eller grundet den øgede refleksion (Bak 2010) (Kaspersen 2001). Giddens' modernitetsanalyse kan således, udover en forklaring på individets adfærd, ligeledes være en forklaring på nogle miljømæssige faktorer i PPM's trin 3, der kan påvirke adfærden. I takt med udviklingen af det moderne samfund er der for individet forekommet forandringer i samfundsstrukturen, der gør, at individet kan være påvirket til at træffe valg, som ikke nødvendigvis er i tråd med ekspertsystemernes anbefalinger grundet refleksiviteten.

I Danmark har der ligeledes været en kritik af tarmkræftscreeningstilbuddet i medierne. Danmarks Radio har i dokumentaren "Sygdom søges" undersøgt, hvorvidt tarmkræftscreeningstilbuddet rent faktisk har den effekt, som der blandt andet hos Sundhedsstyrelsen bliver givet udtryk for. Resultaterne i programmet viste, at overlevelsesraten blandt ikke-deltagende i screeningstilbuddet ikke var dårligere end for dem, der rent faktisk deltog i screeningstilbuddet. Altså, at begge grupperes overlevelsesrate var den samme (Sørensen & Klitgaard 2016). Den vekslende udlægning af tarmkræftscreeningstilbuddets effekt kan have stillet krav til mændenes evne til at træffe valg i forbindelse med deltagelse eller ej. De vekslende udmeldinger mellem sundhedsmyndighederne og medierne gør, at tilliden bliver afgørende for, om mændene vil deltage i tarmkræftscreeningen eller ej, hvilket kan betyde, at mændene træffer et valg ud fra enten sundhedsmyndighedernes eller mediernes udlægning af tarmkræftscreeningen. Dette valg afhænger ifølge Giddens af, hvem de har mest tillid til (Bak 2010), og individet træffer derfor en beslutning om et til- eller fravalg ud fra, hvem de oplever som mest troværdig. Den information, der er tilgængelig gennem medierne, kan således have haft indflydelse på mændenes manglende deltagelse, fordi medierne giver mændene adgang til at søge og anvende

den information, de ønsker. At mændene handler på den information, de selv føler mest oplagt, kan ud fra mændenes synspunkt være hensigtsmæssigt, fordi de kan forholde sig til det, men ud fra et professionelt perspektiv kan dette være problematisk. Adfærden kan være problematisk, fordi den information, mændene vælger at træffe beslutninger ud fra, ikke nødvendigvis er videnskabelig, og dermed kan mændenes adfærd med udgangspunkt i et professionelt perspektiv være uhensigtsmæssig i forhold til deltagelse i screeningstilbudet.

Med udgangspunkt i mediernes udlægning af viden i forbindelse med tarmkræftscreeningen og mændenes anvendelse heraf kan det være relevant at undersøge nærmere, hvilke mænd der har valgt at stille sig kritiske over for screeningstilbuddet, og hvad deres motivation har været for ikke at deltage.

2.6.2 Kønsforskelle

Da der ud fra ovenstående er blevet argumenteret for, at det er mænd, der i højere grad end kvinder fravælger tarmkræftscreeningen, er det relevant at se på, om der generelt er kønsforskelle i tilgangen til sundhed. Har mænd og kvinder samme syn på og tilgang til deres egen sundhed? Med udgangspunkt i Raewyn Connells (Connell) teori ses der en kønsforskel i sundhed, hvorfor det tyder på, at mænds og kvinders syn på sundhed er forskelligt (Scott 2015). Connell har beskæftiget sig med begrebet hegemonisk maskulinitet og dermed udarbejdet en teori om forskellene i mænd og kvinders sundhedsadfærd. Den hegemoniske maskulinitet skal forstås som den mest idealiserede og ærefulde maskulinitet i en kultur, hvilket betyder, at det er den form for maskulinitet, som de fleste mænd i en bestemt kultur bestræber sig på at efterleve. Den hegemoniske maskulinitet er ifølge Connell socialt konstrueret (Scott 2015). Det kunne for eksempel være at have store muskler eller som ham, der forsøger sin familie. Connell udtrykker den hegemoniske maskulinitet som en overlegen fysisk styrke og psykisk og emotionel kontrol. For mænd er den hegemoniske maskulinitet forbundet med en robust krop - mere robust end kvindens, og dermed bliver det for mænd et ideal og noget, der kan prales med, at de for eksempel ikke har været til lægen i flere år. Dermed frigør manden sig fra det feminine sundhedsideal, som er mere forbundet med at tage bedre vare på sin egen sundhed (Scott 2015). Med udgangspunkt i tarmkræftscreeningstilbuddet skal den hegemoniske maskulinitet ses som de inviterede mænds oplevelse af sig selv som mænd, der er stærke og raske og kan forsørge familien uden at være i risiko for at udvikle en risikofyldt sygdom. Ifølge Connell kan den hegemoniske maskulinitet være årsag til, at der opstår uligheder mellem mænd og kvinders sundhed (Scott 2015), og med udgangspunkt i PPM's trin 3 kan den hegemoniske maskulinitet muligvis være en forklaring på mændenes adfærd i forhold til deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet.

Ud fra et videnskabeligt studie kommer kønsforskellen i sundhed til udtryk i og med, at det viser sig, at det i virkeligheden er mænd, der hyppigere end kvinder fravælger screeningstilbud (Kobayashi et al. 2014). Derfor er det relevant at se nærmere på, hvorfor mændene fravælger screeningen på baggrund af deres køn ud

fra en teoretisk vinkel. Et litteraturstudie fra USA konkluderer, at amerikanske mænd generelt dør tidligere end amerikanske kvinder, og at de er i højere risiko for at udvikle bivirkninger til syv af de mest hyppige livsstilssygdomme (Courtenay 2000a). Det samme gør sig gældende for Danmark, hvor mænd har en lavere middellevetid end kvinder (Danmarks Statistik 2016a). Det amerikanske litteraturstudie peger på, at der er tale om, at mænd har en sundhedsadfærd, der er forbundet med risikofyldt adfærd over for deres sundhed. Den risikofyldte adfærd er bundet op på deres maskulinitet, fordi mændene kan se det at være syg og tage til deres praktiserende læge som en svækkelse af deres maskulinitet (Courtenay 2000a). Da maskulinitet er bundet op på risikofyldt sundhedsadfærd, som Connell ligeledes definerer, og femininitet er forbundet med at passe på helbredet, kan mændenes maskulinitet være en forklaring på, hvorfor mænd har lavere middellevetid og en dårligere sundhedsadfærd end kvinder (Courtenay 2003). Og netop dette videnskabelige studie kan eventuelt være med til at forklare, at de inviterede mænd i højere grad end kvinder har en risikofyldt adfærd, der gør, at de fravælger deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet. Dermed kan der ud fra Connells teori argumenteres for, at den hegemoniske maskulinitet kan være en forklaring på deres adfærd og dermed en hæmsko for deltagelsen i tarmkræftscreeningstilbuddet, fordi mændene ser det som et svaghedstegn at deltage, og det styrker ikke deres maskulinitet.

En anden forklaring på mændenes manglende deltagelse kan ifølge det førnævnte review være, at mænd i højere grad end kvinder ser det at bede om hjælp med helbredet som et feminint træk, som svækker deres maskulinitet. Derfor vil mænd hellere gå med for eksempel smerter og lignende længere end kvinder (Courtenay 2000b). Mænd har altså et andet syn på sundhed end kvinder. Derfor er det ifølge Connell vigtigt at have dette in mente, når der laves screeningstilbud både henvendt til mænd og kvinder, da der er forskellige tilgange til tilbuddet. Connells teori siger dog, at der ikke skal differentieres mellem mænd og kvinder, når der skal laves diverse sundhedstiltag. Til gengæld skal der i følge Connell fokuseres på en bestemt gruppe af mænd, der ud fra teorien ikke er defineret, men skal bestemmes i konteksten (Scott 2015) Derfor er det relevant at undersøge, hvilke mænd der takker nej til at deltage i tarmkræftscreeningen og derefter undersøge, hvorfor de har takket nej til at medvirke til screeningen.

2.6.3 Social ulighed

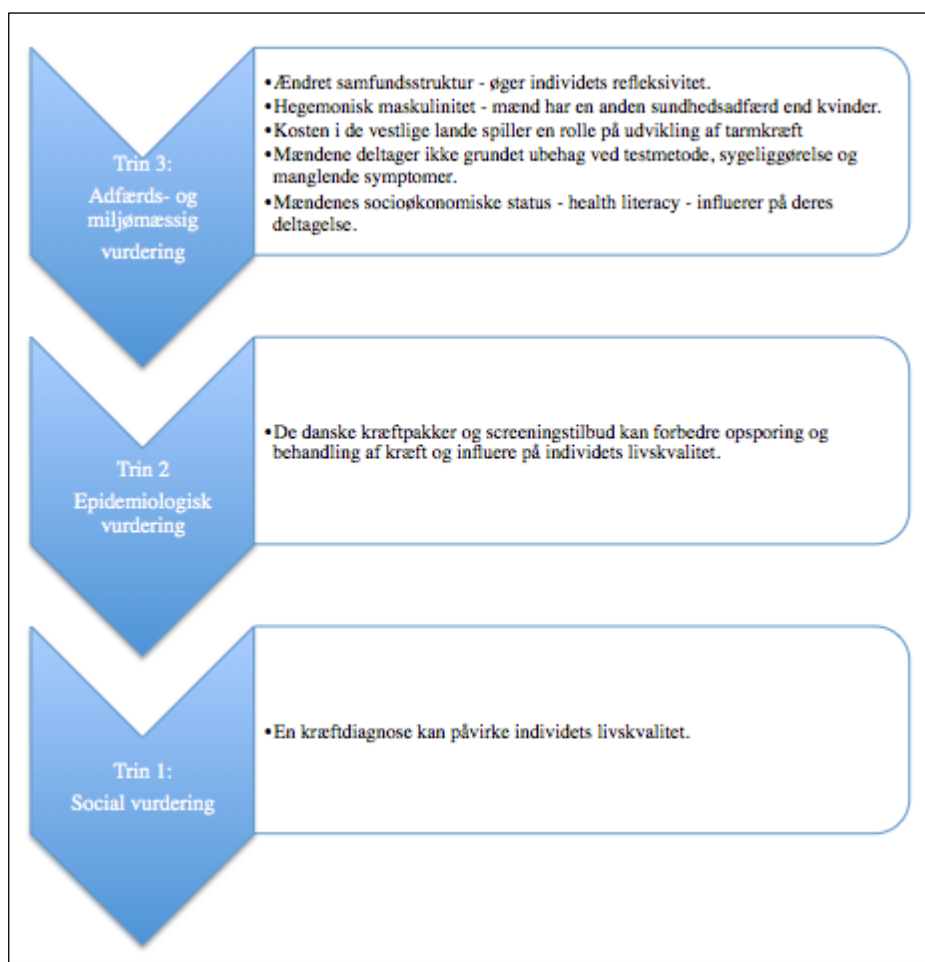
Som nævnt ovenfor er det ifølge Connell relevant at fokusere på en bestemt gruppe af mænd, idet det ses, at mænd i højere grad end kvinder fravælger tarmkræftscreening. Der ses med udgangspunkt i videnskabelige studier en social ulighed forbundet med deltagelse i screeningstilbud, hvor de højest positionerede er bedre til at benytte sig af tilbuddet end de lavere positionerede (von Wagner et al. 2009; Frederiksen et al. 2010; Lo et al. 2015). Social ulighed defineres ifølge Sundhedsstyrelsen ved en skævvridning af sundhedsrisici og sygdomme i samfundet. Jo lavere individet er positioneret, desto højere er sundheds- og sygdomsrisici. Ifølge Sundhedsstyrelsen kan faktorer såsom uddannelsesniveau, indkomst, civilstatus og beskæftigelse have betyd-

ning for den sociale ulighed (Sundhedsstyrelsen 2016e). I både danske og udenlandske videnskabelige studier tyder det som tidligere nævnt på, at deltagelsen i tarmkræftscreeningstilbud er forbundet med en social ulighed og socioøkonomisk status (von Wagner et al. 2009; Frederiksen et al. 2010; Lo et al. 2015). Socioøkonomisk status defineres i følge American Psychological Association som den sociale klasse, et individ eller en gruppe tilhører. Det er ofte karakteriseret ved en kombination af uddannelsesniveau, indkomstniveau og beskæftigelsesniveau (American Psychological Association n.d.). De nævnte karakteristika udgør i PPM's trin 3 den adfærdsmæssige faktor og stemmer overens med de karakteristika, Sundhedsstyrelsen definerer social ulighed ud fra. I et videnskabeligt studie fandt man, at det ikke var alle de inviterede mænd, der valgte at udeblive, men derimod 56,4 procent (Frederiksen et al. 2010). Med udgangspunkt i den hegemoniske maskulinitet og en viden om, at mænd generelt har en mere risikofyldt adfærd end kvinder, kan der stilles spørgsmålstegn ved, hvorfor nogle mænd alligevel har en mere risikofyldt adfærd end andre mænd. De socioøkonomiske faktorer, der i det danske videnskabelige studie influerede på deltagelse eller ej, var uddannelsesniveau, civilstatus, beskæftigelsesniveau og indkomstniveau. Jo højere uddannelses- og indkomstniveau mændene havde, jo større sandsynlighed havde de for deltagelse. Ligeledes sås det, at de, der var i arbejde og var samboende, deltog i højere grad, end de, der ikke var i arbejde eller boede alene (Frederiksen et al. 2010). To videnskabelige studier fra England tydede ligeledes på, at jo højere socioøkonomisk status mændene havde, jo større var deltagelsen (Wardle et al. 2016; von Wagner et al. 2009). Dermed kan det tyde på, at mænds socioøkonomiske status influerer på deltagelsen, og der dermed opstår en social ulighed i deltagelsen.

Flere videnskabelige studier tyder på, at den socioøkonomiske status har indflydelse på mændenes health literacy, fordi health literacy hænger sammen med uddannelsesniveau og indkomstniveau (Levin-Zamir et al. 2016; Cutilli n.d.). Health literacy, som på dansk benævnes sundhedskompetencer, omhandler det at være i stand til at omsætte viden til handlinger til gavn for sundheden (Dansk Sundhedsinstitut 2009). Et systematisk review viser, at der er en positiv sammenhæng mellem mænds sundhedskompetencer og tilslutningen til tarmkræftscreening. Jo højere health literacy, jo større sandsynlighed er der for, at mændene deltager i screeningstilbuddet (Oldach & Katz 2014). Dette understøttes af et videnskabeligt studie, der påviste, at de deltagende, der havde en lav sundhedskompetence, havde en større tilbøjelighed til at vælge tarmkræftscreeningen fra. Derudover fandt studiet ligeledes, at personer med lav sundhedskompetence havde mindre viden om tarmkræft og behandling heraf sammenlignet med personer med høj sundhedskompetence (Peterson et al. 2007). Det kan således tyde på, at mændenes socioøkonomiske status og niveauet for health literacy kan have haft en indflydelse, på hvilke mænd der har valgt at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet. Dette kan ud fra et forebyggende perspektiv være problematisk, fordi de danske sundhedsmyndigheder netop anbefaler screeningen til alle mænd, men at det grundet den sociale ulighed kun er nogle, der får gavn af den tilsigtede effekt.

Med udgangspunkt i de ovennævnte studier vides det, at det er uddannelsesniveauet og indkomstniveau, der afgør graden af health literacy, hvorfor der kan argumenteres for, at det informationsmateriale, mændene modtager, kan have betydet, at det er de højtuddannede mænd i modsætning til de lavtuddannede mænd, der handler på informationen. Jo flere oplysninger mændene med lav health literacy modtager om tarmkræft og anbefalinger, jo sværere kan det være for dem at omsætte den viden, de får, til en reel handling, fordi der er for megen og for kompliceret information (Koh & Rudd 2015). Det kan derfor problematiseres, om det omfattende informationsmateriale, der sendes ud til mændene i forbindelse med tarmkræftscreeningstilbuddet, er tilpasset målgruppen. Ud fra de ovenstående udenlandske studier kan vi derfor have en formodning om, at mændenes health literacy har en betydning for deres deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet.

Ud fra problemanalysen kan det tyde på, at mænd i højere grad end kvinder vælger ikke at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet, og at mulige forklaringer herpå kan være moderniteten, kønsforskelle og en social ulighed. Med udgangspunkt i fundene, der er opsummeret i figur 2 nedenfor, vil specialet dermed have til formål at undersøge disse sete tendenser i en dansk kontekst med henblik på at imødekomme begrænsningerne og vende disse til muligheder for et implementeret udviklingstiltag.



Figur 2: Opsummering på PPM trin 1-3

3.0 Afgrænsning

Med udgangspunkt i problemanalysen blev det fremanalyseret, at mænd i højere grad end kvinder vælger ikke at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet. Ligeledes viste både dansk og udenlandsk litteratur, at mænds risiko for udvikling af tarmkræft var højere end hos kvinder. På baggrund af disse antagelser vil specialet fremadrettet fokusere på mænds oplevede begrænsninger for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet.

Den danske og udenlandske litteratur påpegede, at mænd i forbindelse med deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet oplevede begrænsninger, der har indflydelse på deres motivation for deltagelse. Ud fra problemanalysen tyder det på, at begrænsninger i forbindelse med udviklingen af det moderne samfund og den øgede informationsmængde havde betydning for deltagelsen. Ligeledes synes den hegemoniske maskulinitet at influere på mænds sundhedsadfærd, så de i højere grad fravalgte screeningstilbuddet. Dog tydede fundene på, at mænd i forbindelse med deltagelse eller ikke-deltagelse ikke nødvendigvis traf deres beslutninger ud fra samme grundlag, hvorfor det fremadrettet er væsentligt at have disse forskelle for øje. Sidst synes den socio-økonomiske status at have indflydelse på mændenes deltagelse, fordi mændenes uddannelsesniveau og indkomstniveau influerede på deres health literacy og dermed deres evne til at omsætte viden til handling. De oplistede begrænsninger bygger primært på udenlandske studier, hvorfor specialet fremadrettet vil undersøge, hvorvidt disse begrænsninger ligeledes gør sig gældende for mænd i en dansk kontekst. Ligeledes vil formålet med specialet være at undersøge, hvorvidt det er muligt at vende de potentielle begrænsninger til muligheder og dermed øge deltagelsen i tarmkræftscreeningstilbuddet hos mænd.

På baggrund af det ovenstående vil specialet have til formål at udvikle og implementere et udviklingstiltag rettet mod mænd i en dansk kontekst, der tager højde for de begrænsninger og muligheder, der knytter sig til deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet.

4.0 Problemformulering

Med udgangspunkt i ovenstående problemanalyse vil specialet have til formål at besvare følgende problemformulering:

Hvordan kan mændenes muligheder og begrænsninger for deltagelse anvendes med henblik på at udvikle og implementere et udviklingstiltag for tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland?

5.0 Metode

I de følgende afsnit vil de metodiske valg, der anvendes i specialet, blive gennemgået med henblik på projektets udformning. Specialet vil gøre brug af mixed methods, hvorfor dette speciales brug af både den kvantitative og kvalitative metode fremgår. Desuden vil specialets metodologi, herunder projektets paradigme, forskningstype og videnskabsteoretiske position, blive præsenteret. De metodiske valg tager udgangspunkt i problemformuleringen for at kunne besvare denne ud fra de mest velegnede metoder.

5.1 Mixed methods

Dette speciale har til hensigt at udarbejde og implementere et udviklingstiltag til tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Dette vil blive gjort ved at kombinere to forskellige forskningsdesigns, nemlig en kvantitativ analyse af registerdata og en kvalitativ interviewundersøgelse. Dermed bliver der i specialet gjort brug af mixed methods som metode til at besvare problemformuleringen ved hjælp af to forskningsdesigns. Definitionen af mixed methods forskning og integrationen mellem de forskellige studier vil i dette speciale tage udgangspunkt i lektor ved Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Morten Frederiksen, som definerer forskningsdesignet mixed methods (Frederiksen et al. 2014). Argumentet for at integrere to forskellige forskningsdesigns er, at det bidrager med en mere valid viden i forhold til et undersøgt fænomen, men også mere detaljeret viden og skabe en bredere forståelse af projektets problemformulering. Morten Frederiksen refererer til Creswell og Plano-Clark, der anbefaler, at der besluttet, hvor og hvornår i projektet, integrationen af det kvalitative og kvantitative studie skal foregå. Det kan foregå i forskellige dele af projektet som designfasen, indsamlingsfasen, analysefasen eller fortolkningsfasen (Frederiksen et al. 2014). I dette speciale vil der komme til at ske en integration af det kvantitative og kvalitative studie samt litteraturstudiet i analyse- og fortolkningsfasen. De tre studier vil blive integreret for at kunne analysere resultaterne af de tre studier og dermed fremanalysere, hvordan et effektivt udviklingstiltag kan udforme sig.

I ovenstående afsnit blev det gennemgået, hvor i specialet integrationen mellem studierne ville foregå. I det efterfølgende afsnit beskrives det, hvordan integrationen mellem det kvantitative, kvalitative og litteraturstudiet vil forløbe. Der findes seks forskellige integrationsformer i mixed methods forskning, som beskriver, hvordan integrationen skal foregå:

1. Teoriintegration
2. Dataintegration
3. Designintegration
4. Metodeintegration
5. Analyseintegration
6. Fortolkningsintegration (Frederiksen et al. 2014)

Det er ikke alle seks integrationsformer, der nødvendigvis skal komme til udtryk i løbet af et speciale (Frederiksen et al. 2014). I dette speciale vil der blive gjort brug af analyseintegration og fortolkningsintegration. *Analyseintegration* består af de overvejelser, der relaterer sig til håndteringen af delanalyser, og måden, hvorpå disse kan sammenfattes til en samlet analyse (Frederiksen et al. 2014). I analyseintegrationen vil resultaterne af de tre delstudier blive analyseret med henblik på at fremanalysere et udviklingstiltag og en måde at implementere dette på. Dernæst vil der også ske en dobbelt analyseprocedure, hvor resultaterne af de tre studier i form af et udviklingstiltag vil blive brugt som afsæt for en ny analyse, som har til formål at afstedkomme nye resultater på tværs af alle tre studier. Den analyse, der sker med afsæt i udviklingstiltaget, vil lede specialet videre mod en implementeringsstrategi. *Fortolkningsintegrationen* består af forskerens overvejelser i forhold til, hvorledes analysens resultater kan sættes i relation til den teoretiske referenceramme eller anden litteratur (Frederiksen et al. 2014). Alle tre delstudier bidrager til udvikling og implementering af et udviklingstiltag. Det er således inddragelsen af teori, der understøtter, hvordan udviklingstiltaget skal implementeres.

Brugen af mixed methods har både været komplimenteret og udskældt. Ifølge litteraturen kan en ulempe være, at inddragelse af flere metoder kræver flere ressourcer, og at det dermed kan være en meget krævende arbejdsproces (Frederiksen et al. 2014). I specialet har dette været en udfordring, fordi det har krævet en stor indsigt i alle tre metoder. Dog er dette forsøgt imødekommet ved, at vi har udarbejdet et langt afgangsspeciale, og dermed har den tidskrævende proces været overskuelig. Samtidig er mixed methods en relativ ny forskningsmetode, hvorfor forskere har forskellige definitioner af, hvad forskningsmetoden reelt består af (Frederiksen et al. 2014). Differentieringen mellem henholdsvis analyse- og fortolkningsintegration har været en udfordring, fordi de to integrationsformer i litteraturen er tæt forbundet, og dermed kan de i praksis være svære at skelne mellem. Brugen af mixed methods har dog også mange fordele. Ifølge Morten Frederiksen er en styrke, at man med brugen af flere metoder har mulighed for, at metodernes svagheder opvejes af de andre styrker (Frederiksen et al. 2014). Der, hvor vi i specialet har set nogle begrænsninger i eksempelvis den kvantitative undersøgelse, har vi kunnet bruge den kvalitative undersøgelse til at supplere med og omvendt. Dermed har vi opnået en større bredde, som vi ikke ville have opnået, hvis vi blot havde udarbejdet et udelukkende kvalitative eller kvantitativt speciale.

5.2 Paradigme og forskningstype

Med henblik på at forstå, hvilke begrænsninger mænd oplever i forbindelse med deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland, vil specialet derfor tage udgangspunkt i Launsø & Riepers beskrivelse af det fortolkningsvidenskabelige paradigme. Et paradigme er, ifølge Launsø og Rieper, de briller, man tager på, eller de teorier man tager i brug, som vil forme, hvordan man oplever viden, og hvordan den frembringes (Launsø et al. 2015). Specialets problemformulering skal ud fra litteraturen forstås som noget, der er forankret i det paradigme, der arbejdes ud fra. Det fortolkningsvidenskabelige paradigme søger at opnå en forståelse af og indsigt i menneskers beskrivelse af sig selv, deres handlinger og erfaringer (Launsø et al. 2015). Dermed søger specialet at forstå, hvad deres egen oplevelse af deres handlinger er, og det er således de grundlæggende antagelser i det fortolkningsvidenskabelige paradigme, der afgør, at det er netop dette paradigme, vi skal beskæftige os med, når vi ønsker at forstå, hvilke begrænsninger mænd oplever i forbindelse med deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland.

I specialet vil der blive gjort brug af både den kvantitative og den kvalitative metode med udgangspunkt i mixed methods. Da der i både den kvantitative og kvalitative del af dette speciale arbejdes ud fra det fortolkningsvidenskabelige paradigme, anvendes den forstående forskningstype, som ligeså fokuserer på at kunne fortolke og forstå fænomener (Launsø et al. 2015). I forhold til dette speciale er det med udgangspunkt i den forstående forskningstype relevant, at vi som forskere ifølge Launsø og Rieper kan forsøge at afdække meninger, holdninger og motiver som de udforskede er i besiddelse af og som indtræder i en specifik kontekst (Launsø et al. 2015). Det fremherskende design inden for denne forskningstype er ifølge Antoft og Salomonsen casestudiet. Antoft og Salomonsen refererer til Robert Ying (Ying), der beskriver casestudiet som en analyse af et nuværende eller historisk fænomen i en social kontekst, hvor fænomenet kommer til udtryk (Antoft & Salomonsen 2007). Casestudiet kan tage udgangspunkt i en eller flere cases, hvor en case skal forstås som noget, der repræsenterer en generel sammenhæng eller et ekstremt eller unikt fænomen (Antoft & Salomonsen 2007). I dette speciale vil vores cases bestå af de mænd, der har valgt ikke at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Det er således mændenes unikke beskrivelser af deres motivation eller manglende motivation for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet, der er vores fokus. Vi ønsker således at forstå og forklare de cases, vi undersøger i vores forskningsproces. Fordelen ved at kombinere det kvalitative casestudie med den kvantitative undersøgelse er ifølge Ying, at casestudiet giver mulighed for at opnå en dybdegående indsigt i variabler, der ikke havde været muligt alene med den kvantitative undersøgelse (Antoft & Salomonsen 2007). Der findes fire forskellige typer casestudier, herunder et ateoretisk, teori-
fortolkende, teorigenererende og et teoritestende casestudie. Forskellen mellem typerne er, hvorvidt der ønskes at generere ny empirisk viden eller teoretisk viden, samt om fortolkningen af data tager udgangspunkt i empirisk viden eller teoretiske viden (Antoft & Salomonsen 2007). I dette speciale vil der blive udført teori-
fortolkende casestudier, hvor de data, der genereres, indgår i en fortolkningsproces med det teoretiske univers. Det er således en teoretisk og empirisk viden, der vil blive anvendt som en fortolkende ramme omkring

casestudiet (Antoft & Salomonsen 2007). Det er derfor målet med den kvalitative undersøgelse at tage afsæt i allerede eksisterende teorier og dermed afgrænse vores cases, således det kan være med til at strukturere de data, vi generer, samt være med til at vurdere, hvorvidt vores cases har en generel eller unik karakter. Denne brug af empirisk og teoretisk viden som grundlag for videre fortolkning kan med udgangspunkt i mixed methods forstås som en fortolkningsintegration.

5.3 Videnskabsteoretisk referenceramme

Ud fra problemformuleringen søges det i specialet at forstå, hvilke begrænsninger mænd oplever i forbindelse med deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. I det fortolkningsvidenskabelige paradigme søges erkendelsen og forståelsen af det komplekse, undersøgte fænomen ifølge Launsø og Rieper igennem hermeneutikken (Launsø et al. 2015). Hermeneutik kommer fra græsk og betyder fortolkningskunst. Den hermeneutiske tilgang er dog ikke entydigt beskrevet i litteraturen, da der i litteraturen præsenteres flere forskellige typer af hermeneutik. Eftersom vi i dette speciale ønsker at forstå, hvilke begrænsninger mænd oplever i forbindelse med deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland, vil vi ud fra en hermeneutisk fortolkningskunst bevæge os ind i den hermeneutiske cirkel. Den hermeneutiske cirkel kommer til udtryk ved den vekselvirkning, der ses mellem dele og helhed (Juul 2012). Eksempelvis opnår vi i løbet af specialet resultater i den kvantitative og kvalitative undersøgelse samt litteraturstudiet, som udgør delene. Når disse sammenfattes i analysen og problemformuleringen besvares, opnår vi helheden. Denne helhed har vi dog kun mulighed for at forstå ud fra delene. Den hermeneutiske cirkel er dermed kun meningskabende, når dele og helheden kombineres, og således gør det det muligt at forstå og fortolke.

I specialet vil der blive gjort brug af Hans-Georg Gadamer's (Gadamer) forståelse af den filosofiske hermeneutik. Gadamer beskæftiger sig i den filosofiske hermeneutik med spørgsmålet om ontologi. Ontologi beskriver, hvilke antagelser man har om virkeligheden og de værende (Juul & Pedersen 2012). Ifølge Gadamer er hermeneutikken en ontologi, hvorfor hermeneutikken ikke skal ses som en metode men derimod som en måde at være i verden på. Den filosofiske hermeneutik tager således udgangspunkt i, hvad det vil sige at være til som menneske og definerer, hvordan mennesket er en del af situationer, som mennesket ikke kan undgå (Juul 2012). I specialet vil vi ikke blot gøre brug af den hermeneutiske cirkel som et redskab til forståelse af mændenes begrænsninger for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland, men derimod vil vi indgå i den hermeneutiske cirkel og på den måde sætte vores forforståelse i spil. Vores forståelse af og placering i den hermeneutiske cirkel definerer således vores udgangspunkt i den filosofiske hermeneutik.

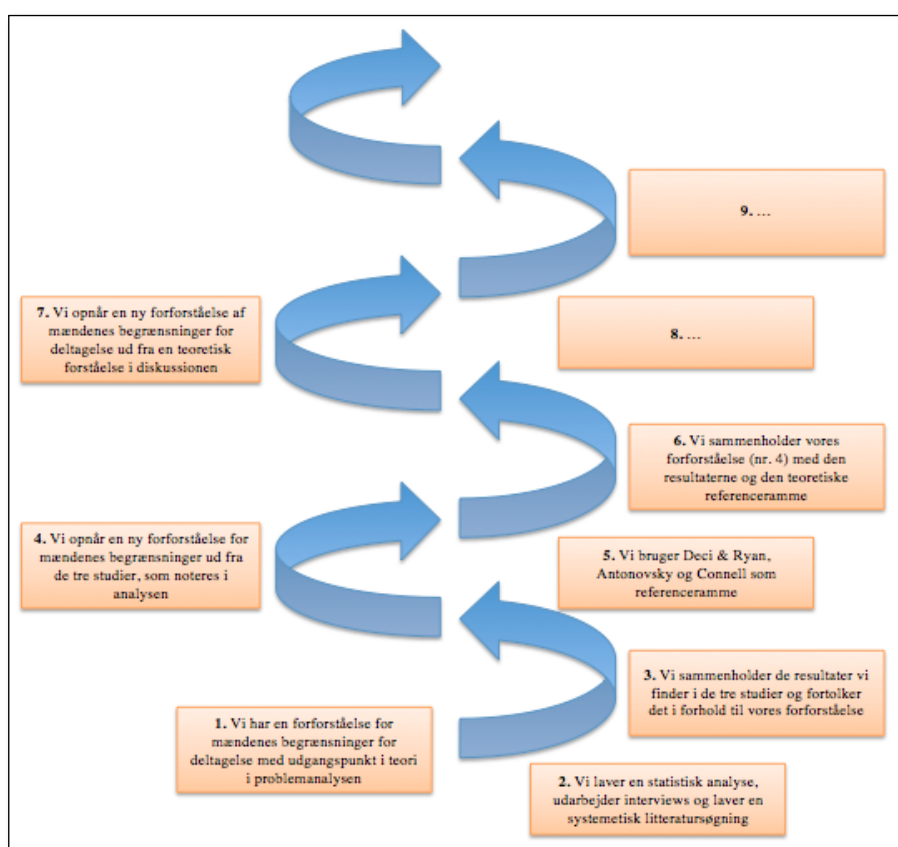
Gadamer argumenterer i litteraturen for, at vi som forskere aldrig observerer et fænomen helt neutralt, men at forskeren derimod inddrager sin forforståelse i analyse- og forståelsesprocessen (Juul 2012). Gadamer an-

vender termen fordomme om forforståelsen. Dog beskriver han fordommene som værende individets forforståelse, hvorfor vi vil anvende termen forforståelse i dette speciale. Forforståelse skal forstås som forskerens opfattelse af, hvordan noget bør være, eller den forståelse, forskeren har af det fænomen, der skal undersøges (Gadamer 2007). Ifølge Gadamer skal forforståelse ses, som det, vi som forskere bringer med ind i brugen af den filosofiske hermeneutik, og dermed skal forforståelsen ses som et produkt af den livssituation, vi som individer befinder os i (Jørgensen 2014). Ifølge Gadamer skal forforståelsen ikke ses som noget, der kan skævvride eller problematisere den forståelse, der fremkommer, men i stedet som noget, der er afgørende for den erkendelse, man får (Juul 2012). Det er således ud fra Gadameres forståelse væsentligt, at vi i dette speciale gør os bevidst om vores forforståelse, således den kan inddrages. Det stemmer overens med Gadameres forståelse af, at udgangspunktet for den forståelse, man som forsker opnår, er betinget af den forståelse, man møder det fremmede med (Gadamer 2007). På denne måde vil vi med inddragelse af vores forforståelse i forståelsesprocessen opnå en dybere forståelse af mændenes begrænsninger for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Inden for den filosofiske hermeneutik argumenterer Gadamer for, at mennesket på intet tidspunkt kan eller har muligheden for at træde ud af den verden, man lever i. Det er således de tidligere livserfaringer, man som forsker har haft, der definerer forståelseshorizonten og dermed er afgørende for, hvad man som forsker forstår eller ikke forstår (Gadamer 2007). Forforståelsen udgør således et grundvilkår for den dataindsamling, der foretages og den efterfølgende analyse, men der kan ligeledes være forbundet kritik herved. En kritik kan ifølge litteraturen være, at vi som forskere kan gøre brug af vores forforståelse i en sådan grad, at vi overfortolker vores empiri, og den dermed mister sin oprindelige betydning. Samtidig kan en meget stringent forforståelse medføre, at resultaterne i de enkelte metodiske undersøgelser bliver for snæver, fordi man netop blot finder de resultater, der matcher forforståelsen (Juul 2012). For at imødekomme denne kritik har vi i specialet gjort os vores forforståelse bevidst ved at notere vores teoretiske forforståelse i det efterfølgende afsnit, afsnit 5.3.1. Ved at gøre os vores teoretiske forforståelse bevidst kan vi forholde os kritisk til den undervejs i udarbejdningen af specialet, og dermed sikre os, at vores forforståelse ikke bliver styrende for specialets resultater.

Ifølge Gadamer har man som forsker mange forskellige forforståelser. Nogle af dem er værd at beholde, og andre bør forkastes. Her argumenterer Gadamer for, at man via den hermeneutiske cirkel bør teste sin forforståelse således, at den forforståelse, forskeren har, sættes i spil og holdes op imod nye erfaringer (Gadamer 2007). De nye erfaringer, vi får, opstår ud fra vores empiri - altså med udgangspunkt i vores kvalitative interviews med de mænd, der har valgt ikke at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Når noget forkastes, er årsagen ifølge Gadamer, at forforståelsen ikke viser sig at stemme overens med den nye viden. Og her er det særligt vigtigt, at forskeren er i stand til at være åben over for udforskningen af det nye fænomen for at opnå en dybere forståelse (Gadamer 2007).

Den erkendelse, som vi i dette speciale søger, skal ifølge Gadamer ses som en væsentlig del af begrebet horisontsammensmeltning (Gadamer 2007). Horisontsammensmeltningen foregår, når vores horisont og forståelse af mændenes begrænsninger for deltagelse, møder mændenes egne horisonter og forståelser for deres begrænsninger ved deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Denne horisontsammensmeltning sker således, når vi som forskere indgår i en dialog med mændene, og vores horisonter smelter sammen. På den måde bliver forskellige horisonter smeltet sammen og forandret (Gadamer 2007). Med henblik på at opnå en forståelse og erkendelse af mændenes begrænsninger for deltagelse er formålet med de kvalitative interviews derfor at indgå i en dialog, hvor vores horisont som forskere bliver holdt op imod mændenes således, at horisonterne kan sammensmeltes og dermed forandres. Det er således ikke afgørende, at horisonterne bliver identiske, men derimod, at vi som forskere bliver i stand til at forstå det, som mændene fortæller (Gadamer 2007). At blive konfronteret med andres horisonter gør, at vi som forskere vil udvide vores horisont og dermed rykke med vores forforståelse (Juul 2012). Fortolkningen og den nye horisont vil således kunne bidrage til besvarelse af problemformuleringen.

I specialet er der gjort brug af den hermeneutiske cirkel til opnåelse af en ny erkendelse. Dette er illustreret i figur 3.



Figur 3: Den hermeneutiske cirkel

Den hermeneutiske cirkel kan ud fra ovenstående figur 3 ses som en løbende proces, hvor vores forforståelse sættes aktivt i spil og dermed bruges i tilegnelsen af en ny forståelse af mændenes begrænsninger for deltagelse. Den indledende forforståelse (punkt et) tager udgangspunkt i den forståelse, vi har af mændenes begrænsninger for deltagelse med udgangspunkt i problemanalysen. Ved indsamling af empirisk data indsamler vi dele (punkt to), der i figuren fortolkes ud fra vores forforståelse (punkt tre). Dette bidrager til en ny forforståelse af helheden og mændenes oplevede begrænsninger for deltagelse (punkt fire). Den konstante bearbejdning af problemet gør, at vi søger at udarbejde et udviklingstiltag og en implementeringsstrategi på baggrund af teori- og analyseintegration (punkt 7). Dette ses i figuren ved, at den nye forforståelse for mændenes oplevede begrænsninger (punkt fire) bliver sammenholdt med vores teoretiske referenceramme (punkt seks), således at vi fortolker den nye viden ud fra forståelsen (punkt fem) og dermed opnår en ny forforståelse for mændenes begrænsninger for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet (punkt syv). Dette er, hvad Gadamer beskriver som en horisontsammensmeltning, da vi i brugen af kvalitative og kvantitative undersøgelser samt litteraturstudiet og den teoretiske referenceramme opnår nye horisonter og dermed en ny forståelse for mændenes begrænsninger for deltagelse. Punkt otte og ni symboliserer, at den hermeneutiske cirkel er en kontinuerlig proces, der ikke nødvendigvis foregår lineært, men derimod er en proces, hvor vi bevæger os frem og tilbage mellem specialets dele. Dette er rent praktisk kommet til udtryk ved, at de forskellige dele af specialet har været under løbende revidering i hele specialeperioden.

5.3.1 Den teoretiske forforståelse

Med henblik på aktivt at kunne gøre brug af vores forforståelse vil det nedenstående afsnit illustrere, hvilken teoretisk forforståelse der i specialet vil blive taget udgangspunkt i med henblik på at opnå ny viden om mændenes oplevede begrænsninger.

I fællesskab skrev vi 2. semesterprojekt om HPV-vaccinen og forældres fravalg af HPV-vaccinen til deres døtre. Daværende projekt har blandt andet ud fra Anthony Giddens' modernitetsteori gjort os opmærksomme på, hvordan de mange informationer om vaccinen har haft en påvirkning på fravalget. Denne viden og opmærksomhed på primært fravalget bidrager ligeledes til en forforståelse af, at de mange forskellige udmeldinger og historier fra venner og bekendte om tarmkræftscreeningstilbuddet og dets procedurer kan have haft en negativ betydning for mænds manglende deltagelse. Udover vores erfaring fra 2. semesterprojektet har vi ligeledes under uddannelsen opnået teoretisk viden om mænds sundhedsadfærd sammenlignet med kvinders. Vi er blandt andet blevet gjort bevidste om, at køn kan være medvirkende til differentiering i sundhed og sygdom, og at der derfor synes at være en forskel i mænd og kvinders brug af sundhedstilbud (Robinson & Robertson 2014).

Da vi allerede på nuværende tidspunkt har en forforståelse om, hvorfor mænd har en lavere deltagelsesprocent end kvinder, vil vi ud fra den hermeneutiske forståelse sætte vores forforståelse i spil. Det er hermed

nødvendigt, at vi er grundige i forhold til at få nedskrevet vores forforståelse, da det senere i dette speciale vil være afgørende for, om vi formår at sætte den i spil i mødet med nye erfaringer (Juul 2012). På denne måde kan vores forforståelser testes og dermed øge sandsynligheden for, at vi som forskere opnår en horisontsammensmeltning og dermed en ny erkendelse (Juul 2012).

5.4 Teoriens rolle

Med henblik på at forstå de begrænsninger mænd oplever i forhold til deltagelse i tarmkræftscreeningstilbudet, er der i dette speciale foretaget en indledende analyse af problemet i problemanalysen og dernæst en bearbejdning og teoretisk fortolkning af resultater fra den kvantitative og kvalitative undersøgelse samt litteraturstudiet. Formålet med at anvende teori i dette speciale er at skabe orden i det kaos, vi fremsætter ved at gøre brug af forskellige metoder til at generere viden. Selvom det er empirien, der er grundlag for vores analyser, vil brugen af teori gøre, at vi ser mændenes begrænsninger for deltagelse ud fra et bestemt teoretisk perspektiv, og dermed vil det utvivlsomt være således, at nogle perspektiver medtages og andre udelades (Vallgård 2012). Udgangspunktet for vidensgenerering i dette speciale har således været en deduktiv arbejdsproces, hvor vi har taget udgangspunkt i teorier og dernæst afprøvet dem ved at fortolke data ud fra den teoretiske referenceramme (Boolsen 2015). Den anvendte teoretiske referenceramme, der beskrives i afsnit 6, har i specialet til hensigt at fungere som et redskab til beskrivelse, forklaring og fortolkning af mændenes oplevede begrænsninger for deltagelse. Ifølge Launsø og Rieper er arbejdet med teorier netop relevant, når data skal fortolkes og analyseres (Launsø et al. 2015). Dette kan ses i relation til forforståelsen, hvor inddragelsen af teorier kan medvirke til mere nuancerede og teoretiske forståelser af begrænsningerne for deltagelse, hvilket betyder, at vores horisont møder nye og mere nuancerede horisonter, og dermed kan vi opnå en ny forståelse.

5.5 Den kvantitative undersøgelse

I specialet vil der med henblik på at udvikle et flervidenskabeligt grundlag for et udviklingstiltag og en implementeringsstrategi blive foretaget blandt andet en kvantitativ analyse. Formålet med den kvantitative undersøgelse er at undersøge, hvor mange nordjyske mænd, der har takket nej til at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet, herunder både afføringsprøve og koloskopi, og om variabler såsom køn og alder kan påvirke deltagelsen blandt nordjyske mænd. Den kvantitative undersøgelse bidrager således med et overblik over, hvem der deltager og ikke deltager i screeningstilbuddet, men vi er dog bevidst om, at kvantitative data ikke kan fortælle noget om kausaliteten, hvilket betyder, at der ikke kan siges noget om årsagsretningen mellem eksponering og outcome (Juul 2013). For at kunne forklare det set i den kvantitative undersøgelse vil den kvalitative undersøgelse søge at opnå en dybere forståelse af den meget reducerede beskrivelse, der i den kvantitative undersøgelse er påvist. Således gøres der brug af styrkerne ved både de kvantitative og kvalitative undersøgelser, og samtidig opvejes deres svagheder gennem denne kombination, hvilket som nævnt er

fordelen ved at gøre brug af mixed methods. Resultaterne af den kvantitative undersøgelse vil blive præsenteret i afsnit 7.1, og syntaxfilen er vedlagt i bilag 7.

Den kvantitative undersøgelse er lavet på baggrund af en registerfil indeholdende data om deltagelse/ikke-deltagelse i afføringsprøven og koloskopien og data fra CPR-registret, der indeholder data om køn og alder. I udarbejdelsen af den kvantitative undersøgelse er der foretaget to delanalyser, herunder analyser på baggrund af deltagelse/ikke-deltagelse i afføringsprøven og deltagelse/ikke-deltagelse i koloskopien. I det anvendte datasæt til deltagelse/ikke-deltagelse i afføringsprøven er der $n=886.048$ deltagere med en medianalder på 60,29 år. De 886.048 deltagere udgør således mænd og kvinder i aldersgruppen 50-74 år på landsplan. Fordelingen mellem køn er ligelig. I analyserne på baggrund af deltagelse/ikke-deltagelse i koloskopien er der $n=39.004$ deltagere, hvor de 39.004 udgør den andel af mænd og kvinder i alderen 50-74 år, der på landsplan har fået en indkaldelse til koloskopi. Der ses en lille overvægt af mænd i fordelingen mellem mænd og kvinder. Der er valgt at udelade de records, der ikke indeholder information om alder, køn og regioner. Der blev i alt ekskluderet $n=40$.

Ifølge Svend Juul (Juul) knytter der sig nogle fordele og ulemper til brugen af registerdata (Juul 2013). Det er ifølge Juul en fordel, at data bygger på registerdata, fordi borgerne dermed ikke selv skal indberette data, hvorfor der kun ses et lille bortfald i dette datasæt. Differentieret misklassifikation skal forstås som en forskel i den kvalitet af information, der ses mellem de sammenlignede grupper (Juul 2013). Fordelen ved at anvende registerdata kan være, at differentieret misklassifikation undgås, fordi deltagerne ikke selv skal give information om tarmkræftscreeningen og deres socioøkonomiske status. En af ulemperne ved at benytte sig af registerdata er, at data ikke er bedre end det input, der gøres i registrene. Der kan være unøjagtige data, der danner grundlag for registerdata, som undersøgelsen tager udgangspunkt i, fordi registreringen foregår manuelt, eller sundhedspersonalet glemmer det (Juul 2013). Den datamængde, der er til rådighed i dette speciale, er blevet behandlet elektronisk, hvorfor unøjagtigheden forebygges, fordi det ikke administreres af borgerne selv. Registreringen af data i forbindelse med tarmkræftscreeningstilbuddet bliver dermed ikke behandlet af borgerne eller sundhedsprofessionelle selv, men i stedet via teknisk udstyr, der registrerer blandt andet deltagelse eller ej i forbindelse med analyser af de indsendte afføringsprøver.

Formålet i en kvantitativ undersøgelse er at teste en given hypotese og dermed enten be- eller afkræfte specialets hypotese. En hypotese defineres ifølge Juul som et udsagn om et kausalt forhold, og er dermed et spørgsmål, vi i specialet søger besvaret ud fra kvantitativ data. Hypotesen foretages med henblik på at vurdere, hvorvidt de observerede data er forenelige med eller er modstridende i forhold til hypotesen (Juul 2013). Hypotesen i specialet vil være, at mænd deltager mindre grad i tarmkræftscreeningstilbuddet end kvinder. For at vurdere, hvorvidt de observerede data er forenelige eller forskellige fra hypotesen, opstilles der en nulhypotese. Denne nulhypotese siger i modsætning til hypotesen, at der ingen forskel er mellem

grupperne (Juul 2013). I dette speciale vil nulhypotesen derfor være, at mænd og kvinder i lige høj grad deltager i screeningstilbuddet, og at deltagelsen dermed er uafhængig af køn og alder. Formålet med at lave en statistisk undersøgelse er at foretage en hypotesetest, der har til hensigt at afgøre, hvorvidt nulhypotesen kan be- eller afkræftes. Hvis specialets nulhypotese bekræftes, ses der ingen forskel mellem mænd og kvinders deltagelse i screeningstilbuddet, hvorimod, hvis den afkræftes, er der en forskel mellem mænds og kvinders deltagelse.

5.5.1 Databehandling

Der er i specialet lavet statistiske analyser i statistikprogrammet SAS. SAS bygger på programmering, og den statistiske bearbejdning af data sker således via et SAS-sprog, der består af koder. De koder, der tages i programmet, giver instruktioner til, hvad programmet skal udføre (Delwiche & Slaughter 2012). I udarbejdningen af den statistiske analyse har vi i SAS arbejdet i datastep og procedurestep. Datasteppet består af operationalisering og dikotomisering og gruppering af variabler, hvorefter proceduresteppet består af selve udarbejdelsen af analyserne.

5.5.2 Datastep

I forbindelse med udarbejdelsen af den statistiske analyse er der i datasættet udvalgt variabler, der kan medvirke til en forståelse af deltagelse/ikke-deltagelse i henholdsvis afføringsprøven og koloskopien. For at finde ud af, hvilke variabler der skal indgå i dette speciales kvantitative undersøgelse, er der taget udgangspunkt i litteraturen. Flere videnskabelige studier beretter, at mænd i højere grad end kvinder fravælger at deltage i tarmkræftscreeningen (Kobayashi et al. 2014). På samme måde tyder det i litteraturen på, at både deltagernes bopæl og alder ligeledes har en betydning på deltagelsen (Frederiksen et al. 2010; Wardle et al. 2016; von Wagner et al. 2009). På trods af, at litteraturen viser en sammenhæng mellem uddannelsesniveau, indkomstniveau og civilstatus, er disse variabler ikke til rådighed i det datasæt, vi er blevet givet. Derfor vil socioøkonomiske variabler i både den deskriptive og analytiske del udelukkende bestå af variablerne: "køn", "alder" og "region". Med udgangspunkt i litteraturen kunne det have været interessant at kende til socioøkonomiske faktorer såsom uddannelse, indkomstniveau og civilstatus, eftersom det ud fra Connells teori om den hegemoniske maskulinitet gøres opmærksom på, at hvis der skal tilrettelægges en intervention for mænd, så skal den tilpasses til en bestemt gruppe af mænd (Scott 2015), hvilket understøttes af et videnskabeligt studie (Wardle et al. 2015). Manglen på disse variabler i det datasæt, vi har modtaget, er i specialet en mangel. Denne mangel vil vi dog gennem brugen af mixed methods forsøge at tage højde for ved at understøtte den kvantitative undersøgelse med resultater fra den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet.

For at gøre data mere overskuelige er der foretaget en operationalisering af data. Operationalisering af data er et redskab, der har gjort det muligt at strukturere data med udgangspunkt i vores hypotese og dermed gjort det anvendeligt til den kvantitative analyse (Juul 2013). I forbindelse med operationaliseringen er variablerne

køn, alder og deltagelse/ikke-deltagelse blevet operationaliseret. Køn og deltagelse/ikke-deltagelse er som nævnt i det nedenstående operationaliseret med et binært outcome. Alder er derimod operationaliseret i grupper, der gør det muligt omfatte den kompleksitet, der kan være forbundet med forskellige aldersgrupper i målgruppen. Variablen “køn” er i oparbejdelsen af datasættet kodet således, at kvinder er kodet 0, og mænd er kodet 1. Variablen deltagelse er i registerfilen ikke blot én variabel. Derimod er der fem variabler, der udgør hvorfor og om, der foreligger et laboratoriesvar for deltagelse. Der fremgår således i registerfilen en prøvedato, som kan være noteret som øjeblikkelig deltagelse eller deltagelse efter, om der er blevet registreret et laboratoriesvar i en af de øvrige fire felter. Prøvesvaret kunne eksempelvis i registeret foreligge i felt nummer to, hvis deltageren havde indleveret en ugyldig prøve i første omgang, og han dermed var blevet bedt om at aflevere en ny prøve. Uanset prøvesvaret er der registreret et laboratoriesvar, hvorfor et manglende prøvesvar er lig med manglende deltagelse. Hvis der i registerfilen fremgik en laboratoriesvar i et af de fem felter, blev den inviterede registreret som deltagende, og omvendt blev de noteret som ikke deltagende, hvis der ikke fremgik et laboratoriesvar i en af felterne. Deltagelse/ikke-deltagelse i henholdsvis afføringsprøven og koloskopien er kodet, således deltagelse er 0 og ikke-deltagelse er 1. Disse kodninger er foretaget på disse måder, fordi mænd og ikke-deltagelse fremstår som det eksponerede og derfor er det kodet 1. Disse dikotomiseringer er illustreret i tabel 1 nedenfor.

	Ikke-eksponeret = 0	Eksponeret = 1
Køn	Kvinder	Mænd
Deltagelse i afføringsprøve	Deltagelse	Ikke-deltagelse
Deltagelse i koloskopi	Deltagelse	Ikke-deltagelse

Tabel 1: Oversigt over dikotomiserede variabler

Ligeledes er der foretaget en operationalisering af alder. Der er valgt at lave fem aldersgrupper, der i selve udarbejdningen af datasættet er kodet 0, 1, 2, 3 og 4. De fem aldersgrupper er 50-54, 55-59, 60-64, 65-69 og 70-74. Denne inddeling af aldersgrupperne er illustreret i tabel 2 nedenfor.

	0	1	2	3	4
Aldersgruppe	50-54 år	55-59 år	60-64 år	65-69 år	70-74 år

Tabel 2: Oversigt over aldersgrupper

Udover de tre operationaliseringer af køn, alder og deltagelse er der ligeledes gjort brug af region som variabel. Denne variabel er inddelt i de fem regioner, Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark, Hovedstaden og Sjælland. Disse er dog ikke blevet kodet anderledes end i det oprindelige datasæt. Operationaliseringen af variablerne fremgår også af syntaxfilen, som er vedlagt i bilag 7.

5.5.3 Procedurestep

Den kvantitative undersøgelse vil bestå af en deskriptiv og analytisk del. Den deskriptive del giver mulighed for at beskrive køn, alder og bopæls indflydelse på henholdsvis deltagelse/ikke-deltagelse i både afføringsprøven og koloskopien. Den analytiske del giver mulighed for, at undersøge, hvorvidt den deskriptive sammenhæng, vi har set, kan være influeret af confoundere såsom køn og alder. Det nedenstående procedurestep vil således beskrive fremgangsmåden for både den deskriptive og analytiske del af den statistiske undersøgelse.

I den deskriptive del blev der foretaget frekvenstabeller for at undersøge sammenhængen mellem køn, alder, bopæl og deltagelse i afføringsprøven og koloskopien. En frekvenstabel visualiserer frekvensfordelingen i det datasæt, der gøres brug af. Frekvensen i en frekvenstabel angives enten i aktuelle tal eller procentdele (Juul 2013). I denne kvantitative undersøgelse er der valgt at visualisere frekvensen i procentdele, fordi datasættet er så stort, at de aktuelle tal kan være udfordrende at aflæse, og derfor siger procentdelene mere om den egentlige forskel.

I frekvenstabeller fremgår de operationaliserede data samt mål som odds-ratio med tilhørende konfidensinterval (CI) og chi-square test med tilhørende signifikanstest i form af en p-værdi. Odds-ratioen er et mål for en risikofaktor mellem en eksponering og et outcome. Det er et relativt mål, hvilket vil sige, at er odds-ratio 1, er der ingen forskel mellem eksponering og outcome. Er odds-ratio mindre end 1, ses der en beskyttende effekt fra eksponeringen, og dermed er risikoen mindre end hos referencegruppens, hvorimod hvis resultatet er større end 1, så er risikoen større (Sterne & Kirkwood 2003). Udover at opgive odds-ratioen angives CI. CI er et udtryk for, hvor stor den tilfældige usikkerhed er om estimatet. CI indeholder med 95% sandsynlighed målpopulationens sande værdi. Et konfidensinterval fortæller dermed mere om estimatet, end en p-værdi gør, fordi der også kan aflæses spredningen af estimatet i et konfidensinterval. Spredningen i et sådant interval fortæller, hvor sikker man er på, at det estimat, der er beregnet, reelt set ligger der, hvor det gør. Med udgangspunkt i konfidensinterval med en 95 procent sandsynlighed kan man være 95 procent sikker på, at vores estimat ligger inden for det opgivne konfidensinterval. Hvis CI krydser 1,0, er odds-ratioen ikke signifikant, hvorimod hvis CI ikke krydser 1,0, så er odds-ratio signifikant (Juul 2013). En p-værdi er en signifikanstest, der fortæller, hvor stor sandsynligheden er for, at nulhypotesen kan forkastes - og omvendt om hypotesen viser sig at være sand (Juul 2013). P-værdien bruges derfor i statistikken til at afgøre, om nulhypotesen kan forkastes eller ej. Hvis en p-værdi er under 0,05, siger den, at hypotesen er sand, og nulhypotesen kan forkastes. Er den derimod over 0,05, gælder det modsatte, og nulhypotesen gør sig gældende. At have en p-værdi på 0,05 er det mest almindelige inden for statistikken (Juul 2013), hvorfor der også vil blive gjort brug af en p-værdi på 0,05 i dette speciale.

I den deskriptive analyse er der blevet anvendt en chi-square test. En chi-square test beskriver forskellen mellem de observerede og de forventede værdier, hvis der ikke er nogen forskel mellem de to grupper. Formålet med at anvende en chi-square test i dette speciale er at signifikant teste de beregnede frekvenser og dermed vurdere, hvorvidt forskellene på frekvenserne er signifikante eller ej. En chi-square test skal tolkes sådan, at jo større chi-square værdien er, jo større forskel er der mellem de observerede og de forventede værdier, hvilket falsificerer nulhypotesen. For at kunne anvende en chi-square test, skal der være mere end 40 data i et datasæt (Juul 2013). Det datasæt, der arbejdes med i dette speciale, har mere end 40 data, hvorfor chi-square testen er anvendt. Efter at have udregnet en chi-square værdi skal den også signifikant testes, og det bliver den gjort ved hjælp af en p-værdi (Juul 2013).

Efter den deskriptive del blev der foretaget en analytisk del. Den analytiske del består af logistiske regressio-
ner, der har til formål at justere for alder og dermed undersøge, hvorvidt denne variabel kan være en con-
founder. Confounding skal forstås som en sammenblanding eller forveksling af resultatet, hvorfor det kan
 resultere i, at man fejltolker data (Juul 2013). En logistisk regressionsanalyse bruges til at undersøge sand-
synligheden for et odds mellem to variabler med et binært outcome (Juul 2013). Kravet for at lave en logi-
stisk regressionsanalyse er, at outcome skal være binært. Et binært outcome betyder, at der kun er to udfald -
 eksempelvis deltagelse/ikke-deltagelse. I en logistiske regressionsanalyse gøres der brug af associationsmålet
 odds ratio, hvilket er et mål for en risikofaktor mellem en eksponering og et outcome. Som en del af associa-
 tionsmålet angives der ligeledes et CI for at signifikant teste (Sterne & Kirkwood 2003). I den logistiske re-
 gressionsanalyse er der først foretaget en ujusteret analyse for henholdsvis køn og alder, og dernæst er der
 foretaget en justeret analyse for køn og alder. Disse justeringer søger at teste, hvorvidt confoundere, der ikke
 er en del af årsagskæden, indvirker på resultatet. Når oddsene i den ujusterede og justerede analyse sammen-
 holdes, er formålet at vurdere, hvorvidt den justerede odds-ratio har forandret sig. Har den justerede odds-
 ratio forandret sig, kan det tyde på, at der har været tale om en confounder (Juul 2013; Sterne & Kirkwood
 2003).

Som nævnt i afsnit 5.1, mixed methods, vil vi i specialet gøre brug af både den kvalitative og kvantitative
 metode med det formål at opnå en større bredde i den viden, vi får om mændenes begrænsninger for ikke at
 deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet. Det indeværende afsnit om den kvantitative metode har givet udtryk
 for, at denne metode netop kan bruges med henblik på at afdække frekvensfordelingen i forhold til deltagelse
 samt med henblik på at vurdere, om resultatet er, som det reelt ser ud, eller om det er influeret af confoun-
 ding. Med henblik på at opnå en dybere forståelse af det set i den kvantitative undersøgelse til videre brug i
 specialet vil vi i det nedenstående afsnit præsentere og beskrive den kvalitative metode og dets formål i for-
 hold til problemformuleringen.

5.6 Den kvalitative undersøgelse

Med henblik på at opnå en nuanceret forståelse af mændenes begrænsninger for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland vil vi med udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns metodestadier udføre individuelle kvalitative interviews. Denne dataindsamlingsmetode passer godt sammen med den forstående forskningstype, fordi forskeren ifølge Launsø og Rieper søger at opnå en viden om det fænomen, der undersøges i større eller mindre grad ud fra deltagernes eget perspektiv (Launsø et al. 2015). Formålet med interviewet er således at føre, hvad der kan opleves som en almindelig hverdagssamtale, og dermed søge at forstå den interviewedes oplevede hverdagsliv ud fra deres egne perspektiver (Kvale & Brinkmann 2009).

Kvale og Brinkmann argumenterer i litteraturen for, at brugen af de syv metodestadier kan øge sandsynligheden for, at interviewer træffer velovervejede beslutninger om metoden, etik i forhold til interviewsituationen og bliver bevidst om de tilsigtede og utilsigtede konsekvenser herved (Kvale & Brinkmann 2009). I det følgende vil Kvale og Brinkmanns syv metodestadier blive gennemgået.

5.6.1 De syv metodestadier i en interviewundersøgelse

Første metodestadie af Kvale og Brinkmanns syv metodestadier er tematisering (Kvale & Brinkmann 2009), hvor formålet med de kvalitative interviewundersøgelser som tidligere nævnt er at undersøge mænds begrænsninger for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Interviewet har således til formål at indhente empirisk viden om det komplekse fænomen, der undersøges (Kvale & Brinkmann 2009).

Andet metodestadie er design, hvor interviewundersøgelsens procedurer og teknikker skal planlægges (Kvale & Brinkmann 2009). Rekrutteringen af deltagere foregik i første omgang via en strategisk udvælgelse. En strategisk udvælgelse søger at rekruttere informanter, som har de særlige egenskaber, der er værdifulde for undersøgelsen (Thagaard 2004). Informanterne er blevet rekrutteret gennem opslag på Facebook og gennem vores netværk, hvor inklusionskriterierne kom til udtryk. Inklusionskriterierne for at deltage i den kvalitative undersøgelse var, at mændene skulle være i målgruppen for screeningstilbuddet - det vil sige mellem 50-74 år gamle, og at de skulle have takket nej til at deltage i screeningen og dermed havde smidt udstyret ud. Under selve rekrutteringen oplevede vi, at det var en udfordring at finde egnede informanter. En af udfordringerne var, at hvis vi fandt informanter, der opfyldte inklusionskriterierne, så ønskede de ikke at deltage. Begrundelsen herfor kan ifølge Lene Tanggaard være, at informanterne som følge af deltagelse i interviewet kan føle sig presset til at deltage i screeningen samt at nogle informanter vil kunne opleve det som flovt at tale om et så følsomt emne (Tanggaard 2007), som afføringsprøven og koloskopien kan være. Derfor valgte vi at korrigere i inklusionskriterierne, hvorfor mændene ikke nødvendigvis havde fravalgt at deltage, men i stedet kunne have været længe om at indsende afføringsprøven, eller at de stadig havde udstyret liggende, men ikke havde tænkt sig at ville bruge det. Med henblik på at rekruttere flere informanter valgte vi, udover at korrigere i inklusionskriterierne, at foretage en anden udvælgelsesmetode i form af sneboldsmetoden. Sneboldsmetoden omfatter, at de rekrutterede deltagere blev bedt om at undersøge muligheden for andre

egnede informanter i eget netværk (Thagaard 2004). Der er dog forbundet nogle ulemper ved sneboldsmetoden, eftersom de rekrutterede informanter i sidste ende kan risikere at være meget ens, fordi de potentielt kommer fra det samme netværk. Dette kan for data betyde, at nuancen i data er mere snæver end ellers.

I vores søgen efter informanter blev der udover inklusionskriterierne mundtligt meldt ud, hvad formålet med interviewet var, og hvordan det kom til at foregå. Dermed var informanterne også forberedte på, hvordan det kom til at foregå. I alt deltog fem informanter. Baggrundvariabler for de fem informanter ses nedenfor i tabel 3.

	Alder	Beskæftigelse	Civilstatus
Informant 1	56	Kort videregående uddannelse	Gift
Informant 2	67	Ufaglært	Enke
Informant 3	51	Ufaglært	Single
Informant 4	57	Ufaglært	Gift
Informant 5	55	Lang-videregående uddannelse	Ikke-samboende kæreste

Tabel 3: Baggrundvariabler på informanter

Inden interviewet startede, blev informanterne informeret om formålet og at interviewet senere skulle bruges til forskningsbrug. Dernæst blev de mundtligt spurgt om samtykke til brug af deres udtalelser og deltagelse i interviewet. Det mundtlige samtykke fremgår af transskriberingen i bilag 6.

Tredje metodestadie består af selve interviewet (Kvale & Brinkmann 2009). De kvalitative interviews blev udført som semistrukturerede interviews, som har til formål at forstå informanternes forståelseshorisont med henblik på at opnå en nuanceret forståelse af informantens egne erfaringer, oplevelser og forklaringer på deres egen adfærd. At udføre interviewet som semistruktureret giver os som forskere mulighed for at udføre interviewet med en åben og dermed fleksibel tilgang til rækkefølgen af spørgsmålene. På denne måde kan vi forfølge de svar, informanterne giver, og dermed opnå en mere nuanceret forståelse af deres bevæggrunde for i mindre grad end kvinder at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet (Kvale & Brinkmann 2009). I specialet er derfor valgt at tage afstand fra det strukturerede interview, fordi vi ønsker at forstå og dermed forfølge informanternes udlægninger af egne forståelser. De semistrukturerede interviews vil blive foretaget på baggrund af en interviewguide, der skal forstås som et script, der har til formål at strukturere interviewet i mere eller mindre grad (Kvale & Brinkmann 2009). Interviewguiden består af 8 overordnede spørgsmål samt uddybende spørgsmål og er vedlagt i bilag 4. Formålet med at udføre de kvalitative interviews var at opnå en dybere forståelse for mændenes oplevede begrænsninger for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Ifølge Kvale og Brinkmann er det netop, hvad et kvalitativt interview kan i og med, at interviewet kan give en beskrivelse af informantens livsverden med henblik på at forstå den fortolkning, de

laver af fænomenet (Kvale & Brinkmann 2009). Efter udformning af interviewguiden blev den pilottestet. I første omgang var tanken at teste interviewguiden på en person, der opfyldte inklusionskriterierne. Men eftersom vi i forvejen havde svært ved at rekruttere informanter, blev interviewguiden testet på en person, der var alderssvarende til målgruppen, men dog havde valgt at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet. At interviewguiden blev pilottestet af en person, der ikke var fuldstændig tilsvarende inklusionskriterierne kan dog problematiseres, fordi de, der har valgt at deltage, muligvis kan have forstået tilbuddet anderledes end de, der ikke har valgt at deltage. Det er således ikke sikkert, at vi via denne pilottest har fundet alle elementer, man med fordel kunne have korrigeret for inden udførsel af selve interviewene. Pilottesten medførte dog nogle ændringer i udformningen af spørgsmål, så de var lettere at forstå for interviewpersonerne.

Alle interviewene blev tilstræbt at blive udført ansigt til ansigt. Dog var dette ikke muligt for nogle af de rekrutterede informanter, hvorfor der blev foretaget telefoninterviews. Grunden til at vi tilstræbte ansigt til ansigt-interviews var, at der ville blive en mere personlig kontakt mellem informant og interviewer. Dette ville kunne bidrage med mere nuancerede data. Dette kan ifølge et videnskabeligt studie forklares ved, at telefoninterviews kan resultere i, at svarene fra informanterne ofte var kortere, og data var mindre fyldestgørende (Worth & Tierney 1993). Telefoninterviews kunne også have været en hindring, når der bliver interviewet om følsomme emner, som det kunne have været for vores deltagere i forhold til at tage om afføringsprøven (Carr & Worth 2001). Dog påpeger de videnskabelige studier ligeledes, at informanterne kunne opleve det at blive interviewet over telefonen frem for ansigt til ansigt som mere anonymt, og derfor ville de kunne tale mere frit om et følsomt emne (Smith 2005; Sweet 2002). Dette kan således have været en fordel i specialet, fordi vi via muligheden for telefoninterviews nemmere kunne rekruttere deltagere til undersøgelsen, samt at data dermed kunne blive mere nuancerede. Som interviewer forsøgte vi så vidt muligt at interviewe informanten et sted, hvor der ikke kunne forekomme mange forstyrrende elementer. Derudover forsøgte vi under ansigt-til-ansigt interviewene at have et kropssprog, der signalerede interesse for informantens synspunkter. Informanten blev på forhånd informeret om, at der vil blive stillet mange spørgsmål til deres udsagn, hvorfor det kunne opfattes lidt pågående og forhørende, men dette var altså for at få så nuancerede data som muligt.

Fjerde metode er transskribering, der omfatter oversættelsen fra tale- til skriftsprog. Ifølge Kvale og Brinkmann vil transskriberingen medføre nogle kunstige konstruktioner, idet interviewets egentlige tempo, stemmeleje og kropsudtryk ikke er tydelige for læseren af selve transskriberingen (Kvale & Brinkmann 2009). For at imødekomme denne problematik blev der forud for transskriberingen udarbejdet et reglement, der havde til hensigt at standardisere transskriberingerne (Kvale & Brinkmann 2009). Dette reglement gik ud på, at interviewet blev oversat fra talesprog til mere formelt skriftsprog, hvor tænkepauser eller fyldord som øh blev udeladt, da disse ikke skulle bruges til den senere analyse af datamaterialet. Den senere analyse skal ikke gøre brug af sproglige formuleringer, men har derimod mere vægt på, hvilke holdninger og overvejelser mændene havde gjort sig i forbindelse med fravalget. Interviewene blev optaget på to iPhones for at undgå

tekniske problemer senere i databearbejdningen. Med henblik på at få så mange detaljer med som muligt har vi valgt, at den, der udførte interviewet, ligeledes var den, der transskriberede. Desuden blev der valgt at lave en reliabilitetstest på transskriberingen (Kvale & Brinkmann 2009). Dette blev gjort ved, at gruppens medlemmer hver især transskriberede en passage af samme interview for at se, hvor ens transskriberingen tog sig ud. Disse var så ens, at det blev vurderet, at blot et af gruppemedlemmerne kunne transskribere interviewene, uden at det forringede reliabiliteten af interviewene.

Femte metodestudie er analysen, der ifølge Kvale og Brinkmann består af seks analysetrin (Kvale & Brinkmann 2009). **De første tre analysetrin** - beskrivelse, opdagelse og fortolkning - foregår allerede undervejs i interviewet. Beskrivelsen foregik ved, at mændene beskrev deres opfattelse af tarmkræftscreeningstilbuddet og dets procedurer. Opdagelsen foregik ved, at både vi som interviewere, men også de interviewede mænd, opnåede nye forståelser af det fænomen, vi undersøgte. Fortolkningen foregik ved, at vi som interviewere fortolkede på informanternes udtalelser. Dette betød, at vi fik mulighed for at stille uddybende spørgsmål, samt at informanterne fik mulighed for at be- eller afkræfte den forståelse, vi som interviewere havde opnået. Fortolkningen kan, med udgangspunkt i vores videnskabsteoretiske referenceramme, ses som et led i den horisontsammensmeltning, vi søger at opnå, når vores forforståelse møder nye og ukendte forståelser. Mødet mellem det kendte og det fremmede kan i interviewsituationen betyde, at vi opnår en ny horisont og dermed får indsigt i nye perspektiver på, hvorfor mændene i lavere grad deltager i tarmkræftscreeningstilbuddet end kvinder.

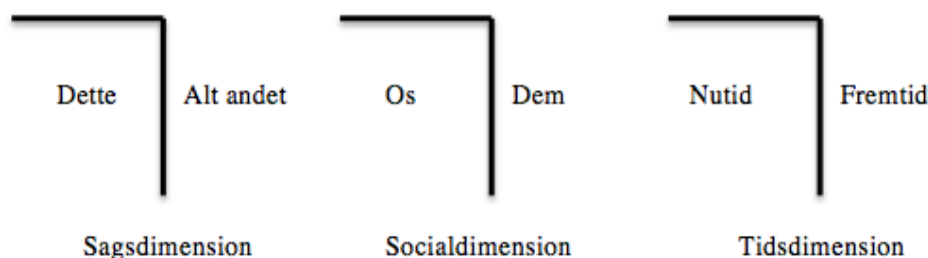
På fjerde analysetrin blev det allerede transskriberede interview fortolket af interviewerens (Kvale & Brinkmann 2009). Med henblik på at strukturere de data, der under interviewsituationerne blev indsamlet, blev der udarbejdet et analyseskema. Udtalelserne er inddelt i meningskodning og meningsfortolkning og ses i tabel 4 nedenfor. Meningskodning skal forstås som en kodning, der knyttes til de sagte passager, således at transskriberingen struktureres. Meningsfortolkningen udgør, at vi som forskere fortolker det sagte, og dermed går ud over det, der direkte bliver sagt (Kvale & Brinkmann 2009). Oprindeligt gør Kvale og Brinkmann ligeledes brug af en meningskondensering. Denne er dog i specialet fravalgt, fordi den ikke er relevant i forhold til at fortolke på det sagte. Meningskodning tager udgangspunkt i Deci og Ryans self-determination theory, Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng og Connells teori om den hegemoniske maskulinitet. Derudover består skemaet af informanternes citater, som ligeledes vil blive inddraget i analysen. Nedenfor ses et eksempel på et analyseskema. Det udfyldte analyseskema med citater, meningskodninger og meningsfortolkninger fremgår af bilag 5.

Meningskodning	Citat	Meningsfortolkning
“XXX”	“XXX”	“XXX”

Tabel 4: Analyseskema

I den kvalitative analyse vil der blive anvendt en teoretisk og semantisk tilgang. Semantik betyder betydningslære og fokuserer på den måde, vi iagttager iagttagelser på (Andersen 2014). At iagttage iagttagelser skal forstås som den måde, hvorpå interviewereren iagttager den måde, den interviewede oplever og forstår verden på. Den semantiske analyse vil således have et empirinært fokus. Formålet med at gøre brug af en semantisk analyse er ikke blot at fokusere på det sproglige i informanternes udtalelser, men derimod også på hvilken forståelse der ligger bag informanternes udtalelser. Den kvalitative analyse vil således indeholde citater med fokus på det sagte samt en fortolkning af informanternes egne dybere mening med det sagte.

Den semantiske analyse indeholder tre elementer, herunder *ledeforskel*, *iagttagelsespunkt* og *konditionering*. I dette speciale vil vi dog udelukkende fokusere på ledeforskellen. En ledeforskel skal forstås som det perspektiv eller de rammer, der sættes for iagttagelsen. Altså hvilken diskurs, man vælger at iagttage ud fra (Andersen 2014). I anvendelsen af den semantiske analyse vil ledeforskellen blive belyst med henblik på at undersøge, ud fra hvilken diskurs mændene ser afføringsprøven og tarmkræftscreeningstilbuddet. Diskursen kan ses som opdelt i noget aktuelt og noget potentielt for det enkelte individ. Således bliver der forståelser, der er acceptable, og andre, der er uacceptable (Andersen 2014). Et eksempel på dette kunne være, hvorvidt mændene ser afføringsprøven som noget henholdsvis acceptabelt eller uacceptabelt i form af ulækkert. Den kompleksitet, mændene oplever i forbindelse med tarmkræftscreeningen, kan ud fra et semantisk perspektiv reduceres via tre meningsdimensioner. De tre meningsdimensioner omhandler *sags-*, *tids-* og *socialdimension*. I nedenstående figur 4 må aktualiteten ses som “dette”, “os” og “nutid”, hvorimod det potentielle er “alt andet”, “dem” og “fremtid”



Figur 4: Model over de tre meningsdimensioner

Sagsdimensionen skal forstås som den mening, individet oplever udelukkende på baggrund af sagen, (Vardinghus-Nielsen & Nissen 2002), og er dermed en vurdering af, hvorvidt individet ud fra en saglig tilgang i forbindelse med tarmkræftscreeningstilbuddet ønsker at lave et henholdsvis til- eller fravalg. *Tidsdimensionen* omfatter en sondring mellem nutid og fremtid, og dermed mellem det nuværende aktuelle og det fremtidige potentielle (Andersen 2014). I henhold til mændene kan denne tidsdimension analysere på nutidens fravalg og de eventuelle tilvalg i fremtiden. *Socialdimensionen* vedrører forholdet mellem mennesker. Individet sammenligner sig selv med andre mennesker i samme situation, men der tages ligeledes hensyn til andres holdninger angående sagen (Vardinghus-Nielsen & Nissen 2002). Eksempelvis vil socialdimensionen både vedrøre mændenes iagttagelse af andre mænd, der ligeledes tilbyder at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet, samt den ydre påvirkning fra familie og venners ønske om, at mændene skal deltage.

Den teoretiske analyse vil tage udgangspunkt i den teoretiske referenceramme og vil blive anvendt med det formål at opnå en dybere forståelse for informanternes udtalelser og den semantiske tænkning. Analysen vil således bestå af en semantisk fortolkning af det sagte og tænkte, og dernæst vil disse fortolkninger blive underbygget og uddybet ud fra et teoretisk perspektiv. På denne måde har vi både en deduktiv tilgang til vores datamateriale samtidig med, at vi har et empirinært fokus, der tager højde for data, der kan være relevante for et udviklingstiltag og en implementeringsstrategi.

Femte analysetrin er geninterview, hvilket vi i dette speciale ikke vil gøre brug af. Formålet med geninterview kan være, at vi som forskere kan få uddybet eventuelle spørgsmål, der opstår, når vi er undervejs med transskribering og analyse (Kvale & Brinkmann 2009). For at imødekomme dette vil vi i stedet gøre brug af Kvale og Brinkmanns spørgeteknikker, hvor de argumenterer for, at fortolkende spørgsmål kan sikre, at udtalelserne fra informanterne er rigtig forstået, og hvis ikke har informanterne mulighed for at korrigere det (Kvale & Brinkmann 2009). **Sjette analysetrin** er opfølgning (Kvale & Brinkmann 2009), men da formålet med dette speciale blot er at få indsigt i mændenes bevæggrunde for en lavere deltagelse end kvinder, synes det ikke relevant at foretage en opfølgning.

Sjette metodestadier er en verifikation, hvor man som forsker bør forholde sig til kvaliteten af interviewundersøgelsen (Kvale & Brinkmann 2009). Denne verifikation vil i dette speciale blive foretaget i metodediskussionen - afsnit 10.

Syvende metodestadie er rapportering af undersøgelsens resultater (Kvale & Brinkmann 2009). Resultaterne af den kvalitative interviewundersøgelse vil blive præsenteret i afsnit 7.2.

5.6.2 Etiske overvejelser

Jævnfør Kvale og Brinkmann er der visse etiske spørgsmål knyttet til en kvalitativ interviewundersøgelse. Disse etiske retningslinjer omfatter *informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle* (Kvale & Brinkmann 2009)

I litteraturen angiver Kvale og Brinkmann, at *informeret samtykke* har en betydning. Informeret samtykke omfatter, at deltagerne i en kvalitativ interviewundersøgelse bliver informeret om formålet med den undersøgelse, de skal deltage i, de risici der kan være ved at deltage, samt de fordele, der kan være forbundet med deltagelse (Kvale & Brinkmann 2009). De rekrutterede informanter blev inden selve interviewet præsenteret mundtligt for et informeret samtykke, hvortil de blev fortalt at de under hele specialeprocessen ville fremstå anonyme, at de til enhver tid kunne trække dele eller hele stykker af interviewet tilbage, og at data kun ville blive brugt i forskningøjemed. Dette blev der mundtligt sagt ja til under interviewet, hvilket også fremgår af transskriberingerne (Bilag 6).

Udover informeret samtykke er Kvale og Brinkmann ligeledes fortalere for, at *fortrolighed* er en etisk retningslinje, der bør tages højde for. Fortrolighed indebærer, at deltagernes private og personlige data ikke bliver afsløret. At anonymisere private data kan beskytte deltagerne, men dog kan det også betyde, at deltagerne ikke får deres navn med i undersøgelsen (Kvale & Brinkmann 2009). For at imødekomme kravet om fortrolighed er der ikke blevet offentliggjort personfølsomme oplysninger i og med, at private data ikke er nævnt i hverken transskriptionen eller i analysen. For at kunne foretage transskriptionen blev interviewet optaget, hvorfor deltagerne blev gjort bekendte med dette samt at lydfilen blev opbevaret fortroligt og efterfølgende slettet.

Foruden de etiske retningslinjer såsom informeret samtykke og fortrolig, bør der ligeledes tages højde for de *konsekvenser*, der kan være forbundet med deltagelse. Kvale og Brinkmann forholder sig i litteraturen til, hvordan det har betydning at forholde sig til, hvorvidt deltagelse i den kvalitative undersøgelse kan påføre deltagerne skade samt hvilke fordele, der kan være forbundet med deltagelse (Kvale & Brinkmann 2009). Når vi i dette speciale har valgt at foretage en interviewundersøgelse, har formålet været at få en nuanceret og dybdegående forståelse af mændenes oplevede begrænsninger for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Denne åbenhed og intimitet kan dog ifølge Kvale og Brinkmann få nogle deltagere til at fortælle flere ting, end de måske ville have gjort, hvilket kan medføre fortrydelse (Kvale & Brinkmann 2009). Ud fra litteraturen har vi kunne se, at særligt afføringsprøven for nogle mænd var en barriere (Santare et al. 2015). Dette har stillet store krav til os som interviewere i forhold til, hvor meget vi kan spørge ind til dette meget private emne. Det var dog væsentligt for os ved rekruttering samt inden interviewets start at gøre det klart for deltagerne, at interviewet ikke havde et primært fokus på procedurerne, men i stedet et fokus på bevæggrundene for deres fravalg samt hvordan disse i et fremtidigt tiltag kunne tages højde for.

Som en sidste etisk retningslinje beskriver Kvale og Brinkmann, at *forskerens rolle* er afgørende for kvaliteten af den indsamlede data. Derfor synes forskerens rolle ligeså at kræve nogle etiske overvejelser. Forskerens integritet er vigtig i den kvalitative forskning og omfatter forskerens viden, erfaring, ærlighed og retfærdighed (Kvale & Brinkmann 2009). Dette har vi forsøgt at imødekomme ved, at fundene fra interviewundersøgelsen gengives så præcist og nøjagtigt som muligt, og at der desuden er forsøgt at lave en så gennemsigtig metode som muligt. Dermed kan læseren følge, hvordan fundene er fremkommet.

5.7 Litteraturstudie

I dette speciale vil litteratursøgningen fungere som en tredje dataindsamlingsmetode, hvor formålet er at opnå et kendskab til den allerede eksisterende viden på området (Buus et al. 2008). Litteratursøgningen i dette speciale vil tage udgangspunkt i tre forskellige søgninger - en tilfældig søgning, kædesøgning og en systematisk litteratursøgning. De tre søgninger vil forekomme to gange nedenfor, idet der er foretaget to individuelle systematiske litteratursøgninger. Formålet med den første litteratursøgning er at undersøge, hvordan man i udlandet har forsøgt at lave interventioner med det formål at øge deltagelsen i tarmkræftscreeningstilbuddene. Formålet med den anden litteratursøgning er at undersøge effekten af en blodprøve som testmetode i tarmkræftscreeningstilbuddet sammenlignet med den eksisterende afføringsprøve. Resultaterne af begge litteratursøgninger fremgår i resultatafsnittet 7.3.

5.7.1 Tilfældig litteratursøgning

I den indledende proces i specialet blev der gjort brug af den tilfældige litteratursøgning. Den tilfældige litteratursøgning er en søgning, der anvender fritekstsøgninger og derfor ikke gør brug af kontrollerede emneord (Rienecker 2012). Fordi den tilfældige søgning blev anvendt i begyndelsen af specialet, tog den udgangspunkt i vores umiddelbare forforståelse af tarmkræftscreeningstilbuddet. Denne forforståelse bestod blandt andet af, at vi antog, at screeningstilbuddet byggede på en afføringsprøve, at mænd deltog mindre end kvinder, og at de blev inviteret til deltagelse på samme måde som i Danmark. Den tilfældige søgning blev i denne fase anvendt med henblik på at udforske problemfeltets mange facetter, men også afgrænse problemet, indhente baggrundsviden og identificere kontrollerede emneord til den systematiske litteratursøgning. Der blev gjort brug af forskellige databaser og søgemaskiner i denne tilfældige litteratursøgning, og disse er Google, Google Scholar og PubMed. Via disse søgninger fandt vi frem til diverse danske rapporter om tarmkræftscreeningstilbuddet og udenlandske og danske studier, som havde relevans for beskrivelsen af problemfeltet. Den tilfældige litteratursøgning var dermed med til at skabe et vidensfundament til brug i problemanalysen og udarbejdelsen af problemformuleringen.

5.7.2 Kædesøgning

En kædesøgning er en søgning, der udspringer af allerede fundet litteraturs referencer eller andet litteratur anvendte kontrollerede emneord (Rienecker 2012; Buus et al. 2008). I dette speciale blev kædesøgningen

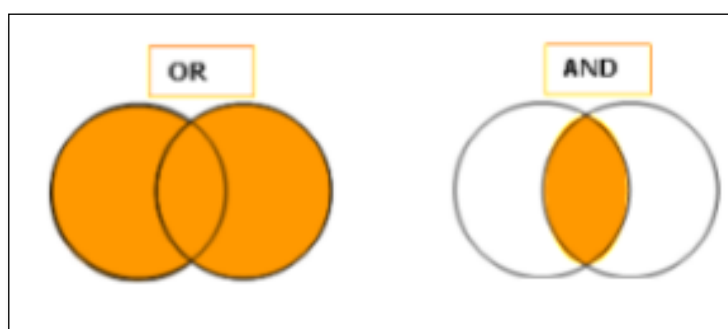
brugt i den tilfældige litteratursøgning til at identificere relevant litteratur via den fundne litteraturs referenceliste. Fundene i kædesøgningen kan være komplekse at redegøre for efterfølgende, fordi søgningen først og fremmest er tilfældig, men samtidig fordi selve søgeprocessen er kompleks (Buus et al. 2008).

5.7.3 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning består af tre trin, herunder udvælgelse af facetter, søgning i forskellige databaser og udvælgelse og vurdering af den fundne litteratur (Frandsen 2014; Buus et al. 2008). Den systematiske litteratursøgning er blevet dokumenteret i en søgeprotokol, der indeholder den metodiske fremgangsmåde (Frandsen 2014). Den metodiske fremgangsmåde vil blive beskrevet i de nedenstående afsnit og i bilag 1-2.

5.7.3.1 Trin et – udvælgelse af facetter

Udvælgelsen af facetterne skete på baggrund af, hvad der havde relevans for problemformuleringen, og denne udvælgelse tog dermed afsæt i nøgleord fra problemformuleringen. Facetter kaldes også thesaurus, hvilket er det samme som kontrollerede emneord. Disse kontrollerede emneord er hierarkisk ordnet og er derfor opbygget med de bredeste termer øverst, hvorefter de kontrollerede emneord bliver mere specifikke (Buus et al. 2008). Fremadrettet vil vi gøre brug af ordet facetter som dækkende for kontrollerede emneord og thesaurus. Facetterne blev efter udvælgelse inddelt i blokke efter emne med det formål at strukturere databasesøgningen samt reducere kompleksiteten i søgningen. Brugen af en bloksøgning kan ifølge Niels Buus m.fl. gøre det nemmere at reproducere den systematiske litteratursøgning efterfølgende (Buus et al. 2008). Blokkene består i PubMed og Cochrane af sundhedskampagner, tarmkræft, motivation, hvorimod den i Sociological Abstracts består af sundhedskampagner, kræft, tarm og motivation. Blokkene blev enten udvidet eller indsnævret med de boolske operatorer AND og OR, der er illustreret i figur 5 nedenfor. Brugen af den boolske operator AND inddrager alle de søgetermer, der indgår i søgningen, og dermed bruges denne til at kombinere blokkenes facetter indbyrdes. De hits, der fremkommer på denne måde, er således fællesmængden af søgningen. Den boolske operator OR bruges i stedet for AND med henblik på at udvide søgningen og angiver dermed alle de referencer, de forskellige søgninger indeholder (Buus et al. 2008).



Figur 5: De boolske operatorer OR og AND (Københavns Universitetsbibliotek n.d.)

I søgningen i Sociological Abstracts og PubMed blev der anvendt fritekstsøgning og trunkering (*). Trunkering gjorde, at ordet blev fremsøgt, uanset hvilken endelse det havde (Buus et al. 2008). Grunden til, at vi søgte med fritekstsøgning og ikke med kontrollerede emneord i Sociological Abstracts, er, at databasen søger i 16 forskellige databaser samme tid, og at de forskellige databaser ikke bruger de samme kontrollerede emneord. I PubMed valgte vi trods muligheden for at bruge facetter at gøre brug af fritekstsøgninger for at inkludere flere variationer af de ønskede termer og dermed sikre, at ordene blev medtaget uanset endelser. Der kan dog være en ulempe ved ikke at søge med kontrollerede emneord, og den ulempe kan være, at søgningen ikke bliver helt så præcis, som hvis der blev søgt med kontrollerede emneord - altså der forekommer mere støj i en fritekstsøgning. Nedenfor vil de forskellige blokke og dertilhørende facetter blive beskrevet.

Da formålet med dette litteraturstudie er at undersøge, hvilke interventioner og sundhedskampagner der i udlandet er gjort brug af for at øge deltagelsen i tarmkræftscreeningen, er den første blok i søgningen derfor **sundhedskampagner**. Denne blok er blevet operationaliseret, således at der i Cochrane og PubMed er søgt med facetten "Preventive Health Services". Grunden til, at der bruges samme facet i Cochrane og PubMed, er, at disse to databaser gør brug af ens facetter. I Sociological Abstracts er der søgt med fritekst og trunkering på screen*, campaign*, promot*, program*, survey*. Disse fritekstord blev kombineret med den boolske operator OR mellem dem, da disse går ind under samme facet.

Den anden blok i søgningen tager udgangspunkt i, hvordan screeningsdeltagelsen for tarmkræft kan øges, og derfor består denne blok af en facet, der dækker **tarmkræft**. Facetten blev operationaliseret ved, at der blev fundet en facet for denne på databaserne Cochrane og PubMed, som hedder "Colorectal Neoplasms". I Sociological Abstracts blev der søgt på fritekst med trunkering, som hedder colon*, rectal*, rectum*, anal*, colorectal*, og denne blev kombineret med cancer*, neoplas*, tumor*, carcin*. Der kom derfor til at være en ekstra blok i Sociological Abstracts søgningen, som hedder kræft og tarm, fordi søgningen ikke gav relevante hits, hvis disse to blev kombineret under et.

I PubMed og Cochrane er der oprettet en tredje blok, der indfanger den ønskede **målgruppe**. I begge databaser er der søgt på facetten "Male", "Middle Aged" og "Aged". Facetterne "Middle Aged" og "Aged" er medtaget fordi en søgning uden disse indeholdte meget litteratur, der ikke var relevant for dette speciales målgruppe.

Den sidste blok, der blev anvendt i søgningen, er motivation, fordi sidste facet dækker over, hvad der **motiverer** folk til at deltage i screeningen for tarmkræft, hvilket også søges undersøgt via problemformuleringen. Operationaliseringen blev lavet ved, at facetten for Cochrane og PubMed blev "Attitude to Health", og i Sociological Abstracts og PubMed blev facetten dækket ved at søge på ordene motivat*, Adher*, Compli*, Noncompli*, Percep*, Attitude*.

I nedenstående tabel 5, 6 og 7 ses en skematisk oversigt over, hvordan facetterne er blevet operationaliseret i litteratursøgningen i de tre forskellige databaser, og hvordan de boolske operatoren har kombineret søgningerne.

	AND			
	Facet 1: Sundhedskampagner	Facet 2: Tarmkræft	Facet 3: Målgruppe	Facet 4: Motivation
OR	“Preventive Health Services” (MeSH)	“Colorectal Neoplasms” (MeSH)	”Male” (MeSH) ”Middle Aged” (MeSH) ”Aged” (MeSH)	“Attitude to Health” (MeSH)

Tabel 5: Skematisk oversigt over facetsøgningen i Cochrane

	AND			
	Facet 1: Sundhedskampagner	Facet 2: Tarmkræft	Facet 3: Målgruppe	Facet 4: Motivation
OR	“Preventive Health Services” (MeSH)	“Colorectal Neoplasms” (MeSH)	”Male” (MeSH) ”Middle Aged” (MeSH) ”Aged” (MeSH)	“Attitude to Health” (MeSH) Motivat* Adher* Compli* Noncompli* Percep* Attitude*

Tabel 6: Skematisk oversigt over facetsøgningen i PubMed

	AND			
	Facet 1: Sundhedskampagner	Facet 2: Kræft	Facet 3: Tarm	Facet 4: Motivation
OR	screen* campaign* promot* program* survey*	cancer* neoplas* tumor* carcin*	colon* rectal* rectum anal* colorectal*	motiv* adhere* compli* noncompli* percep* attitude*

Tabel 7: Skematisk oversigt over facetsøgningen i Sociological Abstracts

5.7.3.2 Trin to – søgning i forskellige databaser

Andet trin i den systematiske litteratursøgning består af søgningen i forskellige databaser (Frandsen 2014; Buus et al. 2008). Begrundelsen for, hvorfor de valgte databaser er anvendt og en kort beskrivelse af disse, er beskrevet i bilag 1, mens screenshots af de forskellige søgninger kan ses i bilag 2. Databaserne, der er anvendt, er PubMed, Cochrane og Sociological Abstracts. Brugen af disse databaser har i dette speciale til hensigt at stille allerede eksisterende litteratur til rådighed inden for netop det emneområde, vi beskæftiger os med. I og med, der gøres brug af forskellige databaser, der har forskellige videnskabelige perspektiver, så øger det sandsynligheden for, at vi får belyst vores problemfelt og problemformulering ud fra et flervidenskabeligt perspektiv (Buus et al. 2008). Efter vi foretog vores søgning i Sociological Abstracts, PubMed og Cochrane i november 2016, forekom der ændringer i forhold til indholdet og volumen i Sociological Abstracts. Derfor valgte vi, som vist i bilag 2 at foretage den første systematiske litteratursøgning i alle tre databaser på ny for at sikre os, at de resultater vi kom frem til i specialet, ville være mulige at genskabe efterfølgende. Derfor fremgår datoen for den første litteratursøgning senere end datoen for udførslen af den supplerende litteratursøgning.

I forbindelse med søgningen i de forskellige databaser er der blevet anvendt limits med det formål, at udelukke studier, der var uvedkommende for dette speciale og dermed blot ville give støj i søgningen. I første omgang blev søgningen i PubMed foretaget uden limits, og først efterfølgende blev vores limits aktiveret. Dette var fordelagtigt for at bevare et klart billede af, hvad den egentlige søgning bidrog med, og hvilken effekt vores brug af limits efterfølgende havde. Der blev gjort brug af tre limits, herunder male, middle age og last 10 years. "Male" blev anvendt, fordi problemformuleringen har til hensigt at undersøge, hvilke oplevede begrænsninger for deltagelse de nordjyske mænd havde i forbindelse med tarmkræftscreeningstilbuddet i Regions Nordjylland. Den anden limit var "Middle Age", hvilken blev brugt, da tarmkræftscreeningen i Danmark kun tilbydes til mænd og kvinder fra 50-74, hvorfor studier med en anden aldersgruppe gerne skulle blive sorteret fra. Den sidste limit var "Last 10 Years", da litteraturen og studierne gerne skulle være af nyere dato. Effekten af de anvendte limits i PubMed var, at det samlede antal hits blev reduceret fra 893 til 488. Dette kan have betydet, at litteratursøgningen er blevet mere specifik og dermed mere relevant i forhold til formålet. I Cochrane og Sociological Abstracts blev der ikke anvendt limits, fordi det samlede antal hits uden limits var acceptabelt.

For at sikre, at de fremsøgte artikler var relevante i forhold til projektets problemformulering og formålet med dette litteraturstudie, blev der opstillet in- og eksklusionskriterier. Der blev truffet et valg om, at der ikke skulle stilles nogen krav til studiedesigns, fordi det ville sikre en mere bred metodisk tilgang til besvarelsen på studiets formål, fordi forskellige metoder belyser samme problem på forskellige måder, og det var interessant at få så mange vinkler på problemet som muligt.

Inklusionskriterierne var:

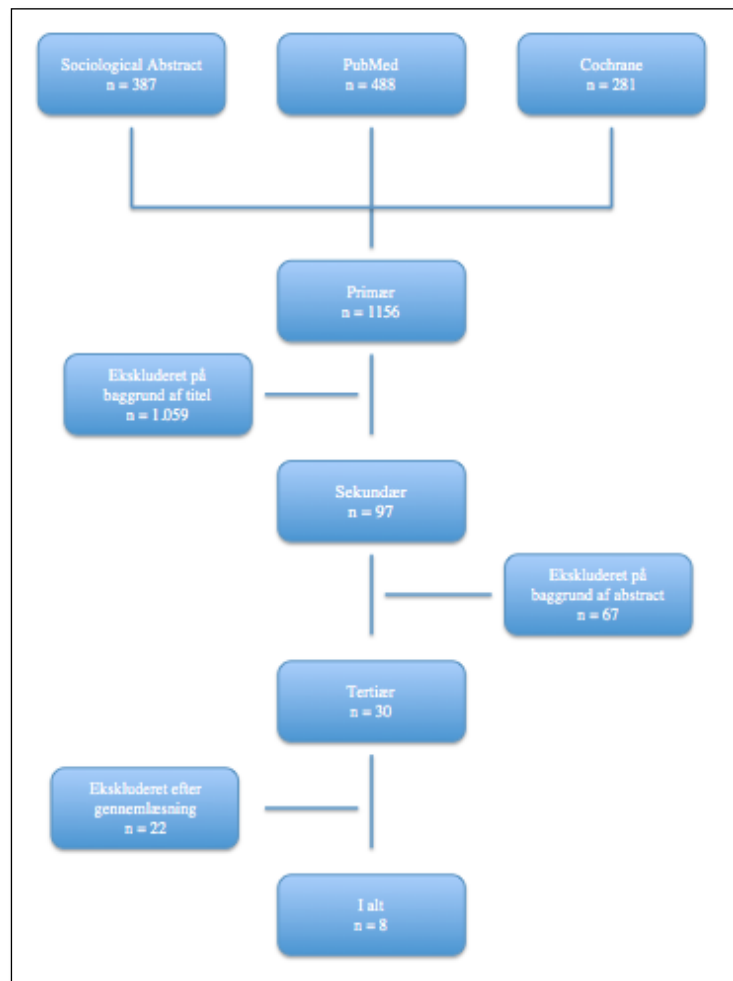
- Studierne skulle indeholde undersøgelser, der undersøgte, hvad og hvordan motivationen til deltagelse kunne øges gennem forskellige interventioner i udlandet.
- Deltagerne i studierne skulle være alderssvarende til de danske inviterede. Dette stemmer overens med det anvendte limit ”Middle Age”.
- Derudover skulle testmetoden være sammenlignelig med danske forhold, fordi antallet af testmetoder er mange, hvilket i forhold til at undersøge mændenes begrænsninger for testmetoden i Danmark gør det sværere at sammenligne.
- Studierne skulle være af nyere dato – hvilket stemmer overens med det anvendte limit ”last 10 years”.

Eksklusionskriterierne var:

- Hvis landene ikke var kulturelt sammenlignelige med Danmark, blev studierne ikke medtaget til videre brug.
- Hvis studierne ikke var skrevet på engelsk, dansk, norsk eller svensk, blev de ikke medtaget.
- Hvis studierne havde undersøgt en screeningsmetode, som var anderledes end den i Danmark, så blev studiet også ekskluderet. Det kunne være, hvis screeningsmetoden var en koloskopi, sigmoideoskopi eller en afføringsprøve, hvor der skulle indsendes tre prøver.

5.7.3.3 Trin tre - udvælgelse og vurdering af relevant litteratur

Det tredje trin i den systematiske litteratursøgning består af en udvælgelse og vurdering af relevant litteratur (Buus et al. 2008; Frandsen 2014). Nedenfor ses et flowdiagram over, hvordan udvælgelsen af relevant litteratur foregik. I figur seks kommer det til udtryk, at der i Sociological Abstracts fremkom 387 hits, PubMed 488 og Cochrane 281 hits. Alle tre stadier af udvælgelse blev foretaget på baggrund af de oplistede in- og eksklusionskriterier i afsnittet ovenfor. Der skete en primær udvælgelse på baggrund af studierne titel, som kan ses i flowdiagrammet. Her blev der sorteret 1.059 studier fra. Dernæst blev den sekundære udvælgelse gjort på baggrund af artiklernes abstracts, hvor 67 studier blev frasorteret. Den tertiære udvælgelse skete på baggrund af gennemlæsning af studierne og kvalitetsvurdering af studierne. Artiklerne er vurderet ud fra tjeklisterne STROBE, CASP, CONSORT, STARD og PRISMA. Disse tjeklister er blevet brugt til at vurdere studierne interne og eksterne validitet (The Equator Network n.d.). Resultaterne af disse kvalitetsvurderinger ses i bilag 3. Den tertiære udvælgelse endte med at ekskludere 22 studier. Dermed var der 8 studier, som blev vurderet relevante i forhold til litteratursøgningens formål.



Figur 6: Flowdiagram over udvælgelse af litteratur

5.8 Supplerende litteratursøgning

Den ovenstående litteratursøgning havde til formål at undersøge, hvordan man internationalt har forsøgt at foretage interventioner med fokus på optimering af deltagelse i tarmkræftscreening. Undervejs i den kvalitative analyse, som skitseret i afsnit 7.2, fremkom det, at mændene var særligt interesseret i deltagelse, hvis testmetoden blev ændret til en blodprøve frem for en afføringsprøve, fordi denne testmetode kunne imødekomme deres begrænsninger for deltagelse. Denne reflektive tilgang til udarbejdning af specialet er ifølge Joseph Maxwell relevant, fordi kvalitative studier er en on-going proces, hvor de enkelte komponenter influerer på hinanden (Maxwell 2005). Med henblik på fremadrettet at kunne udarbejde et udviklingstiltag med henblik på at imødekomme den andel, der ikke deltager i screeningstilbuddet, opstod der et behov for en supplerende systematisk litteratursøgning, der i modsætning til den første havde et fokus på blodprøven som ny testmetode i screeningstilbuddet. Den supplerende systematiske litteratursøgning er foretaget i PubMed, fordi søgningens formål primært har været af klinisk karakter, og PubMed dækker mange kliniske undersøgelser i databasen.

På samme måde som ved den første litteratursøgning vil denne metodiske præsentation tage udgangspunkt i de tre søgninger – tilfældig søgning, kædesøgning og systematisk søgning.

5.8.1 Tilfældig litteratursøgning og kædesøgning

Også i den supplerende litteratursøgning er der foretaget en tilfældig litteratursøgning, da det var nødvendigt at undersøge, hvilke facetter der ville dække søgningens formål bedst muligt. Under den tilfældige litteratursøgning fremkom der desuden relevante studier. Den tilfældige søgning blev foretaget i databasen PubMed og i søgemaskinen Google Scholar.

Udover den tilfældige litteratursøgning blev der også foretaget en kædesøgning med henblik på at finde relevant litteratur på baggrund af den fundne litteraturs referencelister. Der blev desuden fundet inspiration til både bloksøgningen og facetterne i den fundne litteratur. Eksempelvis fandt vi i forbindelse med den tilfældige litteratursøgning studier, der anvendte facetten ”Mass Screening” i stedet for blot ”Early Detection of Cancer”, hvilket vi inkorporerede i vores systematiske litteratursøgning.

De studier der er fundet relevante på baggrund af den tilfældige søgning og kædesøgningen vil blive præsenteret i bilag 3. At kvalitetsvurdere studier fra den tilfældige søgning og kædesøgningen afviger fra fremgangsmåden i den første litteratursøgning. Vi har valgt at kvalitetsvurdere disse studier, fordi det har været en udfordring at finde relevant litteratur i forhold til denne litteratursøgnings formål. På trods af, at studierne ikke er fremkommet ved den systematiske litteratursøgning, har vi dog valgt ikke at se bort fra disse studiers fund, fordi studiernes formål og resultater er relevante for litteratursøgningens formål.

5.8.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning i den supplerende litteratursøgning er ligeledes blevet dokumenteret i en søgeprotokol, som på samme måde som den første litteratursøgning tager udgangspunkt i de tre trin: Udvælgelse af facetter, søgning i databaser og udvælgelse og vurdering af litteratur.

5.8.2.1 Trin et – udvælgelse af facetter

Også i denne systematiske litteratursøgning er der anvendt bloksøgning for at gøre søgningen mere struktureret. Bloksøgningen er delt ind i fire blokke, som består af tarmkræft, screening, blodprøve og sammenligning. Blokkene blev kombineret med AND, og facetterne i blokkene blev kombineret med OR. Desuden blev der anvendt trunkeringer (*) i nogle af søgeordene, for at søgningen kom til at indeholde alle bøjninger af ordene. To af blokkene - blodprøve og sammenligning - indeholder fritekstsøgninger. Dette er gjort, fordi der ikke var en facet, der dækkede bredt nok, og søgningen blev dermed for snæver med facetter i disse blokke. Søgehistorikken er at finde i bilag 2. Der har dog været en del støj i denne litteratursøgning, fordi det har væ-

ret vanskeligt at søge relevant litteratur frem om blodprøven - måske fordi den er forholdsvis ny, og den derfor ikke er blevet indekseret efter facetter. Hvis søgningen blev lavet med en specifik og biokemisk fritekstsøgning på blodprøven, blev søgningen alt for snæver, og derfor blev dette udeladt. Søgte vi derimod med fritekstsøgninger på blood draw*, blood sampl* og blood test* kom der mange hits frem, som ikke nødvendigvis gav os de ønskede hits om blodprøven, fordi disse facetter også gik igen, hvis der blev søgt på afføringsprøven. Det engelske ord for den afføringsprøve, der anvendes på nuværende tidspunkt er fecal occult blood test, og dermed havde det engelske ord for afføringsprøve nogle identiske sproglige elementer med det engelske ord for blodprøven, og det har dermed resulteret i en del støj i søgningen. Nedenfor vil de forskellige blokke og dertilhørende facetter blive beskrevet.

Den første blok tager udgangspunkt i **tarmkræft**, da formålet i dette litteraturstudie er at undersøge, hvordan effekten af en blodprøve sammenlignet med en afføringsprøve er i forhold til tarmkræftscreeningstilbuddet. Facetten blev operationaliseret ved, at der blevet fundet en facet for denne, som hedder “Colorectal Neoplasms”.

Anden blok er **screening**, fordi vi er interesserede i at undersøge blodprøvens effekt på tarmkræftscreeningen. Denne facet blev operationaliseret ved facetten “Early Detection of Cancer” og “Mass Screening”. Disse blev kombineret med OR.

Den tredje blok bestod af facetter der dækkede **sammenligning**. Her blev der lavet fritekstsøgning med ordene perform* og Compar*.

Den sidste blok bestod af **blodprøven**, for denne facet er central for denne litteratursøgnings formål. Blodprøven som facet blev operationaliseret således, at der blev lavet en fritekstsøgning med blood draw*, blood sampl* og blood test* i PubMed. Disse facetter blev kombineret med den boolske operator OR. Blodprøven er på nuværende tidspunkt stadig meget ny, hvorfor den endnu ikke er indekseret som facet.

I nedenstående tabel 8 ses en skematisk oversigt over, hvordan facetterne er operationaliseret.

	AND			
	Facet 1: Tarmkræft	Facet 2: Screening	Facet 3: Sammenligning	Facet 4: Blodprøve
OR	“Colorectal Neoplasms” (MeSH)	“Early Detection of Cancer” (MeSH) “Mass Screening” (MeSH)	Perform* Compare*	Blood test* Blood draw* Blood sampl*

Tabel 8: Skematisk oversigt over facetsøgningen i PubMed

5.8.2.2 Trin to – søgning i databaser

Andet trin i den systematiske litteratursøgning består af søgningen i forskellige databaser (Frandsen 2014; Buus et al. 2008). Der er valgt at sætte limits på søgningen for at sortere irrelevante hits fra. I PubMed er der anvendt limits som ”Male” og ”Last 5 years”. Dette er gjort, fordi vi er interesseret i at fremsøge den nyeste viden om blodprøven, men også fordi blodprøven er forholdsvis ny, og den endnu kun er anvendt i kliniske forsøg rundt omkring i verden, så den er ikke indført endnu. Derfor er der sandsynligvis ikke så meget ældre litteratur om blodprøven. Brugen af limits havde en synlig effekt, hvilket fremgår af bilag 2. Det samlede antal hits i PubMed blev i forbindelse med aktivering af limits reduceret fra 962 til 256.

For at sikre, at de fremsøgte artikler var relevante i forhold til projektets problemformulering og formålet med dette litteraturstudie, blev der opstillet in- og eksklusionskriterier.

Inklusionskriterierne var:

- Studierne skulle sammenligne effekten af en blodprøve og en afføringsprøve som en del af tarmkræftscreeningen.
- Studierne skulle konkludere på muligheden for implementering af en eventuel blodprøve, således vi kunne bruge dette i diskussionen af udviklingstiltaget.

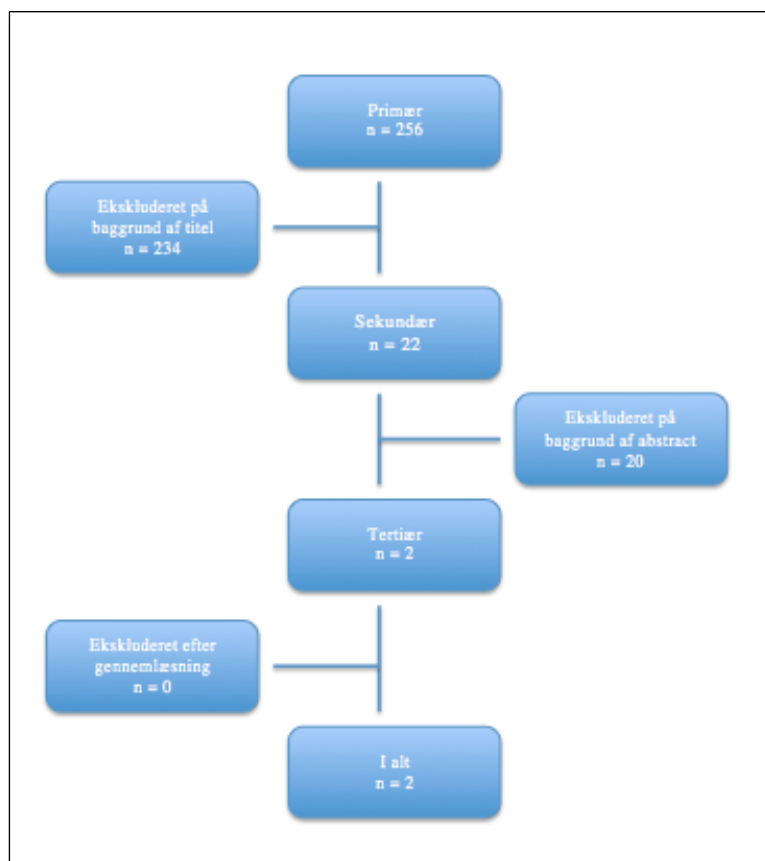
Eksklusionskriterierne var:

- Studier, der udelukkende omhandlede afføringsprøven, blev ekskluderet.
- Studier blev ekskluderet, hvis formålet var at illustrere mændenes bevæggrunde for ikke at deltage.
- Studier, der sammenlignede øvrige testmetoder, fordi dette ikke var relevant for denne del af vores undersøgelse.

5.8.2.3 Trin tre - udvælgelse og vurdering af relevant litteratur

Det tredje trin i den systematiske litteratursøgning består af en udvælgelse og vurdering af relevant litteratur (Frandsen 2014; Buus et al. 2008). Nedenfor ses et flowdiagram over, hvordan udvælgelsen af relevant litteratur foregik. Figur 7 viser, at der i PubMed fremkom fem 256 hits. Disse hits skal på samme måde som den første systematiske litteratursøgning vurderes relevante for videre brug i specialet, og derfor er udvælgelsen sket gennem tre stadier af udvælgelse. Der skete en primær udvælgelse på baggrund af studierne titel, som kan ses i flowdiagrammet. Her blev 22 artikler vurderet som mulige relevante, og der blev dermed sorteret 234 studier fra. Dernæst blev den sekundære udvælgelse gjort på baggrund af artiklernes abstracts, hvor 20 artikler blev sorteret fra. Dermed var der to studier tilbage. Den tertiære udvælgelse skete på baggrund af gennemlæsning af studierne og en efterfølgende kvalitetsvurdering. Denne kvalitetsvurdering er vedlagt i bilag 3. På dette stadie blev der ikke ekskluderet nogle studier, eftersom begge studier både var relevante og

blev vurderet gode i forhold til de anvendte tjeklister. De resultater, der er fremkommet i de to studier fra den systematiske litteratursøgning, vil blive præsenteret i afsnit 7.3.



Figur 7: Flowchart over udvælgelse af litteraturstudier

6.0 Teoretisk referenceramme

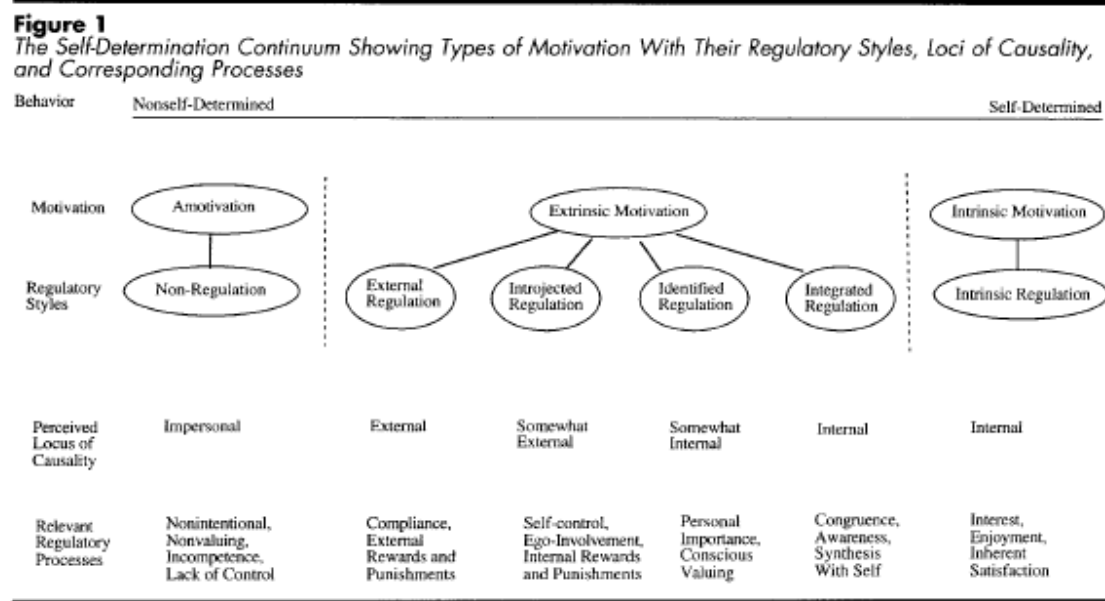
Den teoretiske referenceramme vil tage udgangspunkt i Richard M. Ryan (Ryan) og Edward L. Deci's (Deci) teori Self-determination Theory (SDT), Aaron Antonovskys teori om Oplevelsen af sammenhæng (OAS) og Raewyn Connells teori om hegemonisk maskulinitet. Efter præsentation af teorierne vil vi forholde os kritisk til teorierne med henblik på at styrke den teoretiske referenceramme, inden vi påbegynder anvendelsen heraf. På denne måde kan vi tage højde for teoriens svagheder og dermed styrke dens videre anvendelse. De enkelte teories svagheder vil blive behandlet løbende gennem teoripræsentationen og til sidst sammenfattes i en teorisyntese i afsnit 6.4, hvor vi fremlægger det teoretiske udgangspunkt, som vi vil anvende i vores videre databearbejdning.

Den teoretiske referenceramme vil blive anvendt i forbindelse med analyse af vores kvalitative data med det formål at nuancere det, der søges besvaret i problemformuleringen. Den teorifortolkede viden, vi når frem til i analysen, vil sammen med resultaterne i den kvantitative undersøgelse og litteraturstudiet skabe grundlag for et udviklingstiltag.

6.1 Self-determination Theory

SDT er udvalgt med det formål at undersøge mændenes motivation for deres fravalg af tarmkræftscreeningstilbuddet ud fra en teoretisk vinkel. Teorien beskriver forskellige former for motivation, og graden af motivation kan være relevant i forhold til det videre arbejde med et udviklingstiltag og implementeringsstrategi.

SDT er en motivationsteori, der søger at belyse, hvordan individets ressourcer har en betydning for individets personlige udvikling og deres selvmotivation. Deci og Ryan opdeler motivation i tre overordnede typer, nemlig amotivation, ydre motivation og indre motivation (Ryan & Deci 2000b). Denne opdeling ses i figur 8 nedenfor. Motivation er ifølge Deci og Ryan et komplekst fænomen, der ikke blot kan forklares ud fra graden af motivation, men ligeledes ud fra typen af motivation. I SDT skelnes der mellem forskellige typer motivation. Skellet er ifølge Deci og Ryan baseret på årsager og mål, som skaber motivation for en aktiv handling (Ryan & Deci 2000a). De overordnede motivationstyper, der præsenteres i SDT, har forskellige reguleringsformer, grader af internalisering og et kontinuum af autonomi, der påvirker individets motivation (Ryan & Deci 2000a; Ryan & Deci 2000b). Denne opdeling af motivation vil danne grundlag for udformningen af den mere detaljerede præsentation af SDT. En viden om de forskellige former for motivation er væsentlig at have kendskab til i dette speciale, fordi vi ud fra teorien kan opnå en forståelse af de muligheder og begrænsninger, der motiverer mændene til deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet.



Figur 8: Self-determination Theory (Ryan & Deci 2000b)

6.1.1 Amotivation

Amotivation skal ifølge Deci og Ryan forstås som en tilstand af mangel på motivation til at handle (Ryan & Deci 2000b). Den manglende motivation kan komme til udtryk ved, at individet ikke vælger at handle eller handler uden en hensigt. Der kan med udgangspunkt i SDT være flere forklaringer på, hvorfor individet ikke føler sig motiveret og dermed er amotiveret. Amotivationen kan ifølge Deci og Ryan skyldes, at aktiviteten ingen værdi har for individet eller, at de ikke oplever at have kompetencer til at klare situationen (Ryan & Deci 2000b). Som set i den tidligere omtalte gennemførlighedsundersøgelse valgte nogle mænd ikke at deltage, hvis ikke de havde en oplevelse af symptomer (Forskningscenter for forebyggelse og sundhed 2006). Tarmkræftscreeningstilbuddet havde således ingen interesse og betydning for dem selv, og derfor var de amotiverede for deltagelse.

6.1.2 Ydre motivation

Den ydre motivation skal i SDT forstås som de fire midterste motivationstyper, herunder ekstern regulering, introjiceret regulering, identificeret regulering og integreret regulering. Ifølge Deci og Ryan er den ydre motivation foranderlig og bevæger sig dermed på en kontinuum mellem lav og høj autonomi (Ryan & Deci 2000b). Som det ses i figur 8 kan den ydre motivation være reguleret af en lav grad af motivation, hvor det er ydre faktorer såsom straf eller belønning, der igangsætter aktiviteten, eller en høj grad af aktivitet, hvor der opstår en selvbestemmelse, og individet dermed internaliserer holdninger og værdier fra den handling, de udfører. Internalisering skal forstås som den proces, hvor individet optager værdier eller reguleringer og gør dem til sine egne. (Ryan & Deci 2000b). Selvom Deci og Ryan tydeliggør vigtigheden af den indre motivation, så er de også bevidste om, at individet ikke altid er indre motiveret og har en høj grad af autonomi

(Ryan & Deci 2000a). Den ydre motivation (extrinsic motivation) er beskrevet ved, at individet udfører en handling med henblik på et bestemt outcome. Selvom der af teorien fremgår fire typer af ydre motivation, så skelner Deci og Ryan nøje mellem dem. De påpeger, at graden af individets autonomi kan variere betydeligt fra den ene form til den anden (Ryan & Deci 2000a). Ligeledes beskriver Deci og Ryan, at den ydre motivation også er påvirket af graden af internalisering. Eksempelvis øges individets grad af autonomi, når den aktivitet individet udfører internaliseres til selvet (Ryan & Deci 2000b). I forhold til deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet kan dette eksempel forstås ved, at hvis mændene tager deltagelsen til sig, så vil deres følelse af autonomi øges. Jo mindre ydre påvirkede til deltagelse de er, jo mere autonome føler de sig. Kontinuumet af graden af internalisering i figur 8 skal forstås ved, at det kan være med til at beskrive, hvordan individets motivation til en given handling kan variere fra amotivation til passiv deltagelse og videre til en aktiv personlig deltagelse. Dette kan eksempelvis komme til udtryk ved skellet mellem de mænd, der er blevet inviteret, hvor nogle er amotiverede og derfor ikke ønsker at deltage, andre er påvirket af deres nærmeste pårørende og derfor deltager, og andre gør det af egen fri vilje, fordi det har en betydning for dem. Jo højere graden af internalisering er, jo bedre bliver individets selvopfattelse, vedholdenhed og engagement (Ryan & Deci 2000a).

Den ovenstående figur 8 afspejler taksonomien af typer af motivation rangeret fra venstre mod højre. Foruden amotivation, der er beskrevet i afsnittet ovenfor, er den første kategori af ydre motivation det Deci og Ryan beskriver som en **eksternt reguleret motivation** (Ryan & Deci 2000a). Denne grad af motivation er den mindst autonome og igangsætter handlinger hos individet med det formål at tilfredsstille en ydre faktor, at opnå en belønning eller at undgå en straf. Denne adfærd kan ifølge Deci og Ryan for individet opleves som fremmedgjort og som noget, der er kontrolleret af andre (Ryan & Deci 2000b). Dette kom blandt andet til udtryk i gennemførlighedsundersøgelsen, hvor nogle mænd valgte at deltage, fordi deres hustru ønskede det (Forskningscenter for forebyggelse og sundhed 2006). En anden type ydre motivation er en **introjiceret reguleret motivation**, hvor individet stadig er kontrolleret udefra, og individets handlinger på samme måde som i den eksternt regulerede motivation udføres for at undgå skyld, angst eller for at forbedre sit jeg og dermed opnå stolthed (Ryan & Deci 2000b; Ryan & Deci 2000a). Angsten for eller den skyld mændene kan opleve, hvis de ikke vælger at deltage i tarmkræftscreeningen og derefter bliver syge, kan være et eksempel på den introjicerede regulering. En tredje type ydre motivation er en **identificeret reguleret motivation**, som i følge Deci og Ryan er væsentligt mere autonomt. Identificeret regulering skal stadig ses som en ydre motivation; dog er individets behov for autonomi højere end de tidligere. I denne motivationsform har individet identificeret sig med adfærden og de givne handlinger og accepteret dem som værende sine egne (Ryan & Deci 2000b). Selvom mændene vælger ikke at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet, kan de stadig være påvirket af mediernes omtale eller hustruens positive tilskyndelser i forhold til mændenes deltagelse. Den mest autonome form for ydre motivation er, hvad Deci og Ryan kalder **integreret regulering**. Integrationen

sker, når handlingen er fuldt ud assimileret til individet selv. Denne regulering er således blevet en del af individets egne værdier og behov, og der opstår en selvbestemmelse. Den integrerede regulering kan med udgangspunkt i den høje grad af autonomi og internalisering sammenlignes med den indre motivation, der beskrives nedenfor (Ryan & Deci 2000a).

6.1.3 Indre motivation

Den indre motivation defineres ifølge Deci og Ryan som de aktiviteter, individet udfører for sin egen tilfredsstillelse (Ryan & Deci 2000a). SDT bygger på en grundantagelse om, at individet er nysgerrigt, inspireret af udefrakommende faktorer, stræber efter at opnå ny viden, tager ved lære og dermed mestrer nye færdigheder. Deci og Ryan ser i bedste tilfælde individet som indre motiveret, men er dog opmærksomme på, at nogle individer til trods for de grundlæggende antagelser også udfører handlinger, hvor de ikke er motiverede (Ryan & Deci 2000b). Individet kan således være motiveret af nogle aktiviteter og ikke af andre. Derfor kan der argumenteres for, at den indre motivation opstår imellem individet og en given handling, og at den indre motivation for en given handling ikke ses i en belønning men derimod i opgaven selv (Ryan & Deci 2000a). Graden af indre motivation bygger ifølge Deci og Ryan på, hvorvidt individet oplever at have autonomi, kompetence og tilknytning til nære relationer, og disse synes at påvirke graden af internalisering. Tilgodeses behovene derimod ikke, men i stedet forsømmes, så vil den indre motivation og internalisering svinde ind (Reis et al. 2000).

6.1.4 Kritik af SDT

SDT er anvendelig, idet teorien kan være behjælpelig med at forstå, hvordan individet kan være motiveret på flere forskellige måder. På trods af, at SDT er en brugt og anerkendt adfærdsteori, er der dog forbundet nogle kritikpunkter, der er væsentlige at forholde sig til. De forskellige reguleringsformer er i teorien individuelt beskrevet; dog synes der ikke at være en betydelig forskel mellem den eksterne regulering og den introjicerede regulering (Ryan & Deci 2000b). Dette gør det svært at anvende teorien i praksis, når det ikke ud fra litteraturen er tydeligt, hvad forskellen er. Derudover har SDT en meget behavioristisk tilgang i forhold til motivation. De ydre reguleringsformer bygger på belønning og straf som motivation for handling. Det har tidligere været anset som anerkendte forklaringsmodeller, dog tyder det på, at den behavioristiske tilgang i dag er forældet, og at disse tilgange i dag er for enkle og dermed ikke alene kan forklare menneskets adfærd. Det tyder derfor på, at menneskets adfærd og deres motivation i dag er mere kompleks (Hein 2009).

Foruden den eksterne og introjicerede regulering, der som nævnt er svære at skelne mellem, gør det samme sig umiddelbart gældende for den integrerede regulering (ydre motivation) og den indre motivation. I begge reguleringsformer tyder det på, at individet har taget handlingen til sig og udøver handlingen af egen fri vilje. Dog bliver det i integrerede regulering ikke beskrevet, hvordan ydre faktorer påvirker individet, hvorfor

denne reguleringsform kommer til at fremstå som identisk med den indre motivation. Deci og Ryan udtrykker, at det ikke er alle individer, der formår at være indre motiverede; dog gives der ingen forklaring på dette (Ryan & Deci 2000a). Den manglende forklaring gør teorien mindre detaljeret og mere kompliceret at bruge i forhold til at udvikle et tiltag, der tager højde for de af mændene oplevede begrænsninger og muligheder ved deltagelse.

6.2 Oplevelsen af sammenhæng

Kritikken af SDT lyder som skrevet på, at den mangler at kunne forklare, hvorfor ikke alle mennesker kan opnå den indre motivation og dermed få størst mulig udbytte af et sundhedstiltag. Derfor er der valgt at inddrage Aaron Antonovskys (Antonovsky) teori om oplevelsen af sammenhæng, fordi hans teori kan være med til at forklare, hvorfor nogle mennesker kan opnå en indre motivation og ændre vaner i deres liv, samt at beskrive hvordan forskellige grader af oplevelsen af sammenhæng kan påvirke, hvorvidt individet er amotiveret, ydre eller indre motiveret. Antonovskys teori skal derfor ses som et supplement til SDT.

Antonovskys teori er en salutogenetisk teori, der søger indsigt i, hvad det er, der skaber sundheden for nogle mennesker frem for, hvilke faktorer der fremkalder sygdom for andre. Antonovsky anerkender også den patogenetiske tilgang, hvor der rejses spørgsmål om, hvorfor mennesker bliver syge, men han ser den salutogenetiske tilgang som et supplement til den patogenetiske tilgang. Den salutogenetiske tilgang skal gerne give redskaber til øget indsigt i og redskaber til handling, der forandrer menneskers sundhed. Antonovskys antagelser er, at samtlige mennesker livet igennem befinder sig mellem sundhed og sygdom, og ind imellem bliver mennesket udsat for stressorer, som de ikke umiddelbart har et svar på. Derfor er det vigtigt at vide, hvad det er for nogle faktorer, der gør, at nogle mennesker forbliver sunde også efter at have været udsat for negative stressorer (Antonovsky 2000).

Antonovsky definerer en stærk OAS som et generelt forhold hos mennesker, der har en oplevelse af at kunne håndtere de stressorer, de møder gennem livet på en hensigtsmæssig måde. Antonovsky definerer stressorer som en indre eller ydre faktor, som indvirker på et menneskes liv. Fælles for stressorerne er, at de på en eller anden måde stiller krav til mennesket om, at der skal tages stilling til dem; de skal håndteres, og de kræver derfor handling, som mennesket ikke automatisk har (Antonovsky 2000). En stærk OAS gør det dermed muligt for individet at forudsige og forklare stressorerne. Desuden skal mennesket også synes, at det er værdifuldt at involvere sig i stressorerne og samtidig have de nødvendige ressourcer til rådighed for at kunne svare tilbage på stressorerne. Jo svagere OAS er, jo sværere er det at håndtere stressorerne på en hensigtsmæssig måde og bevare eller forbedre sundheden. Omvendt har mennesker med en stærk OAS en tillid til, at egne ressourcer eller hjælp fra netværk hjælper dem med at overkomme de stressorer, de møder i livet. Mødet med stressorer kan derfor for mennesket med en stærk OAS forme sig som noget værdifuldt i livet (Antonovsky 2000). I problemanalysen blev det beskrevet, at der var mange begrænsninger, der kunne være

årsag til mænds manglende deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet. Ud fra Antonovskys teori kan det tyde på, at mændene ikke har oplevet at kunne håndtere de stressorer, de har oplevet i den situation, hvor de skulle træffe et valg om deltagelse eller ej. For at et individ kan opnå en stærk OAS, så skal der ifølge Antonovsky være tre begreber til stede - nemlig håndterbarhed, meningsfuldhed og begribelighed (Antonovsky 2000).

Håndterbarheden er defineret ved, hvorvidt de ressourcer, mennesket har til rådighed, er tilstrækkelige til, at individet kan imødekomme og handle på de stressorer, det møder. Det er altså den belastningsbalance, et menneske har. Følelsen af håndterbarhed dækker også over, hvor godt mennesket tager imod råd og vejledning fra andre mennesker og at kunne vurdere, hvorvidt disse råd og vejledninger passer ind i deres liv (Antonovsky 2000). Håndterbarheden kan i forhold til mændenes deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet forstås ved, om mændene formår at håndtere procedurerne i form af afføringsprøven og den potentielle frygt, de kan opleve i forbindelse med et eventuelt positivt svar. Derudover kan håndterbarheden ses i forbindelse med individets netværk og dets evne til at støtte op om eller argumentere imod deltagelse i screeningstilbuddet. Hvis mændene ikke er i stand til at håndtere det testudstyr, de modtager, eller frygter for et positivt svar, kan det influere på deres OAS.

Meningsfuldhed er det motiverende element i OAS. Det er deltagelsen eller delagtigheden i de stressorer, der krydser menneskets vej, der giver meningsfuldhed. Meningsfuldheden kan forstås som mændenes oplevelse af, hvorvidt det giver mening at deltage i den stressor, deltagelsen udgør. For mennesker med en svag OAS kan mødet med stressorer og deltagelsen i stressorerne blive set på som et problem eller en byrde, hvor de for mennesker med en stærk OAS kan opleves som en udfordring at involvere sig i en stressor (Antonovsky 2000). Hvis mændene har en svag OAS, kan selve invitationen og det videre forløb opleves som stressorer, der gør deltagelsen til en byrde og noget, de ikke har lyst til. Har mændene derimod en stærk OAS vil invitationen og det ukendte opleves som en udfordring, og noget, de godt kan se meningen med, på trods af, at det er nyt.

Det sidste begreb, der udgør OAS, er *begribelighed*. Det defineres som den forudsigelighed, stressorerne mødes med. En stærk OAS giver mennesket mulighed for at gøre stressoren forklarlig og forudsigelig, fordi mennesket søger en rationel forklaring på stressoren. Begribeligheden består nemlig også af den rationelle sans, og mennesket søger at forklare sine følelser ud fra en logisk og rationel forklaring på de følelser, der er bundet op på stressoren (Antonovsky 2000). De mænd, der er inviteret til tarmkræftscreeningstilbuddet, men alligevel har valgt ikke at deltage, kan ud fra Antonovskys teori ses som individer, der ikke har kunne begribe og forudsige den situation, de netop er blevet en del af. Havde mændene derimod haft en stærk OAS, ville de i stedet have været i stand til at forudsige de stressorer, de netop var blevet mødt af, og dermed muligvis have valgt at deltage.

Mestringen af stressorer og OAS er vigtige begreber at have in mente, hvis et menneske skal tage en sundhedsfremmende handling til sig, fordi handlingen skal være meningsfuld, begribelig og håndterbar for mennesket, før handlingen kan inkorporeres i et menneskes liv.

6.2.1 Kritik af oplevelsen af sammenhæng

I forbindelse med præsentation af Antonovskys teori om oplevelsen af sammenhæng har der rejst sig en undren, fordi vi oplever, at dele af teorien er utydelig med henblik på praktisk anvendelse. I teorien præsenteres det, at hvis individet oplever at kunne begribe, håndtere og se meningen med en handling, så opstår der en stærk oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000). Dog er det utydeligt med henblik på at undersøge mændenes motivation for deltagelse, hvorvidt en stærk oplevelse af sammenhæng ifølge teorien reelt set resulterer i, at individet agerer ud fra den viden, de har. Vi undrer os derfor over, hvorvidt en stærk oplevelse af sammenhæng altid er en præmis for handling, eller om det i dette tilfælde er svært at anvende teorien i praksis, fordi grundreglen i forhold til oplevelsen af sammenhæng og dennes indflydelse på handling måske i virkeligheden ikke er så sort/hvid, som teorien lægger op til.

6.3 Hegemonisk maskulinitet

Raewyn Connells teori om hegemonisk maskulinitet er en sociologisk teori, der belyser mænds maskulinitet. Da mænd og kvinder har en forskellig tilgang til deres egen sundhed, er der brug for i dette speciale at kunne belyse mænds tilgang til egen sundhed ud fra et teoretisk synspunkt. Det er der brug for, fordi mænd skal tilgås anderledes end kvinder, når det kommer til sundhed, og derfor er det vigtigt at kende til de faktorer, der har betydning for mænds sundhed (Scott 2015). Derfor er der inddraget Connells kønsteori, som vil kunne belyse dette emne i analysen af de kvalitative resultater og senere i diskussionerne i specialet.

Mænd og kvinder er anderledes, når det kommer til deres egen tilgang til deres sundhed, og det kan ses i, at mændenes middellevetid er kortere, end middellevetiden er for kvinder. Desuden er mænd også mere involveret i en større risikoadfærd, end kvinder er. Mænd har også større risiko for at være udsat for vold, højere alkoholforbrug og for at komme fysisk til skade. Mænd går endvidere til lægen mindre end kvinder (Scott 2015). Tidligere har der været mere fokus på forebyggelsen fremfor først og fremmest for at forstå, hvorfor mænd befinder sig i en større risiko for tidligere død og sygdomme end kvinder. Ifølge Connell kan dette skyldes to faktorer - en social og en kønsbestemt faktor. Den kønsbestemte henviser til, at det kun er mænd, der kan få bestemte sygdomme som for eksempel prostatacancer, mens den sociale faktor er værdifuld, når der skal identificeres nogle arketyper af maskulinitet, og hvordan samfundet opfatter og forventer af disse, men også når det kommer til maskulinitetens indflydelse på mænds sundhedsvaner (Scott 2015). I den forbindelse er begrebet hegemonisk maskulinitet opstået. Definitionen af hegemonisk maskulinitet er, at den refererer til den mest idealiserede og mest værdifulde form for maskulinitet i en specifik kultur og historisk

tid. Den hegemoniske maskulinitet består af et hierarki mellem mænd og deres maskuliniteter. Da hegemonisk maskulinitet er et normativt begreb, er der meget få mænd, der rent faktisk besidder den, men mænd er villige til at gå langt for at opretholde et billede af deres hegemoniske maskulinitet (Scott 2015). Derfor er hegemonisk maskulinitet også produceret i spejlingen af andre mænd og deres maskulinitet men også i forhold til kvinder og deres femininitet. I den vestlige verden er hegemonisk maskulinitet bundet op på magt og velstand for eksempel ved, at manden har en tung post i et firma, men også sportsudøvere, fordi mænd i disse positioner er veluddannede, fysisk stærke og uafhængige (Scott 2015). Connell siger desuden, at køn er et produkt af nogle kulturelle normer og subjektive holdninger, hvorfor opfattelsen af den hegemoniske maskulinitet er dynamisk. Derfor kan den være svær at afdække i dens rene form i et samfund. Dog findes der nogle kønsstereotyper for både kvinder og mænd, hvori der er defineret nogle gode egenskaber for en mand og en kvinde at have. I den vestlige verden kan denne stereotyp af den maskuline kønsrolle være, at mænd er fysisk og psykisk overlegne i forhold til kvinder, og dette kan blive til den hegemoniske maskulinitet (Scott 2015).

6.3.1 Mænd og deres egen sundhed

Mænd og deres syn på egen sundhed er en afspejling af den hegemoniske maskulinitet og de dyder, der ligger i den; eksempelvis at være fysisk og psykisk stærk og indgå i forskellige former for risikoadfærd. Samfundets opfattelser af sundhed er ofte bundet op på feminine forestillinger om sundhed, hvor det er idealet at passe på kroppen, spise sundt, dyrke motion og gå til lægen. Dette er det stik modsatte af, hvad der er den maskuline tilgang til sundhed. Her spiller den hegemoniske maskulinitet ind, fordi den dikterer, at mænd er stærke, og dermed ses det som et svaghedstegn at skulle gå til lægen, hvis der opstår sygdom, fordi kroppen pludselig bliver svag, og mændene kan ikke opretholde en facade, hvor deres fysik er stærk. Dermed kan den hegemoniske maskulinitet udgøre en sundhedsrisiko for mændene (Scott 2015).

6.3.2 Kritik af den hegemoniske maskulinitet

Ud fra ovenstående præsentation af den hegemoniske maskulinitet synes teorien at være anvendelig med henblik på at forstå de begrænsninger, mændene oplever i forbindelse med deltagelse. Dog synes der også at være visse kritikpunkter, der er relevante at tage højde for i forbindelse med den praktiske anvendelse.

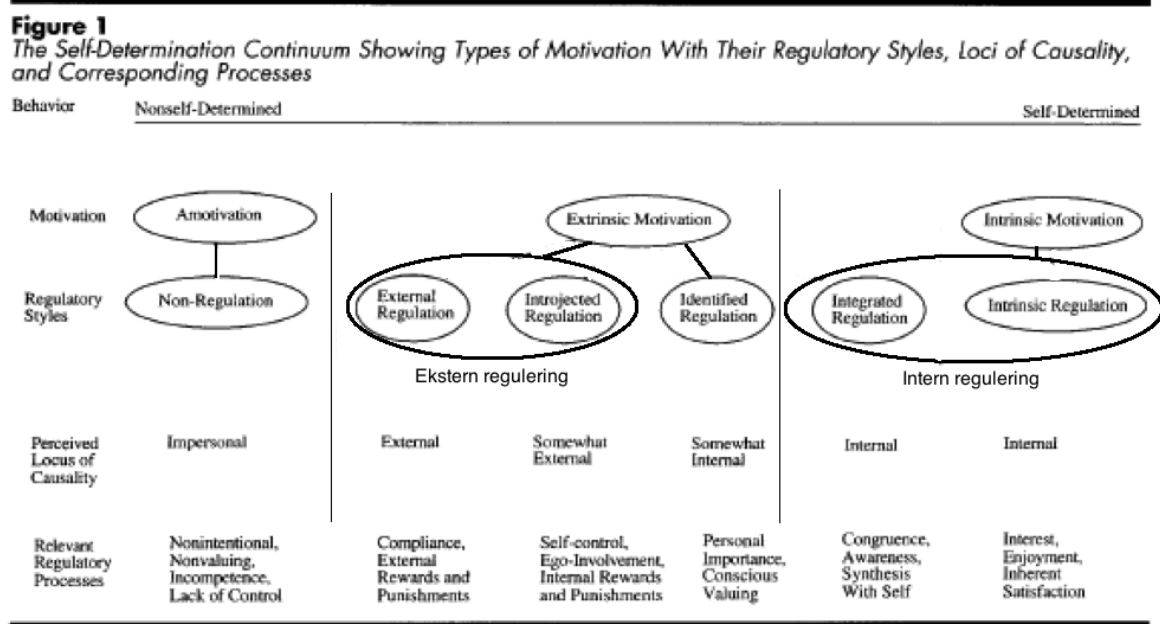
I forbindelse med at forstå mændenes faktiske anvendelse af den hegemoniske maskulinitet og dennes betydning for deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet synes det uklart i litteraturen, hvorfor mændene ifølge teorien efterstræber den hegemoniske maskulinitet i så høj grad, når denne i praksis synes at være uopnåelig (Wetherell & Edly 1999). Kan den hegemoniske maskulinitet reelt set blot være et dække for mænds bekymring for det ukendte?

Ifølge teorien er den hegemoniske maskulinitet kulturelt betinget. Med henblik på at forstå mændenes begrænsninger for deltagelse synes det dog uklart, hvorvidt den hegemoniske maskulinitet er så rigid, at den ikke kan afvige fra kulturen. Når mændene i tarmkræftscreeningstilbuddet modtager testudstyret, befinder de sig ifølge teorien i en bestemt kultur, hvor den hegemoniske maskulinitet vil være én og uforanderlig. Men dette giver dog anledning til yderligere undren og kritik i forhold til, hvorvidt den hegemoniske maskulinitet virkelig kun er kulturelt betinget, eller om der kan være udefrakommende faktorer, der kan influere på mændenes handlinger? Ud fra det perspektiv fremstår teorien utydelig, hvilket er problematisk i forhold til anvendelsen heraf.

6.4 Teorisyntese

Med udgangspunkt i de kritikpunkter, der er blevet præsenteret for henholdsvis SDT, OAS og den hegemoniske maskulinitet, vil vi med et fremadrettet sigte fremsætte en teorisyntese. Teorisyntesen har til formål at præcisere, hvilken teoretisk forståelse vi oplever, som den mest hensigtsmæssige til at belyse vores kvalitative data med henblik på et udviklingstiltag og implementeringsstrategi. Det vil således være denne teorisyntese, som fremadrettet vil fremstå som vores teoretiske referenceramme.

Som nævnt i afsnittet om SDT, er der dele af teorien, der i litteraturen ikke er beskrevet tydeligt. Dette gør det kompliceret at skelne mellem henholdsvis ekstern og introjiceret regulering samt integreret og indre regulering. Den manglende forklaring vil i det videre analysearbejde gøre arbejdet kompliceret og forvirrende, hvorfor vi har valgt at imødekomme denne kritik ved at korrigere i udformningen af den oprindelige teori. Det er væsentligt at have in mente, at vi ikke ønsker at udrydde dele af teorien, men i stedet ønsker at kvalificere dens anvendelse til vores behov ved at imødekomme de kritikpunkter, vi ser. Den måde, vi ønsker at imødekomme kritikpunkterne på, er ved at reducere de seks reguleringsformer til fire. På nuværende tidspunkt er der amotivation, ydre motivation - med fire reguleringsformer - og indre motivation. Først og fremmest ønsker vi at reducere den eksterne og den introjicerede regulering til i stedet én reguleringsform. Forklaringen på denne ændring er, at begge reguleringsformer er underlagt en behavioristisk tankegang, der tager udgangspunkt i straf og belønning, og at vi derfor ikke ser en betydelig forskel udover, at den introjicerede regulering også inkluderer stolthed og selvkontrol. Da forskellen på de to reguleringsformer ikke er betydelig, ønsker vi dermed fremadrettet at se disse to reguleringsformer som én regulering under navnet ekstern regulering. Ligeledes ønsker vi at sammenlægge den integrerede regulering og den indre motivation, da disse på samme måde som de to ovennævnte i litteraturen ikke synes at have en væsentligt forskel. Forskellen i de to består primært i, at den integrerede regulering stadig er ydre reguleret, hvorimod den indre ikke tager højde for ydre påvirkninger. Dog er den ydre påvirkning i den integrerede regulering ikke beskrevet i litteraturen, hvorfor vi for det videre analysearbejde ønsker at se disse reguleringsformer som én under navnet intern regulering (figur 9).



Figur 9: Korrigeret Self-determination Theory

Udover de to nysammensatte reguleringsformer, ekstern og intern regulering, vil vores teoriforståelse med udgangspunkt i SDT fremadrettet stadig bestå af amotivation (non-regulering) og den identificerede regulering under den ydre motivation. Amotivationen vil således stadig være én reguleringsform, hvor individet ikke har nogen form for motivation for handling. Den identificerede regulering vil på samme måde stadig være en reguleringsform, hvor individet begynder at føle sig nysgerrig og personligt involveret i en given handling, men stadig er styret af udefrakommende faktorer.

Udover de manglende forklaringer på forskellene mellem nogle af reguleringsformerne har vi foruden redueringen af de seks reguleringsformer til fire reguleringsformer valgt at supplere teorien med OAS. OAS kan bidrage til en forståelse af, hvordan mændenes oplevelse af sammenhæng kan henholdsvis øge eller mindske deres motivation for at tage udfordringen op med ukendte og nye stressorer. Dermed kan OAS bidrage til en øget forståelse af, hvorfor Deci og Ryan netop i deres teoriudlægning forklarer, at ikke alle mennesker kan opnå indre motivation. En øget forståelse vil i det videre arbejde med udviklingstiltaget og implementeringsstrategien hjælpe med at forstå, hvordan mændene ikke nødvendigvis blot skal opleve, at det giver mening, men at det samtidig er nødvendigt for OAS, at de både kan håndtere og begribe de stressorer, de udsættes for. Udover at integrere OAS i Self-determination Theory med henblik på at undersøge, hvordan mændenes motivation for deltagelse bestemmes, vil den hegemoniske maskulinitet ligeledes blive inddraget for at give et andet perspektiv på, hvad der kan motivere eller amotivere mændene til deltagelse. OAS forsøger at forklare både mænd og kvinders adfærd, hvorimod den hegemoniske maskulinitet fokuserer på kønsforskellen.

Dermed kan den hegemoniske maskulinitet i modsætning til SDT og OAS bidrage til en forståelse af, hvordan mænd er motiveret for en sundhedshandling, men den bidrager ligeledes i samspil med SDT og OAS til en forståelse af, hvordan mænd enten er motiverede eller amotiverede for deltagelse. Den hegemoniske maskulinitet kan ligeledes bidrage til en nuanceret forståelse af, hvorfor mænd med en stærk OAS ikke nødvendigvis lader sig motivere til handling, fordi adfærden er lokalt forankret. Dermed vil det ikke udelukkende være den stærke OAS, der afgør, om mændene handler men derimod om, hvorvidt den handling, der ønskes i screeningstilbuddet, går imod den hegemoniske maskulinitet og derfor anses som et svaghedstegn.

7.0 Resultater

Resultatafsnittet vil bestå af en præsentation og en analyse af de resultater, der er fremkommet i den kvantitative og kvalitative undersøgelse samt i litteraturstudiet.

7.1 Kvantitative resultater

I dette afsnit vil resultaterne fra den kvantitative undersøgelse blive præsenteret. Som allerede nævnt i metodeafsnittet for den kvantitative analyse, er analysen delt op i en analyse af afføringsprøven og en for koloskopiaen.

7.1.1 Afføringsprøve

Med henblik på at undersøge hvilken målgruppe der fremadrettet i dette speciale er relevant at fokusere på i forhold til udarbejdning af et udviklingstiltag, vil den nedenstående analyse illustrere den statistiske tendens. Analysen vil tage udgangspunkt i både frekvenstabeller og logistiske regressioner.

For at undersøge frekvensen for deltagelse/ikke-deltagelse i afføringsprøven mellem mænd og kvinder, er der nedenfor lavet en frekvenstabel.

	Kvinder	Mænd
Deltager	68,45 %	60,54 %
Deltager ikke	31,55 %	39,46 %
OR	1,41	
Chi-square test (p-værdi)	6057,27 <0,0001*	

Tabel 9: Deltagelse fordelt på køn på landsplan

Ovenstående tabel 9 viser den procentvise fordeling mellem henholdsvis mænd og kvinders deltagelse og ikke-deltagelse i afføringsprøven. Ud fra tabellen kan det tyde på, at mænd i højere grad end kvinder ikke deltager, eftersom 39,46 procent af mændene ikke deltager sammenlignet med kun 31,55 procent af kvinderne. Ligeledes ses der en større procentvis deltagelse blandt kvinder sammenlignet med mændene. Der ses således en forskel mellem mænd og kvinder, hvor mænd har 1,41 gange højere odds for ikke at deltage sammenlignet med kvinder. Dette understøttes af chi-square testen, der viser en signifikant forskel på deltagelsen mellem mænd og kvinder (p-værdi = <0,0001*).

På nuværende tidspunkt kan vi ud fra ovenstående tabel 9 se, at der er en forskel mellem mænd og kvinders deltagelse i afføringsprøven. Vi kan dog ikke se, hvad forklaringen er på forskellen. Nedenfor vil der blive foretaget en frekvenstabel over deltagelse/ikke-deltagelse i de forskellige regioner, for at undersøge hvorvidt forskellen på mænd og kvinder forholder sig til, hvor de bor.

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Deltager	66,62 %	67,02 %	67,07 %	60,67 %	62,62 %
Deltager ikke	33,38 %	32,98 %	32,93 %	39,33 %	37,38 %
Chi-square (p-værdi)	3177,27 <0,001*				

Tabel 10: Fordeling mellem deltagelse og ikke-deltagelse i regionerne

I ovenstående tabel 10 ses en signifikant forskel på deltagelsen mellem de forskellige regioner (p-værdi = <0,001*), men det er dog ikke muligt ud fra ovenstående tabel at se mellem hvilke grupper, der er en signifikant forskel. Der ses dog i tabellen en generel høj procentdel, der ikke deltager i afføringsprøven i alle regioner.

Siden der ses en relativ høj procentdel der ikke deltager i alle regioner, er alle regioner relevante målgrupper for et fremadrettet udviklingstiltag. Eftersom vi ikke med sikkerhed ved om begrænsningerne for deltagelse i de forskellige regioner er ens, vil vores fremadrettede udviklingstiltag være målrettet nordjyske mænd. For at undersøge hvorvidt nordjyske mænd i lige så høj grad fravælger deltagelse i afføringsprøven sammenlignet med alle danske mænd i tabel 9 vil den nedenstående tabel illustrere frekvensfordelingen i datasættet.

	Nordjyske kvinder	Nordjyske mænd
Deltager	70,09 %	63,13 %
Deltager ikke	29,91 %	36,87 %
OR (95 % CI)	1,34 [1,309-1,380]*	
Chi-square test (p-værdi)	527,59 <0,0001*	

Tabel 11: Fordeling af køn på deltagelse/ikke-deltagelse i Region Nordjylland

Tabel 11 viser fordelingen på deltagelse og ikke-deltagelse mellem nordjyske mænd og kvinder. Nordjyske mænd deltager i lavere grad i screeningstilbuddet end kvinder, hvilket ses i den beregnede odds ratio. Odds ratioen viser, at nordjyske mænd har 1,34 gange højere odds for ikke at deltage sammenlignet med nordjyske kvinder. Der er således en signifikant forskel på deltagelsen mellem henholdsvis nordjyske mænd og kvinder (p -værdi = $<0,0001^*$). Sammenlignes frekvensen og odds ratioen med lignende tal i tabel 9, der viser deltagelse fordelt på køn på landsplan, tyder det på, at den procentvise andel der vælger afføringsprøven fra blandt mænd i Nordjylland er 2,59 procentpoint lavere end alle danske mænd, men dog er odds ratio for de nordjyske mænd blot 0,07 gange lavere for at deltage sammenlignet med alle mænd på landsplan.

På nuværende tidspunkt er vi i analysen kommet frem til, at nordjyske mænd deltager mindre i afføringsprøven end nordjyske kvinder. Den resterende del af den kvantitative analyse vil dermed udelukkende tage udgangspunkt i mænd. Den nedenstående tabel 12 vil belyse, om alder har en indflydelse på nordjyske mænds deltagelse i afføringsprøven.

Aldersgrupper	50-54 år	55-59 år	60-64 år	65-69 år	70-74 år
Deltager	55,22 %	62,10 %	67,98 %	69,97 %	67,74 %
Deltager ikke	44,78 %	37,90 %	32,02 %	30,03 %	32,26 %
Chi-square (p-værdi)	748,81 <0,0001*				

Tabel 12: Aldersfordeling på deltagelse og ikke-deltagelse i Region Nordjylland

I ovenstående tabel ses den aldersmæssige fordeling på henholdsvis mænds deltagelse og ikke deltagelse i Region Nordjylland. Den aldersgruppe, der hyppigst vælger ikke at deltage, er aldersgruppen 50-54 år, hvor der 44,78 procent af mændene ikke deltager. Derimod er det i aldersgruppen 65-69 år, hvor flest mænd deltager. Her er det kun 30,03 procent, der ikke deltager i afføringsprøven. Ud fra den beregnede signifikanstest ses der en signifikant forskel på deltagelsen mellem de forskellige aldersgrupper (p -værdi = $<0,0001^*$). Vi kan således se, at der er en forskel på, hvor meget de forskellige aldersgrupper henholdsvis deltager og ikke deltager, men det er dog ikke muligt at se imellem hvilke af grupperne, der er en signifikant forskel.

Ud fra ovenstående analyse tyder det på, at nordjyske mænd i aldersgruppen 50-54 årige deltager mindre end de øvrige aldersgrupper. Med henblik på at undersøge hvorvidt de ovenstående resultater er påvirkede af confoundere, vil vi nedenfor foretage en logistisk regressionsanalyse med det formål at justere for alder.

Logistisk regression - sammenhæng mellem nordjyske mænds deltagelse og alder, justeret for alder	
Aldersgruppe	OR (95 % CI)
50-54 år	1
55-59 år	1,33 [1,26-1,40]*
60-64 år	1,72 [1,63-1,82]*
65-69 år	1,89 [1,78-2,00]*
70-74 år	1,70 [1,61-1,80]*

Tabel 13: Sammenhæng mellem deltagelse og alder.

Tabel 13 viser, at aldersgrupperne over aldersgruppen 50-54 år har et højere odds for deltagelse i afføringsprøven sammenlignet med de inviterede nordjyske mænd, der er under 55 år. De 65-69 årige har et odds der er 1,89 gange højere end referencegruppen, hvilket betyder, at mændene i denne gruppe deltager 1,89 gange mere end referencegruppen. Ligeledes ses det, at de øvrige grupper har odds på henholdsvis 1,33, 1,72 og 1,70 sammenlignet med referencegruppen. Derfor kan det tyde på, at de inviterede, der omfattes af aldersgruppen 50-54 år, har en lavere sandsynlighed for at deltage. Denne sammenhæng er signifikant for alle aldersgrupperne.

Ud fra ovenstående analyse har vi valgt fremadrettet at fokusere på de nordjyske mænd. Fundene viser, at de nordjyske mænd i lavere grad end de nordjyske kvinder deltager i tarmkræftscreeningstilbuddet. Derudover ses det, at aldersgruppen 50-54 år har en større tendens til ikke at deltage i afføringsprøven end de øvrige aldersgrupper.

7.1.2 Koloskopi

For at se om ovenstående mønster for mænds deltagelse i afføringsprøven ligeledes gør sig gældende for mænds deltagelse i koloskopien, er der nedenfor lavet en frekvenstabel over deltagelsen i koloskopien for nordjyske mænd og kvinder. Dette gøres for at se, hvorvidt det ligeledes er relevant at udarbejde et udviklingstiltag i forhold til deltagelse i koloskopien, eller om fokus på afføringsprøven alene er det mest hensigtsmæssige.

	Nordjyske kvinder	Nordjyske mænd
Deltager	85,78 %	90,38 %
Deltager ikke	14,22 %	9,62 %
OR (95 % CI)	1,56 [1,29-1,87]*	
Chi-square test (p-værdi)	22,2991 <0,0001*	

Tabel 14: Fordeling af køn på deltagelse/ikke-deltagelse i koloskopi i Region Nordjylland

I ovenstående tabel 14 ses det, at nordjyske mænd i højere grad end nordjyske kvinder vælger at deltage i koloskopien, hvis de bliver indkaldt. Der er således 14,22 procent af kvinderne, der vælger ikke at deltage sammenlignet med 9,62 procent af mændene. Hertil ses endvidere, at kvinder har 1,56 gange højere odds end mændene for ikke at deltage i koloskopien, hvilket er signifikant. Dette understøttes af den signifikante chi-square test, der viser, at der er en signifikant forskel grupperne imellem (p-værdi = <0,0001*).

For endeligt at kunne fastslå, at nordjyske kvinder i højere grad end nordjyske mænd vælger koloskopien fra, hvis de bliver indkaldt, vil nedenstående logistiske regressionsanalyse justere den ovenstående frekvenstabel for alder som confounder. På denne måde kan vi med større sikkerhed sige, hvorvidt der reelt set er forskel på kvinder og mænds deltagelse.

Logistisk regression - sammenhæng mellem deltagelse i koloskopi og køn, ujusteret for alder	
Køn	OR (95% CI)
Mænd	1
Kvinder	1,56 [1,29-1,87]*
Logistisk regression - sammenhæng mellem deltagelse i koloskopi og køn, justeret for alder	
Køn	OR (95% CI)
Mænd	1
Kvinder	1,53 [1,27-1,85]*

Tabel 15: Sammenhæng mellem deltagelse i koloskopi og køn

Tabel 15 viser, at når sammenhængen mellem deltagelse i koloskopian og køn justeres for alder, ændrer den justerede odds ratio sig minimalt, hvilket betyder, at alder ikke har en signifikant betydning på den kønslige forskel på deltagelsen. Den forskel vi ser på deltagelsen mellem mænd og kvinder, skyldes således ikke en aldersmæssig betydning men derimod blot kønnet.

Ud fra ovenstående analyser ses det, at nordjyske mænd deltager i højere grad end nordjyske kvinder i koloskopian. De kvantitative analyser, der undersøgte mænds og kvinders deltagelse i afføringsprøven, viste en generel lavere deltagelse for mændene, frem for hvad denne analyse viser i forhold til koloskopian. På trods af at den manglende deltagelse i koloskopian er problematisk, er den manglende deltagelsesprocent lav, hvorfor vi vil kunne opnå det største udbytte ved at fokusere på afføringsprøven. På baggrund af disse analyser vil det fremadrettede udviklingstiltag alene fokusere på afføringsprøven, og hvordan mændenes oplevede begrænsninger i forhold til deltagelse heri kan imødekommes.

7.2 Kvalitative resultater

Resultaterne fra den kvalitative interviewundersøgelse vil blive analyseret ud fra en semantisk analyse og den teoretiske referenceramme. Dette vil blive gjort med henblik på at opnå en dybere og mere nuanceret forståelse for mændenes oplevede begrænsninger ved deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Informanterne er alle anonymiseret og har fået tildelt et nummer fra 1 til 5. Når der citeres direkte fra en af informanterne, vil der blive refereret til kilden som I1, I2 og så videre. Bruges data fra interviewet derimod på anden vis end ved et direkte citat, så vil der blive refereret til transskriberingen, der er vedlagt i bilag 6 som kilde. Dette vil også gøre sig gældende i resten af projektet.

7.2.1 Mændenes amotivation

I interviewundersøgelsen var det tydeligt, at der var en gennemgående manglende motivation for deltagelse i tarmkræftscreeningen blandt mændene (bilag 6). Den manglende motivation kan med udgangspunkt i SDT ses som en **amotivation**, hvor graden af internalisering er lav. Den lave grad af internalisering og dermed begrundelsen for deres amotivation var, at deltagerne blandt andet ikke oplevede screeningstilbuddet som personlig relevant (bilag 6). Det kommer blandt andet til udtryk hos informant fire, der på trods af lungekræft i familien ikke oplever en screening for tarmkræft som personlig relevant:

“Så i forhold til tarmkræft, så har det ikke påvirket. Men jeg kan ikke sige andet end, at det er dumt, at jeg ikke har valgt at deltage.” (I4)

Samtlige informanter gav udtryk for en lav grad af internalisering (bilag 6), spørgsmålet er dog, hvorfor mændene på trods af anbefalinger fra sundhedsmyndighederne alligevel fravælger at deltage. Informant

fem's udtalelse oven for kan være udtryk for en kommunikativ diskurs, der ser deltagelsen i tarmkræftscreeningstilbuddet som henholdsvis acceptabelt eller uacceptabelt. Dette understøttes i interviewet ved, at han siger, at testmetoden har været grænseoverskridende (bilag 6). Hvorvidt fravalget er acceptabelt eller uacceptabelt kan ud fra sagsdimensionen ses ved, at sagen ikke har korrigeret til handling, og at informant fire derfor ikke oplever det potentielle i form af sygdom som en risiko. Derfor bliver fravalget for ham acceptabelt. At han har valgt ikke at deltage kan tyde på, at han i første omgang har set deltagelsen som unødvendig, men at han efterfølgende er blevet bevidst om, at hans manglende deltagelse er uacceptabel. Dette er paradoksalt, eftersom han både er bevidst om, at fravalget er dumt, men samtidig ikke har lyst til at deltage grundet afføringsprøven. På trods af, at han oplever fravalget som uacceptabelt, så har sagsdimensionen alene ikke kunne korrigere hans fravalg til et tilvalg grundet testmetoden. Den diskurs han har truffet sit valg ud fra kan ud fra empirien tyde på at være forankret i, at afføringsprøven oplevedes som ulækker (bilag 6). Det er således informantens tankegang, der forhindrer ham i at deltage, fordi det han oplever som ulækkert gør det uacceptabelt at deltage. I og med han ikke har internaliseret tilbuddet, så er han heller ikke motiveret for deltagelse.

Diskursen og dermed måden hvorpå informant fem har truffet sin beslutning ud fra kan blandt andet forklares ud fra Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng, hvor både håndterbarhed, begribelighed og meningsfuldhed skal være opfyldt, før der kan skabes en motivation hos mændene (Antonovsky 2000).

Resultaterne i interviewundersøgelsen gav udtryk for, at mændene blandt andet havde svært ved at **håndtere** testmetoden. Ud fra en semantisk tolkning tyder det på, at det er informantens tankegang om testmetoden, der minimerer håndterbarheden for dem, fordi informanterne oplever afføringsprøven ud fra en diskurs, der skelner mellem lækkert eller ulækkert. Den manglende håndterbarhed kommer blandt andet til udtryk hos informant fem:

“Jamen, det synes jeg er noget underligt noget at rode rundt med. For mig er det en lidt mystisk måde at gøre det på. For andre er det måske meget naturligt, men jeg kunne sgu ikke rigtigt sætte mig ind i det.” (I5)

Dette gjorde sig gældende for et flertal af mændene i interviewundersøgelse, hvor mændene grundet diskursen havde svært ved at sige ordet afføring eller afføringsprøve (bilag 6). Det kan således tyde på, at mændenes ressourcer ikke har været i overensstemmelse med den måde, screeningen foregår på, hvilket kan have resulteret i amotivation for deltagelse.

På samme måde som et flertal af informanterne oplevede lav grad af håndterbarhed, så viste resultaterne af interviewundersøgelsen ligeledes, at flertallet havde svært ved at **begribe** frygten for et positivt svar. Informant fire giver udtryk for:

“Som tiden gik, så synes jeg, at jeg måske hellere ville undvære at vide, om der var noget galt.” (I4)

I forlængelse af informant fires udtalelse giver han i interviewet udtryk for, at han har familie, der tidligere har været syg af kræft (bilag 6). Den sygdomshistorik informant fire har oplevet i nær familie kan forstås ud fra en social- og sagsdimension. **Socialdimensionen** gør, at informanten sammenligner et potentielt sygdomsforløb med sygdom i den nære familie. Dog har denne socialdimension ikke synes at motivere til deltagelse. Ses den nære families sygdomshistorie derimod ud fra **sagsdimensionen**, så anerkender han familied medlemmets sygdomsforløb, fordi han tillægger opdagelsen af kræft noget, man dør af, men han har grundet risikoen for en potentiel dødsdom valgt at være foruden og er dermed amotiveret for deltagelse. Derfor kan det ud fra semantikken forstås, at hans saglige begrundelse for fravalget består af, at han hellere vil leve i uvidenhed, fordi han føler, det kan beskytte ham fra sygdom og døden. Det kan således tyde på at en uvidenhed nu og her kan give en højere følelse af livskvalitet sammenlignet med deltagelse. Amotivationen og dermed fravalget er derfor orienteret mod informantens livskvalitet, og det betyder, at livskvaliteten ses som en modpol til screeningstilbuddet. Denne opfattelse er hos informanten en særlig måde at udlevere konsekvensen ved screeningen på, men er ud fra et sundhedsfundamentalistisk perspektiv ikke i relation til sagen, fordi en tarmkræftdiagnose ikke er ensbetydende med døden (Sundhedsdatastyrelsen 2015).

Informant fires udtalelse oven for kan tolkes som, at informanten har svært ved at begribe uforudsigeligheden ved et eventuelt sygdomsforløb og dermed hellere vil lade være med at deltage. Det samme gør sig gældende ved flertallet af informanterne (bilag 6). Den manglende begribelighed kan betyde, at informanterne vælger at lade være med at deltage for at skubbe deres angst væk. Uforudsigeligheden kan være et resultat af mødet med de fremmede stressorer, der i dette tilfælde medfører amotivation, fordi informanterne ikke formår at tage screeningstilbuddet til sig. Det kan således se ud til, at de stressorer som informanten i mødet med kræft i den nære omgangskreds har mødt, har medført en oplevelse af screeningstilbuddet som en byrde i stedet for en udfordring, der var værd at tage op. Dette har betydet, at det for informant fire og de resterende informanter ikke har været meningsfuldt at deltage. Den manglende **meningsfuldhed** kom i resultaterne af interviewundersøgelsen til udtryk hos et flertal af informanterne (bilag 6). Det kommer blandt andet til udtryk ved, at informant to oplever følelsen af at blive sygeliggjort som noget, der gør, at han ikke finder det meningsfuldt at deltage (bilag 6):

“Jeg synes, det er en sygeliggørelse. Så enkelt er det egentligt. Hvis jeg har mavekræft, så er det sådan, det er. Så må jeg tage det med. Det er en del af livet, at man skal dø.” (I2)

Ud fra en sagsdimension kan det se ud som, at informanten oplever at deltagelse i screeningstilbuddet skaber en sygeliggørelse, der fremtvinger en følelse af at være potentielt syg. Diskursen er i dette tilfælde syg/rask, hvor individet i forbindelse med deltagelse i screeningstilbuddet konfronteres med tarmkræft og dermed en uønsket tilstand, som muligvis aldrig bliver en realitet. Informanten begrundes sygeliggørelsen med, at han ikke har brug for at vide, om han er syg (bilag 6), hvilket kan tyde på, at deltagelsen og den potentielle risiko

for tarmkræft er en diffus størrelse, som han ikke kan begribe det og dermed ikke internaliserer den værdi, der kan ligge i tilbuddet. Potentialiteten er for informanten svær at begribe, og dermed svær at sætte ord på, hvorfor der er sket et fravalg. Han bruger begrebet sygeliggørelse, men ud fra et fortolkningsmæssigt perspektiv kan der stilles spørgsmålstegn ved, om det er det, der menes, eller om ordet bruges i mangel på bedre. Semantikken bag sygeliggørelsen kan således bunde i, at informanten føler sig rask, men oplever at blive konfronteret med en potentiel sygdom. Brugen af ordet sygeliggørelse kan dermed bunde i angsten for det fremmede, og dermed kan distanceringen til screeningstilbuddet være en måde, hvorpå informanten håndterer sine egne følelser og dermed undgår at sætte sit eget liv på spil. Således kan det ud fra ovenstående analyse tyde på, at informanterne er amotiverede for deltagelse, fordi de har en *svag oplevelse af sammenhæng*.

Denne semantiske forståelse af informanternes amotivation for deltagelse kan underbygges ud fra den *hegemoniske maskulinitet*. Informantens oplevelse af sygeliggørelsen kan antyde forskellen mellem mænd og kvinder, fordi det ud fra ovenstående analyse tyder på, at mænd ikke på samme måde som kvinder reagerer på den potentialitet, der kan være forbundet med deltagelsen. Tilslutningen til screeningstilbuddet er som set i den kvantitative undersøgelse højere hos nordjyske kvinder end nordjyske mænd, hvilket kan forstås ud fra en tankegang om, at mænd ikke håndterer risikoen for sygdom og død på samme måde som kvinder. Kvinder reagerer på potentiel sygdom i modsætning til mænd, der skal være virkelig syge, før de søger læge. Den potentielle risiko er dermed ikke nok for de nordjyske mænd, der i stedet skal opleve sygdommen på egen krop, før de internaliserer det.

Et flertal af informanterne gav i interviewundersøgelsen udtryk for, at deltagelse i undersøgelsen samt kontakt til sundhedsvæsenet er et udtryk for svaghed (bilag 6). Informant tre udtaler:

“Vi lever stadig i hulemandsstadie, hvor vi tror, vi skal klare og lave det hele. Vi er førerhannen og vi må ikke vise svaghed. Det ligger så dybt i os, vi skal ikke græde og pylre. Og når vi så går til lægen, så er det et tegn på at pylre.” (I3)

Informantens maskulinitet gør, at han har en opfattelse af, at mænd viser svaghed ved at gå til lægen. Den hegemoniske maskulinitet kan gøre det svært for mændene at deltage i et screeningstilbud, fordi mændenes kroppe kan udvise svaghed. Desuden er det at deltage i et screeningstilbud et kvindeligt sundhedsideal, hvilket mændene ikke kan identificere sig med, eftersom en frasigelse af deltagelse i screeningstilbuddet kan være med til at bekræfte deres maskulinitet. De nordjyske mænd skelner mellem diskursen svag/stærk ud fra den hegemoniske maskulinitet, og en deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet kan som en følge deraf være et udtryk for svaghed. Et flertal af mændene giver blandt andet udtryk for, at sygdom kommer af sig selv og går over af sig selv (bilag 6), hvilket stemmer overens med den maskuline adfærd. Den maskuline adfærd

kan således resultere i, at deltagelse i screeningstilbud ikke giver mening for informanterne, og at den maskuline adfærd dermed alene kan bidrage til amotivation for deltagelse.

Resultaterne af interviewundersøgelsen viste, at mændenes evne til at håndtere, begribe og føle meningsfuldhed medførte en lav oplevelse af sammenhæng. Samtidig spiller den hegemoniske maskulinitet også ind på mændenes manglende deltagelse i screeningen, fordi mændene følte en vis svaghed ved deltagelse i screeningstilbuddet. Den manglende oplevelse af sammenhæng og den hegemoniske maskulinitet kan således være forklaring på, at mændene med udgangspunkt i SDT ikke formår at internalisere screeningstilbuddet, og derfor er amotiverede for deltagelse.

7.2.2 Mændenes ydre påvirkninger

På trods af at resultaterne af interviewundersøgelsen giver udtryk for at mændene er amotiverede for deltagelse, så kommer det ligeledes til udtryk, at alle informanterne oplevede en *ydre påvirkning* i forhold til screeningen i en eller anden grad (bilag 6). Et flertal af informanterne oplevede, at familien havde et ønske om, at mændene skulle deltage i screeningstilbuddet. Blandt andet udtalte informant et:

“Min kone synes, at jeg skal tage den, så hun taler for, at jeg skal tage den.” (I1)

Ud fra en *socialdimension* kan udtalelsen fra interviewet med informant et ses som et udtalt ønske fra informantens ægtefælle, om at han skal deltage i screeningstilbuddet. Det modsætningsfyldte forhold mellem mændenes og ægtefællernes ønske om et til- eller fravalg i screeningen opleves som forskellige måder at iagttage screeningstilbuddet på. Mændene oplever således fravalget som acceptabelt, hvorimod ægtefællerne oplever fravalget som uacceptabelt. Ud fra en semantisk tolkning kan sondringen mellem acceptabel og uacceptabel være et resultat af, at familiernes ønsker ikke handler om dem selv men om deres nærmeste, hvorimod deltagelsen for mændene er nært relateret til dem selv og deres egen krop. Derfor vil et potentielt positivt svar også være mændene, det rammer. Dette henviser igen tilbage til mændenes oplevelse af et potentielt positivt svar som lig med sygdom og døden. I teorien kan socialdimensionen have indflydelse på mændenes til- eller fravalg, og der eksisterer således en mulighed for, at mændene gør brug af presset fra socialdimensionen i form af familien. Med udgangspunkt i den eksterne regulering kan den ydre påvirknings ønske om et tilvalg muligvis skabe motivation for handling, men spørgsmålet er, hvorfor det samme ikke gør sig gældende for mændene i den kvalitative undersøgelse. Ud fra en semantisk tankegang kan mændenes manglende korrigerende efter socialdimensionen være et resultat af deres selv-reference. Selv-referencen består i dette tilfælde af, at afføringsprøven er uacceptabel, og dette bevirker, at mændene ikke nødvendigvis handler i overensstemmelse med andres anbefalinger. Den kommunikation ægtefællerne giver udtryk for, synes for mændene ikke at reducere den kompleksitet de oplever ved screeningstilbuddet, hvorfor ægtefællens ønske

derfor kun opleves som noget potentielt og ikke noget aktuelt. Og ud fra denne antagelse tyder det derfor på, at mændene i dette tilfælde ikke lader sig motivere af denne socialdimension.

I den ovenstående analyse synes socialdimensionen ikke at influere på mændenes deltagelse. Et flertal af mændene gav udtryk for, at de i forbindelse med deres fravalg ikke havde læst informationsmaterialet (bilag 6), hvorfor det kan tyde på at informationsmaterialet som en *sagsdimension* heller ikke har været en ydre motivator for handling. Et flertal af mændene gav dog udtryk for, at informationsmaterialet med fordel kunne have været mere præcist og givet konkrete og illustrative eksempler på, hvordan risikoen for tarmkræft kunne øges jo længere tid, mændene var om at deltage (bilag 6). Dette ønske om et mere kvalificeret informationsmateriale kan ses som en sagsdimension, hvor mændene oplever, at det forbedrede materiale ville kunne reducere kompleksiteten i forbindelse med screeningstilbuddet. Som et led i sagsdimensionen kan der opstå modsigelser i forbindelse med, at mændene, der på forhånd har en forståelse af screeningstilbuddet, modtager materiale og dermed en ydre kommunikation fra et autoritet, der i dette tilfælde består af Sundhedsstyrelsen. Denne ydre kommunikation kan på trods af mændenes selvreferentielle adfærd udfordre deres opfattelse af screeningstilbuddet ved at tilbyde en konkurrerende opfattelse af sagen. Modsigelserne og den konkurrerende opfattelse kan ud fra SDT opfattes som de reguleringsmekanismer, der netop betegner den eksterne regulering. Informationsmaterialet kan ses som Sundhedsstyrelsens ønske om at få så mange af de inviterede til at deltage som muligt. På trods af at det nuværende informationsmateriale ikke har ført til handling, så udtrykker et flertal af informanterne, at de havde brug for konkrete eksempler på den konsekvens, der var forbundet ved ikke at deltage i tilfælde af, at de uvidende gik rundt med tarmkræft (bilag 6). Hvorfor kunne sygdomsforløbet være blevet forværret? Og hvordan ville mine chancer have været bedre for overlevelse, hvis jeg havde deltaget i forbindelse med indkaldelse? Dette kan ud fra SDT forstås som en ydre motivator, hvor konsekvensen for ikke at deltage bliver tydeliggjort. På denne måde ville informationsmaterialet kunne øge sandsynligheden for, at mændene ville kunne se muligheder og konsekvenser ved både et til- og fravalg.

Foruden informationsmaterialet gav nogle af mændenes ligeledes udtryk for, at de ville være mere tilbøjelige til deltagelse, hvis de modtog prøven samtidig med venner eller familie (bilag 6). Ud fra den ovenstående analyse fandt vi, at en socialdimension hvor mandens ægtefælle ønskede, at manden skulle deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet ikke influerede på deres deltagelse. Dog synes denne social dimension at være anerkendt, eftersom en invitation samtidig med ægtefællen ikke er et udtryk for et udefrakommende ønske om deltagelse fra en anden men derimod en invitation til samtidig deltagelse. På denne måde kommer deltagelsen ikke alene til at handle om manden, men derimod kommer deltagelsen til at omhandle begge de inviterede parter. Udover den samtidige invitation med ægtefællen gav de nordjyske mænd udtryk for, at de ville være mere motiverede for deltagelse, hvis afføringsprøven blev erstattet af en forudbestilt tid til blodprøve (bilag 6). Informant fire udtaler:

Interviewer: "Hvis nu testen havde været en blodprøve hos lægen eller på sygehuset, tror du så, at du havde været mere motiveret for at deltage?"

Informant: "Ja, så var jeg sprunget lige på." (I4)

Den øgede motivation for deltagelse i forbindelse med en blodprøve kan være et resultat af diskursen, hvor informanten oplever en mulighed for at slippe for afføringsprøven via en blodprøve og dermed for det der for ham er uacceptabelt. Således er testmetoden nemmere at håndtere. Dog kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt det handler om en egentlig distance til afføringsprøven, eller om tilslutningen til blodprøven i stedet er et resultat af en socialdimension i form af en autoritet. Analysen har tidligere peget på, at mændene i forbindelse med sygdom føler sig svage, og at de derfor ikke søger læge. Derfor kommer det ligeledes i forbindelse med screeningstilbuddet til udtryk, at de ikke frivilligt søger læge. Men ved at de får en indkaldelse til en blodprøve og dermed står til ansvar over for en autoritet, så føler de sig ikke til besvær, og derfor er de mere motiverede for at takke ja. Mændene er, uanset hvorvidt de inviteres samtidig med familie eller venner eller bliver indkaldt til en blodprøve, selvreferentielle. Dog kan det ud fra socialdimensionen tyde på, at de konkurrerende faktorer i form af den udefrakommende kommunikation påvirker mændene i en grad, der skubber til deres forståelse og distance til screeningstilbuddet.

På samme måde som at blodprøven og en invitation samtidig med venner eller familie kan opleves som en socialdimension, så kan motivationen for fremtidig deltagelse, ligeledes være et resultat af en *tidsdimension*. En invitation til afføringsprøven samtidig med venner eller familie kan hos mændene opleves som kompleksitetsreducerende i takt med, at tidsdimensionen formindskes, og at de dermed ikke længere selv er ansvarlige for deres deltagelse. Tidsdimensionen som kompleksitetsreducerende element kan således for mændene betyde, at de fralægger sig beslutningsgrundlaget i og med, at de ikke længere selv skal tage stilling til hvornår prøven skal foretages, men at de derimod kan aftale en tidsfrist med andre. Spørgsmålet er dog hvorfor, at den hegemoniske maskulinitet i dette tilfælde tilsidesættes. Et flertal af mændene udtrykker betydningen af en aftalt tid sammen med de sundhedsprofessionelle (bilag 6). Blandt andet udtrykker informant tre:

"For mig der kunne det godt ske, at det havde været en nemmere, ved at der havde været en forudbestilt tid. Måske fordi vi er så autoritetstro, og så holder man sig til den tid, der er aftalt." (I3)

Dermed ville informanterne have et ansvar ikke bare over for dem selv, men også overfor at skulle møde op og dermed skulle stå til ansvar overfor andre mennesker. For blodprøven kunne der gælde en udvidet tidsdimension i forhold til at få invitationen sammen med venner eller familie, der virker kompleksitetsreducerende for mændene, fordi de har en forudbestilt tid. Dermed skal mændene ikke selv beslutte sig til en tid, hvor de skal have taget blodprøven. Ud fra en semantisk fortolkning kan det tyde på, at mændenes diskurs i

forhold til et til- og fravalg forandrer sig, når muligheden for en blodprøve bliver aktuel. Det kan derfor tolkes, at mændene inderst inde godt kan se, at det bedste ville være at deltage. Ud fra informanternes udtalelser om hellere at ville deltage i takt med blodprøven, kan det se ud som om, at de netop aktualiserer noget, der før var potentielt. Ved at testmetoden er en blodprøve i stedet for en afføringsprøve, så synes det nemmere for mændene at håndtere udfordringerne ved testmetoden.

Selvom testmetoden muligvis kan være en potentiel fremmer for deltagelse, så betyder det ikke nødvendigvis, at mændene internaliserer handlingen og dermed oplever meningsfuldhed. På trods af at mændene ikke nødvendigvis oplever hverken meningsfuldhed eller en høj grad af internalisering, så kan de sundhedsprofessionelle i forbindelse med en forudbestilt tid til en blodprøve dog være en ydre motivator for deltagelse. Derfor tyder det ud fra ovenstående analyse på, at de sundhedsprofessionelle har en væsentlig rolle i forhold til mændenes deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland.

7.2.3 Opsummering på kvalitative resultater

I nedenstående tabel 16 opsummeres de centrale analytiske pointer fra den ovenstående kvalitative analyse.

	Begrænsninger	Muligheder
Sags-dimension	Mændene oplever et positivt svar som en dødsdom, og derfor kan sagen ikke alene motivere til deltagelse. Sagen skaber en sygeliggørelse, som mændene hellere vil være foruden.	Informationsmaterialet kan bidrage til konkurrerende forståelser og kan dermed udfordre mændenes selvreferentielle system. På denne måde vil sagen komme til at fremstå anderledes.
Tids-dimension	Det er ikke potentielt på nuværende tidspunkt, at mændene bliver syge, og derfor kan deltagelsen vente.	At mændene bliver inviteret sammen med venner og familier eller får oplyst en tid til en blodprøve, kan gøre, at mændene ikke har mulighed for at udskyde prøven, fordi de står til ansvar overfor andre end dem selv.
Social-dimension	De sammenligner et potentielt sygdomsforløb med familiens eventuelle sygdomshistorik. Det virker skræmmende. I det nuværende screeningstilbud står mændene ikke til ansvar over for nogen.	At mændene indgår i en social sammenhæng med venner, familie eller sundhedsprofessionelle kan gøre, at de får information udefra og ikke længere kun står til ansvar over for sig selv.
Oplevelsen af sammenhæng	De har svært ved at håndtere testmetoden, at begribe et eventuelt positivt svar og finder det ikke meningsfuldt at deltage, fordi de føler sig sygeliggjorte. Det giver en svag OAS.	Ved at lave afføringsprøven om til en blodprøve, bliver håndterbarheden øget hos mændene. Derudover kan et forbedret informationsmateriale medvirke til, at mændene ikke udelukkende frygter et potentielt positivt svar men ligeledes ser fordelene ved deltagelse.
Hegemonisk maskulinitet	De oplever deltagelsen ud fra diskursen svag/stærk, og derfor er det et svaghedstegn at deltage i screening og være potentielt syg.	Tids- og socialdimensionen gør, at mændene kan fralægge sig oplevelsen af svaghed i forbindelse med deltagelse i screeningstilbuddet.
SDT	Mændene er amotiverede for deltagelse, fordi deres OAS er svag, og fordi den hegemoniske maskulinitet influerer på deltagelsen.	Ekstern regulering ville kunne motivere dem via informationsmateriale, invitation samtidig med venner og familie, eller en forudbestilt tid til en blodprøve.

Tabel 16: Oversigt over resultater fra den kvalitative analyse

7.2.4 Erfaringsbaseret kritik

I forbindelse med den praktiske anvendelse af den teoretiske referenceramme har vi gjort os nogle erfaringer, der leder til overvejelser i forhold til den operationelle anvendelse af teorierne i modsætning til den teoretiske kritik, som vi allerede har givet. I forbindelse med brugen af OAS har det været en udfordring at skelne mellem begribeligheden og håndterbarheden, fordi begreberne i praksis dækker bredere end, hvad der bliver givet udtryk for i teorien. Eksempelvis analyserede vi i den kvalitative analyse på mændenes frygt for et positivt svar, hvor brugen af OAS gjorde det svært at skelne mellem, hvorvidt mændene ikke kunne håndtere frygten, eller om de ikke kunne begribe frygten og det potentielle behandlingsforløb. Når vi i forhold til teorien har brug for at finde ud af, om mændene opfylder de tre kriterier for en stærk OAS, så er det en udfordring, at vi ikke kan skelne mellem begreberne og dermed med sikkerhed finde ud af hvilke kriterier, der er opfyldt, og hvilke der ikke er. Udover udfordringen i den praktiske anvendelse rejser der sig ligeledes nogle metateoretiske overvejelser i forbindelse med brugen heraf. Antonovskys teori ligger op til, at OAS er psykologisk forankret i det enkelte individ, og at alle individer kan rummes af teorien. Med kendskab til den hegemoniske maskulinitet rejser der sig dog nogle spørgsmål om, hvorvidt Antonovsky faktisk har blik for tilstedeværelsen af kønsmæssige forskelle og individets handling ud fra lokale værdier i en social kontekst. Dette gør teorien unuanceret, fordi kendskabet til andre teorier giver os mulighed for at reflektere. Eksempelvis antyder Antonovsky, at en stærk OAS motiverer til handling. Dog kan det ud fra den hegemoniske maskulinitet tyde på, at selvom mændene kan håndtere, begribe og finde mening med en given handling, så er det ikke sikkert, at det fører til handling, hvis handlingen har en negativ værdi for individet i en social kontekst.

Ligeledes oplevede vi i brugen af SDT, at teorien primært tager udgangspunkt i et psykologisk perspektiv, der har fokus på individets indre struktur. Denne erfaring har gjort, at det kan være relevant at gå metateoretisk til værks med henblik på at undersøge, hvordan andre tilgange til mændenes motivation havde påvirket resultaternes udfald. Havde vi i modsætning til denne teori valgt at anlægge en sociologisk vinkel på mændenes motivation, havde resultaterne af den kvalitative analyse med stor sandsynlighed set anderledes ud. Et sociologisk perspektiv på mændenes motivation kunne i modsætning til SDT have forklaret motivation ud fra, hvordan individet i højere grad påvirkes af samfundets strukturer. Et eksempel på et sociologisk perspektiv kunne være, hvis vi havde valgt at forklare mændenes motivation ud fra Niklas Luhmanns (Luhmann) teori om samfundets funktionssystemer. Luhmanns funktionssystemer beskriver, hvordan individets motivation kan være selekteret ud fra forskellige systemer og vidensformer. De forskellige vidensformer tager udgangspunkt i forskellige koder - eksempelvis tager kærlighedssystemet udgangspunkt i koden elsker/elsker-ikke, hvorimod det økonomiske system tager udgangspunkt i koden betale/ikke-betale (Hagen 2006). Spørgsmålet er da, hvordan funktionssystemerne kan være med til at selekttere mændenes motivation? I forbindelse med deltagelse i screeningstilbuddet kunne en sociologisk måde at anskue mændenes motiva-

tion være, hvis deltagelsen var bestemt ud fra et økonomisk perspektiv. Hvis mændene var blevet tilbudt eksempelvis tusinde kroner for at deltage, ville motivationen for deltagelse sandsynligvis være højere, end hvis individet som i den nuværende analyse udelukkende var styret af deres indre strukturer. På samme vis kunne funktionssystemet kærlighed også have motiveret til deltagelse, hvis informationsmaterialet havde talt til mændenes følelser og dermed lagt op til, hvorvidt mændene havde samvittighed til ikke at deltage med tanke på deres familier. At gøre brug af disse funktionssystemer med henblik på at selekttere mændenes motivation rejser dog også nogle etiske spørgsmål. Eksempelvis kan man stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt man ved at tilbyde penge for deltagelse, fratager mændene deres autonomi i forhold til selv at bestemme ud fra deres indre strukturer, samt om det er etisk korrekt at motivere mændene til deltagelse ud fra deres følelser. De metateoretiske perspektiver kan i forlængelse af den kvalitative analyse være med til at gøre os mere bevidste om, hvile muligheder og begrænsninger brugen af andre teorier ville have haft. Således giver ovenstående diskussion udtryk for, at andre teorier ligeledes ville kunne have været en mulighed i forbindelse med analyse af de kvalitative data.

7.3 Resultater fra litteratursøgning

Som beskrevet i metodeafsnittet for litteraturstudiet, afsnit 5.7 og 5.8, er der foretaget to systematiske litteratursøgninger. Resultater fra begge disse litteratursøgninger vil fremgå af den nedenstående resultatpræsentation.

7.3.1 Kønsbærelig indflydelse på tilslutningen

Ud fra resultaterne af litteraturstudiet kan det udledes, at der var en kønsbærelig forskel i tilslutningen til tarmkræftscreening. En kvalitativ interviewundersøgelse af Thompson et al konkluderede, at mændene oplevede det som et tabu at tale om tarmen, og at kvinder i højere grad tog hånd om deres eget helbred end mændene. Studiet konkluderede ligeledes, at mændene anses som værende standhaftige, og at det derfor med udgangspunkt i den hegemoniske maskulinitet, som også nævnt i fundene i den kvalitative analyse, kan opleves som værende en svaghed at søge hjælp i forbindelse med helbredet (Thompson et al. 2012).

Det kvalitative studie af Thompson et al konkluderede i slutningen af studiet, at der bør udvikles interventioner, hvor tarmkræftscreening er i fokus til bestemte grupper af mænd, da ikke alle mænd er ens. Desuden foreslås det i studiet, at det kunne være muligt at inddrage ægtefællen i interventionen, da kvinderne som nævnt kan have en mulig indflydelse på mændenes deltagelse i tarmkræftscreeningen (Thompson et al. 2012).

7.3.2 Kontakt til sundhedsprofessionelle

Resultaterne i litteraturstudiet fandt, at særlige interventioner i modsætning til standardprocedurerne for indkaldelse kunne øge deltagelsen i tarmkræftscreeningen. I et systematisk review af Camilloni et al fandt man,

at en ekstraordinær intervention, hvor deltagerne modtog et brev i postkassen, en telefonopringning, en ansigt-til-ansigt invitation, samt at få tilsendt testudstyret medførte en øget deltagelsesprocent (Camilloni et al. 2013). Et andet systematisk review af Holden et al fandt ligeledes, at ekstraordinære interventioner kunne øge deltagelsen for screening. Studiet konkluderede, at deltagelsen kunne øges, hvis testen kunne tages hjemme, at patienten blev ringet op af sundhedsprofessionel for påmindelse af screening, og at en hjælper eller en i samme situation kunne øge sandsynligheden for øget deltagelse ved at hjælpe patienten gennem screeningen (Holden et al. 2010). Disse fund understøttes ligeledes af et amerikansk randomiseret kontrolleret studie af Ronald et al, hvor rådgivning via telefon med sundhedsprofessionelle og en påmindelse øgede deltagelsen (Myers et al. 2014). De to systematiske reviews af Camilloni et al og Holden et al og det randomiserede kontrollerede studie af Ronald et al fandt således, at en intervention, der rakte udover de almindelige procedurer for indkaldelse og kontakt med sundhedsprofessionelle til tarmkræftscreeningen, kunne medføre en højere deltagelsesprocent (Camilloni et al. 2013; Holden et al. 2010; Myers et al. 2014).

7.3.3 Informationsbehov

Resultaterne af litteraturstudiet fandt, at der blandt deltagerne i målgruppen 50-74 år var et øget behov for viden. Et dansk kvalitativt studie af Kirkegaard et al undersøgte, hvordan deltagernes viden om tarmkræft kunne øge deltagelsen. Det konkluderedes, at deltagerne ønskede information om årsager, symptomer, incidens og mortalitet af tarmkræft sammenlignet med andre kræftformer, og at deltagerne ønskede, at informationen blev præsenteret simpelt og gerne uden komplicerede figurer. Dog var det optimale, at informationsmateriale blev holdt på maksimalt fire sider (Kirkegaard et al. 2016). Et iransk randomiseret kontrolleret studie af Salimzadah et al konkluderede på samme måde som det danske studie, at udlevering af en informationsbog kunne øge deltagelsen sammenlignet med standardprocedurerne i kontrolgruppen (Salimzadeh et al. 2014). Det amerikanske randomiserede kontrollerede studie af Ronald fandt i forlængelse heraf, at information om muligheder og barrierer ved tarmkræftscreeningen kunne øge deltagelsen (Myers et al. 2014). Dog fandt det danske kvalitative studie af Kirkegaard et al en frygt for viden om procedurerne, herunder for koloskopien i tilfælde af blod i afføringen, hvorfor størstedelen af deltagerne udtrykte, at information om koloskopien kun burde udleveres til de, der havde haft blod i afføringen (Kirkegaard et al. 2016). Den ønskelige mængde information er således ikke helt overensstemmende i de tre studier. Dog er et fællestræk ved alle tre, at en øget mængde information i forhold til standardprocedurerne kan medføre en højere deltagelsesprocent (Kirkegaard et al. 2016; Myers et al. 2014; Salimzadeh et al. 2014).

7.3.4 Udenlandske tiltag med henblik på at øge deltagelsen

Resultaterne af litteraturstudiet fandt, foruden den kønsmæssige indflydelse på tilslutningen og de ekstraordinære interventioners positive indflydelse på tilslutningen, at innovative strategier synes at have en positiv effekt på tilslutningen til tarmkræftscreeningen. Et systematisk review af Escoffery et al fandt, at events såsom sundhedsmarkeder, fester, kulturelle begivenheder og skuespil kunne øge deltagelsen ved at gøre brug

af mediedækning og undervisning af både individuelle personer og grupper. På denne måde fandt studiet, at flere borgere kunne blive oplyste og dermed tilslutte sig screeningstilbuddet (Escoffery et al. 2014). Ligeledes viste et observationsstudie af Briant et al., at oplysningsinterventioner i lokalområderne kunne medføre en øget deltagelse. I observationsstudiet fandt man, at guidede ture rundt om en stor figur, der afbildede en tarm, kunne visualisere vævet, eventuelle polypper samt tidlige og sene tilfælde af tarmkræft. På denne måde blev det i studiet beskrevet, at borgerne ved hjælp af tarm-figuren kunne gøres opmærksomme på vigtigheden af tarmkræftscreening (Briant et al. 2015). I afsnittet ovenfor konkluderede det danske kvalitative studie, at det ikke nødvendigvis var godt allerede at få information om koloskopien og det videre forløb, inden afføringsprøven var indsendt til undersøgelse (Kirkegaard et al. 2016). Denne bekymring behandler observationsstudiet af Briant et al ved, at de ansatte ved de innovative events havde til opgave at kontakte de deltagere, som havde afleveret en prøve for at formidle prøvesvaret. Hvis prøven var normal, havde deltagerne gjort det, de skulle, men hvis der blev fundet blod i prøven, forklarede de ansatte, at der ikke nødvendigvis var grund til bekymring. Dette viste sig at øge deltagelsen hos de borgere, der deltog i eventet (Briant et al. 2015). Det systematiske review af Escoffery et al understøtter ligeledes dette og konkluderede i studiet, at de specielle events kunne være med til at mindske den sociale ulighed i screeningen, fordi de mange forskellige typer events henvender sig til forskellige borgere og dermed favner bredere end de almindelige procedurer (Escoffery et al. 2014).

7.3.5 Blodprøve kontra afføringsprøve

Resultaterne fra den supplerende litteratursøgning havde til formål at undersøge, om en blodprøve havde en bedre effekt på deltagelsen i screeningstilbuddet, og om den var ligeså effektiv som afføringsprøven. Resultaterne viste, at blodprøven kunne øge deltagelsen i screeningstilbuddet, fordi den imødekom nogle af de begrænsninger, som deltagerne oplevede ved afføringsprøven (Johnson et al. 2014; Adler et al. 2014; Symonds et al. 2015; Ørntoft et al. 2015). Dertil viste studiet af Symond et al, at det ville være fordelagtigt med et differentieret tiltag, hvor de, der ikke havde deltaget i screeningen med afføringsprøven, ville modtage et tilbud om blodprøve efter tre måneder, og dette differentierede tilbud øgede deltagelsen for dem, som ikke ville deltage i afføringsprøven (Symonds et al. 2015). Fordelen ved blodprøven var, at den mere specifikt kunne opdage cancerceller i tarmen, fordi den specifikt målte på disse markører, hvorimod afføringsprøven måler, om der er blod i afføringen og ikke, om det blod stammer fra en mulig cancerknude (Ørntoft et al. 2015). Ifølge Johnson ville blodprøven kunne føre til flere koloskopier, fordi den netop var bedre til at opdage cancerceller i blodet (Johnson et al. 2014). Ulemperne ved blodprøven var, at dens sensitivitet og specificitet var lavere end for afføringsprøven (Ørntoft et al. 2015). Derfor ville blodprøven kræve mere forskning, for at den kunne blive lige så effektiv i sensitiviteten og specificiteten som afføringsprøven er. Ørntoft et al har desuden i deres studie fundet, at komorbiditeter såsom diabetes og arteriosklerose havde et negativt udfald for blodprøven, fordi det dårlige blodomløb ikke ville give nok testmateriale til undersøgelsen, og derfor an-

befalede Ørntoft et al, at blodmængden i blodprøven blev øget for at imødekomme nogle af disse forhindringer (Ørntoft et al. 2015). På trods af, at blodprøven på nogle områder er udskældt og kan forbedres, viste samtlige studier, at blodprøven kunne imødekomme mange af de begrænsninger, som mange af de inviterede oplevede ved afføringsprøven (Johnson et al. 2014; Symonds et al. 2015; Adler et al. 2014; Ørntoft et al. 2015).

8.0 Udviklingstiltag

Med henblik på at udarbejde et udviklingstiltag, der kan øge deltagelsen i screeningstilbuddet i Region Nordjylland, har nedenstående analyse til formål at anlægge forskellige perspektiver med udgangspunkt i de kvantitative og kvalitative analyser samt litteraturstudiet. Gennem kombination af disse resultater er målet at udføre en analyse- og fortolkningsintegration med henblik på at identificere og dokumentere behovet for et udviklingstiltag, og beskrive, hvad tiltaget skal indeholde.

8.1 Hvem fokuserer vi på?

I den internationale videnskabelige litteratur tyder det på, at der ses en ulighed i sundhed blandt socialgrupperne, hvor de laveste sociale grupper har en dårligere sundhedsstatus end de højeste socialgrupper (Murray et al. 1999; Wardle et al. 2016; von Wagner et al. 2009). Finn Diderichsen angiver, at der ses en sammenhæng mellem individets sociale position og dets sundhed og sygelighed, hvor individets uddannelsesniveau, social gruppe og indkomstniveau er medbestemmende for en social gradient i sundhed (Diderichsen 2011). Den samme tendens i forhold til socialgrupperne og sundhedsforskellene gør sig ligeledes gældende i Danmark, hvor man på trods af den danske velfærdsstat ser forskelle i sundhed blandt den danske befolkning (Larsen 2009). Ud fra disse betragtninger kan man med fordel argumentere for, at udviklingstiltaget burde være målrettet de socialgrupper i Danmark, der i forhold til det nuværende screeningstilbud ikke har valgt at deltage. Dog synes denne opdeling af befolkningens sundhedsforskelle og tilslutning til screeningstilbuddet at være et diskussionspunkt, eftersom baggrundsvariablerne for informanterne (tabel 3) i den kvalitative undersøgelse ikke umiddelbart tegner et billede af, at uddannelsesniveau nødvendigvis er med til at definere forskelle i tilslutning til tarmkræftscreeningstilbuddet. Dette leder således videre til et spørgsmål om, hvordan vi i forbindelse med et udviklingstiltag kan definere vores målgruppe.

Med udgangspunkt i den videnskabelige litteratur kan det tyde på, at mænd og kvinder i højere grad end tidligere gør brug af internettet med henblik på at indsamle information om deres egen sundhed. Et studie af Bundorf et al viser, at individer med høj uddannelse var mere tilbøjelige end lavtuddannede til at gøre brug af internettet til denne informationssøgning. Dette kan for de højtuddannede betyde, at de som forbrugere opnår et indblik i de fordele og ulemper, der knytter sig til de sundhedstilbud, der findes (Bundorf et al. 2006), og dermed er stillet anderledes i forhold til at træffe valg om deltagelse i screeningstilbuddet end de lavtuddannede. Denne social ulighed ses ligeledes i den grad af tillid som henholdsvis højt- og lavtuddannede udviser. Et tværsnitstudie af Hesse et al antyder, at et højere uddannelsesniveau er associeret med en større grad af tillid til internettet, sundhedsprofessionelle og nyhedsmedier sammenlignet med de der har en lavere uddannelse (Hesse et al. 2005). Det kan således ud fra litteraturen tyde på, at højtuddannede er bedre stillet i forhold til at træffe et sundhedsfremmende til- eller fravalg, eftersom de både søger mere information og har mere tillid til, at den information, de modtager fra sundhedsprofessionelle og medier, er korrekt. Sam-

menholdes denne viden med internationale videnskabelige studier, der viser, at det særligt er de lavtuddannede mænd og kvinder, der vælger ikke at gøre brug af screeningstilbud sammenlignet med de højtuddannede (von Wagner et al. 2009; Frederiksen et al. 2010; Lo et al. 2015), kan det indikere et behov for at målrette et udviklingstiltag til de socialgrupper, der er lavest positionerede i samfundet.

Dog tyder det samtidig på, at den større mængde af information som særligt de højtuddannede forbrugere besidder, kan betyde, at de bliver mere skeptiske i forhold til, hvad der anbefales. Eksempelvis er der sket et drastisk fald i tilslutningen til HPV-vaccinen for livmoderhalskræft, hvor 57 procent af de børn, der blev født i 2002, havde fået den fulde HPV-vaccine i 2015, hvorimod deltagelsesprocenten i årgang 2003 var faldet til 15 procent i 2016 (Sundhedsstyrelsen 2017; Sundhedsstyrelsen 2016a). Et studie af Penta et al og Habel et al viste i forlængelse af tilslutningen til HPV-vaccinen, at den negative mediedækning i forbindelse med vacciner kan betyde, at forbrugerne er blevet mere skeptiske over for sundhedsmyndighedernes anbefalinger og dermed i større grad fravælger at deltage (Pența & Băban 2014; Habel et al. 2009). Det kan således tyde på, at flere og flere mennesker, også højtuddannede, betvivler videnskaben og sundhedsmyndighedernes anbefalinger. En øget mængde viden øger kompleksiteten, fordi de højtuddannede på denne måde ikke blot lader sig informere ud fra sundhedsmyndighedernes anbefalinger gennem informationsmaterialet men derimod søger yderligere viden. Ifølge Luhmann kan dette øgede behov for viden være et resultat af, at individerne ikke nærer fuld tillid til de sundhedsprofessionelle, hvorfor kompleksiteten øges (Luhmann 1999). Eksempelvis ses det, at 15 procent af indbyggerne i aldersgruppen 15-69 år i Region Hovedstaden har en lang videregående uddannelse sammenlignet med 5 procent i den samme aldersgruppe i Region Nordjylland (Danmarks Statistik 2016b). Dette kan være med til at slå fast, hvorfor mænd i Region Hovedstaden på trods af højere uddannelsesniveau deltog i mindre grad i tarmkræftscreeningstilbuddet end de nordjyske mænd, fordi mændenes grad af uddannelse ikke nødvendigvis er med til at øge deltagelsen. Indbyggerne i Region Hovedstaden kan således grundet et generelt højere uddannelsesniveau end indbyggerne i Region Nordjylland være mere skeptiske i forhold til den viden, sundhedsmyndighederne giver, og derfor deltage mindre i tarmkræftscreeningstilbuddet.

Spørgsmålet er således ud fra ovenstående diskussion, om vi i forhold til at definere målgruppen i udviklingstiltaget bevæger os væk fra de lavtuddannede og i stedet over til de højtuddannede, eller om diskussionen i højere grad angiver et sløret billede af, hvem det i virkeligheden er relevant at sætte ind over for? Diskussionen angiver nogle adfærdsforskelle forbundet med socialgruppers forskellige tilgange til informationsøgning om sundhed og tilliden dertil og de sundhedsprofessionelle, hvilket skitserer et komplekst billede af de sociale uligheder i samfundet. Derfor kan vi med udgangspunkt i ovenstående diskussion ikke umiddelbart definere en enkelt socialgruppe, der nærer et særligt behov for et udviklingstiltag, hvorfor udviklingstiltaget blot vil være målrettet de nordjyske mænd.

8.2 Forbedret informationsmateriale

Ud fra den kvantitative undersøgelse kan det udledes, at det primært er de nordjyske mænd, der ikke vælger at foretage den tilsendte afføringsprøve sammenlignet med de nordjyske kvinder. Med henblik på at målrette et fremadrettet udviklingstiltag og implementeringsstrategi til alle de nordjyske mænd i alderen 50-74 år, der ikke deltager i afføringsprøven, er det dermed relevant at undersøge, hvad der kan højne deres deltagelse.

Ud fra den kvalitative undersøgelse kan det tyde på, at de nordjyske mænd blandt andet ikke foretager afføringsprøven grundet de bekymringer, der kan være knyttet til et eventuelt positivt svar. Det samme gjorde sig gældende i et dansk kvalitativt studie af Kirkegaard et al og et studie af Ronald et al, hvor deltagerne i studierne ikke ønskede at deltage grundet frygten for et falsk positivt svar. Et falsk positivt svar vil sige, at prøven er fundet positiv, men at der reelt set ikke er cancer til stede i prøven (Kirkegaard et al. 2016; Myers et al. 2014). Det kan således ud fra både den kvalitative undersøgelse og litteraturstudierne tyde på, at deltagerne oplever risikoen ved at tage afføringsprøven som en potentiel dødsdom, som de ønsker at være foruden. Resultaterne af den kvalitative undersøgelse viste i forlængelse heraf, at nogle mænd forestiller sig, at deltagelse i prøven kan resultere i nedsat livskvalitet, fordi en positiv afføringsprøve kunne resultere i et sygdoms- og behandlingsforløb og eventuelt døden. Mændenes adfærd i forhold til afføringsprøven handler således om en risikobetragtning og dermed en potentialitet, de ikke kan håndtere. Spørgsmålet er, hvordan man i et fremtidigt udviklingstiltag kan imødekomme de begrænsninger, disse mænd har, og dermed omvende dem til muligheder i forbindelse med deltagelse?

I den kvalitative undersøgelse giver mændene udtryk for, at det informationsmateriale, der udsendes samtidig med afføringsprøven, med fordel kunne optimeres. Optimeringen kunne ifølge informanterne i interviewundersøgelsen bestå af supplerende statistisk materiale, hvor konsekvenserne ved et eventuelt fravalg skitseres, således relevansen for deltagelse bliver tydeliggjort. Oplysning som udgangspunkt for et fremadrettet tiltag gjorde sig ligeledes gældende i fire ud af otte studier i det videnskabelige litteraturstudie (Esoffery et al. 2014; Briant et al. 2015; Salimzadeh et al. 2014; Kirkegaard et al. 2016). I følge Esoffery et al, Briant et al og Salimzadeh et al kunne events med fokus på oplysning og øget information have en positiv betydning for deltagelsen (Esoffery et al. 2014; Briant et al. 2015; Salimzadeh et al. 2014). Kirkegaard et al. påpegede derudover, at deltagerne efterspurgte supplerende information om årsager, symptomer, incidens og mortalitet i forhold til den information, der allerede var noteret i det tilsendte informationsmateriale, men at de ikke ønskede yderligere statistisk materiale (Kirkegaard et al. 2016). Med henblik på fremadrettet at kunne optimere deltagelsen i afføringsprøven er mændenes bekymring for et positivt svar væsentligt at fokusere på for ikke at risikere et lignende fravalg i et fremadrettet tiltag. Med udgangspunkt i litteraturstudiet bør det forbedrede informationsmateriale fremadrettet indeholde supplerende information om årsager, symptomer, incidens og mortalitet (Kirkegaard et al. 2016). Et bedre informationsmateriale kan ifølge resultaterne i den kvalitative undersøgelse øge begribeligheden, fordi konsekvenserne ved deltagelse og ikke-deltagelse forklares. Dog er

det vigtigt, at informationsmaterialet holdes på et minimum, hvor Kirkegaard et al foreslår maks fire sider (Kirkegaard et al. 2016). Dette stemmer overens med ønsket hos de interviewede mænd, der udtrykte et behov for et forbedret informationsmateriale, men samtidig i forbindelse med det nuværende tiltag ikke havde læst det udsendte materiale. Årsagen til, at mændene ikke havde læst materialet, var, at de ikke på daværende tidspunkt følte sig syge, og derfor oplevede de ikke at have et informationsbehov, fordi de ikke følte sig i potentiel fare. Et tiltag med fokus på oplysning kan medvirke til, at den distance, mændene vælger at tage til en potentiel farezone, kan blive reduceret ved, at informationsmaterialet kan oplyse mændene om, hvad farezonen i forbindelse med screeningen i virkeligheden omfatter. Dermed kan tiltaget medvirke til, at mændene ikke selv danner forestillinger om screeningstilbuddet, der ikke nødvendigvis svarer til, hvordan en positiv prøve og et efterfølgende behandlingsforløb i virkeligheden vil blive håndteret. Det fremadrettede udviklingstiltag vil således ud fra ovenstående analyse bestå af et forbedret informationsmateriale, der indeholder:

- Øget information om årsager, symptomer, incidens og mortalitet
- Information om konsekvensen ved til- eller fravalg i screeningstilbuddet
- Maksimalt fire sider

Fremadrettet kan vi ikke med sikkerhed sige, at mændene føler sig syge og motiverede for deltagelse og dermed har et informationsbehov. Hvorvidt mændene fremadrettet har et informationsbehov eller ej er afgørende for, om de vælger at læse det udsendte, målrettede materiale. Hvis mændene ikke oplever et informationsbehov, så er sandsynligheden for, at kommunikationsprocessen i form af informationsmaterialet gennemføres succesfuldt, lav (Sepstrup 2006). Denne observation er væsentlig at gøre sig i forbindelse med tilrettelæggelsen af et sådant informationsmateriale, eftersom vi, udover at målrette informationsmaterialet til de mænd, der søges informeret i tiltaget, ikke kan påtvinge dem et informationsbehov, hvis det ikke er relevant for mændene.

8.3 Invitation med samboende kæreste eller ægtefælle

På nuværende tidspunkt modtager de inviterede mænd og kvinder deres invitation ud fra selektionskriteriet fødselsdato (Region Nordjylland 2016). I den kvalitative undersøgelse viste resultaterne, at de nordjyske mænd gerne ville inviteres samtidig med deres samboende kæreste eller ægtefælle. De forklarede dette ud fra, at de vurderer, at en samtidig invitation kunne få dem til at deltage i højere grad, fordi de dermed ville stå til ansvar over for andre end sig selv. I den kvalitative analyse fremkom det, at socialdimensionen i form af familie og venners ønske om deltagelse ikke havde en betydning. Dog kan det tyde på, at mændene i forbindelse med en samtidig invitation ikke vil opleve ydre motivation som noget negativt, men derimod som noget, de kan være fælles med deres kæreste eller ægtefælle om. Det samme kom til udtryk i studiet af Thompson et al i litteraturstudiet, hvor en af studiets deltagere gav udtryk for, at mænd i forbindelse med deltagelse skal tilgås anderledes end kvinder, og at et bud på dette kunne være, at mændenes deltagelse

kunne øges som et resultat af en samtidig invitation med deres kone (Thompson et al. 2012). Med udgangspunkt i den kvantitative undersøgelse kan det ligeledes tyde på, at kvinder kan være behjælpelige med at øge mændenes deltagelse i screeningstilbuddet, eftersom kvindernes deltagelsesprocent er 70,09 sammenlignet med mændenes 63,13 procent, og at de dermed har en anden adfærd i forbindelse med deltagelse i screeningstilbuddet. Den kvindelige sundhedsadfærd kan ud fra studiet af Thompson et al dog omfatte en form for social kontrol over manden i forbindelse med samtidig deltagelse, hvor kvinden påtvinges en formynderisk rolle over for manden, hvilket gør ham inkompetent i forhold til at træffe beslutninger på egen hånd (Thompson et al. 2012). På trods af den sociale kontrol, som påpeges i det videnskabelige studie, udtrykker mændene i den kvalitative undersøgelse, at det for dem kunne være positivt at have nogle at stå til ansvar overfor, men giver derimod ikke udtryk for det kontroltab (bilag 6), som det videnskabelige studie påpeger (Thompson et al. 2012). I takt med, at mændene i den kvalitative undersøgelse oplever en samtidig deltagelse som noget positivt, og at kvinderne i den kvantitative undersøgelse deltager i højere grad end mændene, kan det tyde på, at samtidig deltagelse kan optimere den mandlige deltagelse i Region Nordjylland.

Ud fra ovenstående kunne man i forbindelse med invitation dermed kombinere fødselsdato og samlivsstatus, og dermed gøre brug af den relation, der er mellem mændene og deres samboende kærester eller ægtefæller. Dette vil således udgøre en del af det udarbejdede udviklingstiltag til alle de nordjyske mænd i alderen 50-74 år. Eftersom kvinderne tillige vil blive inviteret anderledes end tidligere, vil dette udviklingstiltag ligeledes omfatte dem. Dog er det primære mål for den ændrede invitationsstrategi at øge deltagelsen blandt de nordjyske mænd.

8.4 Differentieret tiltag

På nuværende tidspunkt har udviklingstiltaget omhandlet et forbedret informationsmateriale og en forandret invitationsstrategi til alle nordjyske mænd i alderen 50-74 år. Udover de elementer af udviklingstiltaget, der allerede er præsenteret, vil de to nedenstående afsnit, *målgruppe* og *blodprøve som supplement til afføringsprøve*, præsentere et differentieret tiltag i screeningstilbuddet.

8.4.1 Målgruppe

For at kunne udarbejde et udviklingstiltag, der har en positiv effekt på deltagelsen i screeningstilbuddet, er det ifølge studier af Myers et al og Thompson et al vigtigt, at tiltaget er målrettet en bestemt målgruppe. I studierne blev det nemlig vist, at ved at målrette tilbuddet til en bestemt målgruppe, blev deltagelsen øget for denne målgruppe (Myers et al. 2014). På nuværende tidspunkt deltager 36,87 procent af de nordjyske mænd ikke i afføringsprøven, og ud fra en risikobetragtning kan dette med udgangspunkt i Luhmann ses som en irrationel handling ud fra et sundhedsfundamentalistisk perspektiv. Risikobegrebet skelner mellem risiko og fare. Alle individer befinder sig i følge Luhmann i risikozonen, fordi man aldrig nødvendigvis kan vide sig sikker og derfor må tage højde for potentiel risiko. Farezonen angiver derimod en reel fare, som individet må

handle på for ikke at lide last. Skelnen mellem risiko og fare angiver således en kompleksitet, der kræver, at individet forholder sig til sin egen placering for at kunne tage højde for henholdsvis deres egen risiko eller fare (Luhmann 1999). De nordjyske mænd, der ikke deltager i afføringsprøven, ved ud fra en risikobetragtning reelt ikke, hvorvidt de befinder sig i enten risiko eller fare. Oplevelsen af potentielt at være syg kan for mændene opleves i forbindelse med deltagelse i afføringsprøven, og således opnår de i fravalget af afføringsprøven en følelse af blot at være i risiko, selvom de reelt set kan befinde sig i fare. At befinde sig i risiko kan for mændene føles som en selvopfundet sundhedstilstand, fordi de ikke kan holde potentialiteten og dermed faren ud. Med henblik på at målrette det fremadrettede udviklingstiltag til de nordjyske mænd, der ikke på nuværende tidspunkt har deltaget i afføringsprøven, er denne viden om deres risikobetragtning væsentlig at kende til for at kunne forstå, hvorfor mændene vælger, som de gør.

På nuværende tidspunkt er det nationale tarmkræftscreeningstilbud et tiltag, der tilbydes alle mænd og kvinder i alderen 50-74 år. Som en del af tilbuddet sendes der informationsmateriale og testudstyr ud til en afføringsprøve i hjemmet (Region Nordjylland 2016). Ud fra den kvantitative analyse ses det, at mænd i højere grad end kvinder vælger ikke at foretage afføringsprøven. Ud fra en risikobetragtning tyder det således på, at mændene i højere grad end kvinderne placerer sig selv i en mulig farezone, og dermed distancerer sig fra den fare, der kan være forbundet med at deltage. Når disse resultater sammenholdes med det nuværende tiltag, kan det således tyde på, at det tiltag, der tilbydes i dag, ikke er fordelagtigt for mændene, fordi mænd i modsætning til kvinder ikke i lige så høj grad tager stilling til sin egen sundhed, og at det derfor skaber en ulighed i deltagelse blandt kønnene (Thompson et al. 2012).

Dog er det ikke alle, der er positive over for konceptet om en bestemt målgruppe. Den danske forsker Bente Halkier (Halkier) mener, at målgruppetænkningen er forældet og forsimplet, fordi afsenderen af sundhedsoplysninger ikke har indset, at modtagerne er meget mere oplyste, end de var førhen. Afsenderne af sundhedsoplysninger glemmer således ifølge Halkier at tage modtagernes hverdag med i betragtning (Halkier & Jensen 2011). Connells teori lægger sig op af Myers et al og Thompson et al og dennes opfattelse af målgrupper, og hvor gavnligt det er at kende til en målgruppe for en intervention for at gøre den mere effektiv. Connell mener nemlig, at mænd ikke skal have lavet kønsspecifikke udviklingstiltag, men der skal fokuseres på en bestemt gruppe af mænd (Scott 2015). På trods af, at Halkier og resultaterne i de videnskabelige studier er uenige i forhold til målgruppe-begrebet, er der fremadrettet valgt at fokusere på en bestemt målgruppe for at mindske kompleksiteten (Myers et al. 2014; Thompson et al. 2012).

Det nuværende screeningstilbud er henvendt til alle mænd og kvinder mellem 50-74 år, og da kvinder allerede er udelukket fra målgruppen i dette tiltag, vil der blive diskuteret, om målgruppen skal defineres af mændenes alder, eller om alderen ikke spiller en rolle for den videre udvikling af et differentieret udviklings-

tiltag. Ved at se på tallene i tabel 12 ses det, at mænd i aldersgruppen 50-54 og 55-59 har den laveste deltagelse, hvor henholdsvis 44,78 og 37,90 procent ikke deltager. Det ses således, at jo højere alder, jo højere deltagelse. Det samme billede gør sig gældende for den justerede analyse i tabel 13 i afsnit 7.1.1. Alle aldersgrupperne har signifikant højere odds for deltagelse; dog er oddsene i aldersgrupperne 60-64, 65-69 og 70-74 betydeligt højere end oddset i aldersgruppen 55-59. På trods af, at alle de nordjyske mænd, der ikke vælger at deltage i screeningstilbuddet, placerer sig selv i en mulig farezone, og dermed ikke forholder sig til et fremadrettet behandlingsforløb i forbindelse med en positiv afføringsprøve, så er det valgt at fokusere på de 50-54 og 55-59 årige, fordi de har lavere odds for deltagelse sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Ved at fokusere på denne målgruppe er der mulighed for at indfange de mænd, der særligt ikke forholder sig til deres reelle sundhedstilstand, og derfor ikke nødvendigvis selv er bekendte med den eventuelle fare, de muligvis befinder sig i.

Med henblik på at imødekomme kritikken af målgruppe-begrebet argumenterer Halkier for, at et fremadrettet tiltag ikke længere skal tage højde for en målgruppe i gammeldags forstand, men derimod for hvordan mændene implementerer deres viden om sundhed i hverdagen (Halkier & Jensen 2011). Denne viden vil i det fremadrettede tiltag være central med henblik på at optimere deltagelsen i afføringsprøven blandt de nordjyske mænd. Halkier præsenterer fire forskellige grupper, der opfatter sundhed på forskellige vis. *De proaktive engagerede*, der praktiserer sine sundhedsideal i hverdagen, *de pragmatisk praktiske*, der forholder sig til sundhed ud fra, hvad der er muligt i hverdagen, *de ambivalente praktiske*, der forsøger at optimere deres egen sundhed, men synes, det er en udfordring, og *de ikke-prioriterende praktiske*, der ikke praktiserer deres egen sundhed til fordel for andre ting. Alle grupperne har dermed en viden om, hvad sundhed er og hvordan den bør praktiseres, men har blot et forskelligt udgangspunkt, og derfor lader ikke alle sundhed være en del af deres hverdag (Halkier & Jensen 2011). Med udgangspunkt i resultaterne i den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet kan det tyde på, at de mænd, der ikke deltager i afføringsprøven, gør det på trods af, at de er bekendte med fordelene ved at deltage. Dermed vælger de ikke at omsætte viden til handling, og derfor befinder de ikke-deltagende nordjyske mænd sig i grupperne de ambivalente praktiske og de ikke-prioriterende praktiske. Den adfærd, mændene har i forbindelse med deltagelse i screeningstilbuddet, illustrerer behovet for at udvikle et differentieret tiltag, der både fokuserer på at give de 50-54 og 55-59 årige mænd et skub hen imod den viden, de allerede har, således de anvender den i en sundhedsfremmende retning, men at der ligeledes tages højde for den frastødning, de oplever ved afføringsprøven.

I den kvantitative analyse fremkom det, at der primært sås en tendens til manglende deltagelse i afføringsprøven sammenlignet med koloskopien hos de nordjyske mænd. Analysen viste, at 36,87 procent af de nordjyske mænd ikke deltog i afføringsprøven sammenlignet med en manglende deltagelse på kun 9,62 procent i koloskopien. Med udgangspunkt i den kvantitative analyse vurderes det, at det er mest effektivt at fokusere på afføringsprøven, da det tyder på, at når først mænd er involveret i screeningstilbuddet, så fortsætter de

også med de eventuelle efterfølgende undersøgelser. På trods af, at deltagelsen er lavest i afføringsprøven sammenlignet med koloskopien, anerkender vi, at det er problematisk, at der er en andel af nordjyske mænd, der vælger ikke at deltage i koloskopien, hvis de har haft en positiv afføringsprøve. Dog er der ikke i dette speciale lagt vægt på de 9,62 procent af mændene, der ikke deltager i koloskopien, da dette kan være drevet af en anden problemstilling end den problemstilling, der gør sig gældende for mænd, der ikke deltager i afføringsprøven. Derfor vil vores anbefalinger være, at der i fremtiden bliver lavet studier, der undersøger, hvorfor 9,62 procent af nordjyske mænd ikke deltager i koloskopien. Man kunne i et sådant studie vælge at inkludere kvinder, da der i den kvantitative undersøgelse ses en større andel af kvinder, der ikke deltager i koloskopien sammenlignet med mændene.

Der argumenteres dermed for, at målgruppen for dette differentierede udviklingstiltag omfatter nordjyske mænd i alderen 50-59 år, der ikke har fået lavet afføringsprøven.

8.4.2 Blodprøve som supplement til afføringsprøve

I den kvalitative interviewundersøgelse kom det til udtryk, at mændene forklarede den manglende deltagelse i afføringsprøven ud fra selve testmetoden. Den kvalitative analyse pegede på, at den diskurs, mændene oplevede selve afføringsprøven ud fra, var skyld i deres fravalg. Det samme gjorde sig ligeledes gældende i studiet af Thompson et al, der påpegede af deltagerne oplevede et tabu ved at tale om tarmen, og at en afføringsprøve dermed forekom som en begrænsning for dem (Thompson et al. 2012). På trods af, at der ses visse begrænsninger i litteraturen, så synes det nuværende danske screeningstilbud at have en gavnlig effekt, hvor 63,13 procent af de nordjyske mænd valgte at deltage i afføringsprøven. Ud fra dette tyder det derfor på, at det ikke er alle mænd, der er begrænset af den nuværende testmetode.

Mændene i den kvalitative undersøgelse gav udtryk for, at de i tilfælde af en eventuel blodprøve i stedet for en afføringsprøve ville have valgt at deltage (bilag 6). Den supplerende litteratursøgning havde derfor til formål at undersøge effekten af en eventuel blodprøve sammenlignet med afføringsprøven. I forlængelse heraf viste et case-control studie af Ørntoft et al, at sensitiviteten og specificiteten er højere i afføringsprøven sammenlignet med blodprøven (Ørntoft et al. 2015). På trods af, at sensitiviteten og specificiteten er lavere i blodprøven, frarådes brugen af blodprøven ikke, fordi den kan imødekomme nogle af de begrænsninger, de inviterede oplever ved afføringsprøven, og derfor kan deltagelsen øges (Ørntoft et al. 2015; Johnson et al. 2014; Adler et al. 2014; Symonds et al. 2015). Sammenholdes resultaterne i litteraturstudiet og den kvalitative undersøgelse, kan det således tyde på, at den lave compliance hos de nordjyske mænd kan imødekommes ved at implementere en blodprøve frem for en afføringsprøve. På trods af at de videnskabelige studier anbefaler at gøre brug af blodprøven som testmetode i tarmkræftscreeningen, er der dog også forbundet nogle etiske problemstillinger med brugen heraf. Er det eksempelvis acceptabelt at indføre en alternativ testmetode, der har en lavere sensitivitet og specificitet end den oprindelige? En lav sensitivitet og specificitet

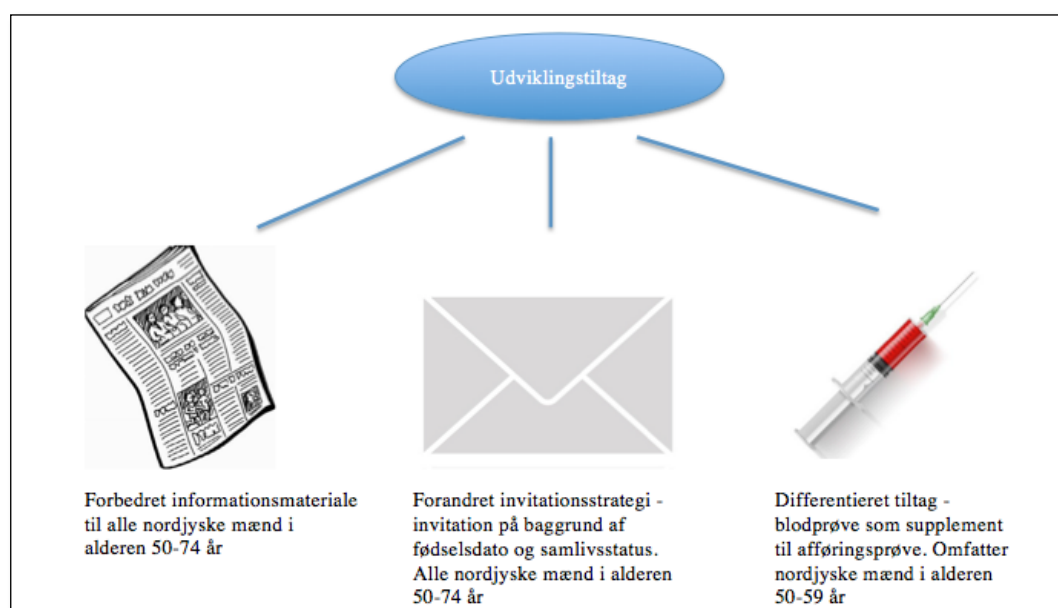
kan være problematisk, eftersom en lav sensitivitet vil betyde, at prøven efterlader en stor andel af de syge udiagnosticerede. En lav specificitet betyder derimod, at en stor andel af de raske får en falsk positiv diagnose (Juul 2013). Dette kan for mændene betyde, at de kan opleve en større unødigt bekymring end ved afføringsprøven, der har en højere sensitivitet og specificitet, fordi validiteten af blodprøven er dårligere end afføringsprøven. Dermed bliver resultaterne af blodprøven dermed mere usikkert, og flere deltagende vil opleve at få en forkert diagnose sammenlignet med afføringsprøven. Resultaterne af interviewundersøgelsen viste, at der var stor interesse for denne metode, og et flertal af mændene ville uden nærmere overvejelse deltage i et fremtidig screeningstilbud for tarmkræft, hvis denne blodprøve blev aktuel. Et studie af Ørntoft et al pegede i litteraturstudiet på, at en blodprøve i fremtiden kunne være en mulig løsning på den lave compliance hos de inviterede i tarmkræftscreeningstilbuddet (Ørntoft et al. 2015). På trods af at sensitiviteten og specificiteten er lavere i blodprøven og dermed kan skabe en større usikkerhed for de deltagende, så kan denne testmetode ifølge Ørntoft et al imødekomme nogle af mændenes begrænsninger og dermed øge compliance (Ørntoft et al. 2015). Den etiske diskussion er vigtig at forholde sig til, men ligeledes synes det ud fra den videnskabelige litteratur at være et godt alternativ, fordi testmetoden trods alt kan øge compliance og dermed indfange nogle potentielle syge, som ellers ville være gået fri. Argumentet er således, at blodprøven som supplement til afføringsprøven er et bedre alternativ end ikke at gøre noget. På trods af at blodprøven er et godt alternativ, er der dog intet i litteraturen, der taler for at lade hele screeningstilbuddet erstatte af en blodprøve, fordi sensitiviteten og specificiteten er højere i afføringsprøven (Ørntoft et al. 2015; Johnson et al. 2014; Adler et al. 2014; Symonds et al. 2015).

Med henblik på at øge compliance hos de 36,87 procent af de inviterede nordjyske mænd, der på nuværende tidspunkt ikke har deltaget i den nuværende afføringsprøve, kunne det være en mulighed at implementere blodprøven som et differentieret tiltag til disse mænd. I praksis ville dette differentierede tiltag kunne foregå ved, at mændene i første omgang modtager udstyr til afføringsprøven og det forbedrede informationsmateriale samtidig med samboende kæreste eller ægtefælle. På samme måde som i det randomiserede, kontrollerede studie af Symonds et al kan et differentieret tiltag tilbydes, hvis mændene efter tre måneder ikke har responderet på afføringsprøven (Symonds et al. 2015). Dermed vil det differentierede tiltag bestå af en tilbudt blodprøve og dermed en forudbestilt tid. Denne forudbestilte tid kan med udgangspunkt i den kvalitative undersøgelse være positiv, fordi det tydede på, at mændene havde et behov for at stå til ansvar over for andre. Ifølge den kvalitative undersøgelse var det dog ikke ligegyldigt, hvem mændene skulle stå til ansvar over for, eftersom resultaterne viste, at mændene var mere motiverede for deltagelse, hvis det var en sundhedsprofessionel, de skulle stå til ansvar overfor frem for familie og omgangskreds. På den måde vil mændene skulle stå til ansvar over for en sundhedsprofessionel og en oplyst tid og vil formentlig have sværere ved at udskyde deltagelsen. Udover at mændene skulle stå til ansvar over for en sundhedsprofessionel viste resultaterne af litteraturstudiet, at en øget kontakt til de sundhedsprofessionelle kan minimere mændenes bekymringer for deltagelse. Den minimerede bekymring skal forklares ud fra, at de sundhedsprofessionelle ifølge Camilloni

et al og Holden et al kan være behjælpelige med at besvare spørgsmål og minde deltagerne om at deltage, hvis ikke de selv havde husket det (Camilloni et al. 2013; Holden et al. 2010).

Der kan dog også være ulemper forbundet med et sådan differentieret tiltag i form af en ændring af testmetoden for dem, som ikke deltager i første omgang, eftersom et supplerende screeningstilbud vil kræve en ekstra omkostning sammenlignet med, hvis screeningstilbuddet fremadrettet fortsatte uforandret. Den nuværende afføringsprøve har erhvervet en deltagelse på 63,13 procent, hvilket, som tidligere nævnt, ifølge den ansvarlige for screeningstilbuddet, Peter Hindersson, er en succesfuld deltagelsesprocent. Men eftersom vi ved, at der er en kønsmæssig ulighed forbundet med deltagelse/ikke-deltagelse, så er de 36,87 procent af mændene, der vælger ikke at deltage, væsentlige at have in mente, fordi vi ligeledes ved, at mænd i højere grad end kvinder er i højere risiko for udvikling af tarmkræft. Sammenfattes disse argumenter, vil 36,87 procent af de nordjyske mænd være i højere risiko for udvikling af tarmkræft og dermed være afhængig af behandling. Denne diskussion i forhold til det økonomiske aspekt vil vi dog lade stå åben, idet det for nærmere konklusion kræver en komparativ sundhedsøkonomisk analyse for at afklare, hvorvidt det kan svare sig at indføre et differentieret tiltag.

For at opsummere de enkelte dele af udviklingstiltaget viser nedenstående figur 10 det samlede udviklingstiltag til tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. Den næste del af specialet vil behandle hvordan disse tre udviklingstiltag kunne implementeres, og dermed vil vi bearbejde den del af problemformuleringen, der beskæftiger sig med, hvordan netop disse udviklingstiltag skal implementeres.



Figur 10: Opsummering på udviklingstiltag

9.0 Implementering af udviklingstiltag

Den første del af dette speciale har identificeret et behov for et forebyggende udviklingstiltag, der har til formål at imødekomme de begrænsninger, mændene i den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet har påpeget er til stede ved det nuværende screeningstilbud og dermed optimere sandsynligheden for en fremadrettet deltagelse i tarmkræftscreeningen i Region Nordjylland blandt mænd. Den resterende del af dette speciale har til formål at undersøge, hvordan vi mest hensigtsmæssigt kan implementere dette udviklingstiltag, således at en større andel af de nordjyske mænd er motiverede for fremadrettet at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet. Denne del af specialet vil således udgøre implementeringsstrategien i PPM's trin seks og tage udgangspunkt i Werner Jank og Hilbert Meyers (Jank og Meyer) didaktiske spørgsmål i relation til læring.

9.1 Didaktisk tilgang

Med henblik på at øge deltagelsen hos de nordjyske mænd, der på nuværende tidspunkt ikke vælger at deltage, kan det tyde på, at der er brug for en strategi, der tager højde for andre faktorer end det, der tidligere er set. Ifølge Jank og Meyer vil dette kunne lade sig gøre ud fra en didaktisk tilgang. Didaktik betyder ifølge Jank og Meyer at undersøge eller at belære, og didaktikkens opgave er at udforske og strukturere forudsætninger, muligheder, konsekvenser og grænser for læring og undervisning, således at der er teoretisk sammenhæng, og at det er anvendeligt i praksis (Jank & Meyer 2006). En didaktisk tilgang vil således være behjælpelig med at vurdere, hvilke faktorer der er relevante at undersøge og gøre brug af i en sådan implementeringsstrategi.

Jank og Meyer lægger stor vægt på dannelse, som en del af didaktikken, eftersom dannelsen har til formål gennem læring at hjælpe det umyndige individ til myndighed (Jank & Meyer 2006). Der refereres i teorien til to dannelseseoretiske tænketoder, herunder en material dannelsese teori og en formal dannelsese teori. Den materiale dannelsese teori fokuserer på sagen, og således vil individet blive dannet ved at tilegne sig en bestemt viden (Jank & Meyer 2006). Dette kan eksempelvis være, at individet opnår viden, der gør, at der træffes oplyste valg. Den formale dannelsese teori fokuserer ikke på sagen, men derimod på subjektet og hvordan individet skal dannes med henblik på at udvikle evner og kompetencer i forhold til at træffe valg (Jank & Meyer 2006). Dette kan eksempelvis være, at individet lærer at læse, således at det fremadrettet er muligt at stræbe efter materialdannelsen. Dannelsen har således til hensigt at gøre individet i stand til at kunne tænke, handle og udvikle sig kritisk og selvbevidst i forhold til en given sag (Jank & Meyer 2006). Fremadrettet vil vi i dette speciale gøre brug af den materiale dannelsese teori. I forlængelse heraf kan sagen i dette speciale ses som tarmkræftscreeningstilbuddet, og dannelsesbegrebet kan dermed bruges til at illustrere muligheden for at udvikle mændenes kompetencer og dermed forbedre chancerne for en fornuftig selvbestemmelse i relation til deltagelse i det nye udviklingstiltag. Derfor vil vi med udgangspunkt i Jank og Meyer fremadrettet i dette speciale gøre brug af didaktiske spørgsmål i relation til læring med det formål at skabe oversigt og orden og

reducere kompleksiteten i implementering af udviklingstiltaget. Jank og Meyer gør brug af ni didaktiske spørgsmål, som præsenteres nedenfor:

1. Hvem skal lære?
2. Hvad skal læres?
 - a) Hvor kommer indholdet fra?
 - b) Hvilke kriterier skal ligge til grund for udvælgelsen?
 - c) Hvem skal træffe beslutningerne?
3. Af hvem skal der læres?
4. Hvornår skal der læres?
5. Med hvem skal der læres?
6. Hvor skal der læres?
7. Hvordan skal der læres?
 - a) Hvilke metoder skal der gøres brug af?
8. Ved hjælp af hvad skal der læres?
9. Hvorfor skal der læres? (Jank & Meyer 2006)

Jank og Meyers ni didaktiske spørgsmål er alle relevante for implementeringsdelen af dette speciale, hvorfor vi vil gøre brug af disse didaktiske overvejelser med henblik på at strukturere handleplanen for implementering af udviklingstiltaget.

Forud for diskussion af implementeringsstrategien vil det nedenstående afsnit præsentere Luhmanns tillidsbegreb, fordi tillidsbegrebet er komplekst, og derfor er der behov for at præsentere dette inden brug. Dette tillidsbegreb vil blive anvendt med henblik på at kvalificere implementeringen af udviklingstiltagene og dermed diskutere, hvorvidt mændene har tillid til, hvad de skal lære, af hvem de skal lære, og med hvem skal der læres, samt hvad der influerer herpå.

9.1.1 Luhmanns tillidsbegreb

Luhmann skelner med sit tillidsbegreb mellem *personlig tillid* og *systemtillid*. Personlig tillid skal forstås, som den tillid individet har til andre mennesker, og dermed den forventning individet har til, at den person der næres tillid til vil handle ud fra ens eget bedste. Tilliden er ifølge Luhmann risikofyldt, da den personlige tillid kan være et vovestykke, men at individet på trods af den andens frihed kan have tillid til personen. Den personlige tillid er således en gensidig proces mellem to parter, hvor den ene udviser en tillid, der kan være risikofyldt tillid, hvorefter den anden giver efter og bekræfter, at han eller hun er tillidsværdig (Luhmann 1999). Et eksempel på dette kan være, at mændene har tillid til, at deres kone på trods af handlefrihed ønsker

at få dem til at deltage for deres eget bedste. Hvorvidt individet oplever at have en personlig tillid eller ej afhænger af, om den anden person fremstår som en, individet kan stole på eller ej (Luhmann 1999). I modsætning hertil skal systemtilliden forstås som den tillid, individet har til, at funktionssystemer og den kommunikation de præsenterer er korrekt og tillidsværdig. Dermed må individet stole på de informationer systemet har på trods af, at der kan være fare for, at de kan vise sig at være forkerte. Eksempelvis kan mændene vælge at efterleve de sundhedsprofessionelles anbefalinger med fare for, at de sundhedsprofessionelle kun ligger inde med viden, der til dels er sandfærdig på nuværende tidspunkt. Dermed kan mændene vælge at handle på et ikke fuldstændig korrekt oplyst grundlag. Individet sætter således sin tillid til, at systemerne i samfundet fungerer, og dermed er denne form for tillid mere robust end den personlige tillid (Luhmann 1999). Et eksempel på dette kunne være, hvorvidt mændene nærer tillid til, at den kommunikation de sundhedsprofessionelle kommunikerer er korrekt og dermed er værd at stole på. Den tillid, individet nærer til enten personer eller systemer, vil således kunne reducere kompleksiteten, fordi individet grundet tilliden til andre ikke oplever et behov for at skulle tage hensyn til andre alternativer. Denne tillid synes ifølge Luhmann at være erfaringsbaseret (Luhmann 1999). Som et led i Luhmanns tillidsbegreb behandler han ligeledes mistillid, og hvordan denne synes at være belastende for individet, fordi individet er nødsaget til at selv at håndtere kompleksiteten. Dermed er det for individet lettere at have tillid end at have mistillid. Hvorvidt individet oplever at have tillid til personer eller systemer afgøres, når individet bliver sat over for disse, og således vil individet ud fra konteksten tage stilling til, om personerne eller systemerne er tillidsværdige (Luhmann 1999).

Jank og Meyers didaktiske overvejelser og Luhmanns tillidsbegreb vil i den nedenstående diskussion behandle, hvordan udviklingstiltaget kan implementeres.

9.2 Handleplan for implementering af udviklingstiltag

9.2.1 Hvem skal lære, hvad skal læres og hvorfor skal der læres?

Som nævnt i udviklingstiltaget i afsnit 8 fandt vi, at det var hensigtsmæssigt at iværksætte et tiltag, der havde til formål at forsøge at optimere deltagelsen hos nordjyske mænd. De forskellige elementer af udviklingstiltaget har forskellige målgrupper – det forbedrede informationsmateriale og den ændrede invitationsstrategi er henvendt til nordjyske mænd i alle aldersgrupper, hvorimod det differentierede tiltag er henvendt til nordjyske mænd i alderen 50-59 år. Udviklingstiltagenes målgrupper udgør således, hvem der skal lære.

Næste spørgsmål, der skal besvares, er, hvad der skal læres. Jank og Meyer argumenterer for, at dette didaktiske spørgsmål kan være kompliceret at besvare, fordi det ikke nødvendigvis er fastlagt, hvor undervisningens indhold skal komme fra, hvilke kriterier, der skal ligge til grund for, hvad der undervises om og hvem, der træffer disse beslutninger (Jank & Meyer 2006). Som beskrevet i afsnit 8, udviklingstiltaget, ønskes det med de tre udviklingstiltag at imødekomme de begrænsninger mændene oplevede i forbindelse med delta-

gelse i tarmkræftscreeningstilbuddet. Ud fra et dannelsesmæssigt perspektiv er målet for den materiale dannelse, at de nordjyske mænds dannes til at forstå, hvorfor det er vigtigt at deltage i screeningstilbuddet. Derfor vil det korte svar være, at de nordjyske mænd skal lære at deltagelse i screeningstilbuddet ikke er lig med en potentiel dødsdom men derimod en hjælp til dem selv for at undgå et potentielt sygdomsforløb. Derfor skal mændene lære at tage prøven, fordi denne deltagelse kan have en sygdomsforebyggende effekt for dem. I udviklingstiltaget har vi argumenteret for, at et forbedret informationsmateriale og en ændret screeningsstrategi vil kunne imødekomme dette dannelsesideal. Dog kan dette fokus på et ønske om en bestemt dannelse samtidig virke ufuldkommen, fordi vi er bevidste om, at de nordjyske mænd ikke blot er beholdere, der skal påfyldes viden, men at der kan være andre årsager til mændenes fravalg. Viden er ifølge Halkier imidlertid ikke nok til, at sundhedsmyndighederne kan få folk til at ændre adfærd. Det handler derimod også om, hvorvidt informationsmodtagerne ønsker at gøre brug af og har tillid til denne viden i deres hverdag (Halkier & Jensen 2011). Ud fra et tillidsmæssigt perspektiv kan mændenes fravalg eksempelvis være et resultat af, at mændene i forbindelse med invitationen ikke har haft tillid til, at systemets information var tillidsværdig, og at de dermed oplevede den kommunikation de sundhedsprofessionelle kommunikerede som værende ikke korrekt og dermed ikke var værd at stole på. Den manglende deltagelse og tilslutningen til den læring, der ønskes formidlet, kan således ud fra dette perspektiv være forankret i en mistillid til systemet. Et andet perspektiv kunne være, at de inviterede mænd iagttager tarmkræftscreeningstilbuddet på en anden måde end de sundhedsprofessionelle, hvilket for mændene kan betyde, at den læring, der ønskes af de sundhedsprofessionelle, ikke bliver aktuel for mændene, fordi mændene dermed ikke opfatter betydningen af det som nær så relevant, som de sundhedsprofessionelle gør. Disse antagelser er perspektiver, der kan være i spil i forhold til mændenes deltagelse i screeningstilbuddet og i tilfælde af, at disse i virkeligheden gør sig gældende, så vil det være problematisk i forhold til, hvad der skal læres, fordi tillidsbegrebet og spørgsmålet om, hvordan tarmkræftscreeningstilbuddet iagttages, kan blive en modspiller i forhold til læring.

Jank og Meyer argumenterer for, at læringsindholdet bør komme fra fagfolk, fordi disse i modsætning til lægfolk vil være mere kompetente til at beslutte hvilket læringsindhold, der er fornuftigt ud fra et dannelsesmæssigt perspektiv (Jank & Meyer 2006). På baggrund af dette er tillidsspørgsmålet i relation til, hvad der skal læres relevant, fordi individet ifølge Luhmann på trods af en tillid til systemet kan vælge at se bort fra denne tillid og agere ud fra andre parametre (Luhmann 1999). I den kvalitative analyse tydede det på, at mændene lod deres fravalg styre af deres følelser og deres oplevelse af, at afføringsprøven var ulækker (bilag 6). På denne måde kan det dermed ud fra Luhmanns tillidsbegreb antyde, at det i mødet med invitationen ikke har handlet om mændenes tillid til de sundhedsprofessionelle, som de ovenstående eksempler foregav, men at det har været mændenes oplevelse af afføringsprøven som værende ulækker, der har afgjort fravalget. Med henblik på ønsket om den materiale dannelse kan dette dog være yderst problematisk, da der netop i forlængelse heraf kan stilles spørgsmålstejn til, hvorvidt det for mændene er muligt at lære læringsindholdet i udviklingstiltagene og dermed deltage, hvis de ikke enten har tillid til de sundhedsprofessionelle eller tager

stilling til deres deltagelse ud fra andre parametre. Ud fra tillidsbegrebet kan det tyde på, at tillid er en forudsætning for, at mændene fremadrettet lærer læringsindholdet og dermed deltager. Ud fra denne viden om at mændene ikke nødvendigvis lader deres deltagelse i screeningstilbuddet afgøre ud fra spørgsmålet om tillid, er det derfor nødvendigt, at vi erkender, at mændenes følelser kan være med til at definere denne læring. Derfor vil det differentierede tiltag i tilfælde af, at det forbedrede informationsmateriale og den ændrede invitationsstrategi ikke fungerer optimalt, kunne imødekomme dette, og dermed kan en ydre motivation være en strategi i forhold til, hvad mændene skal lære, hvis ikke mændene i første omgang selv nærer tillid til deres kone eller kæreste eller til de sundhedsprofessionelle som system.

Udover at tage stilling til hvem der skal lære, hvad der skal læres, er det også relevant at gøre sig overvejelser om, hvorfor der skal læres. De nordjyske mænd skal lære at deltage i screeningstilbuddet, fordi det for mændene er fordelagtigt, at en eventuelt positiv prøve og muligvis tilstedeværelsen af tarmkræft bliver opsporet i så tidligt et stadie som muligt. Jo tidligere en cancerknode opdages, jo mindre kompliceret bliver behandlingsforløbet for mændene, og jo bedre er prognosen for overlevelse (Komiteen for Sundhedsoplysning 2014). Jank og Meyer taler ud fra denne didaktiske overvejelse om et dannelsesideal, der er et ideal om den myndige borger (Jank & Meyer 2006). Med udviklingstiltaget er ønsket, at de nordjyske mænd tager stilling til deres egen sundhed ud fra et oplyst valg. De skal lære om screeningstilbuddet for at udvikle handlekompetencer, der gør dem i stand til at træffe beslutninger om deres eget helbred.

9.2.2 Af hvem skal der læres?

Den didaktiske overvejelse, der behandler, hvem der skal undervise, synes ifølge Jank og Meyer at omfatte hvilke personer, der skal formidle den læring, de lærende skal lære (Jank & Meyer 2006). I forhold til det forbedrede informationsmateriale, der skal sendes ud til de nordjyske mænd, er det vigtigt at have gjort sig didaktiske overvejelser om, hvem der skal træffe beslutningen om, hvad der skal stå i informationsmaterialet, og hvordan det skal præsenteres. Med udgangspunkt i Jank og Meyers opfattelse af hvem underviserne skal være, vil de nordjyske mænd skulle lære af de sundhedsprofessionelle gennem det udarbejdede informationsmateriale. Det vil således være de sundhedsprofessionelle bag tarmkræftscreeningstilbuddet, der skal læres af og dermed dem, der i overensstemmelse med målgruppen er bestemmende for, hvad informationsmaterialet indeholder. Dette er i overensstemmelse med Jank og Meyers opfattelse af, hvem der skal undervise, fordi de argumenterer for, at undervisere skal være specialiserede inden for et område (Jank & Meyer 2006). Med udgangspunkt i et tillidsperspektiv lægger dette op til et spørgsmål om systemtillid, der fordrer, at mændene i forbindelse med modtagelse af invitationsmaterialet skal opleve, at den kommunikation de sundhedsprofessionelle kommunikerer via informationsmaterialet er korrekt og dermed er værd at stole på. I tilfælde af at mændene nærer denne systemtillid, vil dette kunne medvirke til at reducere kompleksiteten, fordi mændenes grundet tilliden til de sundhedsprofessionelle og deres kommunikation i informationsmaterialet ikke oplever et behov for at skulle tage hensyn til andre alternativer. Denne systemtillid er ikke altid tilstedeværende,

hvorfor man med fordel kan gøre sig overvejelser om, hvad de sundhedsprofessionelle kan gøre for at øge sandsynligheden for at denne tillid er tilstede. Luhmann argumenterer for, at tilliden er erfaringsbaseret (Luhmann 1999), hvorfor de sundhedsprofessionelle med fordel kunne øge deres troværdighed ved at tage udgangspunkt i mændene og deres behov, således mændene får en følelse af, at de bliver hørt og hjulpet med de problemstillinger, der kunne være. Ifølge Luhmann er denne systemtillid nemmere at lære men dog mere vanskelig at kontrollere, fordi der inden for systemet er flere repræsentanter i form af sundhedsprofessionelle, der alle skal udvise denne troværdighed (Luhmann 1999).

Ud fra det ovenstående vil det således være de sundhedsprofessionelle, der med udgangspunkt i mændenes behov skal udforme informationsmaterialet. Dog er det væsentligt at overveje, hvordan informationsmaterialet skal præsenteres for de nordjyske mænd, eftersom det tyder på, at mændene og de sundhedsprofessionelle ikke har samme syn på tarmkræftscreeningstilbuddet. De sundhedsprofessionelle, der udgør systemtilliden, arbejder ud fra et sundhedsfundamentalistisk standpunkt, der er objektivt og værdiløst, hvor der ligger videnskabelige overvejelser bag (Wackerhausen 1995). Dog kan det tyde på, at mændene træffer en beslutning om deres deltagelse ud fra et sundhedsrelativistisk perspektiv der i modsætning til det sundhedsfundamentalistiske perspektiv, forstår sundhed som et "tomt" begreb, hvor mennesker selv putter de ting ind under, der er relevante for dem i deres hverdag (Møller 2009; Wackerhausen 1995). Ud fra de to modsatrettede perspektiver kan tyde på, at de sundhedsprofessionelle og lægfolket ikke nødvendigvis er enige om, hvad definitionen af sundhed er, og derfor kan almindelige lægfolk have svært ved at forholde sig til denne definition af sundhed og dermed have svært ved at efterleve den i deres hverdag. Dette spil mellem sundhedsfundamentalismen og sundhedsrelativismen kan lægge op til en diskussion af, hvem man i forhold til en sundhedsmæssig adfærd bør adlyde, og om alle iagttagelser af det samme screeningstilbud er lige værdifulde. For hvilke iagttagelser er bedst begrundede i relation til screeningstilbuddet – mændenes eller de sundhedsprofessionelles? Først og fremmest vil det være svært at konkludere på, hvorvidt det sundhedsfundamentalistiske eller sundhedsrelativistiske perspektiv er det mest betydningsfulde og dermed afgørende for alle de inviterede nordjyske mænd. I analysen fandt vi, at mændene i forhold til screeningstilbuddet byggede deres fravalg på andre faktorer end den videnskabelige litteratur og de sundhedsprofessionelles anbefalinger. Således kan det tyde på, at det er det sundhedsrelativistiske perspektiv i modsætning til det sundhedsfundamentalistiske perspektiv, der betød noget i forbindelse med valget om deltagelse. Dog kan det være svært at arbejde ud fra et sundhedsrelativistisk perspektiv, når der skal arbejdes med et informationsmateriale, da det i sigens natur bliver nødt til at indeholde en viden, der er baseret på evidens og dermed ikke på individuelle præferencer. Derfor kan det tyde på, at det sundhedsfundamentalistiske perspektiv og dermed de sundhedsprofessionelles iagttagelse af screeningstilbuddet, er det mest hensigtsmæssige at forfølge, fordi lægfolket i modsætning til de sundhedsprofessionelle bygger deres til- eller fravalg ud fra et mere subjektivt perspektiv. Ud fra denne betragtning kvalificerer det dermed de didaktiske overvejelser i forhold til, at det er de sundhedsprofessionelle,

der skal definere, hvad informationsmaterialet skal indeholde og dermed skal sundhedsspørgsmålet præsenteres ud fra et sundhedsfundamentalistisk perspektiv. Dog skal det være sagt, at det ligeledes er vigtigt, at der tages højde for, hvad de nordjyske mænd mangler i et informationsmateriale og dermed inkorporerer det i den information, de sundhedsprofessionelle udformer. Dette kan være med til at målrette materialet til mændene og på denne måde øge deres motivation for at læse det.

9.2.3 Hvornår skal der læres?

Ifølge Jank og Meyer er der ikke et entydigt svar på, hvornår der skal læres, og der findes mange holdninger til, hvornår det er mest hensigtsmæssig at præsentere mennesker for ny viden og dermed læring. Dog kan spørgsmålet besvares ud fra et curriculært perspektiv, hvor der helt lavpraktisk ses på, i hvilken rækkefølge materialet skal læres i (Jank & Meyer 2006). I dette udviklingstiltag vil mændene blive præsenteret for informationsmaterialet, når de bliver indkaldt til screeningen med en afføringsprøve samtidig med deres samboende kæreste eller ægtefælle. Dernæst vil der som opfølgning, hvis afføringsprøven ikke er blevet indsendt, blive sendt et nyt brev efter tre måneder med et tilbud om en blodprøve. Dog er det helt store spørgsmål, om, hvornår de nordjyske mænd er klar til at blive præsenteret for informationsmaterialet, og er der et tidspunkt, der er bedre end et andet? Dette spørgsmål er til dels blevet besvaret i afsnit 8.1, hvor det er blevet analyseret, hvorvidt mændene overhovedet oplever et informationsbehov og derfor på baggrund af et lavt informationsbehov ikke læser informationsmaterialet. Ifølge medie- og kommunikationsforsker Preben Sepstrup er tidspunktet afhængigt af, om de nordjyske mænd oplever et informationsbehov, og om det har relevans for dem (Sepstrup 2006). Ud fra analysen af den kvalitative undersøgelse kan det tyde på, at de nordjyske mænd ikke oplever at have hverken et behov eller føler, det er relevant med informationen om screeningstilbuddet. Der bliver nemlig analyseret frem, at mænd ikke i samme grad som kvinder reagerer på en potentiel sygdom, men de skal være syge, før at de vil mene, det er relevant for dem at gå til lægen for eksempel. Derfor kan vi ikke garantere, at der kan skabes et informationsbehov hos de nordjyske mænd i forhold til screeningstilbuddet, fordi de ikke oplever, at de er syge og dermed ikke føler, det er relevant for dem at deltage. Dermed kan interessen være lille for at modtage informationer ifølge Preben Sepstrup (Sepstrup 2006). Dette understøttes også af fundene fra den kvalitative undersøgelse, da ingen af de deltagende havde læst det medsendte informationsmateriale. Derfor kan der ikke med sikkerhed siges, hvornår de nordjyske mænd er mest motiverede for den nye læring. Det, der forsøges i dette speciales udviklingstiltag, er så vidt muligt at målrette materialet til de nordjyske mænd for dermed at imødekomme deres ønsker og behov. Dog kan det blive vanskeligt alene på baggrund af et informationsmateriale at øge deltagelsen i screeningstilbuddet, fordi mændenes informationsbehov ikke kan tvinges frem, og de ikke føler en relevans over for emnet. Dermed bliver de ifølge Preben Sepstrup ikke modtagelige over for nye informationer. Dog er dette dilemma forsøgt imødekommet ved, at mændene modtager invitationen samtidig med deres samboende kæreste eller ægtefælle, fordi vi i

analysen fandt dette relevant og efterfølgende modtager et tilbud om en blodprøve i stedet for en afføringsprøve, fordi det så ikke længere kun er viden og information, deres fravalg eller tilvalg bygger på men derimod er en ydre motivation, der kan få dem til at deltage i screeningstilbuddet.

9.2.4 Med hvem skal der læres, og hvor skal der læres?

I udviklingstiltaget argumenterede vi for, at mændene udover at blive inviteret på baggrund af deres fødselsdato skulle modtage invitationen sammen med deres samboende kæreste eller ægtefælle, fordi dette kunne øge sandsynligheden for deres deltagelse. Dermed går de didaktiske overvejelser på, at de nordjyske mænd skal lære sammen med deres kæreste eller ægtefælle. Invitationsstrategien kan ud fra Luhmanns tillidsbegreb være forankret i håbet om, at en personlig tillid til mændenes koner eller ægtefæller vil kunne motivere mændene til deltagelse. På denne måde vil den personlige tillid kunne betyde, at mændenes kompleksitet i forhold til deltagelse reduceres som et led i, at mændene kan opleve at have en forventning om, at deres kæreste eller ægtefælle vil handle ud fra mændenes eget bedste. På denne måde vil mændene ifølge tillidsbegrebet få en følelse af ikke selv at være nødsaget til at skulle undersøge nærmere om fordelene og ulemperne ved screeningstilbuddet. Dette medfører således et kvalificeret grundlag for, at mændenes skal lære sammen med deres kæreste eller ægtefælle. Den ændrede invitationsstrategi er i udviklingstiltaget forankret i, at litteraturstudiet og den kvalitative undersøgelse påpegede, at mændenes motivation for deltagelse kunne øges herved. Dog argumenterer Luhmann for, at den personlige tillid kan være kompliceret, fordi tillid er tids- og kontekstbestemt, og at tillid og mistillid kan være knyttet til forskellige anliggender (Luhmann 1999). Eksempelvis vil mændene kunne opleve at have tillid til deres kæreste eller ægtefælle i kærlighedsanliggender men ikke til deres sundhedsanliggender. Denne kombinerede tillid og mistillid til mændenes kæreste eller ægtefælle vil således kunne være forbundet med ulemper i forbindelse med samtidig invitation, eftersom vi ikke med sikkerhed vil kunne angive, at mændenes personlige tillid til deres kæreste eller ægtefælle er forankret i alle anliggender og dermed kan motivere til handling. Thompson et al har i et studie fundet, at det kunne være fordelagtigt at sende invitationer ud samtidig til ægtefæller men, at der også kan forekomme nogle ulemper ved dette, fordi mændene kan føle sig kontrolleret af deres ægtefælle, som kan udføre social kontrol over for mændene. Dermed påpeger studiet, at ansvaret for mandens sundhed bliver lagt over på kvinden, og mændene får derfor ikke reflekteret over deres enten fra- eller tilvalg (Thompson et al. 2012). Ud fra tillidsbegrebet vil dette kunne betyde, at mændene kan opleve en mistillid til deres kæreste eller ægtefælle i et sundhedsanliggende eller, at mændenes fravalg ikke nødvendigvis er forankret i tilliden til kæresten eller ægtefællen men derimod i følelsen af et socialt kontroltab. Ud fra et etisk perspektiv kan det virke som om, at mændene bliver umyndiggjorte ved hjælp af dette tiltag, fordi ansvaret for deres deltagelse bliver fratrækket dem selv og lagt over på kæresten eller ægtefællen. En ting er den umyndiggørelse Thompson et al peger på, at der lægges ned over mændene, men ligeledes påtvinges ægtefællen et ansvar, som de nødvendigvis ikke har lyst til at have (Thompson et al. 2012). I et litteraturstudie sås det, at civilstatus havde en indflydelse på mændenes deltagelse (Frederiksen et al. 2010), og ligeledes ved vi ud fra litteraturen, at kvinder i højere grad

end mænd gør brug af de ydelser sundhedsvæsenet tilbyder (Kobayashi et al. 2014; Thompson et al. 2012). Når denne viden sammenholdes med resultaterne fra den kvalitative undersøgelse, hvor mændene mente, at det kunne have en betydning for deres deltagelse at blive inviteret samtidig med deres kone (bilag 6), kan det tyde på, at invitation samtidig med kvinden vil være et muligt bud på en ydre motivation for mændene. Dog er det samtidig væsentligt at påpege, at mændenes sundhedshandling ikke nødvendigvis er forankret i den personlige tillid eller systemtilliden, hvorfor spørgsmålet om, hvorvidt det er succesfuldt at lære med nogle, er komplekst. Vi er dog bevidste om, at ikke alle mænd bor sammen med en kæreste eller ægtefælle, hvorfor disse inviteres kun med udgangspunkt i fødselsdato, hvorfor de skal lære på egen hånd. Der kan dog være nogle etiske overvejelser ved den ændrede invitationsstrategi, fordi den effekt, der kan tilskrives en invitation med samboende kæreste eller ægtefælle, ikke gavner de mænd, der er single. Dog synes dette ikke at være en utilsigtet konsekvens ved den ændrede invitationsstrategi, fordi de mænd, der bor alene, ikke er dårligere stillede end før i forhold til deltagelse.

Spørgsmålet er, hvor læringen skal foregå. Med udgangspunkt i den materiale dannelse er formålet at give mændene indsigt i vigtigheden af deltagelse i screeningstilbuddet, hvilket ud fra ovenstående skal foregå ved hjælp af det forbedrede informationsmateriale og en samtidig invitation med mandens samboende kæreste eller ægtefælle. Jank og Meyer argumenterer for, at læringen kan foregå forskellige steder (Jank & Meyer 2006). I takt med at de nordjyske mænd skal lære af de sundhedsprofessionelle, kan læringen foregå alle steder, fordi det er den sundhedsfundamentalistiske viden i informationsmaterialet, der skal give anledning til læring. Fordi de nordjyske mænd modtager informationsmaterialet og testudstyret i hjemmet samtidig med deres samboende kæreste eller ægtefælle, vil undervisningen primært foregå i hjemmet. Dog er vi bevidste om, at mænd, der enten har eller ikke har en samboende kæreste eller ægtefælle, lige så vel vil kunne opnå læring andre steder end i hjemmet, fordi de efter behov kan vælge at drøfte deres til- eller fravalg uden for hjemmet. Dette kunne eksempelvis være på arbejdspladsen. Udover at opnå viden om screeningstilbuddet fra informationsmaterialet kan mændene også opnå viden via internettet. På nuværende tidspunkt har mændene i den kvalitative undersøgelse dog ikke søgt information om screeningen i hverken informationsmaterialet eller på internettet (bilag 6), hvorfor vi ikke ved, om information fra internettet er aktuelt.

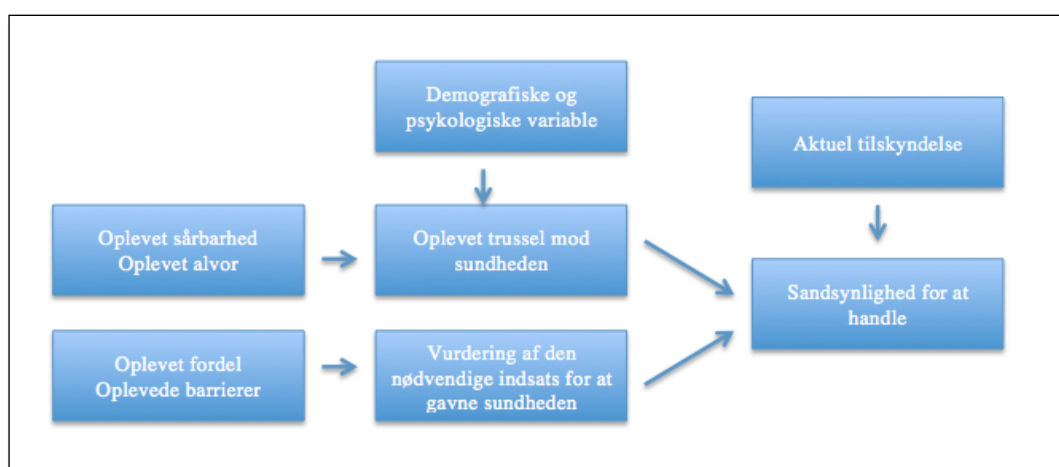
9.2.5 Hvordan skal der læres, og ved hjælp af hvad skal der læres?

Ifølge Jank og Meyer foreligger der i forlængelse af ovenstående afsnit en udfordring i forbindelse med udviklingen af internettet og informationsteknologien (Jank & Meyer 2006), fordi de lærende, der i dette tilfælde består af de nordjyske mænd, der inviteres til tarmkræftscreeningstilbuddet, i lige så høj grad kan søge deres viden om screeningstilbuddet på internettet frem for i det fremsendte informationsmateriale. Der kan således ligge en udfordring i at danne mændene til at være kritiske i forhold til sandhedsværdien og dermed lære dem at skelne mellem den reelle viden om tarmkræftscreeningen og et potentielt behandlingsforløb og

eventuel fiktion, der kan være med til at skabe en usand fremstilling af ulemper i forbindelse med screeningstilbuddet hos mændene. Jank og Meyer beskriver, at en måde at imødekomme denne udfordring på kan være at udvikle procedurer og opstille kriterier, som mændene kan forholde sig til i deres søgen efter viden (Jank & Meyer 2006). Internettet vil uanset udviklingstiltaget være en udfordring, fordi mændene kan søge viden, de ikke nødvendigvis ved hvorfra kommer - og måske heller ikke er interesserede i at vide, hvor den kommer fra. Ved at opstille procedurer og kriterier for mændenes søgning efter viden kan vi som sundhedsprofessionelle medvirke til at øge sandsynligheden for, at den viden, de indhenter, er videnskabelig. Mændene gav i den kvalitative undersøgelse ikke udtryk for, at de søgte efter viden forud for deres fravalg, men samtidig udtrykte de behov for, at det informationsmateriale, de fik tilsendt, ikke var tilstrækkeligt. Det kan således tyde på, at mændene i forbindelse med søgen efter viden oplever det, der modtages i informationsmateriale, som troværdig viden og dermed ikke har behov for internettet eller informationsteknologiens muligheder for informationssøgning. Ud fra denne anskuelse vil et forbedret informationsmateriale, der er målrettet de behov, mændene gav udtryk for i den kvalitative undersøgelse, fremstå som de kriterier, mændene i et fremadrettet screeningstilbud skal og bør forholde sig til.

Man kan dog ikke blot opfatte kommunikation som en afsender, der kommunikerer et budskab (Steinberg 2007). Tidligere kunne en tilgang til mændenes informationssøgning være at gøre brug af blandt andet Harold Laswells kommunikationsmodel, der fremsatte al kommunikation som en ensrettet proces ud fra spørgsmålene: *hvem siger hvad i hvilken kanal til hvem med hvilken effekt* (Steinberg 2007). Men når der tages højde for det, vi allerede ved om mændene, og hvordan deres adfærd ikke er præget af, hvad de paradoksalt nok er bevidste om, så tegner der sig også et billede af, at der ikke længere blot er en afsender, der kommunikerer et budskab, og en modtager, der efterlever det. En kommunikationsmodel som denne kan dermed ikke være med til at besvare spørgsmålet om, hvordan mændene skal lære. Luhmann behandler ligeledes spørgsmålet om, hvorvidt individet lader deres adfærd guide af den information, de besidder. På trods af, at mændene i det fremadrettede screeningstilbud har kriterier, de skal og bør forholde sig til, så er det paradoksalt, at den kvalitative undersøgelse viste, at mændene på trods af deres fravalg var bevidste om, at det kunne være fordelagtigt at blive screenet. Det tyder således på, at mændene på den ene side er bevidste om fordelene ved at blive screenet, men at de grundet andre faktorer vælger at takke nej til tilbuddet, som tidligere angivet. Ifølge Luhmann kan dette handlingsmønster forklares ud fra, at individet gennem kommunikation modtager informationer, som enten læres eller ej. På trods af eventuel læring er denne information dog ikke præmis for handling (Luhmann 2000). Eksempelvis kan mændene have lært, at det er gavnligt at deltage i screeningstilbuddet gennem den information, de har modtaget, men alligevel ikke har valgt at reagere på det. Men spørgsmålet er så, hvordan mændene skal handle ud fra den viden, de har, når det nuværende informationsmateriale og invitationsstrategi ikke har fungeret for de nordjyske mænd.

Ud fra ovenstående kan det tyde på, at vi for at kunne besvare hvordan-spørgsmål, må forholde os til, hvorfor mændene ikke tidligere har oplevet en effekt af de strategier, der er blevet anvendt. En mulig måde at forholde sig til dette på kunne være at gøre brug af den psykologiske teori “Health Belief Model” (HBM) af Irwin Rosenstock (Rosenstock 1974). HBM argumenterer for, at individets sundhedsadfærd er et resultat af den opfattelse, individet har af den trussel, som deres egen adfærd er for sundheden, og af individets vurdering af sundhedsmyndighedernes anbefalinger. Den oplevede trussel er ifølge modellen afhængig af den alvor og sårbarhed, individet forbinder med sygdommen (Vallgård et al. 2014; Rosenstock 1974). Health Belief Model er skitseret i nedenstående figur 11.



Figur 11: Health Belief Model (Vallgård et al. 2014)

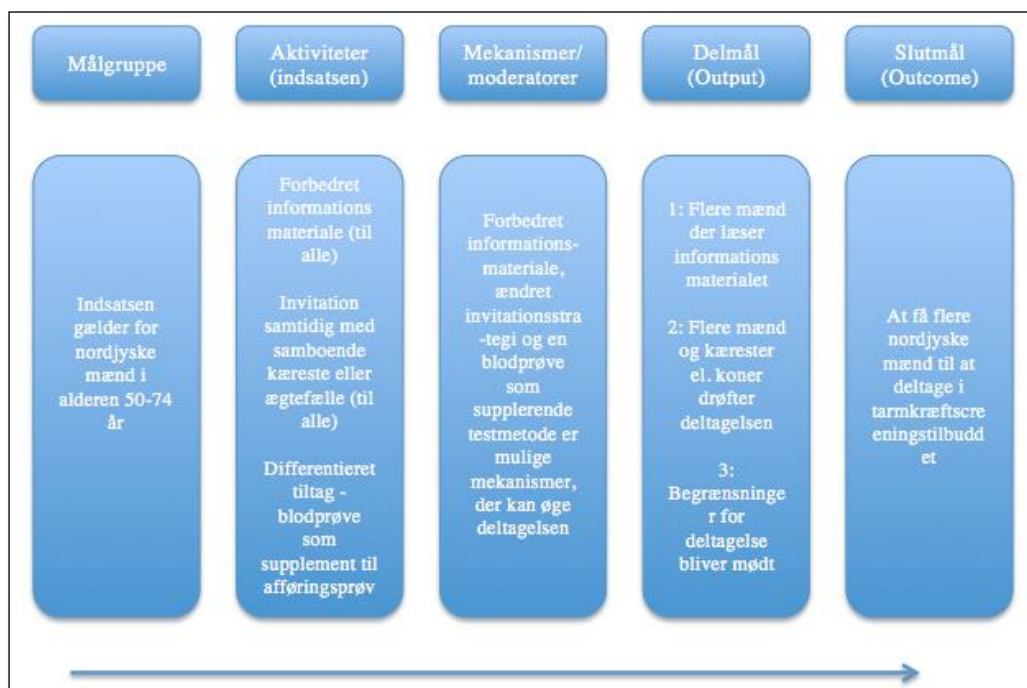
Mændene i den kvalitative undersøgelse gav udtryk for, at de var bevidste om, at det i forhold til deres egen sundhed havde været positivt at deltage i screeningstilbuddet. Dette kom til udtryk ved, at de alle ikke ønskede at foretage afføringsprøven, men derimod gerne ville deltage, hvis screeningen i stedet bestod af en blodprøve. Desuden viste undersøgelsen, at mændene var ubekvemte ved tanken om det efterfølgende behandlingsforløb, hvis afføringsprøven var positiv. Ud fra de ovenstående afsnit kan det tyde på, at denne adfærd er et resultat af, at individets følelser eller holdninger i forhold til testmetoden har været den afgørende faktor for deres manglende deltagelse. Denne bekymring gjorde sig dog gældende både i forbindelse med en positiv afføringsprøve og en positiv blodprøve (bilag 6). Dette kan ud fra HBM give udtryk for den sårbarhed, mændene oplever og dermed deres tanker om potentiel behandling og i værste tilfælde død som konsekvens af enten deltagelse eller manglende deltagelse. Ligeledes gav mændene udtryk for deres bekymring for, hvilken trussel deres adfærd havde på deres egen sundhed i form af, at mændene udtrykte et ønske om statistisk materiale, der kunne præcisere konsekvensen ved ikke at lade sig screene. Der blev således undervejs i den kvalitative undersøgelse givet udtryk for både mændenes sårbarhed og den sundhedstrussel, de oplevede, der var relateret til deres adfærd. Ifølge HBM skaber kombinationen af disse faktorer en motivation

for en adfærdsændring (Rosenstock 1974; Vallgård et al. 2014). Eksempelvis efterspurgte én af informanterne et nyt testudstyr, fordi han efter grundig overvejelse ønskede at tage prøven alligevel, hvilket kan være et resultat af, at informanten har oplevet en trussel i forbindelse med sin sundhedsadfærd og en sårbarhed og dermed er blevet motiveret. Med udgangspunkt i mændenes sårbarhed og oplevelsen af trussel for egen sundhed kan det tyde på, at der er grundlag for en succesfuld implementering af udviklingstiltaget. Dog er vi i løbet af specialeprocessen blevet bevidste om, at en adfærdsændring er kompleks og ikke noget, der findes et entydigt svar på, hvordan den lader sig gøre, jævnfør Luhmanns pointe om, at individets adfærd ikke er afhængig af viden. Ligeledes kan det ud fra HBM tyde på, at den motivation, der afstedkommes af kombinationen mellem sårbarheden og oplevelsen af trussel, er afhængig af, hvilke barrierer mændene oplever i forbindelse med deltagelse i screeningstilbuddet, samt hvorvidt mændene oplever, at der er flere ulemper end fordele forbundet med deltagelse. Og eftersom der netop ønskes udtænkt en implementeringsstrategi, kunne det netop være disse faktorerers indvirkning på motivationen, der bør overvejes i forbindelse med hvordan-spørgsmålet. Med udgangspunkt i udviklingstiltaget bør det nye og tilpassede screeningstilbud for mændene have flere fordele end ulemper, for at mændene skal handle på invitationen. Ifølge HBM ses individet som rationelt tænkende, og som en person, der har nogle præferencer, og dermed afvejer sin adfærd ud fra fordele og ulemper (Rosenstock 1974; Vallgård et al. 2014). At individet i følge HBM er rationelt tænkende bør vi dog ud fra den ovenstående diskussion forholde os kritiske til, fordi vi ud fra den kvalitative analyse fandt, at mændene ikke nødvendigvis følger anbefalingerne men i stedet lader sig styre af deres følelser. Derfor kan det være en udfordring at definere, hvad det rationelle valg er, fordi det er subjektivt orienteret.

Det kan dermed tyde på, at handlingsplanen for implementering af udviklingstiltaget skal fokusere på - ved hjælp af informationsmaterialet - at præcisere, hvad risikoen er ved ikke at deltage, og hvad gevinsten er ved at deltage. På denne måde kan individet forholde sig til, hvorvidt den viden, det får, er anvendelig. Ved at gøre opmærksom på gevinsterne og ulemperne ved deltagelse kan dette være med til at influere på den trusselsoplevelse, mændene får af deres egen adfærd vedrørende sundheden.

9.3 Evaluering

I tilfælde af at det udarbejdede udviklingstiltag i forbindelse med tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland skal implementeres, skal der i følge PPM forelægge en evaluering heraf. Ifølge modellens trin 7-9 bør denne evaluering tage udgangspunkt i både en proces- og effektevaluering (Crosby & Noar 2011). En evaluering, der tager højde for både processen og effekten, kan tage udgangspunkt i en virkningsevaluering, der er både varians- og procesorienteret. Den variansorienterede tilgang måler på effekten og dermed på, hvorvidt et tiltag virker eller ej ud fra en kvantitativ tilgang (Dahler-Larsen 2003). Den procesorienterede tilgang har derimod fokus på, hvordan virkningerne ved et tiltag opleves og opfattes, og dermed gør denne evalueringsstrategi udelukkende brug af den kvalitative metode (Bredgaard et al. 2016). Kombinationen af disse tilgange giver dermed mulighed for at undersøge, hvorfor og hvordan en given indsats virker (Dahler-Larsen 2003). En sådan virkningsevaluering gør således brug af forskellige metoder og kan være med til at vurdere effekten af det udarbejdede udviklingstiltag. Evaluering foregår normalt ud fra et retroperspektiv, hvilket vil sige, at evalueringen foretages efter at selve indsatsen er implementeret. Dette er ikke muligt i dette speciale, da både udviklingstiltaget og implementeringsstrategien stadig er teoretisk og dermed ikke implementeret i praksis. Med henblik på at tydeliggøre en eventuel evaluering vil vi derfor fremsætte en køreplan for en prospektiv virkningsevaluering. Denne virkningsevaluering vil tage udgangspunkt i en programteori, der har til hensigt at evaluere på, hvordan virkningsmekanismer og moderatorer har haft indvirkning på indsatsens slutmål (Dahler-Larsen 2003). Den nedenstående programteori i figur 12 tager udgangspunkt i Thomas Bredgaards (Bredgaard) udlægning af modellen (Bredgaard et al. 2016).



Figur 12: Programteori

De to første trin, *målgruppe og aktiviteter*, er allerede på forhånd kendt, fordi en fremadrettet evaluering vil tage udgangspunkt i dette speciales udviklingstiltag. Trin tre, *mekanismer/moderatorer*, består af de mekanismer og moderatorer, der influerer på udviklingstiltagets virkning, og dermed får noget til at virke. Bredgaard henviser til Dahler-Larsen, der forstår moderatorer som de faktorer, der enten motiverer eller demotiverer målgruppen i forhold til virkningen af indsatsen (Bredgaard et al. 2016). Med udgangspunkt i den kvalitative undersøgelse tyder det på, at et forbedret informationsmateriale, en ændret invitationsstrategi og blodprøven som supplement til afføringsprøven alle er mekanismer, der kan øge deltagelsen i screeningstilbuddet. Med henblik på at undersøge hvilke faktiske mekanismer og moderatorer, der har haft en indvirkning på udviklingstiltaget i forbindelse med implementering, kunne man fremadrettet undersøge processen via en interviewundersøgelse med mænd i målgruppen. En fordel ved at gøre brug af denne metode til evaluering vil være, at vi kan opnå en nuanceret forståelse af, om mændene oplever, at de begrænsninger, der fremkom i analysen, er blevet imødekommet og dermed ikke længere har en negativ indflydelse på deltagelsen. Interviewene er en fordel i forhold til at opnå et subjektivt perspektiv på virkningen, men dog synes denne metode ikke at kunne evaluere på den faktiske deltagelse. Derfor vil en effektevaluering indgå som en del af virkningsevalueringen med det formål at foretage statistiske undersøgelser, der har til formål at undersøge, hvilken effekt udviklingstiltaget har, og dermed vurdere, om udviklingstiltaget har øget de nordjyske mænds deltagelse. I forbindelse med en faktisk evaluering kan der dog forekomme behov for brug af andre metoder til evaluering, som vi på nuværende tidspunkt ikke kender til. Trin fire og fem, *delmål og slutmål*, illustrerer de mål, evalueringen kunne have. I figur 12 fremgår det, at slutmålet for evalueringen er at øge antallet af nordjyske mænd, der vælger at deltage i screeningstilbuddet fremadrettet. På samme måde er der noteret delmål, der skal forstås som indikatorer for, om indsatsen har en effekt. Delmålene går således forud for slutmålet. Eftersom evalueringen ikke er foretaget på nuværende tidspunkt, er de noterede mål et kvalificeret bud på, hvad vi forestiller os evalueringen kunne have som effekt. I tilfælde af en reel evaluering vil både proces- og effektevalueringen dog kunne vise andre mål, som vi ikke på nuværende tidspunkt har mulighed for at kende til.

10.0 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurderingen har til formål at kvalitetsvurdere de tre delstudier - *den kvantitative undersøgelse*, *den kvalitative undersøgelse* og *litteraturstudiet* - der er anvendt i specialet. Kvalitetsvurderingen vil være en kritisk refleksion over de enkelte delstudiers kvalitet, men også over, hvor godt de tilsammen har bidraget til at besvare specialets problemformulering. Kvalitetsmålene for de tre delstudier vil grundet forskellige metodiske tilgange være forskellige fra hinanden. Forståelsen heraf vil blive præsenteret under de forskellige afsnit.

10.1 Den kvantitative undersøgelse

I dette speciale vil den kvantitative undersøgelses kvalitet blive bedømt ud fra den interne validitet, den eksterne validitet og reliabiliteten. *Den interne validitet* er et udtryk for, i hvor høj grad den kvantitative undersøgelse måler det, den skal måle på. *Den eksterne validitet* udtrykker, om resultatet kan generaliseres fra målpopulationen ud til studiepopulationen, mens *reliabiliteten* er et udtryk for, hvorvidt det er muligt at genskabe data (Juul 2013).

Der er i den kvantitative undersøgelse gjort brug af registerdata, hvilket har været med til at højne *den interne validitet*. Den interne validitet højes ved brugen heraf, fordi registerdata bygger på data, der ikke er selvrapporteret af et enkelt individ, og dermed er der større mulighed for, at undersøgelsen måler på det, der er formålet, da der ikke kan forekomme rapporteringsbias. Rapporteringsbias skal forstås som manglende oplysning, der kan have betydning for undersøgelsens resultater (Sterne & Kirkwood 2003). Udover brugen af registerdata har valget af variabler ligeledes haft en betydning for den interne validitet i undersøgelsen, fordi den interne validitet er afhængig af, om vi har formålet at udvælge relevante variabler i forhold til det, der søges undersøgt. I første omgang var vi ikke bevidste om, hvordan registeret var bygget op, hvorfor vi udelukkende valgte at notere, hvem der havde deltaget ud fra, om der i registeret var noteret en prøvedato i det første felt. Dog fandt vi ud af, at hvis variabelen blev aflæst på denne måde, så valgte vi fejlagtigt blot at medtage de mænd og kvinder, der havde deltaget med det samme – og ikke i tilfælde af, at der forelå et laboratoriesvar i en af de øvrige felter. På den måde kom deltagelsen til at se mindre ud, end den reelt set var. I selve registeret fremstår deltagelsen ud fra felter, hvor mændenes deltagelse enten noteres som deltagende med det samme eller i en af de øvrige fire felter. Hvis mændene har valgt at deltage med det samme, noteres datoen for deres laboratoriesvar i det første felt, hvorimod hvis de først havde valgt at deltage senere, eventuelt grundet en ugyldig prøve, som noteret i tabel 17, så noteres der ikke noget i de første felter, men derimod noteres datoen for deres deltagelse først i det fjerde felt. Se nedenstående tabel 17 for eksempel. I forbindelse med vores første notation omkring deltagelse blev deltager nummer et vurderet som havende deltaget, hvorimod deltager nummer to blev vurderet som ikke deltagende, fordi registeret opfattede missing-værdierne i de første felter som manglende deltagelse.

	Laborato- riesvar 1	Laborato- riesvar 2	Laborato- riesvar 3	Laborato- riesvar 4	Laborato- riesvar 5
Deltager 1: Delta- ger med det samme	X				
Deltager 2: Delta- ger efter rykker nummer et				X	

Tabel 17: Eksempel på opbygning af register i forhold til deltagelse/ikke-deltagelse

Denne tilgang i den kvantitative undersøgelse var en ulempe for den interne validitet, fordi det viste sig at give nogle forkerte resultater i forhold til mændenes til- og fravalg. Resultaterne viste, at der fejlagtigt var flere mænd, der havde valgt ikke at deltage i forhold til, hvad data rent faktisk viste. Efterfølgende valgte vi at udbedre dette ved at definere og operationalisere deltagelsen ud fra fem forskellige variabler i datasættet. Rent praktisk foregik det ved, at vi noterede de mænd som deltagende, der havde et registreret laborato-riesvar i en af de fem felter. Ud fra tabel 17 kan dette forstås ved, at vi i stedet for den første tilgang som beskrevet oven for tabellen valgte at notere mændene som deltagende, hvis der i registeret fremgik en prøvedato i én af de fem felter – hvornår var ligeegyldigt. Således blev mændene kun noteret som ikke deltagende, hvis der ikke fremgik en prøvedato i nogen af de fem felter. Dette var en fordel for den interne validitet, fordi vi dermed mere præcist endte med at måle på til- og fravalget i screeningstilbuddet. Var dette ikke blevet opdaget, kunne resultaterne have fremstået anderledes, og dermed havde den interne validitet været svækket. De udvalgte variabler blev dikotomiseret og grupperet med det formål at operationalisere data. At operationalisere data kan have været en ulempe for den interne validitet, fordi dikotomisering og gruppering af data kan risikere at unuancere data, eftersom data komprimeres, og derfor kan der være nuancer, man ikke får med. Hvis vi i stedet havde valgt at lave større inddelinger af alder, kunne vi risikere ikke at se forskellene på de forskellige aldersgrupper. Hvis aldersgruppen 50-54 år og 55-59 år havde været slået sammen, havde det ikke ud fra data været muligt at se, at mændene mellem 50-54 år rent faktisk er dem, der deltager mindst i screeningstilbuddet. Det er ikke til at sige, om det havde givet et andet resultat, hvis vi havde valgt andre variabler eller havde indsnævret aldersgrupperne yderligere. Vi vurderede dog, at intervallet med fem års-grupper var passende for denne undersøgelse.

Da den kvantitative undersøgelse bygger på data om alle mænd i Region Nordjylland, der har modtaget en invitation til screeningstilbuddet, betyder det, at *den eksterne validitet* højnes, fordi målpopulationen er den samme som studiepopulationen. Det er således en fordel for den eksterne validitet, at det er samme gruppe, der både måles på, og som resultatet skal generaliseres ud til. Ligeledes har det været en fordel for den eksterne validitet, at der er gjort brug af registerdata, eftersom der ikke er sket en skævvridning af data, fordi

individet ikke skal rapportere data om sig selv. Derfor bliver data også mere sammenlignelige med virkeligheden, hvilket har øget generaliserbarheden og dermed den eksterne validitet.

Reliabiliteten er i den kvantitative undersøgelse blevet sikret ved, at vi har beskrevet i afsnit 5.5, hvordan data er operationaliseret, og syntaxfilen er vedlagt i bilag 7. I syntaxfilen fremgår det, hvordan variablerne er blevet operationaliseret, og andre forskere har mulighed for at genskabe de kørsler, som er blevet lavet i dette speciale. Dette øger reliabiliteten og dermed muligheden for, at andre forskere i et lignende forsøg vil kunne genskabe resultaterne, eftersom den metodiske fremgangsmåde er blevet gennemsigtiggjort.

10.2 Den kvalitative undersøgelse

Med henblik på at vurdere kvaliteten af den kvalitative undersøgelse tages der udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns forståelse af validitet, reliabilitet og generaliserbarhed.

Specialets *validitet* henviser til, hvorvidt den kvalitative undersøgelse undersøger det, den har til hensigt at undersøge (Kvale & Brinkmann 2009). At gøre brug af en kvalitativ interviewundersøgelse, der evner at opnå en viden om det fænomen, der undersøges med henblik på at besvare problemformuleringen, er med til at højne validiteten, da problemformuleringen søger at undersøge dybden og nuancen i informanternes oplevelse af deres begrænsninger ved deltagelse i screeningstilbuddet. Dermed er brugen af den kvalitative metode en fordel for validiteten, fordi denne metode er velegnet til at producere data til at besvare det, der søges undersøgt i problemformuleringen. Udover at vurdere den testmetode, der influerer på de resultater, der er blevet skabt, er udvælgelsen af deltagere også relevant i forhold til vurdering af validiteten. Er de personer, der er blevet brugt til generering af data pålidelige? Udvælgelsen af deltagere er sket via en strategisk udvælgelse og sneboldsmetoden, der fordrer en rekruttering af deltagere, der er relevante for undersøgelsens formål. At gøre brug af sneboldmetoden kan have været en ulempe for validiteten, eftersom informanterne kan blive meget ens, fordi de muligvis kommer fra det samme netværk, og dermed kan de producerede data blive unuancerede (Thagaard 2004). For at imødekomme dette problem valgte vi blot at gøre brug af sneboldmetoden til rekruttering af én informant, og derudover blev informanterne rekrutteret via den strategiske udvælgelse. Dette har været en fordel for validiteten, fordi informanterne dermed kommer fra forskellige netværk og således kan bidrage med data, der ikke er påvirket af hinanden. Samtidig er rekruttering via den strategiske udvælgelse en fordel for validiteten, eftersom informanterne udgør den målgruppe, vi ønsker at opnå en nuanceret viden om og udvikle et udviklingstiltag til. Ligeledes var det en fordel for validiteten, at vi foretog interviewundersøgelsen på baggrund af en interviewguide, eftersom vi ved hjælp af denne fik stillet de spørgsmål, vi gerne ville, og dermed fik undersøgt det, der var formålet med interviewene. Ligeledes var brugen af en interviewguide en fordel, fordi interviewene blev sammenlignelige grundet interviewenes fælles spørgsmål. I interviewene gjorde vi brug af opfølgende spørgsmål med henblik på at kvalificere de svar, vi

fik af mændene. Blandt andet gav mændene udtryk for, at afføringsprøven var en udfordring. I interviewguiden valgte vi derfor at udarbejde et opfølgende spørgsmål, der havde til formål at få underbygget informanternes oplevede begrænsninger for deltagelse ved at spørge, hvorvidt muligheden for at blive screenet ved hjælp af en blodprøve frem for en afføringsprøve ville have betydning for deres deltagelse. Dette var en fordel for validiteten, fordi vi på denne måde fik en større forståelse af, om mændene rent faktisk valgte ikke at deltage grundet testmetoden, eller om der kunne være andre grunde til deres manglende deltagelse. På denne måde styrker det vores opfattelse af, om mændene oplevede begrænsninger i forbindelse med deltagelse i screeningstilbuddet. Brugen af opfølgende spørgsmål kan således være en fordel for validiteten, fordi brugen heraf kan styrke argumentet i informanternes svar. Eksempelvis havde flere af informanterne svært ved at tale om afføring og afføringsprøven, hvorfor vi uden de opfølgende spørgsmål ikke nødvendigvis havde fået uddybende svar i forhold til, hvad der alternativt kunne være gjort, og hvilke overvejelser mændene havde i forhold til det. Det er således ikke et spørgsmål om, om interviewguiden har været med til at skabe bestemte svar, men derimod om, at interviewer og informant i fællesskab har skabt en ny horisont og dermed ny viden (Kvale & Brinkmann 2009).

Specialets *reliabilitet* refererer til, hvorvidt undersøgelsen er reproducerbar på andre tidspunkter og af andre forskere. Reliabiliteten skal dermed i kvalitative studier forstås som transparens (Kvale & Brinkmann 2009). Udover at brugen af interviewguiden har været medvirkende til at højne validiteten har det ligeledes været en fordel for reliabiliteten. I interviewguiden valgte vi at udarbejde spørgsmålet om den alternative testmetode i form af en blodprøve, og hvorvidt denne testmetode var aktuel for mændene. Kvale og Brinkmann argumenterer for, at der i et kvalitativt interview kan være behov for forståelsesmæssige korrektioner, hvorfor man med fordel kan stille spørgsmål, der dybdegående undersøger informantens svar. Kvale og Brinkmann kalder disse spørgsmål for ledende spørgsmål, der har til formål at kontrollere reliabiliteten i informantens svar (Kvale & Brinkmann 2009). Dog synes forståelsen af ledende spørgsmål at være negativt ladet i en kvalitativ undersøgelse, eftersom ledende spørgsmål ikke nødvendigvis fungerer som opfølgende spørgsmål, men i stedet kan influere på informanternes svar, hvorfor vi i stedet vælger at betegne de forståelsesmæssige korrektioner som opfølgende spørgsmål. De opfølgende spørgsmål er en fordel for reliabiliteten, fordi de kan være med til at gøre informanternes forståelser af deres oplevede begrænsninger for deltagelse transparente. Interviewguiden er, som nævnt i afsnit 5.6.1, præget af vores forforståelse. På trods af, at Kvale og Brinkmann argumenterer for, at dette kan være en styrke i interviewundersøgelsen, kan der også være ulemper forbundet herved. En ulempe kan være, at andre forskere ikke nødvendigvis vil have den samme forforståelse og dermed automatisk ikke vil kunne genskabe undersøgelsen på et andet tidspunkt. Dog har vi i specialets afsnit 5.3.1 nedskrevet vores forforståelse, hvilket kan være en fordel for reliabiliteten, fordi specialets resultater er gennemsigtige. Ved at gøre brug af en interviewguide og gøre opmærksom på den forforståelse, der ligger bag, har vi dermed styrket sandsynligheden og øget reliabiliteten for, at andre forskere kan reprodu-

cere undersøgelsen. Ligeledes er baggrundsvariablerne for informanterne gjort gennemsigtige ved at fremføre tabel 3, der viser deltagernes alder, civilstatus og uddannelsesniveau. Dette kan have været en fordel for reliabiliteten, fordi andre forskere dermed kan se, hvilke informanter der er gjort brug af og dermed i forbindelse med et ønske om at kunne genskabe undersøgelsen kan vælge informanter, der ligner de informanter, der indgår i denne undersøgelse. Med henblik på at kunne genskabe den metodiske fremgangsmåde i undersøgelsen er transparensen dermed vigtig. Derudover er specialets metodiske tilgang og bearbejdning af data gjort så gennemsigtig som mulig ved systematisk at beskrive fremgangsmåderne og ved at vedlægge analyseskema og transskribering i bilag. Dette er en fordel for reliabiliteten, fordi bilagene muliggør, at læseren kan gennemskue ud fra hvilke præmisser, specialets resultater og konklusioner er fremkommet. I forhold til specialets reproducerbarhed er det dog væsentligt at have in mente, at kvalitativ forskning er subjektiv, hvorfor interviewene i undersøgelsen er individuelle og dermed ikke nødvendigvis er reproducerbare.

Generaliserbarhed henviser til, hvorvidt det er muligt at generalisere de resultater, der er fremkommet i specialet til andre cases (Kvale & Brinkmann 2009). Kvale og Brinkmann argumenterer for, at kvalitative forskningsresultater ud fra et positivistisk perspektiv altid vil være underlagt en forudindtagethed om, at der er for få informanter til, at resultaterne kan generaliseres. Dog beskriver de i forlængelse heraf, at spørgsmålet om generaliserbarhed bør gribes anderledes an, når vi har at gøre med kvalitativ forskning. Ifølge Kvale og Brinkmann kan generaliserbarhed i forhold til kvalitativ forskning tage udgangspunkt i en naturalistisk, statistisk og analytisk tilgang (Kvale & Brinkmann 2009). Med henblik på at vurdere dette speciales generaliserbarhed tages der udgangspunkt i den analytiske generaliserbarhed, der angiver, hvorvidt resultaterne kan være vejledende for, hvad der kan gøre sig gældende i en anden situation. Det er således ikke, hvorvidt resultaterne er statistisk generaliserbare, men i stedet hvordan samspillet mellem den teoretiske referenceramme og de analytiske konklusioner sikrer undersøgelsens analytiske generaliserbarhed (Kvale & Brinkmann 2009). Med udgangspunkt i brugen af den teoretiske referenceramme i forhold til bearbejdning af særligt de kvalitative resultater og den efterfølgende analyse- og fortolkningsintegration med resultaterne fra den kvantitative undersøgelse og litteraturstudiet er det relevant at gøre brug af de interviewedes viden med henblik på at kunne forklare, hvordan lignende cases kan opleve deltagelsen i tarmkræftscreeningstilbuddet. Eksempelvis kan undersøgelsen fremadrettet blive brugt med henblik på at kunne forklare, at nordjyske mænd i denne undersøgelse lader deres deltagelse begrænse af frygten for et positivt svar, den manglende ansvarlighed og testmetoden. Disse begrænsninger kan dermed generaliseres ud til andre nordjyske mænd i samme aldersgruppe. Det vurderes således, at analyse- og fortolkningsintegration og brugen af teori er med til at øge den analytiske generaliserbarhed i dette speciale.

10.3 Litteraturstudie

Kvaliteten af litteraturstudiet vurderes ud fra den interne og eksterne validitet og reliabiliteten. Forståelsen af disse kvalitetsmål er den samme som beskrevet i den kvantitative undersøgelse, afsnit 10.1.

I litteraturstudiet er der foretaget systematiske søgninger, hvilket er en fordel for den *interne validitet*, da systematiske søgninger giver en mere stringent søgning i forhold til undersøgelsens formål (Lund 2014). Det kan dog have været en ulempe for den interne validitet, at der er søgt med fritekstsøgning i Sociological Abstract, da en fritekstsøgning gør søgningen bred og ikke sikrer samme stringens som en søgning med MeSH-termer. Dette kan have resulteret i mere støj i søgningen (Lund 2014). Noget kunne tyde på, at fritekstsøgningen i Sociological Abstracts har været bred og præget af støj i dette speciale, fordi der kun fremkom ét brugbart studie ud af 387 hits i søgningen. Brugen af fritekstsøgninger kan således have været en ulempe for validiteten. Desuden var der ikke nogle studier, der gik igen i søgningen fra Sociological Abstracts til søgningerne i PubMed og Cochrane. Dog skal siges, at de tre databaser har forskellige perspektiver. Sociological Abstracts har et sociologisk perspektiv, mens PubMed og Cochrane indeholder overvejende kliniske studier (PubMed n.d.; Sociological Abstracts n.d.; Cochrane Library n.d.). Dette kan være en medvirkende faktor for, at der ikke har været nogle studier fra Sociological Abstracts, der gik igen ved søgningerne i PubMed og Cochrane. Brugen af de tre databaser i dette speciale er en fordel for den interne validitet, eftersom vi ønskede at belyse problemformuleringen ud fra forskellige forskningsmetoder, da dette kunne bidrage til en mere nuanceret besvarelse af problemformuleringen. I den systematiske søgning i PubMed og Cochrane var der studier, der gik igen i begge søgninger, hvilket indikerer, at søgningerne i disse to databaser har været specifikke for litteraturstudiets formål. At søgningen er en fordel for den interne validitet, skyldes gengangere i søgningen, der bekræfter at søgningen er specifik og valid i forhold til litteratursøgningens formål. I den supplerende litteratursøgning havde vi som skrevet i metoden svært ved at søge relevante studier frem, hvilket kan have været en ulempe for den interne validitet, fordi søgningen dermed ikke indeholdt tilstrækkelig relevant litteratur i forhold til undersøgelsens formål. At søgningen ikke indeholdt tilstrækkeligt relevant litteratur kan skyldes, at blodprøven er en ny testmetode, og at de videnskabelige studier muligvis endnu ikke er indekseret med MeSH-termer, hvilket gør dem sværere at fremsøge via en systematisk søgning. Med henblik på at øge den interne validitet kunne vi med fordel have søgt med flere fritekstord i de fire blokke, fordi vi dermed kunne have fået fremsøgt de studier, der endnu ikke var blevet indekseret med MeSH-termer. Det kunne have bidraget til, at den systematiske søgning havde flere relevante hits. For at sikre den interne validitet i litteraturstudiet blev der lavet in- og eksklusionskriterier inden udvælgelsen af studierne. Dette sikrede, at de studier, der fremkom, passede til det, undersøgelsen havde til formål at undersøge. Efter udvælgelsen blev de udvalgte studier kvalitetsvurderet ud fra tjeklister ligeledes for at sikre studierne validitet. Hvis studierne ikke scorede højt på tjeklisterne, blev deres validitet vurderet til at være dårlig, hvilket ville svække dette speciales kvalitet og validitet.

Med henblik på at styrke den *eksterne validitet* i litteraturstudiet har vi forsøgt at medtage studier, der er så sammenlignelige med danske forhold som muligt. Blandt andet stemte testmetoden overens i de videnskabelige studier med testmetoden i det danske screeningstilbud, hvorfor testmetoden i de videnskabelige studier var generaliserbare til danske forhold. Resultaterne af de videnskabelige studier kan på trods af kulturelle forskelle overføres til de inviterede i det danske tarmkræftscreeningstilbud. Årsagen til denne høje grad af generaliserbarhed kan forklares via de anvendte in- og eksklusionskriterier, der gjorde, at deltagerne i de udenlandske studier og det danske tarmkræftscreeningstilbud var alderssvarende. Dette betyder, at resultaterne i litteraturstudiet kan overføres til danske forhold. Det kan dog have været en ulempe for generaliserbarheden, at der er medtaget studier fra USA, fordi der i forbindelse med screening for tarmkræft i USA medfølger en egenbetaling, hvis ikke de inviterede har en sundhedsforsikring (Centers for Disease Control and Prevention 2014). Dette er således en strukturel forskel, der ikke er sammenlignelig med danske forhold. Dog tyder det på, at blot 9,1 procent af den amerikanske befolkning ikke har en sundhedsforsikring, hvorfor størstedelen af befolkningen i tilfælde af screening ikke selv skal betale (Barnett et al. 2016). I både den første og den supplerende litteratursøgning blev der udvalgt danske studier. Disse studier er med til at højne generaliserbarheden, fordi studier er udarbejdet under danske forhold og dermed umiddelbart kan overføres til det danske tarmkræftscreeningstilbud og dennes målgruppe.

Litteraturstudiets *reliabilitet* er forsøgt sikret ved at foretage en søgeprotokol, hvor den systematiske litteratursøgning er blevet grundigt beskrevet i afsnit 5.7 og 5.8, mens bilag 1-3 giver et indblik i søgestrategien og kvalitetsvurderingen af studierne. Det var en fordel for reliabiliteten, at vi valgte at foretage den første systematiske litteratursøgning på ny d. 18/4-2017, efter databasen Sociological Abstract havde tilføjet ændringer, fordi andre forskere med større sandsynlighed vil kunne genskabe søgningen. Dermed er litteratursøgningen ved hjælp af søgeprotokollen blevet mere gennemsigtig og dermed mere reproducerbar (Frandsen 2014). Afsnit 5.7 og 5.8 og bilag 1-3 skal hjælpe til, at reproducerbarheden bliver så høj som muligt, da det dermed er lettere for læseren eventuelt at genskabe søgningen og vide, hvordan og ud fra hvilke kriterier vi har fremsøgt og udvalgt relevante studier.

10.4 Samlet kvalitetsvurdering

I dette afsnit vil der blive foretaget en samlet kvalitetsvurdering af de tre undersøgelser. Den samlede kvalitetsvurdering foretages med henblik på at vurdere specialets resultater og dermed konklusionen på problemformuleringen.

Samlet set er den *interne validitet* høj, fordi den kvantitative undersøgelse er baseret på relevante data om den specifikke målgruppe, og den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet har taget højde for faktorer, der gør, at undersøgelserne undersøger det, de har til formål at undersøge. Alle tre undersøgelser medvirker til at besvare specialets problemformulering, hvorfor den interne validitet i specialet vurderes til at være høj.

Den samlede *generaliserbarhed* i specialet vurderes at være høj, fordi den kvantitative og kvalitative undersøgelse bygger på data fra nordjyske mænd. Ved at inddrage resultater fra litteraturstudiet øger det den samlede generaliserbarhed, fordi vi dermed kan sammenligne de resultater, der er fremkommet i den kvantitative og kvalitative undersøgelse med de resultater, der fremkommer i litteraturstudiet.

Den samlede *reliabilitet* er på samme måde som den interne validitet og generaliserbarheden høj, fordi de metodiske valg, der er taget i specialet er gennemsigtiggjorte, eftersom vi i den kvantitative undersøgelse har vedlagt syntax-filen, og de metodiske valg i den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet er gennemsigtiggjorte.

11.0 Konklusion

Dette speciale har til hensigt at besvare problemformuleringen: *Hvordan kan mændenes muligheder og begrænsninger anvendes med henblik på at udvikle og implementere et udviklingstiltag for tarmkræftscreeningsprogrammet i Region Nordjylland?* Dette er der fokuseret på, fordi flere nordjyske mænd end kvinder fravælger at deltage i tarmkræftscreeningen, hvilket står i kontrast til, at mænd har en større risiko for at udvikle tarmkræft end kvinder.

Gennem en flervidenskabelig tilgang er der i specialet blevet præsenteret, hvilke begrænsninger de nordjyske mænd har oplevet i forbindelse med deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland. I den kvalitative undersøgelse viste resultaterne, at den væsentligste begrænsning for, at mændene ikke deltog i screeningen, var, at de syntes, afføringsprøven var ulækker. Dog var mændene bevidste om, at det ville være fordelagtigt for dem at deltage i screeningen, så en potentiel sygdom kunne opdages på et tidligt stadie, og behandlingen dermed blev mindre kompliceret. At testmetoden var en begrænsning for mændene kom ligeledes til udtryk i internationale videnskabelige studier, der fandt, at screeningstilbud, der var baseret på en afføringsprøve, var forbundet med en lav compliance og dermed lav deltagelse i screeningstilbuddet. Studierne viste, at en ændret testmetode i form af en blodprøve kunne være med til at øge deltagelsen i tarmkræftscreeningen (Ørntoft et al. 2015; Johnson et al. 2014; Adler et al. 2014; Symonds et al. 2015). Da de nordjyske mænd i den kvalitative undersøgelse blev adspurgt, hvorvidt en blodprøve ville kunne få dem til at deltage i screeningstilbuddet, svarede flertallet, at det ville få dem til at deltage, fordi de skulle stå til ansvar overfor andre end sig selv i forhold til deres egen sundhed. Mændene oplevede således et behov for at skulle stå til ansvar over for andre end sig selv i forbindelse med deltagelse, hvorfor den kvalitative undersøgelse ligeledes påpegede dette som en begrænsning for deltagelse. Udover mændenes oplevede begrænsninger i forhold til testmetoden og den manglende ansvarlighed viste den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet ligeledes, at mændene frygtede et positivt svar. Den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet viste, at mændene ønskede mere information om konsekvenserne ved ikke at deltage og nogle flere facts om incidens og prævalens af tarmkræft (Briant et al. 2015; Kirkegaard et al. 2016; Escoffery et al. 2014).

De begrænsninger, som den flervidenskabelige undersøgelse har påpeget – *testmetoden, frygten for et positivt svar og den manglende ansvarlighed* – indikerer således et behov for et tiltag, der kan imødekomme disse begrænsninger og øge compliance. Ved at kende mændenes begrænsninger for deltagelse muliggør det, at vi kan udarbejde et tiltag, der kan øge sandsynligheden for deltagelse. Ud fra den flervidenskabelige undersøgelse blev der udarbejdet et tredelt udviklingstiltag – *forbedret informationsmateriale, ændret invitationsstrategi og et differentieret tiltag i form af en blodprøve*. Den første del af udviklingstiltaget består af, at der bliver udsendt et nyt informationsmateriale til alle mænd i alderen 50-74 år, der fremadrettet skal indeholde supplerende informationer om årsager, symptomer, incidens og mortalitet samt information om konsekvenserne ved deltagelse og ikke-deltagelse. Derudover skal informationsmaterialet holdes på et minimum,

hvilket ud fra den videnskabelige litteratur vurderes at skulle omfatte maksimalt fire siders informationsmateriale (Kirkegaard et al. 2016). På nuværende tidspunkt tyder det på, at mændene har en anden opfattelse af konsekvensen ved et positivt svar, end hvordan det reelt forholder sig, hvilket er en begrænsning, som et forbedret informationsmateriale muligvis kan imødekomme. Anden del af udviklingstiltaget består af en forandret invitationsstrategi, hvor alle mænd i alderen 50-74 år ikke længere blot inviteres på baggrund af fødselsdato, men ligeledes inviteres på baggrund af civilstatus. Denne invitationsstrategi synes ud fra litteraturstudiet og den kvalitative undersøgelse at kunne øge deltagelsen, fordi mændene stilles til ansvar over for andre end sig selv (Thompson et al. 2012). Tredje del af udviklingstiltaget består af et differentieret tiltag målrettet den andel af de nordjyske mænd, der ikke har indsendt en afføringsprøve efter de første tre måneder. Denne gruppe bliver tilbudt at få taget en blodprøve i stedet for at skulle lave en afføringsprøve, hvilket ud fra den kvalitative undersøgelse og litteraturstudiet synes at kunne øge compliance (Ørntoft et al. 2015; Kirkegaard et al. 2016; Adler et al. 2014). Denne del af udviklingstiltaget er målrettet alle mænd i alderen 50-59 år, da der på nuværende tidspunkt intet argument er for at ændre testmetoden for alle de inviterede i screeningstilbuddet, fordi sensitiviteten og specificiteten er højere i afføringsprøven sammenlignet med blodprøven (Ørntoft et al. 2015).

Med henblik på at implementere disse udviklingstiltag mest hensigtsmæssigt i forhold til at øge deltagelsen hos de nordjyske mænd, er der gjort nogle didaktiske overvejelser. Disse didaktiske overvejelser er relevante, da udviklingstiltaget ikke bare søger at oplyse de nordjyske mænd men ligeledes ønsker at ændre deres adfærd i forhold til deltagelse i screeningstilbuddet, fordi deltagelse kan have en forebyggende effekt. Implementeringsstrategien har blandt andet til formål at implementere det forbedrede informationsmateriale, hvorfor der ligeledes er blevet gjort didaktiske overvejelser i forhold til, hvem mændene skal lære af og dermed, hvem der skal udarbejde informationsmaterialet. Informationsmaterialet skal udarbejdes af sundhedsprofessionelle, der har en sundhedsfundamentalistisk og dermed objektiv og evidensbaseret tilgang til viden. Ud fra denne tilgang kan vi øge sandsynligheden for, at mændene opnår en objektiv viden i forhold til screeningstilbuddet, og på denne måde kan mændene tage stilling til deres deltagelse ud fra et videnskabeligt grundlag, som de sundhedsprofessionelle præsenterer. Dog er det vigtigt, at det informationsmateriale som de sundhedsprofessionelle udarbejder tager udgangspunkt i mændenes behov, fordi mændene skal lære ved hjælp af informationsmaterialet, og dette vil kunne øge mændenes motivation for deltagelse. På trods af at informationsmaterialet skal udarbejdes af de sundhedsprofessionelle, skal mændene ligeledes lære af deres samboende kæreste eller ægtefælle i hjemmet i takt med den ændrede invitationsstrategi. Dette kan være en fordel, eftersom den videnskabelige litteratur påpeger, at denne invitationsstrategi kan medføre, at kvindernes sundhedsadfærd smitter af på mændene (Thompson et al. 2012). Dog er dette kun muligt, hvis mændene oplever at have en personlig tillid til kvinden og ikke lader sine egne præferencer råde. De didaktiske overvejelser har således behandlet, hvordan både mændenes personlige tillid og tillid til, at systemerne kan influere

på deres deltagelse samt, at mændene på trods af tillid alligevel ikke vælger at deltage grundet deres oplevelse af afføringsprøven som ulækker. På trods af de didaktiske overvejelser synes implementeringen af disse udviklingstiltag at være kompleks, fordi vi først og fremmest ikke kan fremtvinge et informationsbehov hos mændene og dermed et ønske om deltagelse. Ligeledes er det ikke muligt at fremkalde en tillid til hverken personer eller systemer, fordi vi har set, at mændenes adfærd kan været præget af blandt andet deres oplevelse af afføringsprøven som værende ulækker. For at imødekomme dette blev det differentierede tiltag i form af en blodprøve udarbejdet. På trods af at vi har udarbejdet tre udviklingstiltag ud fra de behov, vi har identificeret i undersøgelserne og gjort os nogle didaktiske overvejelser i forhold til implementeringen heraf, så er dette dog kun et bud på, hvordan man kan foretage en implementering af det udarbejdede udviklingstiltag. Eftersom udviklingstiltaget og implementeringen heraf er kompleks, anbefales det derfor, at der laves yderligere studier på, hvordan begrænsningerne kan imødekommes, så deltagelsesprocenten for de nordjyske mænd stiger i tarmkræftscreeningstilbuddet.

12.0 Referenceliste

- Adler, A. et al., 2014. Improving compliance to colorectal cancer screening using blood and stool based tests in patients refusing screening colonoscopy in Germany. Available at: <http://download.springer.com/static/pdf/485/art%253A10.1186%252F1471-230X-14-183.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcgastroenterol.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471-230X-14-183&token2=exp=1492117389~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F485%2Fart%25253A10.1186%25252> [Accessed April 13, 2017].
- American Psychological Association, Socioeconomic Status. Available at: <http://www.apa.org/topics/socioeconomic-status/> [Accessed April 10, 2017].
- Andersen, N.Å., 2014. *Den sematiske analysestrategi og samtidssdiagnostik* 1. udgave., Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Antoft, R. & Salomonsen, H.H., 2007. Det kvalitative casestudium. In R. Antoft, M. H. Jacobsen, & S. Kristiansen, eds. *Håndværk og horisonter*. Odense: Syddansk Universitetsforlag, pp. 29–58.
- Antonovsky, A., 2000. *Helbredets mysterium* 1. udgave,, Hans Reitzels Forlag.
- Bak, C.K., 2010. Anthony Giddens. In P. T. Andersen & H. Timm, eds. *Sundhedssociologi - En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 79–100.
- Barnett, J.C. et al., 2016. Health Insurance Coverage in the United States: 2015. Available at: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p60-257.pdf> [Accessed May 8, 2017].
- Boolsen, M.W., 2015. Grounded Theory. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 241–272.
- Bredgaard, T., Salado-Rasmussen, J. & Sieling-Monas, S.M., 2016. Virkningsevaluering. In T. Bredgaard, ed. *Evaluering af offentlig politik og administration*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brenner, H., Kloor, M. & Pox, C.P., 2014. Colorectal cancer. *The Lancet*, 383(9927), pp.1490–1502.
- Briant, K.J. et al., 2015. An Innovative Strategy to Reach the Underserved for Colorectal Cancer Screening. *Journal of Cancer Education*, 30(2), pp.237–243. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25002255> [Accessed April 13, 2017].
- Brodersen, J. et al., 2007. En etisk diskussion af screening for kræftsygdomme. *Nordic Journal of Applied Ethics*, 3(2009), pp.59–83. Available at: https://www.ntnu.no/ojs/index.php/etik_k_i_praksis/article/viewFile/1712/1648 [Accessed April 10, 2017].
- Bundorf, M.K. et al., 2006. Who Searches the Internet for Health Information? *Health Research and Educational Trust*, 41(3), pp.819–836. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1713205/pdf/hesr041-0819.pdf> [Accessed May 8, 2017].

- Buus, N. et al., 2008. Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*, 10, pp.2–8.
- Camilloni, L. et al., 2013. Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. *BMC Public Health*, 13(1), p.464. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23663511> [Accessed April 13, 2017].
- Carr, E.C.J. & Worth, A., 2001. The use of the telephone interview for research. *Journal of Research in Nursing*, 6(1), pp.511–524. Available at: <http://jrn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/136140960100600107> [Accessed April 12, 2017].
- Centers for Disease Control and Prevention, 2014. CDC - Insurance and Medicare. Available at: https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/screening/insurance.htm [Accessed May 8, 2017].
- Chambers, J.A. et al., 2016. Attitudes towards the Faecal Occult Blood Test (FOBT) versus the Faecal Immunochemical Test (FIT) for colorectal cancer screening: perceived ease of completion and disgust. *BMC Cancer*, 16(1), p.96. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26872450> [Accessed April 10, 2017].
- Cochrane Library, Home | Cochrane Library. Available at: <http://www.cochranelibrary.com.zorac.aub.aau.dk/> [Accessed May 22, 2016].
- Courtenay, W.H., 2000a. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50(10), pp.1385–1401.
- Courtenay, W.H., 2000b. Engendering Health: A Social Constructionist Examination of Men's Health Beliefs and Behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, 1(1), pp.4–15.
- Courtenay, W.H., 2003. Key Determinants of the Health and the Well-Being of Men and Boys. *International Journal of Men's Health*, 2(1).
- Crosby, R. & Noar, S.M., 2011. What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Public Health Dentistry*, 71(s1), pp.7–15.
- Cutilli, C.C., Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthopedic nursing*, 26(1), pp.43–8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17273109> [Accessed April 10, 2017].
- Dahler-Larsen, P., 2003. Opskrift på virkningsevaluering. In *Nye veje i evaluering*. Århus: Systime, p. s. 51-79.
- Danmarks Statistik, 2016a. Statistikbanken. Available at: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>.
- Danmarks Statistik, 2016b. Uddannelsesniveaet stiger i alle regioner - Danmarks Statistik. Available at: <http://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=20036> [Accessed May 8, 2017].
- Dansk Sundhedsinstitut, 2009. *Health literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*, København.
- Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase, 2016. *Første 22 måneder af 1. nationale screeningsrunde*, Available at: https://www.sundhed.dk/content/cms/45/61245_dtsårsrapport-2015_final.pdf.

- Delwiche, L.D. & Slaughter, S.J., 2012. *The Little SAS ® Book 5*. udgave., SAS Institute.
- Dempsey, A. et al., 2016. Parents' perceptions of provider communication regarding adolescent vaccines. , 14, pp.1–7.
- Diderichsen, F., 2011. Social ulighed i sundhed - årsager, analyser og indsatser. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B. B. Jensen, eds. *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard Danmark, pp. 249–256.
- Due, P. & Holstein, B., 2011. Sundhedsadfærd. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B. B. Jensen, eds. *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard Danmark, pp. 209–219.
- Escoffery, C. et al., 2014. A systematic review of special events to promote breast, cervical and colorectal cancer screening in the United States. *BMC Public Health*, 14(1), p.274. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24661503> [Accessed April 13, 2017].
- Forskningscenter for forebyggelse og sundhed, 2006. *Screening for tarmkraeft i Vejle og Københavns Amter Tvaergående evaluering af pilotprojekter Indholdsfortegnelse*, Available at: <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/8/558/1385260914/eksternevaluering.pdf> [Accessed April 10, 2017].
- Frandsen, T.F. m. fl., 2014. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskr Læger*, 176(7), pp.647–651.
- Frederiksen, B.L. et al., 2010. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. *British Journal of Cancer*, 103(10), pp.1496–1501. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20959827> [Accessed April 10, 2017].
- Frederiksen, M., Gundelach, P. & Rikke Skovgaard Nielsen, 2014. *Mixed Methodsforskning 1*. udgave,, København: Hans Reitzels Forlag.
- Gadamer, H.-G., 2007. *Sandhed og metode: Grundtræk af en filosofisk hermeneutik 2*. udgave,, Academica.
- Gao, R.-N., Ineke Neutel, C. & Wai, E., 2008. Gender differences in colorectal cancer incidence, mortality, hospitalizations and surgical procedures in Canada. *Journal of Public Health*, 30(2), pp.194–2001. Available at: https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/jpubhealth/30/2/10.1093/pubmed/fdn019/2/fdn019.pdf?Expires=1493986263&Signature=feHur9A9M4SyK5C-I2U67yCtfXAff53WfmXaSGwqOKE0-vjvl9W3900fx8Qj~VD1yfPLwfGidjkPSXCOX76xjmb8QXgOCxsnzYtxi2tKoMJ [Accessed May 4, 2017].
- Habel, M.A., Liddon, N. & Stryker, J.E., 2009. The HPV vaccine: a content analysis of online news stories. *Journal of women's health (2002)*, 18(3), pp.401–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19281323> [Accessed March 7, 2016].
- Hagen, R., 2006. *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagggar, F.A. & Boushey, R.P., 2009. Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clinics in colon and rectal surgery*, 22(4), pp.191–7. Available at:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21037809> [Accessed April 10, 2017].
- Halkier, B. & Jensen, I., 2011. Doing “healthier” food in everyday life? A qualitative study of how pakistani danes handle nutritional communication. *Critical Public Health*, 21(4), pp.471–483.
- Hein, H.H., 2009. *Motivation: Motivationsteori og praksis anvendelse* 1. udgave., København: Hans Reitzels Forlag.
- Hesse, B.W. et al., 2005. Trust and Sources of Health Information. *Archives of Internal Medicine*, 165(22), p.2618. Available at: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.165.22.2618> [Accessed May 12, 2017].
- Hewitson, P. et al., 2007. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. In P. Hewitson, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, p. CD001216. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253456> [Accessed May 11, 2017].
- Holden, D.J. et al., 2010. Systematic Review: Enhancing the Use and Quality of Colorectal Cancer Screening. *Annals of Internal Medicine*, 152(10), p.668. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20388703> [Accessed April 13, 2017].
- Jank, W. & Meyer, H., 2006. *Didaktiske modeller - grundbog i didaktik* 1. udgave., København: Nordisk Forlag.
- Jensen, H. et al., 2015. Diagnostic intervals before and after implementation of cancer patient pathways –a GP survey and registry based comparison of three cohorts of cancer patients. *BNC Cancer*, 15(308).
- Johnson, D.A. et al., 2014. Plasma Septin9 versus Fecal Immunochemical Testing for Colorectal Cancer Screening: A Prospective Multicenter Study H. Suzuki, ed. *PLoS ONE*, 9(6), p.e98238. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24901436> [Accessed April 13, 2017].
- Juul, S., 2013. *Epidemiologi og Evidens* 2. Udgave., København: Munksgaard.
- Juul, S., 2012. Hermeneutik. In S. Juul & K. B. Pedersen, eds. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori. En indføring*. København K: Hans Reitzels Forlag, pp. 107–149.
- Juul, S. & Pedersen, K.B., 2012. Hvorfor videnskabsteori? In S. Juul & K. B. Pedersen, eds. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori. En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 9–23.
- Jørgensen, A., 2014. *Hans-Georg Gadamer* 2. udgave., København: Forlaget Anis.
- Kaspersen, L.B., 2001. *Anthony Giddens - introduktion til en samfundsteoretiker* 2. udgave., København K: Hans Reitzels Forlag.
- Kirkegaard, P. et al., 2016. Making decisions about colorectal cancer screening. A qualitative study among citizens with lower educational attainment. *The European Journal of Public Health*, 26(1), pp.176–181. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26541860> [Accessed April 13, 2017].
- Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F., 2007. *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*, Available at: http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/Bøger og rapporter/2008/2897_Folkesundhedsrapporten_2007.aspx.
- Kobayashi, L.C., Wardle, J. & Wagner, C. von, 2014. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer

- screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive Medicine*, 61, pp.100–105.
- Koh, H.K. & Rudd, R.E., 2015. The Arc of Health Literacy. *JAMA*, 314(12), pp.1225–1226. Available at: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2426088> [Accessed August 7, 2015].
- Komiteen for Sundhedsoplysning, 2014. *Screening for tyk- og endetarmskræft*, Kræftens Bekæmpelse, 2016a. Forsøg med screening for tarmkræft. Available at: <https://www.cancer.dk/forebyg/screening/screening-tarmkraeft/forsoeg-tarmkraeft/>.
- Kræftens Bekæmpelse, 2015. Koloskopi. Available at: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/undersogelser-for-kraeft/kikkertundersogelser/kolonoskopi/>.
- Kræftens Bekæmpelse, 2016b. Kræft og alder. Available at: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kraeft/kraeft-i-tal/kraeft-og-alder/>.
- Kræftens Bekæmpelse, 2016c. Sådan foregår undersøgelsen. Available at: <https://www.cancer.dk/forebyg/screening/screening-tarmkraeft/saadan-foregaar-undersogelsen/>.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009. *Interview : introduktion til et håndværk* 2. udg. S. Kvale, ed., Kbh. : Hans Reitzel.
- Københavns Universitetsbibliotek, Søgeteknik. Available at: <http://bibliotek.science.ku.dk/vejledninger/soege/sogeteknik/> [Accessed April 18, 2017].
- Larsen, K., 2009. Kroppe - sundhed og social ulighed. In S. Glasdam, ed. *Folkesundhed -i et kritisk perspektiv*. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 188–218.
- Launsø, L., Olsen, L. & Rieper, O., 2015. *Forskning om og med mennesker - Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* 6. udgave., København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Levin-Zamir, D. et al., 2016. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health Communication*, 21(sup2), pp.61–68. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27669363> [Accessed April 10, 2017].
- Lo, S.H. et al., 2015. Social Cognitive Mediators of Sociodemographic Differences in Colorectal Cancer Screening Uptake. *BioMed Research International*, 2015, pp.1–9. Available at: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/165074/> [Accessed April 10, 2017].
- Luhmann, N., 2000. *Sociale systemer*, København: Hans Reitzels Forlag.
- Luhmann, N., 1999. *Tillid - en mekanisme til reduktion af social kompleksitet* 1. udgave., Hans Reitzels Forlag.
- Lund, H., 2014. *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning : redskaber til evidensbaseret praksis* H. Lund, ed., København: Munksgaard.
- Lynes, K. et al., 2016. Public appreciation of lifestyle risk factors for colorectal cancer and awareness of bowel cancer screening: A cross-sectional study. *International Journal of Surgery*, 36(Pt A), pp.312–318. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27816703> [Accessed April 10, 2017].

- Marventano, S. et al., 2013. Health related quality of life in colorectal cancer patients: state of the art. *BMC Surgery*, 13, p.S15. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3851259/pdf/1471-2482-13-S2-S15.pdf> [Accessed April 10, 2017].
- Matzen, P. et al., 2001. *Kræft i tyktarm og endetarm - Diagnostik og screening*, København.
- Maxwell, J.A., 2005. A model for Qualitative Research Design. In *Qualitative research design. An Interactive Approach*. Sage Publications, pp. 1–14.
- McCashland, T.M. et al., 2001. Gender differences in colorectal polyps and tumors. *The American Journal of Gastroenterology*, Published online: 01 March 2001; | doi:10.1111/j.1572-0241.2001.3638_a.x, 96(3), p.882. Available at: <http://www.nature.com/ajg/journal/v96/n3/abs/ajg2001196a.html> [Accessed May 4, 2017].
- Murray, C.J.L., Gakidou, E.E. & Frenk, J., 1999. Critical Reflection Health inequalities and social group differences: what should we measure? , 77(7), pp.537–543. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557698/pdf/10444876.pdf> [Accessed May 7, 2017].
- Myers, R.E. et al., 2014. Increasing Colon Cancer Screening in Primary Care Among African Americans. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 106(12), p.dju344-dju344. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25481829> [Accessed April 13, 2017].
- Møller, R.B., 2009. Et forsvar for sundhedsfundamentalismen - til kritik af en tidstypisk tankegang. In S. Glasdam, ed. *Folkesundhed -i et kritisk perspektiv*. Odense: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 67–93.
- Nielsen, H.J., Screening med afføringstest - bedst og billigst. Available at: <http://www.colorectalcancer.dk/tarmkraeft/mere-om-screening/affoeringstests/> [Accessed April 10, 2017].
- Oldach, B.R. & Katz, M.L., 2014. Health literacy and cancer screening: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 94(2), pp.149–157. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24207115> [Accessed April 10, 2017].
- Pența, M.A. & Băban, A., 2014. Mass media coverage of HPV vaccination in Romania: a content analysis. *Health education research*, 29(6), pp.977–92. Available at: <http://her.oxfordjournals.org/content/29/6/977.abstract> [Accessed March 7, 2016].
- Peterson, N.B. et al., 2007. The Influence of Health Literacy on Colorectal Cancer Screening Knowledge, Beliefs and Behavior. *Journal of the National Medical Association*, 99(10), pp.1105–1112. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2574401/pdf/jnma00209-0027.pdf> [Accessed April 10, 2017].
- PubMed, PubMed. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> [Accessed May 22, 2016].
- Region Nordjylland, 2016. Screening for tarmkræft. Available at: <http://www.rn.dk/Sundhed/Patient-i-Region-Nordjylland/Hospitaler/Screening-for-kraeft/Screening-for-tarmkraeft> [Accessed April 13, 2017].

- Reis, H.T. et al., 2000. Daily Well-Being: The Role of Autonomy, Competence, and Relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), pp.419–435. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0146167200266002> [Accessed April 13, 2017].
- Rienecker, L., 2012. *Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser 4*. Udgave., Samfundslitteratur.
- Robinson, M. & Robertson, S., 2014. Challenging the field: Bourdieu and men's health. *Social Theory & Health*, 12(4), pp.339–360. Available at: <http://link.springer.com/10.1057/sth.2014.8> [Accessed April 12, 2017].
- Rosenstock, I.M., 1974. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), pp.354–386.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L., 2000a. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, pp.54–67. Available at: <http://www.idealibrary.com> [Accessed April 13, 2017].
- Ryan, R.M. & Deci, E.L., 2000b. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American psychologist*, 55(1), pp.68–78. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11392867> [Accessed April 13, 2017].
- Salimzadeh, H. et al., 2014. Effectiveness of a theory-based intervention to increase colorectal cancer screening among Iranian health club members: a randomized trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(5), pp.1019–1029. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24027014> [Accessed April 13, 2017].
- Santare, D. et al., 2015. Improving uptake of screening for colorectal cancer. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 27(5), pp.536–543. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25806603> [Accessed April 10, 2017].
- Scott, J., 2015. Raewyn Connell: Hegemonic Masculinities, gender and male health. In *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. p. 710.
- Sepstrup, P., 2006. *Tilrettelæggelse af information. Kommunikations- og kampagneplanlægning 3. udgave,,* Århus: Academica.
- Smith, E.M., 2005. Telephone interviewing in healthcare research: a summary of the evidence. *Nurse Researcher*, 12(3), pp.32–41. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15793975> [Accessed April 12, 2017].
- Sociological Abstracts, Sociological Abstracts. Available at: <http://search.proquest.com/socabs> [Accessed May 2, 2017].
- Steinberg, S., 2007. *An introduction to Communication Studies*, Cape Town: Juta & Co.
- Sterne, J. & Kirkwood, B.R., 2003. *Essentials of Medical Statistics* 2nd Resive., John Wiley And Sons Ltd.
- Sundhedsdatastyrelsen, 2014. *Nye kræfttilfælde i Danmark*,
- Sundhedsdatastyrelsen, 2015. Tabel over udvikling i kræftoverlevelse i Danmark. Available at:

- <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/CAR/CAR03/Sider/Tabel.aspx> [Accessed April 20, 2017].
- Sundhedsstyrelsen, 2016a. *Børnevaccinationsprogrammet - Årsrapport 2015*, København. Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/07DE5C2DB5744699BB0BBD79DAA35368.ashx> [Accessed May 8, 2017].
- Sundhedsstyrelsen, 2017. *Børnevaccinationsprogrammet - årsrapport 2016*, København. Available at: http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK - dansk/Vaccination/Boernevaccination/BoernevaccProgramAarsrap2016_26apr17.ashx [Accessed May 8, 2017].
- Sundhedsstyrelsen, 2016b. Pakkeforløb på kræftområdet. Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb> [Accessed October 27, 2016].
- Sundhedsstyrelsen, 2016c. Tarmkræftscreening. Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/screening/tarmkraeftscreening> [Accessed October 27, 2016].
- Sundhedsstyrelsen, 2016d. *Tilbud om undersøgelse for kræft i tyk-og endetarm*, Available at: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2016/~media/3CF2065A4BAE44D4920197025D265DA5.ashx> [Accessed May 4, 2017].
- Sundhedsstyrelsen, 2016e. Uliged i sundhed. Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/ulighed> [Accessed April 10, 2017].
- Sweet, L., 2002. Telephone interviewing: is it compatible with interpretive phenomenological research? *Contemporary nurse*, 12(1), pp.58–63. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12013519> [Accessed April 12, 2017].
- Symonds, E.L. et al., 2015. Improving Participation in Colorectal Cancer Screening: a Randomised Controlled Trial of Sequential Offers of Faecal then Blood Based Non-Invasive Tests. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 16(18), pp.8455–60. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26745101> [Accessed April 13, 2017].
- Sørensen, R. & Klitgaard, J., 2016. Sygdom søges.
- Tanggaard, L., 2007. The resaearch interview as discourses crossing swords. The researcher and the apprentice on crossing swords. *Qualitative Inquiry*, 13(1), pp.160–176.
- Thagaard, T., 2004. Problemstilling og forskningsoplæg. In *Systematik og indlevelse. En indføring i kvalitativ metode*. Akademisk Forlag, pp. 47–64.
- The Equator Network, The EQUATOR Network | Enhancing the QUALity and Transparency Of Health Research. Available at: <http://www.equator-network.org/> [Accessed April 13, 2017].
- Thompson, L., Reeder, T. & Abel, G., 2012. “I can”t get my husband to go and have a colonoscopy’: Gender and screening for colorectal cancer. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 16(3), pp.235–249. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21602246> [Accessed April 13, 2017].

- Vallgård, S., 2012. Sammenlignende undersøgelser. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, pp. 225–243.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T., 2014. *Sygdomsforebyggelse* 1. udgave., København: Munksgaard.
- Vardinghus-Nielsen, H. & Nissen, M.A., 2002. Hvad skabes der i skolebestyrelser? In Jens Rasmussen, ed. *Luhmann anvendt*. København, pp. 145–162.
- Wackerhausen, S., 1995. *Et åbent sundhedsbegreb* 2. udgave., Århus.
- von Wagner, C. et al., 2009. Inequalities in colorectal cancer screening participation in the first round of the national screening programme in England. *British Journal of Cancer*, 101, pp.S60–S63. Available at: <http://www.nature.com/doi/10.1038/sj.bjc.6605392> [Accessed April 10, 2017].
- Wardle, J. et al., 2016. Effects of evidence-based strategies to reduce the socioeconomic gradient of uptake in the English NHS Bowel Cancer Screening Programme (ASCEND): four cluster-randomised controlled trials. *The Lancet*, 387(10020), pp.751–759. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361501154X> [Accessed April 10, 2017].
- Wardle, J. et al., 2015. Screening for prevention and early diagnosis of cancer. *American Psychologist*, 70(2), pp.119–133. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25730719> [Accessed April 12, 2017].
- Wetherell, M. & Edly, N., 1999. Negotiating hegemonic masculinity: Imaginary positions and psycho-discursive practices. *Feminism & Psychology*, 9(3), pp.335–356.
- Wijkerslooth, T. de et al., 2012. Reasons for participation and nonparticipation in colorectal cancer screening: a randomized trial of colonoscopy and CT colonography. *The American Journal of Gastroenterology*, 107(12), pp.1777–1783.
- Wilson, J.M.G. & Jungner, G., 1968. *PRINCIPLES AND PRACTICE OF SCREENING FOR DISEASE*, Geneva. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37650/17/WHO_PHP_34.pdf [Accessed May 11, 2017].
- Worth, A. & Tierney, A.J., 1993. Conducting research interviews with elderly people by telephone. *Journal of advanced nursing*, 18(7), pp.1077–84. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8370897> [Accessed April 12, 2017].
- Ørntoft, M.-B.W. et al., 2015. Performance of the colorectal cancer screening marker Sept9 is influenced by age, diabetes and arthritis: a nested case–control study. *BMC Cancer*, 15(1), p.819. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26514170> [Accessed April 13, 2017].

13.0 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Anvendte databaser	1
Bilag 2: Søgestrategi i databaser.....	2
Bilag 3: Resultater fra litteratursøgning.....	4
Bilag 4: Interviewguide.....	11
Bilag 5: Analyseskema.....	13
Bilag 6: Transskriberede interviews.....	29
Informant 1	29
Informant 2	32
Informant 3	36
Informant 4	40
Informant 5	43
Bilag 7: Syntaxfil	48

Bilag 1: Anvendte databaser

Bilag 1 viser, hvilke databaser der er blevet anvendt, og der findes derefter en kort beskrivelse af, hvad de kan bidrage med til besvarelsen af problemformuleringen.

Database	Begrundelse for valg af denne
PubMed	PubMed er primært en medicinsk og biomedicinsk database, der primært har artikler omhandlende dette. Det er desuden verdens største database inden for alle områder, der vedrører medicin. Databasen søger i over 5000 tidsskrifter (PubMed n.d.). Da databasen søger i primært engelsktalende tidsskrifter, gør det det lettere at omsætte litteraturen, da det er forståeligt sprog for os, hvilket er en af grundene for tilvalget. Derudover er den valgt, fordi udvalget af videnskabelige artikler er meget stort og omfattende.
Cochrane	Cochrane er en database, hvor indholdet er af høj metodologisk kvalitet. Den er endvidere en medicinsk database indeholdende litteratur om medicin, klinisk viden og sundhedsvidenskab (Cochrane Library n.d.). Da indholdet er af høj metodologisk kvalitet, er der valgt at søge i denne database, men også fordi problemformuleringen lægger op til at undersøge et klinisk og medicinsk problemfelt.
Sociological Abstract	Denne database indeholder international litteratur om emner, der behandles ud fra et sociologisk perspektiv. Den søger i mere end tusind tidsskrifter, bøger og lignende (Sociological Abstracts n.d.). Den sociologiske vinkel passer godt til besvarelsen af problemformuleringen, fordi den søger svar på, hvordan nogle mænd kan blive motiveret for deltagelse i tarmkræftscreeningen.

Tabel 1: Tabel over anvendte databaser

Bilag 2: Søgestrategi i databaser

Første litteratursøgning:

PubMed-søgning d. 18/4-2017

History			Download history	Clear history
Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#24	Add	Search (((("Colorectal Neoplasms"[Mesh]) AND "Preventive Health Services"[Mesh]) AND "Attitude to Health"[Mesh]) AND ("Male"[Mesh] AND "Middle Aged"[Mesh] OR "Aged"[Mesh])) AND ((Motivat* OR Adher* OR Compli* OR Noncompli* OR Percep* OR Attitude*)) Filters: published in the last 10 years; Male; Middle Aged: 45-64 years	488	06:14:55
#23	Add	Search (((("Colorectal Neoplasms"[Mesh]) AND "Preventive Health Services"[Mesh]) AND "Attitude to Health"[Mesh]) AND ("Male"[Mesh] AND "Middle Aged"[Mesh] OR "Aged"[Mesh])) AND ((Motivat* OR Adher* OR Compli* OR Noncompli* OR Percep* OR Attitude*)) Filters: published in the last 10 years; Male	498	06:14:45
#22	Add	Search (((("Colorectal Neoplasms"[Mesh]) AND "Preventive Health Services"[Mesh]) AND "Attitude to Health"[Mesh]) AND ("Male"[Mesh] AND "Middle Aged"[Mesh] OR "Aged"[Mesh])) AND ((Motivat* OR Adher* OR Compli* OR Noncompli* OR Percep* OR Attitude*)) Filters: published in the last 10 years	524	06:14:35
#21	Add	Search (((("Colorectal Neoplasms"[Mesh]) AND "Preventive Health Services"[Mesh]) AND "Attitude to Health"[Mesh]) AND ("Male"[Mesh] AND "Middle Aged"[Mesh] OR "Aged"[Mesh])) AND ((Motivat* OR Adher* OR Compli* OR Noncompli* OR Percep* OR Attitude*))	893	06:14:27
#20	Add	Search "Aged"[Mesh]	2652096	05:12:19
#17	Add	Search "Middle Aged"[Mesh]	3726162	05:09:13
#13	Add	Search "Male"[Mesh]	7439024	05:03:56
#10	Add	Search (Motivat* OR Adher* OR Compli* OR Noncompli* OR Percep* OR Attitude*)	3803041	05:03:01
#9	Add	Search "Attitude to Health"[Mesh]	346309	04:42:58
#7	Add	Search "Colorectal Neoplasms"[Mesh]	170345	04:42:34
#3	Add	Search "Preventive Health Services"[Mesh]	498654	04:42:05

Cochrane-søgning d. 18/4-2017

#1	MeSH descriptor: [Preventive Health Services] explode all trees		29628
#2	MeSH descriptor: [Colorectal Neoplasms] explode all trees		6333
#3	MeSH descriptor: [Attitude to Health] explode all trees		31479
#4	MeSH descriptor: [Male] explode all trees		1085
#5	MeSH descriptor: [Middle Aged] explode all trees		592
#6	MeSH descriptor: [Aged] explode all trees		1071
#7	#1 and #2 and #3 and #4 and #5 and #6		0
#8	#1 and #2 and #3 and #4		0
#9	#1 and #2 and #3 and #5 and #6		0
#10	#1 and #2 and #3		281

Sociological Abstracts søgning d. 18/4-2017

⊕ (motivat* OR adher* OR compli* OR noncompli* OR percep* OR attitude*) AND (colon* OR rectal* OR rectum OR anal* OR colorectal*) AND (cancer* OR neoplas* OR tumor* OR carcin*) AND (screen* OR campaign* OR promot* OR program* OR survey*)	Sociological Abstracts	387*
---	------------------------	------

Supplerende litteratursøgning:

PubMed 20/03-2017

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#9	Add	Search (((("Early Detection of Cancer"[Mesh] OR "Mass Screening"[Mesh])) AND "Colorectal Neoplasms"[Mesh]) AND (Perform*[Title/Abstract] OR Compar*[Title/Abstract])) AND (Blood test*[Title/Abstract] OR blood sampl*[Title/Abstract] OR blood draw*[Title/Abstract]) Filters: published in the last 5 years; Male	256	04:47:10
#8	Add	Search (((("Early Detection of Cancer"[Mesh] OR "Mass Screening"[Mesh])) AND "Colorectal Neoplasms"[Mesh]) AND (Perform*[Title/Abstract] OR Compar*[Title/Abstract])) AND (Blood test*[Title/Abstract] OR blood sampl*[Title/Abstract] OR blood draw*[Title/Abstract]) Filters: published in the last 5 years	331	04:47:00
#7	Add	Search (((("Early Detection of Cancer"[Mesh] OR "Mass Screening"[Mesh])) AND "Colorectal Neoplasms"[Mesh]) AND (Perform*[Title/Abstract] OR Compar*[Title/Abstract])) AND (Blood test*[Title/Abstract] OR blood sampl*[Title/Abstract] OR blood draw*[Title/Abstract])	962	04:46:41
#6	Add	Search "Early Detection of Cancer"[Mesh]	14968	04:45:19
#4	Add	Search "Mass Screening"[Mesh]	110526	04:44:59
#2	Add	Search "Colorectal Neoplasms"[Mesh]	169546	04:44:40

Bilag 3: Resultater fra litteratursøgning

Nedenfor er præsenteret resultaterne fra den systematiske litteratursøgning i skemaer.

Første litteratursøgning:

1) Methods to increase participation in organised screening programs: A systematic review Camilloni L, Ferroni E, Cendales B, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P, Guasticchi G, Giorgi Rossi P			
Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
Systematisk review/ Italien/2013	E-mail, et brev i postkassen, en telefonopringning, at få en ansigt-til-ansigt invitation, at få tilsendt kittet frem for at hente det selv havde en signifikant indvirkning på deltagelsen i screeningen. At invitationen var skrevet under af en sundhedsprofessionel eller der fulgte informationsmateriale med invitationen havde ikke nogen signifikant indvirkning.	PRISMA 26/27	De fleste studier, der blev inkluderet, var fra USA, hvor studierne har taget udgangspunkt i opportunistisk screening modsat Europa, der for det meste har organiserede screeninger. Forfatterne har ikke skrevet, hvem der har finansieret studiet, og der kan derfor have været finansielle biases.

2) A systematic review of special events to promote breast, cervical and colorectal cancer screening in the United States. Escoffery C, Rodgers K, Kegler M, Haardörfer R, Howard D, Liang S, Pinsker E, Roland K, Allen J, Ory M, Bastani R, Fernandez M, Risendal B, Byrd T, Coronado G			
Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
Systematisk review/USA/2014	Studierne fandt fem typer af special events: Sundhedsmarked, fester, kulturel event, en speciel dag og et skuespil. De forskellige events benyttede sig af	PRISMA 26/27	Få studier om dette emne, hvorfor det kan være svært at fastsætte, om der er en gevinst ved at holde events. Der skal derfor laves flere studier på dette. Reviewet

	interventioner som mediedækning, undervisning af screening på stedet. Som outcome var screeningsdeltagelsen øget. De specielle events mindskede den sociale ulighed i screeningen.		bygger på ikke-eksperimentelle forsøg, og resultatet skal derfor bruges til videre forskning.
--	--	--	---

3) 'I can't get my husband to go and have a colonoscopy': Gender and screening for colorectal cancer

Thompson L, Reeder T, Abel G

Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
Interview/New Zealand/2011	Usynlighed: Det er tabu at snakke om tarmen, men deltagerne mente, at incidensen ikke stemte overens med det lave fokus, der var på tarmkræft i det offentlige rum. Ansvarlighed: Kvinder er mere ansvarlige over for helbredet end mænd, og kvinder får social kontrol over mændene. Mænd bliver behandlet som børn, og ansvaret bliver en byrde for kvinden. Hegemonisk maskulinitet: Mænd anses som standhaftige, og det at søge hjælp ses som en svaghed. Interventioner skal henvende sig til en bestemt gruppe af mænd, da ikke alle mænd er ens.	CAPS 9/10	En del af deltagerne blev rekrutteret via flyers, hvilket kan have selektionsbias.

4) Systematic Review: Enhancing the Use and Quality of Colorectal Cancer Screening

Holden D, Jonas D, Porterfield D, Reuland D, Harris R

Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
Systematisk re-view/USA/2010	Faktorer associeret til højere deltagelse i tarmkræftscreening er, at læger anbefaler screening, deltagelse i andre screeningsprogrammer, højere uddannelse, højere indkomst, familiemedlem, der har været syg af cancer, påmindelse til folk om screening. Interventioner, der kunne øge deltagelsen for screening, var, at testen kunne tages hjemme, at patienten eventuelt blev ringet op af sundhedsprofessionel for påmindelse af screening, påmindelser, en hjælper eller en i samme situation til at hjælpe patienten gennem screeningen.	PRISMA 26/27	Bias i udvælgelsen af artikler, hvor der var blevet udelukket RCT-studier med mindre end 30 deltagere, og der kunne være blevet fokuseret mere på positive resultater, så studier med negative resultater er blevet sorteret fra.

5) Making decisions about colorectal cancer screening. A qualitative study among citizens with lower educational attainment

Pia Kirkegaard, Gitte Lee Mortensen, Steen Lee Mortensen, Mette Bach Larsen, Pernille Gabel, Berit Andersen

Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
Kvalitative interview undersøgelse/Danmark/2015	Grundet risiko for falsk positive svar ønskede de ikke at deltage. Informationsmængden i beslutningsgrundla-	CASP 9/10	Bias i udvælgelse af deltagere. De deltagere, der har valgt at deltage, kan være nogle andre end dem, der blev ringet op, men afviste deltagelse.

	get var overvældende og ikke realistisk at få læst. Maks. 4 sider, ingen statistisk information, let læseligt. Information om koloskopien kun udleveres til dem, der har blod i afføringen. Deltagerne ønskede information om årsager, symptomer, incidens og mortalitet af tarmkræft sammenlignet med andre kræftformer.		
--	---	--	--

6) Increasing Colon Cancer Screening in Primary Care Among African Americans

Ronald E. Myers, Randa Sifri, Constantine Daskalakis, Melissa DiCarlo, Praveen Ramakrishnan Geethakumari, James Cocroft, Christopher Minnick, Nancy Brisbon, Sally W. Vernon

Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
Observationsstudie/USA/2014	Deltager ikke, fordi det ikke havde nogen værdi for deltagerne, var besværligt i forhold til transport, manglende tid, frygt for svar. Tilslutningen til tarmkræftscreeningen var signifikant højere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen og en signifikant mere positiv holdning til den generelle screening blandt interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.	STROBE 19/22	Deltagerne i studiet har frivilligt valgt at deltage efter telefonopringningen, hvorfor der kan være selektionsbias.

7) An Innovative Strategy to Reach the Underserved for Colorectal Cancer Screening

Katherine Josa Briant & Noah Espinoza & Avigail Galvan & Elizabeth Carosso & Nathan Marchello & Sandra Linde & Wade Copeland & Beti Thompson

Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
Observationsstudie/USA/2014	3500-4000 mennesker besøgte de 47 events. 947 tog prøven. Tarm-figuren var en innovativ måde at tiltrække mange mennesker på. Og uddannelse og let adgang til testudstyr kan øge deltagelsen.	STROBE 20/22	Ikke eksakt antal af besøgende. Opportunistisk screening, og derfor blev der kun delt et vist antal testkits ud. Det vides derfor ikke, hvor mange der har deltaget i screening på baggrund af tiltaget.

8) Effectiveness of a theory-based intervention to increase colorectal cancer screening among Iranian health club members: a randomized trial

Hamideh Salimzadeh, Hassan Eftekhari, Reza Majdzadeh, Ali Montazeri og Alireza Delavari

Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
RCT/USA/2013	Interventionsgruppen fik undervisning i tarmkræft og en telefonopringning, mens kontrolgruppen deltog i det oprindelige screeningstilbud. 31 procent af deltagerne i interventionsgruppen havde, i modsætning til 2,8 procent af deltagerne i kontrolgruppen, valgt at deltage i screeningen efter fire måneder.	CONSORT 22/25	Generaliserbarheden er lav, fordi der var et kriterium i forhold til uddannelse. Derudover bestod de data, forskerne fik, af noget, der var selvrapporteret, hvilket kan give informationsbias.

Supplerende litteratursøgning:

Nedenfor er der en oversigt over resultaterne fra den supplerende litteratursøgning.

1) Improving Participation in Colorectal Cancer Screening: a Randomised Controlled Trial of Sequential Offers of Faecal then Blood Based Non-Invasive Tests

Erin L Symonds, Susanne Pedersen, Stephen R Cole, Joseph Massolino, Daniel Byrne, John Guy, Patricia Backhouse, Robert J Fraser, Lawrence LaPointe, Graeme P Young

Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
RCT/Australien/2015	At tilbyde en blodprøve til de deltagere, der ikke deltog via en afføringsprøve, øgede deltagelsen sammenlignet med screening kun med afføringsprøven. Blodprøven vurderes som et godt alternativ til det konventionelle screeningsprogram.	CONSORT 20/25	Blodprøven blev tilbudt til en forholdsvis lille population.

2) Plasma Septin9 versus Fecal Immunochemical Testing for Colorectal Cancer Screening: A Prospective Multicenter Study

David A. Johnson, Robert L. Barclay, Klaus Mergener, Gunter Weiss, Thomas Konig, Jorgen Beck og Nicholas T. Potter

Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
Klinisk studie/ USA/2014	Formålet er at undersøge effekten af blodprøven sammenlignet med effekten af afføringsprøven. Muligheden for flere forskellige test kan øge deltagelsen, og dermed hjælpe den uscreenede population. Effekten af begge prøver er identiske til at undersøge tilstedeværelsen af tarmkræft. Dog vil blodprøven identificere flere tilfælde af tarmkræft, hvorfor der vil være et behov for flere koloskopier end ved afføringsprøven. De, der	STARD 24/30	Det beskrives ikke, hvem der har finansieret studiet, dette kan have betydning for udfaldet.

	tidligere har fravalgt afføringsprøven, vil have tendens til at vælge blodprøven til.		
--	---	--	--

3) Improving compliance to colorectal cancer screening using blood and stool based tests in patients refusing screening colonoscopy in Germany

Andreas Adler, Sebastian Geiger, Anne Keil, Harald Bias, Philipp Schatz, Theo deVos, Jens Dhein, Mathias Zimmermann, Rudolf Tauber and Bertram Wiedenmann

Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
Observationsstudie/Tyskland/2014	Blodprøven har potentiale til at øge deltagelsen i screeningen. Screeningsprogrammets succes afhænger desuden af deltagernes villighed til at deltage og accepten af prøven.	STROBE 19/22	Studiet havde ikke nok deltagere til at kunne rumme de to non-invasive screeningsmetoder.

4) Performance of the colorectal cancer screening marker Sept9 is influenced by age, diabetes and arthritis: a nested case-control study

Mai-Britt W. Ørntoft , Hans J. Nielsen , Torben F. Ørntoft , Claus L. Andersen and On behalf of the Danish Study Group on Early Detection of Colorectal Cancer

Design /land/årstal	Resultater	Tjekliste/score	Kritik
Nested case-control/Danmark/2015	Sensitivitet for tidlige og sene stadier af coloncancer var nedsat i blodprøven, derfor kunne det være godt at imødekomme dette ved en øget mængde blod i blodprøven. Høj alder og andre komorbiditeter (gigt, DM, åreforkalkning) havde en negativ indflydelse på blodprøvens udfald.	STROBE 20/22	Livsstilsfaktorerne er selvrapporterede og kan have usikkerheder forbundet med dette. Da studiet er et retrospektivt studie, kan der forekomme recallbias. Der var en lille aldersforskel i cases og kontroller.

Bilag 4: Interviewguide

Problemformulering:

Hvordan kan mændenes muligheder og begrænsninger for deltagelse anvendes med henblik på at udvikle og implementere et udviklingstiltag for tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland?

Introduktion til projektet:

Projektet tager udgangspunkt i, at der er set en lavere deltagelse i tarmkræftscreeningstilbuddet i Region Nordjylland hos mænd sammenlignet med kvinder. I den forbindelse vil vi gerne undersøge, hvordan mændene oplever disse begrænsninger, og hvordan disse kan imødekommes.

Etiske overvejelser:

- Der indhentes informeret samtykke
- Der informeres om, at vi har tavshedspligt, og at deltagerne kommer til at fremstå som anonyme.
- Deltagerne har til enhver tid mulighed for at trække dele eller hele interviewet tilbage. Samtalen optages for, at interviewerens kan huske, hvad der er blevet sagt. Dette sikrer, at deltagerne citeres korrekt.
- Optagelsen slettes efter brug og vil kun være tilgængelig for projektgruppen.

Præsentation:

Intervieweren præsenterer sig med navn, profession og uddannelse.

Informanten præsenterer sig med alder, civilstatus og uddannelse

Spørgsmål	Uddybende spørgsmål
1. Vi er meget interesserede i at høre, hvorfor du har valgt ikke at deltage i tarmkræftscreeningstilbuddet. Kan du sige noget om, hvorfor du har fravalgt at deltage?	• Hvorfor synes du, at...? • Ok, men er det den eneste grund til du har fravalgt at deltage? • Hvad gjorde du dig af overvejelser i forhold til at fravælge at deltage? • Har du overvejet de fordele og ulemper der er forbundet med ikke at deltage?
2. Har du drøftet dit fravalg med andre?	<i>Hvis nej:</i> • Hvorfor har du ikke drøftet det med nogen? • Tror du, det kunne have ændret dit valg, hvis du havde drøftet det med andre? <i>Hvis ja:</i> • Hvem har du drøftet det med og hvad var deres reaktion? • Har det haft en indflydelse på dit valg? (<i>Nu siger du, at du har drøftet det med din kone - har hun haft indflydelse på dit fravalg?</i>) • Hvorfor tror du, det har haft en betydning for dit valg?

3. Bor du alene, eller bor du sammen med andre?	• Tænker du, at det har haft en indflydelse på dit fravalg? • Kunne det have øget sandsynligheden for deltagelse, hvis din kone, bror eller andre pårørende havde modtaget invitationen samtidig? • Hvorfor/hvorfor ikke?
4. Har du tidligere gjort brug af screeningstilbud?	• Hvorfor har du deltaget i denne screening og ikke tarmkræft-screeningen? • Har du tidligere fravalgt et screeningstilbud? • Forholder du dig til den sundhedsinformation, der kommer fra de danske myndigheder (Sundhedsstyrelsen)? - fx 600 g. frugt/grønt - Hvorfor/hvorfor ikke? • Gør du brug af din praktiserende læge, hvis du har behov? - Hvorfor/hvorfor ikke? • Kan din kone have indflydelse på, om du går til lægen eller ej?
5. Hvilke tanker havde du om det informationsmateriale, du fik tilsendt?	<i>Jeg har ikke læst det:</i> • Hvorfor har du ikke det? • Kan du have fået information andre steder fra? • Føler du, at <i>medierne</i>, <i>ægtefælle</i> gerne vil have dig til at træffe et bestemt valg? • Kan det have haft en betydning for dit fravalg? <i>Jeg har læst det:</i> • Hvad tænker du om sværhedsgraden? • Hvad tænker du om længden på informationsmaterialet? • Hvad tænker du om indholdet? • Har indholdet haft en betydning for dit fravalg?
6. Har selve proceduren (afføringsprøven) påvirket dit fravalg?	• Hvorfor/hvorfor ikke? • Er det noget med proceduren, der skulle ændres for, at du ville have motivation for at deltage? • Hvis nu testen i stedet var en blodprøve hos din praktiserende læge – ville du så deltage? • Hvorfor/hvorfor ikke?
7. Har du fravalgt screeningen, fordi du har været bange for det svar, du kunne få?	• Hvorfor/hvorfor ikke? • Hvad er det, du frygter? (koloskopi, ændringer i livet, osv.) • Vi har ud fra tidligere undersøgelse set, at en barriere for at deltage har været frygt for svaret. Hvordan kunne du forestille dig, at man kunne komme frygten til livs?
8. Helt overordnet - hvad kunne du forestille dig, at der skulle ændres for, at du ville have motivation for at deltage?	• Ok... Hvordan tænker du, at dette kunne øge din motivation? • Hvad, tænker du, er forskellen på de ændringer, du forestillet dig og så det, der gør sig gældende for screeningen nu?

Debriefing:

- Har du noget, du vil tilføje?
- Var det ok at blive interviewet?
- Du er selvfølgelig altid velkommen til at kontakte os, hvis du kommer i tanke om noget, du vil tilføje.

Bilag 5: Analyseskema

For at kunne danne et overblik over det materiale, der blev produceret i den kvalitative undersøgelse, blev det besluttet at inddele data i tre hovedpunkter defineret ud fra den teoretiske referenceramme. Under de tre hovedpunkter opstod der syv underpunkter, som blev farvekodet således, at når det fremgik af interviewet, ville den del af interviewet blive farvet med samme farvekode. Opdelingen ses nedenfor i tabel 2. Dermed ville det blive mere enkelt at trække dele af interviewet ud og analysere på netop det valgte underpunkt.

Motivation	OAS	Hegemonisk maskulinitet
Amotivation	Håndterbarhed	Hegemonisk maskulinitet
Ydre motivation	Begribelighed	
Indre motivation	Meningsfuldhed	

Tabel 2: Tabel over farvekodning af temaer valgt ud fra teori

De anvendte farvekoder fremgår i den nedenstående tabel 3, der udgør analyseskemaet.

Meningskodning	Citat	Meningsfortolkning
Amotivation (Deci & Ryan)	... Hvorfor har du fravalgt screeningen? I1: Lidt af det er noget sløs...	Screeningen har ingen personlig relevans, og individet motiveres ikke til handling.
	I1: Nej, og hvis jeg ikke havde min kone til at gå og jage med mig, og jeg var alene, så tror jeg slet ikke, at jeg fik den taget.	Individet er ikke på egen hånd motiveret til handling. Det har ingen værdi for individet.

	I2: Nej, jeg skimmede det, og så smed jeg det ud. Men jeg var jo lidt orienteret i forvejen. Så ellers så gad jeg ikke læse manualen, det røg bare ud. I2: Jeg var jo besluttet i forvejen, så da den kom, så røg den ud. I3: De tager ikke sig selv seriøst og kigger indad. Vi burde kigge mere indad og se, hvad målet er med undersøgelsen. Ja, nu kan jeg ikke engang huske, hvad der står i det materiale, man får, men det har nok været meget overordnet. I3: Ja, prøven lå bare i en stak, og den ryddede jeg op i en gang imellem, så den kom i en ny stak, og jeg fik først taget den i marts eller april her i år. I3: Så du havde ikke nogle tanker i forhold til materialet? S: Nej, det har i hvert fald ikke ramt mig ordentligt til at sige” den skal jeg lige have ud af verden”. I4: Og så har jeg haft nogle i familien, der har haft noget, så kommer det, så kommer det. Det var den tanke jeg gik med. Og så er	Da informanten i forvejen følte sig velinformeret via andre kilder, var der amotivation til at læse sundhedsmyndighedernes pjece. Screeningstilbuddet havde ingen personlig værdi og relevans, fordi den inviterede var amotiveret. Screeningstilbuddet havde ingen personlig betydning og relevans. Informanten har været amotiveret for at deltage, og manglende personlig interesse har ikke motiveret til deltagelse. Materialet har ikke motiveret til deltagelse. Selvom der har været cancer i familien, kan informanten ikke motivere sig selv til deltagelse.
--	--	--

	det dovenskab. Frygt måske for, at der skulle være noget. Det er de to ting. I4: Ja, men jeg har bare ikke fået den taget endnu. Og jeg har smidt det ud, fordi jeg tænkte, det var for sent. I4: Men jeg sagde til ham, at kommer det, så kommer det. Hvis det rammer mig, så er det sådan det er. Selvom jeg selvfølgelig godt kan se fordelene ved at få det opdaget i tide. Men det er jo bare sådan typisk dumhed. I4: Jeg kender jo nok til kræft i familien. Det burde være skræmmende nok. Men det har nok ikke betydning nok for mig alligevel. I4: Tiden den går jo. Men højst sandsynligt ikke, jeg skulle nok kaldes ind. Når det er frivilligt, så tror jeg, det er svært at få taget mig sammen til at deltage. Denne test lå fremme i lang tid, og jeg fik det ikke gjort alligevel. I4: Så i forhold til tarmkræft, så har det ikke påvirket. Men jeg kan ikke sige andet, end at det er dumt, at jeg ikke har valgt at deltage.	Informanten er amotiveret. Selvom informanten ser fordele ved screeningen, er han stadig amotiveret. Trods personlig relevans er han amotiveret (kan kobles med begribelighed). Deltageren er amotiveret og har brug for ydre påvirkninger for at deltage. Deltageren er amotiveret.
--	--	---

Ydre motivation	II: Ja, jeg er oppe og få lavet en undersøgelse i hvert fald årligt, hvor jeg så beder ham om at tjekke mig for diverse ting. Det gør jeg fordi, at det synes jeg er godt. Også fordi jeg har haft familie, der har haft forhøjet kolesterol og prostatakræft. Det er jeg efterfølgende blevet tjekket for. II: Det er jo også min kone, der skal jage mig op til lægen, hvis der er noget. Som sagt, hvis jeg gik alene, så ville jeg nok slet ikke få den taget. Det er nok ikke bare mig. Det er mænd generelt. Så differentieret materiale til mænd og kvinder kunne være løsningen. Man skal i hvert fald nå os på en anden måde end kvinder. II: Jeg har nok ikke gjort mig sådan de vilde overvejelser. Måske tager jeg den også på et tidspunkt, men det er lige så meget på grund af pres fra børn og kone. II: De synes, at jeg skal tage den. ... Påvirker det dig, at de ønsker, du skal tage den? II: Ja, selvfølgelig gør det det, og det ville også være det, der ville få mig til at tage den. II: Hun synes, at jeg skal tage den, så hun taler for, at jeg skal tage den.	Den årlige undersøgelse har personlig relevans, værdi og informanten er bevidst over handlingen. Handlingen er motiveret af ydre faktorer. Handlingen er fuldt ud motiveret af ydre faktorer og omgivelsernes ønsker og påvirkninger. Handlingen er fuldt ud motiveret af ydre faktorer og omgivelsernes ønsker og påvirkninger. Omgivelserne ønsker, at han udfører testen. Individet udtrykker, at det udelukkende er de ydre faktorer, der vil få ham til at udføre testen.
------------------------	--	---

	I1: Nej, og hvis jeg ikke havde min kone til at gå og jage med mig, og jeg var alene, så tror jeg slet ikke, at jeg fik den taget. I1: Ja, og så var det noget, man kunne gøre sammen. Plus der ville være en, som skyndede på en til at få prøven taget. I2: Tror du, at det kunne have haft en betydning for dig, hvis du havde drøftet dit valg med andre? Kan der have været en årsag til, at du ikke har talt med andre om dit fravalg? Nej, det tror jeg faktisk ikke. Det ville ikke have ændret noget. Jeg har snakket med mine unger om det. De kender mig godt nok til at vide, at vi kan godt snakke om det, men det er sådan, det er. I5: Jeg tror, det ville være bedre, hvis man skulle møde op på sygehuset og få det gjort. Altså tage de prøver fra afføringen fra på sygehuset. I3: Så det kan godt ske, at hvis der i brochuren stod, at man skulle tage en dialog med sine nærmeste om, at man havde fået denne invitation tilsendt, og de tanker man havde omkring det. Og så lave en lovning på det med hinanden. Ellers så negligerer vi det bare.	En eventuel handling er fuldt ud motiveret af ydre faktorer og omgivelsernes ønsker og påvirkninger. Hvis der havde været en ydre påvirkning, som informanten skulle stå til ansvar over for, ville informanten føle sig mere motiveret. Informanten føler ikke, at han bliver motiveret af ydre påvirkninger fra hans netværk. Informanten ville være mere motiveret, hvis det var en external motivator. At gå i dialog med ydre påvirkninger ville øge motivationen. At stå til ansvar motiverer.
--	---	---

	I3: Hvis du havde fået testen sammen med andre...? Ja det tror jeg bestemt. Altså, der er vi mere ansvarlige over for andre, end vi er over for os selv. Og så vil det være lovningen over for andre, som man ville gå med. I5: Hun var god til at sige, at det skulle der gøres noget ved. Så fik vi bestilt en tid til lægen. I4: ...det skulle være obligatorisk, og at man havde en pligt over for samfundet og en selv. Det kunne give et skub til at tage prøven. Hvis nu fx der var nogle sundhedsprofessionelle, der ringede ud, hvis de kunne se, at man ikke havde responderet tre måneder efter, man havde modtaget testen. I4: Hvis nu din kammerat havde haft den modsatte holdning og tænkt, at det var en god ide at tage testen, tror du så, det havde påvirket dit valg? I: Det tror jeg ja. Jamen, så havde jeg nok lyttet til ham og tænkt, at det selvfølgelig var rigtigt. Det kunne godt have påvirket mig. I4: Det tror jeg, ja. Nu er det et halvt år siden, at jeg fik en kæreste, og vi bor ikke sammen, men hvis jeg sagde det til hende, så ville hun sikkert sige: Hvad fanden laver du, dit fjols? Hun er så fornuftig.	Hvis der havde været en ydre påvirkning, som informanten skulle stå til ansvar overfor, ville informanten føle sig mere motiveret. Handlingen er fuldt ud motiveret af ydre faktorer og omgivelsernes ønsker og påvirkninger. Hvis der havde været en ydre påvirkning, som informanten skulle stå til ansvar over for, ville informanten føle sig mere motiveret. Handlingen er fuldt ud motiveret af ydre faktorer og omgivelsernes ønsker og påvirkninger. Handlingen er fuldt ud motiveret af ydre faktorer og omgivelsernes ønsker og påvirkninger.
--	---	--

	I5: Altså den lå jo på bordet i nogle dage, og så blev den lagt over på reolen, og så hun spurgte, hvad det var for noget. Så snakkede vi om det og blev enige om den konklusion, at det ikke var nødvendigt, fordi jeg lige havde været oppe og blive testet. Det kunne hun også godt se det rigtige i. Samtidig var jeg jo også ked af at skulle til at stå og rode med det selv. I4: Ved du, hvad jeg tror, jeg tror, det ville være nemmere, hvis jeg blev kaldt ind. At den var obligatorisk, og at man så skulle hen til lægen og så tage testen der. Så havde jeg gjort det. Så var jeg blevet kaldt ind, og så havde jeg overholdt tiden. I4: Interviewer: Hvis nu testen havde været en blodprøve hos lægen eller på sygehuset, tror du så, at du havde været mere motiveret for at deltage? Informant: Ja, så var jeg sprunget lige på. I5: Hun var god til at sige, at det skulle der gøres noget ved. Så fik vi bestilt en tid til lægen.	Handlingen er fuldt ud motiveret af ydre faktorer og omgivelsernes ønsker og påvirkninger. Hvis ikke hun havde været der, havde han været for amotiveret til at deltage. Deltageren har brug for en ydre motivation for at deltage. Han er for amotiveret til at deltage på egen hånd, fordi det ikke har personlig relevans. Deltageren ville være mere motiveret for deltagelse, hvis testmetoden havde været anderledes. Selve handlingen har ikke personlig relevans, men kan påvirkes af ydre faktorer. Konen fungerede som ydre motivator for deltagelse.
--	--	---

	I3: For mig der kunne det godt ske, at det havde været nemmere ved, at der havde været en forudbestilt tid. Måske fordi vi er så autoritetstro, og så holder man sig til den tid, der er aftalt.	De sundhedsprofessionelle kan være en ydre motivator for mændenes deltagelse, fordi de oplever en aftale med de sundhedsprofessionelle som noget, de skal efterleve, og dermed bliver de tilfredsstillet.
Indre motivation (Deci & Ryan)	I1: Nej, altså selve tjekket hos lægen har jeg fået lavet mange år før det med mine familiemedlemmer. Det er fordi, jeg selv har ønsket det. Ikke fordi der har været noget tegn eller signaler til noget. Det har jeg bare fået gjort. I2: Jeg har haft meget kontakt med sygdomssystemet. Bliver tjekket et par gange om året i forbindelse med transplantationen. Og der bliver alt muligt jo tjekket. I5: Jeg gik og følte, at det var lidt mærkeligt, og gik så op til lægen og spurgte, om jeg ikke kunne få undersøgt min prostata. Lægen sagde, at det kunne vi bare gøre, og det ikke var noget problem. Det viste sig så, at mine tal var lidt for høje, så han synes, at han skulle sende mig ind til sådan en screening, hvor man går ind og tager nogle prøver af prostata. Det viste sig så, at det hele det så fint ud. Der var ikke noget galt. Jeg lagde selv pres på at få det gjort.	Det har en personlig interesse og giver tilfredshed for individet selv at få det årlige tjek. Personen gør det af egen fri vilje og er ikke motiveret af udefrakommende faktorer. Det har personlig relevans og interesse at blive tjekket i forhold til lungetransplantation. Her er han motiveret. Informanten har en personlig interesse i at blive undersøgt, og har derfor en indre motivation.

Håndterbarhed (Antonovsky)	I1: Nej, det er ikke det, der ville gøre forskellen. Det ville være lige meget for mig, hvilken en det var. Jeg synes endda, at afføringsprøven er nemmere, fordi det kan du gøre derhjemme. Det andet, det skal du afsted efter. I1: Ja, og også fordi jeg er lidt af en pivskid. Det er ikke sjovt, hvis de skal til at rumstere med alt muligt. I2: Hvis nu testen havde været en blodprøve i stedet for en afføringsprøve kunne du så forestille dig at det havde ændret noget for dig? ... Nej det havde været ligegyldigt. Det kommer an på sikkerheden, det er det, det handler om. Det er det, det kommer an på. Det er jeg ligeglad med. I2: Jeg går ikke rundt og bekymrer mig om, om jeg er syg måske eller fejler et eller andet. Eller tage en DNA-test for at vide, hvad jeg måske kommer til at fejle. Jeg ved, jeg skal dø, og sådan er det. Man kan også ødelægge sit liv ved at gå rundt og vide, at man skal dø. Så kan man lige så godt dø, som det er. I5: Jamen, det synes jeg er noget underligt noget at rode rundt med. For mig er det en lidt mystisk måde at gøre det på. For andre er det måske meget naturligt, men jeg kunne sgu ikke rigtig sætte mig ind i det.	Individets ressourcer stemmer overens med de procedurer, der skal udføres. Individet kan ikke håndtere de ukendte stressorer i forbindelse med procedurene. Informanten har ressourcerne til at håndtere prøven, og det er ikke prøven, der er en hindring for deltagelse. Informanten har ressourcerne til at håndtere, at han måske kan blive syg eller ej. Han kan derfor håndtere risikoen ved ikke at deltage. Informanten har ikke ressourcerne til at tage prøven fra på egen hånd. Derfor vil han gerne have hjælp til det.
---------------------------------------	--	--

	I5: Jeg er sådan anlagt, at hvis jeg får en dato til et eller andet, så dukker jeg op. Jeg tror, at hvis man havde fået en dato, hvor man skulle møde op på sygehuset, så var jeg taget derud og få det gjort I5: Hvis nu proceduren havde været en blodprøve i stedet for en afføringsprøve, ville det så have fået dig til at deltage? S: Ja, det havde det. Det havde været lidt anderledes for mig. Det havde det, fordi jeg er ikke god til at stå og rode med sådan noget. I3: Nej, den kan nok ikke gøres så meget anderledes. Så indtil man får det pakket ud, så er det jo ikke så slemt, det kan ikke gøres nemmere. I3: Afføringsprøven er nem, fordi man kan lave den derhjemme, og man ikke skal bestille tid og fysisk skal tage derhen I5: Der stod jo det, man skulle vide, og hvordan man skulle gøre det. Det stod jo egentligt tydeligt nok.	Hvis individet får en tid til at møde på sygehuset, så har han ressourcerne til at møde op. Informanten har ikke selv ressourcerne til at klare afføringsprøven og vil derfor gerne have haft hjælp til at klare dette. Informanten oplever at have ressourcer til at udføre testen, men får det bare ikke gjort. Informanten oplever at have ressourcer til at udføre testen, men får det bare ikke gjort. Informanten havde ressourcerne til at læse og forstå materialet.
Begribelighed (Antonovsky)	I1: Frygten går på undersøgelserne efter et positivt svar, og der er mange, der får et falsk positivt svar. Hvis nu jeg vidste med sikkerhed, at det var et rigtigt svar, så ville jeg gerne tage testen. (Kan også placeres under "håndterbarhed")	Stressorerne er for individet ikke forklarlige og forudsigelige, og derfor kan individet ikke begribe en eventuel koloskopi.

	I1: Tja, men nu har jeg jo heller ikke læst informationsmaterialet, og hvis der var nogle statistikker og tal over prognoser, så kunne det muligvis komme frygten lidt til livs. Hvis man kunne se, at man fik den taget så tidligt eller så sent, så kunne det måske ændre noget. Det kunne ændre noget, fordi det står sort på hvidt, at det er et godt formål at komme afsted. I1: Plus man hører også, at der er mange, der får unødige spekulationer, fordi der er mange falsk positive svar i den test. I2: Og fordi man får konstateret en risiko for prostatacancer, det betyder ikke, at man får det. Jeg har set nogle, der bliver opereret for det, og så vil jeg hellere undvære. I2: Ud fra tidligere studier har vi kunnet se, at folk valgte den fra, fordi der var en frygt for at få et positivt svar. Føler du også, at det har gjort sig gældende for dig? ... Overhovedet ikke. I2: Hvis metoden var mere sikker, så det ikke kun er fem procent men nærmere hundrede procent, så ville det nok ændre min holdning til det. Det kunne sagtens være.	Individet ønsker forudsigelighed, men oplever ikke stressorerne sådan. Han mangler information, der kan hjælpe ham med at forudsige konsekvenserne ved deltagelse. Individet ønsker forudsigelighed, men oplever ikke stressorerne sådan. Han mangler information, der kan hjælpe ham med at forudsige konsekvenserne ved deltagelse. Informanten oplever det som uforudsigeligt, hvorvidt et positivt svar medfører kræften, og derfor bliver mødet med stressorerne uforklarligt og uforudsigeligt. Han ser mødet med de stressorer, der er, som en udfordring og ikke som en byrde. Informanten ønsker en mere sikker test, der kan give mere ham forudsigelighed.
--	--	--

	I3: Men den frygt bliver jo ikke mindre, for jeg ved jo godt, at hvis man har den liggende i baghovedet, så bliver det ved med at ligge der, indtil det er effektueret. I5: Vi burde i stedet fokusere mere på, hvor mange der bliver helbredte. Så tror jeg, at der var flere, der ville gøre noget ved det. Det er altid det sorte, man ser. Det er svært at blive positiv, når det kun er det negative, man bliver præsenteret for I3: At komme noget rent statistik ind, der viser, at hvis vi opdager det her, så er helbredelsesprocenten sådan her. Man må gerne male fanden på væggen. Hvis man opdager det med dag 0, så er helbredelsesprocenten X, og hvis man trækker det 3 måneder, 6 måneder og 1 år, så er helbredelsesprocenten, behandlingstiden og rehabiliteringstiden sådan og sådan, og den strækker sig så meget mere. Så får vi at se, at det går ud over mit arbejde, min fritid og alverdens ting. Så at der kommer nogle cool-facts. Det skal være for at skræmme og for at motivere. I5: Jeg tror, man har lidt med, at hvis man får sådan en invitation, så er man ved at dø. Hvis man kunne gøre det sådan, at det var naturligt gennem hele sit liv fra, man var ung. Få noget mere information og fortæl de gode historier i stedet for at fortælle om hvor mange, man har fundet gennem screeningen, der havde cancer.	Informanten har valgt ikke at deltage, fordi stressorerne har været for uforudsigelige. På trods af, at informanten ikke oplever begribelighed, ser han stadig en relevans i screeningen. Ved at vende billedet af screeningen til noget positivt kan begribeligheden øges for informanten. Informanten oplever at kunne begribe og håndtere statistisk materiale, og dette kunne øge deltagelsen. Stressorerne er uforudsigelige og ved at sætte forebyggende ind tidligere i livet, ville det være lettere at begribe som voksen.
--	--	---

	Fortæl i stedet, at fx 56% bare var fint. Det er måske måden, man fremlægger nogle ting på, det skal være mere positivt. I3: Det havde været godt hvis nogle ringede og fortalte svaret, hvis testen er både positiv og negativ. Fordi der er mange nye spørgsmål som man står med alene, hvis det er i en e-boks. Så derfor tror jeg at det bedste ville være, at der var nogle, der ringede og formidlede svaret. Derudover kunne man så sende nogle små facts ud på e-boks som et supplement til samtalen. I4: Som tiden gik, så synes jeg, at jeg måske hellere ville undvære at vide, om der var noget galt.	Ved at en ydre faktor ringer til informanten ville det øge hans begribelighed. Informanten har svært ved at håndtere uforudsigeligheden ved et eventuelt sygdomsforløb og vil hellere lade være med at deltage
Meningsfuldhed (Antonovsky)	I1: Nej, altså selve tjekket hos lægen har jeg fået lavet mange år før det med mine familiemedlemmer. Det er fordi, jeg selv har ønsket det. Ikke fordi der har været noget tegn eller signaler til noget. Det har jeg bare fået gjort. I1: ... Hvis du havde fået tilsendt testen sammen med din kone, kunne det så have haft en betydning? I1: Det kunne da godt være, hvis man kunne tage testen sammen. Det er muligt. Det ville jeg ikke afvise.	Deltagelsen giver mening for individet. De stressorer, der har været i forbindelse med besøg hos lægen, har individet set som en udfordring. Deltagelsen giver mening for individet. De stressorer, der har været i forbindelse med besøg hos lægen, har individet set som en udfordring.

	I1; Men jeg ville overveje fra gang til gang, om jeg skulle deltage i et tilbud. I2: Det andet er, at jeg har ikke brug for at blive syg. Jeg synes, det er en sygeliggørelse. Så enkelt er det egentligt. Hvis jeg har mavekræft, så er det sådan, det er. Så må jeg tage det med. Det er en del af livet, at man skal dø. I2: Forholder du dig til myndighedernes anbefalinger? Nej det gør jeg ikke. Jeg forholder mig til min krop og det, jeg kan mærke, føle og fornemme. I5: Så dengang jeg fik de her prøver, man kunne sende ind, så synes jeg, at det havde jeg lige gjort i kraft af den undersøgelse, jeg lige havde fået lavet. I3: Hvad synes du, der manglede i materialet til, at det talte til dig? Det er nok mere det direkte, hvor man taler ind til det enkelte menneske. Jeg kan ikke helt huske hvad der stod, men det, der havde ramt mig, det var, hvis de skrev: Det her er for dit eget bedste, det er for dig, det er dit helbred. Det er nu, det gælder, og det er ikke i overmorgen, så bliver det kun værre. Og så gå ned i den lidt skrap-pere stil og så sige det sådan der. Det tror jeg, det er lidt af det, der	Individet vil vurderer stressorerne fra gang til gang. Følelsen af at blive sygeliggjort gør, at individet ikke finder det meningsfuldt at deltage. Information fra sundhedsmyndighederne giver ikke mening for ham. I kraft af, at han har fået lavet en lignende undersøgelse år forinden, er det ikke meningsfuldt for ham at få taget testen igen. Hvis informanten kan håndtere og begribe screeningstilbuddet kan en mere personlig kontakt øge meningsfuldheden.
--	--	--

	skal til, for vi mænd vi er nogle fjolser til at komme afsted til lægen. I5: Med det samme havde jeg det sådan, at det skulle man jo egentligt have gjort, men jeg havde jo næsten lige været ude og få ordnet min tarm, og så var det måske ikke helt så aktuelt, og jeg havde det jo egentligt godt nok	Screeningstilbuddet giver mening for informanten, men er dog ikke motiveret for at deltage.
Hegemonisk maskulinitet	I3: Vi lever stadig i hulemandsstadie, hvor vi tror, vi skal klare og lave det hele. Vi er førerhannen, og vi må ikke vise svaghed. Det ligger så dybt i os, vi skal ikke græde og pylre. Og når vi så går til lægen, så er det et tegn på at pylre I1: Jeg synes helt overordnet, at programmet er fint. Jeg ville tro, at 99% af kvinderne tager den, og 60% af mændene tager den, og det er fordi, vi er forskellige I1: Som sagt hvis jeg gik alene, så ville jeg nok slet ikke få den taget. Det er nok ikke bare mig. Det er mænd generelt. Så differentieret materiale til mænd og kvinder kunne være løsningen. Man skal i hvert fald nå os på en anden måde end kvinder. I5: Jeg ved jo, at dengang jeg selv skulle ud til den undersøgelse, der var jeg også bange for svaret. Mænd er også lidt underlige, hvad det her angår. Mænd tænker, at det går over af sig selv.	Informantens maskulinitet gør, at han har en opfattelse af, at mænd viser svaghed ved at gå til lægen. Mænd og kvinder betragter deres sundhed forskelligt. Mænd har brug for anden information end kvinder i forhold til deres sundhed. Det feminine sundhedsideal er det gængse i samfundet, og dette har mænd svært ved at efterleve. Informantens maskulinitet gør, at han opfatter det at gå til lægen som et svaghedstegn.

	I5: Jeg tror generelt, at mænd synes, at det man ikke ser, det er væk, og sådan er virkeligheden ikke. I3: Jamen det er også det der med, at: der er ikke noget galt med mig. Det er jo overbevisningen eller at sætte skyklapper på øjnene og tro, at det sker kun for andre. nej, det gør det jo sådan set ikke. Men det er en del af det. Det er det her med, at det sker kun for andre. Det skal jeg nok klare, og det er bedst, at jeg klarer det selv.	Informantens maskulinitet gør, at han opfatter det at gå til lægen som et svaghedstegn. Derfor opfatter og ser de ikke sygdomstegn. Den hegemoniske maskulinitet gør, at deltageren ikke vælger at være opmærksom på de svaghedstegn, kroppen kan vise. Det er bedst, at han klarer svaghederne selv.
--	--	---

Bilag 6: Transskriberede interviews

Informant 1

Interviewer: Vi laver det her interview, fordi vi er interesseret i at høre, hvorfor du har fravalgt at deltage i tarmkræftscreeningsprogrammet. Vi skal indhente informeret samtykke også, og det svarer så til, om du vil sige ja til, at vi må bruge det her interview i forskningsøjemed, og samtalen bliver optaget, du er sikret fuld anonymitet, og du kan til enhver tid trække dele eller hele interviewet tilbage.

Informant: Det er jeg med på.

Interviewer: Hvis du vil præsentere dig med erhverv, og hvor gammel du er.

Informant: Jeg hedder ..., og jeg er 54 år gammel, og jeg er IT systemkonsulent.

Interviewer: Vi er som sagt interesseret i at høre om, hvorfor du har fravalgt at deltage i screeningsprogrammet. Hvis du kan fortælle, hvorfor du har valgt ikke at deltage og hvilke grunde, der ligger bag dit valg.

Informant: Jeg har gået og spekuleret over, om jeg skulle tage den eller ej, og det er nok fordi - jeg vil heller ikke sige, at jeg ikke tager den - men det er nok fordi - **lidt af det er noget sløs, og noget andet det er også fordi, at jeg har hørt alt det, der har været i nyhederne, hvorvidt det er godt eller skidt.** Man påfører sig en risiko, hvis den er positiv. **Plus man hører også, at der er mange, der får unødige spekulationer, fordi der er mange falsk positive svar i den test.** Det er, hvad jeg har hørt.

Interviewer: Hvad har du gjort dig af overvejelser i forbindelse med fravalget?

Informant: **Jeg har nok ikke gjort mig sådan de vilde overvejelser. Måske tager jeg den også på et tidspunkt, men det er lige så meget på grund af pres fra børn og kone.**

Interviewer: Har du overvejet de fordele og ulemper, der kan være ved ikke at deltage?

Informant: Ja, det er, som jeg nævner der.

Interviewer: Så det er i forbindelse med den videre udredning, som du har tænkt på?

Informant: Ja, altså man kan træffe at få et svar, der ikke er så sjovt, og det andet er alle de der falsk positive svar, fordi der er en stor fejlmargen på den test, som jeg hører det.

Interviewer: Nu sagde du, at der var pres fra familien om at tage prøven, så jeg kan høre, at du har drøftet dit fravalg med familien. Hvem ellers har du drøftet det med?

Informant: Ikke andre.

Interviewer: Hvad har familiens reaktion været på, at du ikke har taget den?

Informant: De synes, at jeg skal tage den.

Interviewer: Påvirker det dig, at de ønsker du skal tage den?

Informant: Ja, selvfølgelig gør det det, og det ville også være det, der ville få mig til at tage den.

Interviewer: Så familiens påvirkning er det, der ville få dig til at tage testen?

Informant: **Ja, og også fordi jeg er lidt af en pivskid. Det er ikke sjovt, hvis de skal til at rumstere med alt muligt.**

Interviewer: Så frygten for det videre forløb, hvis testen var positiv, er en hindring for dig?

Informant: Ja.

Interviewer: Du bor jo sammen med din kone. Tænker du, at det har haft nogen indflydelse på dit fravalg, at du har haft hende at snakke med om det?

Informant: Nej, fordi hun er i den modsatte grøft. Hun synes, at jeg skal tage den, så hun taler for, at jeg skal tage den.

Interviewer: Hvis nu at du havde fået prøven tilsendt sideløbende med din kone, ville det så have tilskyndet dig til at få prøven taget?

Informant: Det kunne da godt være, hvis man kunne tage testen sammen. Det er muligt. Det ville jeg ikke afvise.

Interviewer: Hvorfor?

Informant: Det ved jeg ikke.

Interviewer: Kunne det være fordi, I måske kunne snakke om det?

Informant: Ja, og så var det noget, man kunne gøre sammen. Plus der ville være en, som skyndede på en til at få prøven taget.

Interviewer: Har du tidligere gjort brug af andre screeningstilbud?

Informant: Nej, det har jeg ikke, men jeg har heller ikke fået andre tilbud.

Interviewer: Hvis nu at der var andre screeningstilbud, kunne du så finde på at benytte dig af dem?

Informant: Det ville jeg ikke afvise. Det eneste, som nok ikke tæller med, er den årlige undersøgelse hos lægen, hvor han tjekker for alt muligt. Men jeg ville overveje fra gang til gang, om jeg skulle deltage i et tilbud.

Interviewer: Forholder du dig i hverdagen til sundhedsmyndighedernes anbefalinger? For eksempel KRAM-faktorerne?

Informant: KRAM-faktorerne lever jeg fuldt op til. Ej, det ved jeg ikke, om jeg gør. Jeg er ikke hysterisk med det der. Jeg har den her romaskine, men den kører ikke ret meget.

Interviewer: Hvordan kan det være, at du ikke er hysterisk med det?

Informant: Det er vel karakter eller dårlig karakter, men personlighed.

Interviewer: Gør du brug af din praktiserende læge, hvis du har behov for det?

Informant: Ja, jeg er oppe og få lavet en undersøgelse i hvert fald årligt, hvor jeg så beder ham om at tjekke mig for diverse ting. Det gør jeg, fordi at det synes jeg er godt. Også fordi jeg har haft familie, der har haft forhøjet kolesterol og prostatakræft. Det er jeg efterfølgende blevet tjekket for. Det er noget, man skal bede om, fordi det kan være arveligt.

Interviewer: Så du har fået disse årlige tjeks, fordi familiemedlemmer har været ramt af disse sygdomme?

Informant: Nej, altså selve tjekket hos lægen har jeg fået lavet mange år før det med mine familiemedlemmer. Det er fordi, jeg selv har ønsket det. Ikke fordi der har været noget tegn eller signaler til noget. Det har jeg bare fået gjort.

Interviewer: Så for at få sikring på, at alt er som det skal være, har du fået lavet et årligt helbredstjek?

Informant: Ja.

Interviewer: I forbindelse med at du fik tilsendt prøvekitet, der var også tilsendt noget informationsmateriale, har du fået læst det?

Informant: Nej.

Interviewer: Hvorfor ikke?

Informant: Det kan være fordi, jeg har læst om det andre steder som tv og nyheder, eller hvor jeg har faldet over det?

Interviewer: Følte du, at du havde nok information om testen andre steder fra?

Informant: Ja, for jeg har i hvert fald ikke læst det.

Interviewer: Tror du, det kan have nogen betydning for dit fravalg, at du ikke har læst informationsmaterialet?

Informant: Det ved jeg ikke. Jeg ved jo ikke, hvad der står deri. Det kan også være, fordi min kone havde taget den før mig, og hun har læst den tilsendte information, og hun har da taget testen. Så det er da en mulighed.

Interviewer: Tænker du, at det ville have ændret noget, hvis du havde læst det?

Informant: Nej, det tror jeg ikke.

Interviewer: Nu har du fået information fra medierne, hvor du har hørt om fordele og ulemper. Er der andre steder, du har fået informationer fra?

Informant: Nej, jeg synes, at jeg har nok information om testen, og som sagt så råder tvivlen stadig, om jeg skal tage den eller ej.

Interviewer: Men indtil nu har du ikke haft motivation for at tage den?

Informant: Nej, og hvis jeg ikke havde min kone til at gå og jage med mig, og jeg var alene, så tror jeg slet ikke, at jeg fik den taget.

Interviewer: Hvorfor?

Informant: Fordi der ikke var nogen til at skubbe på og jage mig derud.

Interviewer: Tror du, at selve proceduren er forhindring for dig til at få taget prøven?

Informant: Nej, fordi det er, som det er. Det kunne jeg nok se mig ud over. Det tror jeg.

Interviewer: Hvis det var en ændret procedure, eksempelvis en blodprøve i stedet for en afføringsprøve, ville det have ændret noget?

Informant: Nej, det er ikke det, der ville gøre forskellen. Det ville være lige meget for mig, hvilken en det var. Jeg synes endda, at afføringsprøven er nemmere, fordi det kan du gøre derhjemme. Det andet det skal du afsted efter.

Interviewer: Hvis nu noget andet i screeningsprogrammet blev ændret, ville det motivere dig til noget andet?

Informant: Nej, for det er ikke der, problemet er, så det tror jeg ikke. Problemet er at tage sig sammen og få det gjort.

Interviewer: Kan en af grundene til, at du har fravalgt screeningen være, at du er bange for svaret?

Informant: Ja, det kunne det helt sikkert være. Det ville jeg ikke kunne afvise. Frygten går på undersøgelserne efter et positivt svar, og der er mange, der får et falsk positivt svar. Hvis nu jeg vidste med sikkerhed, at det var et rigtigt svar, så ville jeg gerne tage testen.

Interviewer: Ud fra tidligere undersøgelser har man kunnet se, at mange fravælger screening, fordi de netop er bange for svaret. Hvordan tænker du, at man kunne komme den frygt til livs eller i hvert fald dæmpe den?

Informant: Det kan man vel ikke rigtigt komme til livs. Det er ikke særlig sjovt, hvis den nu er positiv.

Interviewer: Kunne mere information om, hvad der skulle ske, hvis prøven var positiv, være løsningen?

Informant: Nej, det tror jeg ikke.

Interviewer: Kunne det hjælpe dig, hvis man kunne ringe til nogle sundhedsprofessionelle, hvis man havde fået et positivt svar, som man kunne spørge til råds?

Informant: Tja, men nu har jeg jo heller ikke læst informationsmaterialet, og hvis der var nogle statistikker og tal over prognoser, så kunne det muligvis komme frygten lidt til livs. Hvis man kunne se, at man fik den taget så tidligt eller så sent, så kunne det måske ændre noget. Det kunne ændre noget, fordi det står sort på hvidt, at det er et godt formål at komme afsted.

Interviewer: Så det er det rationelle i dig, der får dig til at få taget prøven?

Informant: Ja.

Interviewer: Hvad kunne du forestille dig, man kunne ændre for at få dig til at deltage?

Informant: Jeg synes helt overordnet, at programmet er fint. Jeg ville tro, at 99% af kvinderne tager den, og 60% af mændene tager den, og det er fordi, vi er forskellige.

Interviewer: Ville det ændre noget, hvis man lavede forskelligt materiale til mænd og kvinder?

Informant: Det ville være muligt, fordi vi jo er forskellige. Det er jo også min kone, der skal jage mig op til lægen, hvis der er noget. Som sagt hvis jeg gik alene, så ville jeg nok slet ikke få den taget. Det er nok ikke bare mig. Det er mænd generelt. Så differentieret materiale til mænd og kvinder kunne være løsningen. Man skal i hvert fald nå os på en anden måde end kvinder.

Informant 2

Interviewer: Allerførst skal vi have indhentet et samtykke til, at du siger ja til at deltage i interviewet, og det du siger ja til, det er, at vi må have lov at bruge dine udtalelser, og du er selvfølgelig anonym i interviewet.

Du skal vide, at hvis du ønsker at trække dele eller hele interviewet tilbage, så skal du bare kontakte os igen.

Informant: Det er bare i orden.

Interviewer: Hvis du vil starte med at fortælle, hvor gammel du er, og hvad du laver til daglig?

Informant: Jeg er 63, og jeg er pensioneret. Så jeg har rasende travlt hver dag.

Interviewer: Hvis du vil fortælle, hvorfor du har valgt at takke nej til at deltage i screeningsprogrammet, og hvilke overvejelser du har gjort dig i forhold til dette?

Informant: Det er sådan flere spor. For det første, så er jeg kritisk over for alle de der screeningsprogrammer, fordi jeg har en fornemmelse af, at de sommetider gør mere skade end gavn. Det er altid en afvejning. Skal

du gøre tusinde mennesker urolige og dødsangste for at redde fem? Det ved jeg ikke. De fem synes sikkert, det er en god ide, men jeg tror nu nok, at de andre ikke synes det. Derfor må det være en personlig, individuel afvejning. **Man skal bare have et åbent oplyst valg. Det tror jeg ikke, at man får.** Det er den ene side af sagen. Det gælder både prostata og brystkræft og mavekræft og andre ting, man nu bliver screenet for. Apropos det, vi lige har talt om, så synes jeg måske, at man skulle forske mere i, hvad der giver brystkræft og mavekræft, så man kan sætte mere ind der i stedet for. **Det andet er, at jeg har ikke brug for at blive syg. Jeg synes, det er en sygeliggørelse. Så enkelt er det egentligt. Hvis jeg har mavekræft, så er det sådan, det er. Så må jeg tage det med. Det er en del af livet, at man skal dø.**

Interviewer: Så det er sygeliggørelsen i et screeningsprogram, der gør, at du ikke vil deltage kombineret med, at du synes, man skal sætte ind på mere forebyggende punkter?

Informant: Ja, det har jeg ikke brug for. Der var en læge på sygehuset, der bad mig om at købe et blodtryksapparat, fordi mit blodtryk vist nok var unormalt. Det skulle jeg sgu ikke have. Jeg kan ikke aflæse det, og jeg ville ikke ane, hvad jeg skulle stille op med det. Hver gang det ikke var som i går, så skulle jeg ringe op til lægen og spørge om, hvad der nu var i vejen, og om jeg var ved at dø. Det gider jeg sgu ikke. Det er bedre at mærke efter i kroppen, om der er noget galt.

Interviewer: Har du gjort dig nogle tanker om de fordele og ulemper, der er ved ikke at deltage?

Informant: Nej, i og for sig ikke andet end, at det ikke er noget, der bekymrer mig. **Jeg går ikke rundt og bekymrer mig om, om jeg er syg måske eller fejler et eller andet. Eller tage en DNA-test for at vide hvad jeg måske kommer til at fejle. Jeg ved, jeg skal dø, og sådan er det. Man kan også ødelægge sit liv ved at gå rundt og vide, at man skal dø. Så kan man lige så godt dø, som det er.**

Interviewer: Har du drøftet dit fravalg med nogen?

Informant: Nej.

Interviewer: Hvorfor har du ikke det?

Informant: Det er min egen beslutning.

Interviewer: Bor du sammen med nogen, eller bor du alene?

Informant: Jeg bor alene.

Interviewer: **Tror du, at det kunne have haft en betydning for dig, hvis du havde drøftet dit valg med andre? Kan der have været en årsag til, at du ikke har talt med andre om dit fravalg?**

Informant: **Nej, det tror jeg faktisk ikke. Det ville ikke have ændret noget. Jeg har snakket med mine unger om det. De kender mig godt nok til at vide, at vi kan godt snakke om det, men det er sådan, det er.**

Interviewer: Hvis nu de havde syntes, at det var en rigtig god ide, at du havde deltaget i screeningstilbuddet, ville det så have haft betydning for dit fravalg?

Informant: Det havde nok ikke ændret min beslutning. Jeg synes, at det at tage stilling til ens eget liv, det er min personlige beslutning. Selvfølgelig kan man godt tage hensyn til de pårørende, men det ville nok ikke have ændret noget.

Interviewer: Nu siger du, at du bor alene, kunne det have indflydelse på dit valg om ikke at deltage?

Informant: Nej, det tror jeg ikke, fordi det ville stadig være min personlige beslutning.

Interviewer: Hvis nu du havde modtaget prøven sammen med en anden person i din familie eller netværk, tror du, det ville have kunnet ændret din beslutning?

Informant: Nej, fordi når jeg har besluttet mig, så har jeg besluttet mig. Det er et gennemtænkt valg, så det ville ikke ændre noget. Folk har jo lov at vælge, som de vil. Det må de selv om. Som sagt så synes jeg, at der bliver brugt rigelige ressourcer på det. Der er som sagt folk, der går og bliver skide bange for svaret og bliver opereret for en sikkerheds skyld. Det er fuldstændig unødvendigt at bringe folk i den situation, så før man har en mere præcis testmetode, så synes jeg, at man skal lade være. Man kan jo godt gå rundt med en knude, som kan blive til kræft eller ikke kan. Knuder kommer og går, og hvis jeg får prostatakræft, så kan jeg dø om ti år. Om ti år så er det også ligegyldigt.

Interviewer: Hvis man nu fandt en anden metode, hvor der ikke på samme måde var den her store andel, der følte frygt ved svaret, tror du så, at du ville have deltaget?

Informant: Hvis metoden var mere sikker, så det ikke kun er fem procent, men nærmere hundrede procent, så ville det nok ændre min holdning til det. Det kunne sagtens være. Jeg har jo heller ikke et selvmordsønske trods alt.

Interviewer: Det ville være fordi, du var mere sikker på, at det var et rigtigt svar, du fik?

Informant: Ja.

Interviewer: Føler du, at selve proceduren, som var en afføringsprøve, har været en hindring for din deltagelse?

Informant: Nej, overhovedet ikke. Det har jeg slet ikke noget problem med. Altså, jeg har været tæt på døden, fordi jeg er blevet transplanteret. Jeg har fået en ny lunge. Jeg har været igennem en masse overvejelser, så jeg har ikke noget tabuforhold i forhold til min egen død, som mange mennesker desværre har.

Interviewer: Hvis nu testen havde været en blodprøve i stedet for en afføringsprøve kunne du så forestille dig at det havde ændret noget for dig?

Informant: Nej det havde været ligegyldigt. Det kommer an på sikkerheden, det er det, det handler om. Det er det, det kommer an på. Det er jeg ligeglad med.

Interviewer: Så det er, hvor sikker testen er, i forhold til om du får et rigtigt svar i forhold til den videre behandling, der er betydningsfuld for dig?

Informant: Ja.

Interviewer: Har du tidligere gjort brug af nogle screeningstilbud, du er blevet tilbudt?

Informant: Nej, det har jeg ikke. Jo, jeg blev bedt om at få taget en blodprøve, fordi de ville lave en PSA-test, men der var jeg ikke hurtig nok til at reagere. Men der besluttede jeg, at hvis den var positiv, så ville jeg ikke få gjort noget ved det. Og det er så i forhold til prostatacancer.

Interviewer: Er det igen de samme overvejelser i forhold til det her, du har nævnt med, at livet har sin gang?

Informant: Ja det er de samme overvejelser. Ja det kan du sige. Og fordi man får konstateret en risiko for prostatacancer, det betyder ikke man får det. Jeg har set nogle, der bliver opereret for det, og så vil jeg hellere undvære.

Interviewer: Forholder du dig generelt til sundhedsmyndighedernes anbefalinger? Det kan være sådan noget som KRAM-faktorerne.

Informant: Nej det gør jeg ikke. Jeg forholder mig til min krop og det, jeg kan mærke, føle og fornemme.

Og ikke så meget til de der myndigheder, for det er til at blive snotforvirret over alle de der anbefalinger med mad og bevægelse og alt muligt andet.

Interviewer: Så det er ikke noget du tænker over?

Informant: Nej. Der er jo ikke noget som man ikke ved. Man ved jo godt, at det er godt at bevæge sig, og ved godt, at det er godt at lade være med at ryge, man skal ikke drikke for meget. Det behøver man ikke sundhedsmyndighederne til.

Interviewer: Så du lytter til din krop, og hvis du tænker, at der er et eller andet der er unormalt, så reagerer du på det?

Informant: Ja, så reagerer jeg på det.

Interviewer: Gør du brug af din praktiserende læge, hvis du har behov for det?

Informant: Ja, hvis jeg føler, jeg har behov, ja, ellers gør jeg ikke. Det er faktisk ikke ret meget, jeg bruger ham.

Interviewer: I tidligere studier har vi kunnet se, at mænd er lidt langsommere til at komme til lægen, end kvinder er.

Informant: Ja, kvinder er mere pylrede. Og mænd er sådan nogle ronkedorer, det er rigtigt. Det skal arbejdes væk. Er det kommet af sig selv, kan det også gå af sig selv. Og alt det der.

Interviewer: Er det også sådan, du forholder dig til din praktiserende læge og sundhedsvæsenet?

Informant: Nej, det er det nu ikke. Jeg har haft meget kontakt med sygdomssystemet. Bliver tjekket et par gange om året i forbindelse med transplantationen. Og der bliver alt muligt jo tjekket. Så derudover, hvis der er noget i vejen, som er kritisk i forhold til den lunge jeg har fået, så reagerer jeg naturligvis. Ellers gør jeg ikke.

Interviewer: Da du fik tilsendt den her invitation, hvor der var udstyr til prøven og noget informationsmateriale. Har du læst materialet?

Informant: Nej, jeg skimmede det, og så smed jeg det ud. Men jeg var jo lidt orienteret i forvejen. Så ellers så gad jeg ikke læse manualen, det røg bare ud. (måske kan det også være indre motivation).

Interviewer: Hvad tænkte du om informationsmaterialet?

Informant: Jamen jeg har ikke forholdt mig til det sådan grafisk eller formidlingsmæssigt.

Interviewer: Har du en følelse af, at den viden, du har fået om tilbuddet fra den debat, der har været, at den har været mere betydningsfuld for dig end selve det informationsmateriale, som du fik tilsendt?

Informant: Ja for søren. Jeg var jo besluttet i forvejen, så da den kom, så røg den ud.

Interviewer: Hvad har for dig i debatten påvirket dig?

Informant: Jamen, det er jo det forhold, at det er så relativt få, som virkelig er syge. Og det gælder den her test, det gælder PSA, det gælder brystkræft. Der er nok i samfundet i øjeblikket, der er styret af angst gennem medier og politikere. Men pga. mange ting som fx hjemmealarmer mm. har vi aldrig haft det så godt, som vi har det nu. Og flygtninge, dem er folk jo ved at skide i bukserne over, selvom vi havde 3-4 gange så mange i 2004, og det har folk glemt. Vi er så påvirket af det her frygthalløj. Men først og fremmest, at det er overkill. Så man må sgu opfinde noget bedre.

Interviewer : Ud fra tidligere studier har vi kunne se, at folk valgte den fra, fordi der var en frygt for at få et positivt svar. Føler du også, at det har gjort sig gældende for dig?

Informant: Overhovedet ikke.

Interviewer: Det har overordnet set mere været den sygeliggørelse, der er forbundet med det?

Informant: Ja. Nej, jeg er ikke nervøs for et positivt svar, jeg har ikke mavekræft. Min mave fungerer upåklageligt. Hvis jeg havde haft en fornemmelse af, at der er noget, der ikke er, som det skal være, så kan man jo have den angst. Og så bør man gøre det. Men det har jeg ikke.

Interviewer: Tænker du, at der er noget ved de her procedurer i det her screeningstilbud, som kunne gøre, at der er flere der måske kunne få lyst til at deltage?

Informant: Nej, jeg synes ikke, der er flere, der skal deltage. Men man kunne måske i stedet for et landsdækkende screeningstilbud foreslå et tilbud hos lægen. Og de fleste har jo kontakt med sygdomssystemet igennem årene. Det kunne være et standardtilbud. De kunne have sådan en pose liggende. Ej, det er ikke sikkert, at man lige kan på kommando, men det kunne være et tilbud.

Interviewer: Tror du, et sådant tilbud ville få alle med, eller er det så kun dem, der har lyst, der ville melde sig?

Informant: Jamen, dem, der synes, det kunne være spændende at have det at tale med naboen om, de kunne jo komme op og få lavet sådan en. Eller dem, der havde en mistanke om, at der var noget galt. Hvis man var nervøs og gerne ville være sikker, så kunne de jo få den lavet. Det kan man jo i forvejen. Jeg kan jo godt gå op til lægen i morgen og sige, at jeg gerne ville have lavet sådan en test eller en PSA. Det kan man jo altid. Men vi bruger jo sindssygt mange penge, så man er nødt til at prioritere. Og i forhold til mave-tarmkræft kunne man jo forestille sig, at man brugte lidt krudt på at finde ud af, hvad der er årsagen til kræften. Måske er det noget af alt det, vi stopper i vores mad fx. Så kunne man sætte ind der i stedet for symptombehandling. Man bør gå til kilden.

Informant 3

Informant: Jeg er underviser på en kostvejlederskole om lige præcis mænds sundhed, og der handler et af modulet om lige præcis det her med, hvorfor mænd er så dårlige til at passe på os selv. Og hvad ligger til grund for det? Og der kunne jeg så tage med ind og sige, at forrige år, der blev jeg 50 og jeg tog først prøven... Ja, prøven lå bare i en stak, og den ryddede jeg op i en gang imellem, så den kom i en ny stak, og jeg

fik først taget den i marts eller april her i år. Og jeg har en kammerat/svoger som døde af kræft. På trods af det, så fik det ikke mig til at sende den ind. Og så er det også sådan, at en del af undervisningen går på: Jamen, hvad ligger til grund for, at jeg lige præcis ikke har gjort det? Er det frygten for, hvad den viser, er det dovenskab, der gør, at jeg ikke får den taget, eller er det forfængeligheden i, at det er en afføringsprøve, man skal til at sende ind til nogle andre? Jeg tænkte, nej, det er lidt grænseoverskridende. Så der er de tre parametre. Jeg tror, det er en kombination for mit vedkommende. Lidt af det hele. Men mest nok dovenskab og frygten for, hvad melder den. Men den frygt bliver jo ikke mindre, for jeg ved jo godt, at hvis man har den liggende i baghovedet, så bliver det ved med at ligge der, indtil det er effektueret.

Interviewer: Så det med frygten, det har været den primære årsag til, at du ikke har taget testen?

Informant: Ja, det vil jeg næsten sige. Eller det er alle tre: dovenskab, og at det er grænseoverskridende pga. prøven og vide, at der er nogle andre, der skal sidde og rode i ens lort. I stedet for at se målet og se, hvad det drejer sig om, så handler det nok om, at det er noget, der kommer dumpende ind omkring ens 50-års fødselsdag, og så står der lidt om det. Men langt hen ad vejen er der ikke nok information. De tager ikke sig selv seriøst og kigger indad. Vi burde kigge mere indad og se, hvad målet er med undersøgelsen. Ja, nu kan jeg ikke engang huske, hvad der står i det materiale, man får, men det har nok været meget overordnet.

Interviewer: Læste du det informationsmateriale, der var tilsendt?

Informant: Ja, det gjorde jeg. Men det har ikke bidt fast.

Interviewer: SÅ du havde ikke nogle tanker i forhold til materialet?

Informant: Nej, det har i hvert fald ikke ramt mig ordentligt til at sige: Den skal jeg lige have ud af verden.

Der burde jeg have tænkt: Det er dig det drejer sig om (informantens navn), det er dig, du skal passe på. Jeg havde også bevidstheden om, at det er en god service, men derfra og så til næste step, hvor man gør noget ved det.

Interviewer: Hvad synes du, der manglede i materialet til, at det talte til dig?

Informant: Det er nok mere det direkte, hvor man taler ind til det enkelte menneske. Altså, hvor det virkelig rammer, og der bliver sagt, at det her, det er virkeligt.. Jeg kan ikke helt huske, hvad der stod, men det, der havde ramt mig, det var, hvis de skrev: Det her er for dit eget bedste, det er for dig, det er dit helbred. Det er nu, det gælder, og det er ikke i overmorgen, så bliver det kun værre. Og så gå ned i den lidt skrappere stil og så sige det sådan der. Det, tror jeg, det er lidt af det, der skal til, for vi mænd, vi er nogle fjolser til at komme afsted til lægen. For vi tænker det skal arbejdes væk, ellers går det over i morgen, og det, tror jeg, er 95 procent af mændene, der tænker sådan der. Og det gør, at de praktiserer det sådan her.

Interviewer: Hvad med sådan at komme til lægen, er det noget, du gør brug af, eller har du brug for et skub?

Informant: Jeg skal save mig eftertrykkeligt i fingeren eller skære en finger af. Langt hen ad vejen er det sådan, det er.

Interviewer: Tænker du, der er en årsag til, at det er sådan for dig?

Informant: Jamen, altså, jeg tror bare, det er en del af den kultur, og vi mænd, vi er på. Vi klarer os selv. Vi har ikke lavet vores revolution, som I har. Vi lever stadig i hulemandsstadie, hvor vi tror, vi skal klare og

lave det hele. Vi er førerhannen, og vi må ikke vise svaghed. Det ligger så dybt i os, vi skal ikke græde og pylre. Og når vi så går til lægen, så er det et tegn på at pylre. Det gør vi bare ikke. Og så bliver det vores mantra og vores alt for tidlige død. Altså, vi dør jo alt for tidligt, ca. 5 år tidligere end jer. Så det er for dumt. Interviewer: Tænker du også, at det er sådan nogle tanker, der kan ligge bag det ikke at deltage i screeningsprogrammet?

Informant: Jamen, det er også det der med, at: der er ikke noget galt med mig. Det er jo overbevisningen eller at sætte skyklapper på øjnene og tro, at det sker kun for andre. nej, det gør det jo sådan set ikke. Men det er en del af det. Det er det her med, at det sker kun for andre. Det skal jeg nok klare, og det er bedst, at jeg klarer det selv.

Interviewer: Har du talt med andre om denne test?

Informant: Jamen, jeg sagde det på nogle af de undervisningshold, jeg havde. Hvor vi havde omkring mænds sundhed. Hvor jeg sagde: at jeg har ikke afleveret den endnu. Og så sidder de der og siger, ja.. Jamen, hvornår lover du så dig selv og os, at du gør det? Nå okay... Så længe vi ikke åbner op over for os selv, så er der heller ikke en løsning. Der var det så, at jeg konfronterede mig selv med det, og jeg tror næsten, at det her med, at jeg skulle stå til ansvar over for andre om mit eget helbred, der gjorde, at jeg fik afleveret den.

Interviewer: Så da du fik talt med dit hold om prøven, så lovede du dem, at du ville tage den?

Informant: Ja. Så det kan godt ske, at hvis der i brochuren stod, at man skulle tage en dialog med sine nærmeste om, at man havde fået denne invitation tilsendt, og de tanker, man havde omkring det. Og så lave en lovning på det med hinanden. Ellers så negligerer vi det bare.

Interviewer: Hvis nu du havde fået tilsendt prøven samtidig med, en anden i dit netværk havde fået tilsendt den samtidig - tror du så, det kunne have betydet, at du havde fået udført testen noget hurtigere?

Informant: Ja det tror jeg bestemt. Altså, der er vi mere ansvarlige over for andre, end vi er over for os selv. Og så vil det være lovningen over for andre, som man ville gå med.

Interviewer: Bor du alene, eller bor du sammen med andre?

Informant: Nej, jeg bor alene.

Interviewer: Tænker du, at det kunne have haft en indflydelse på din sene udførsel af testen?

Informant: Nej, for det gjorde jeg ikke der. For der var jeg gift.

Interviewer: Tror du, at hvis du havde boet sammen med nogen, at det havde haft en betydning?

Informant: Det kommer an på, hvem man bor sammen med. Hun var heller ikke god til at passe på dig selv. Hun kom heller ikke til lægen, selvom vi dog begge har sådan et gult kort.

Interviewer: Så det har ikke haft nogen indflydelse?

Informant: Nej det har det absolut ikke. For den dialog med hende havde vi ikke - for så skød vi bare efter hinanden. Så nej, det har ikke haft en betydning. Der kan mange gange være noget i det forhold, man lever i, som gør, at det ikke er den person, der skal sige noget. Der er selvfølgelig nogen, hvor det er godt. Og der har man nogle mønstre, man har i sit ægteskab. Der bliver vi lidt stædige.

Interviewer: Har du tidligere gjort brug af screeningstilbud?

Informant: Jo, det har jeg. Jeg kan ikke huske, hvad det var. Nej ikke af sådan noget - så er det kun, hvor det har været noget. Så nej, det har jeg ikke.

Interviewer: Hvis du nu fik tilbudt en anden screening, kunne du forestille dig at takke ja?

Informant: Nu tror jeg, jeg har fået taget hul på det og har bevidsthed, så måske ja. Men når der går hverdag i den, så bliver det hverken første eller anden prioritet.

Interviewer: Okay, så du tænker, at det er noget du vil tage stilling til fra gang til gang?

Informant: Ja, det tror jeg.

Interviewer: Vi snakkede lidt om de her procedurer. Tænker du, at hvis man ændrede på procedurene, at det kunne gøre, at du deltog hurtigere?

Informant: **Nej, den kan nok ikke gøres så meget anderledes. Så indtil man får det pakket ud, så er det jo ikke så slemt, det kan ikke gøres nemmere.** Så det primære, det er det der med, at man står til ansvar over for en anden person. Det er det, der for mig ville få mig til at ændre syn på det her.

Interviewer: Vi har læst, at man på nuværende tidspunkt forsker i, at en blodprøve kan erstatte afføringsprøven. Tror du, det ville ændret noget for dig, hvis du i stedet for afføringsprøven skulle have taget en blodprøve på sygehuset?

Informant: Der er to forskellige ting. **Afføringsprøven er nem, fordi man kan lave den derhjemme, og man ikke skal bestille tid og fysisk skal tage derhen.** Men på den anden side, så er det jo i forhold til forfængeligheden ikke et problem med det. Så der er både plus og minus. Nogle har så en fobi over for nåle. Det er så ikke noget problem. Den dag, jeg gjorde det, fik jeg lavet en "tune-up", hvor jeg fik målt mit blodtryk, tjekket i forhold til vitaminer, osv. Bare for at se, om alt var, som det skulle være. **For mig, der kunne det godt ske, at det havde været en nemmere ved, at der havde været en forudbestilt tid. Måske fordi vi er så autoritetstro, og så holder man sig til den tid, der er aftalt.**

Interviewer: Så det er igen det her med at stå til ansvar over for andre?

Informant: Ja, det er det.

Interviewer: Du nævnte tidligere, at du havde været lang tid om at tage den, måske pga. frygten for, hvad testen ville vise. Kan du uddybe det, som du frygter?

Informant: Jamen, i tilfælde af at der var kræft, og hvad så meget sygdomsforløbet. Hvad kommer der til at ske? Nu har jeg jo fulgt min kammerat og set ham forsvinde til ingenting. Det gør jo, at så hellere sige, at hvis det er sådan, så er der jo ikke noget at gøre. Så hellere trække den og så sige, at langt hen ad vejen, så har vi altså en god helbredelsesprocent, hvis det bliver opdaget i tide. Og jeg taler nogle gang omkring ham - hvis han bare havde taget sig sammen og var kommet afsted, så kunne han måske have overlevet. Og så gør jeg selv det samme. Det er det der med at pege fingre ad andre.

Interviewer: Hvordan kunne du forestille dig, at man kunne komme den her frygt til livs?

Informant: Jamen, det kunne måske være at se på det positive. **At komme noget rent statistik ind, der viser, at hvis vi opdager det her, så er helbredelsesprocenten sådan her. Man må gerne male fanden på væggen. Hvis man opdager det med dag 0, så er helbredelsesprocenten X, og hvis man trækker det 3 måneder, 6 måneder**

og 1 år, så er helbredelsesprocenten, behandlingstiden og rehabiliteringstiden sådan og sådan, og den strækker sig så meget mere. Så får vi at se, at det går ud over mit arbejde, min fritid og alverdens ting. Så at der kommer nogle cool-facts. Det skal være for at skræmme og for at motivere. For de odds, der er ved et halvt år, så må jeg nok hellere komme af sted.

Interviewer: Kunne du forestille dig, at muligheden for at kunne ringe til nogle sundhedsprofessionelle, at det kunne have en betydning?

Informant: Hvis man selv skal ringe op, så bliver det for meget. Vi får ikke ringet. Der går hverdag i den, og nummeret bliver smidt ud. Så det skulle være den anden vej. Påvirkning fra andre virker.

Interviewer: Hvad kunne du forestille dig, at der skulle ændres, hvis du havde været mere motiveret for at deltage tidligere?

Informant: Jamen, det skulle nok være at male fanden på væggen. Og så at der er en tid, hvor man skulle hen og få taget testen. Så en forpligtelse over for en anden instans. Vi skal have det råt og usødet. Det, tror jeg, er det, der skal til. Vi skal have lorten lige i hovedet. Jeg var så chokeret over, da resultatet kom. Der var brev i e-boks to dage efter. Den var lige kommet, de testede den, og så fik jeg brev med det samme. Jeg sendte den mandag og fik svar onsdag. Jeg tænkte, det var skidt. Så jeg var bare nødt til at få læst lortet. Der var ingenting. Der kan lige præcis være nogle, der siger, at hvis den kommer så hurtigt, så vil folk ikke læse den, fordi de får frygtet, at det er et negativt svar.

Interviewer: Hvad kunne så forandres, hvis folk ikke fik aflæst resultatet i e-boks?

Informant: Det havde været godt, hvis nogle ringede og fortalte svaret, hvis testen er både positiv og negativ. Fordi der er mange nye spørgsmål, som man står med alene, hvis det er i en e-boks. Så derfor tror jeg, at det bedste ville være, at der var nogle, der ringede og formidlede svaret. Derudover kunne man så sende nogle små facts ud på e-boks som et supplement til samtalen.

Informant 4

Interviewer: Vil du prøve at fortælle, hvorfor du har fravalgt at deltage i screeningsprogrammet?

Informant: Jamen, det er fordi... Som tiden gik, så synes jeg, at jeg måske hellere ville undvære, om der var noget galt. Og så har jeg haft nogle i familien, der har haft noget, så kommer det, så kommer det. Det var den tanke, jeg gik med. Og så er det dovenskab. Frygt, måske, for at der skulle være noget. Det er de to ting.

Interviewer: Har du tænkt over fordele og ulemper ved ikke at deltage?

Informant: Samtidig med, at jeg siger det, så vil jeg jo egentlig gerne vide det. At der ikke var noget fx.

Interviewer: Så frygten måske kunne blive fjernet?

Informant: Ja lige præcis. Men hvorfor jeg ikke gør det, det kan jeg faktisk ikke svare på. Jeg har tænkt på det flere gange i løbet af de sidste par år.

Interviewer: Så er det rigtigt forstået, at det er to år siden, du har fået den tilbudt?

Informant: Ja nemlig.

Interviewer: Har du haft overvejet at tage den?

Informant: Ja, men jeg har bare ikke fået den taget endnu. Og jeg har smidt det ud, fordi jeg tænkte, det var for sent.

Interviewer: Hvad fik dig til at tænke ,at det var for sent?

Informant: Jamen nu var jeg jo ikke 50 længere, nu var jeg 51 år.

Interviewer: Har du drøftet dit fravalg med nogle i din omgangskreds?

Informant: En kammerat, hvor jeg sagde det til - og hans far døde også af kræft. Men jeg sagde til ham, at kommer det, så kommer det. Hvis det rammer mig, så er det sådan, det er. Selvom jeg selvfølgelig godt kan se fordelene ved at få det opdaget i tide. Men det er jo bare sådan typisk dumhed.

Interviewer: Hvad holdning havde din kammerat til det?

Informant: Jamen han var sådan: hvis det rammer os, så rammer det os. Men det er lidt tosset, når man har tabt nogle personer til kræften. Det er ikke logisk.

Interviewer: Hvis nu din kammerat havde haft den modsatte holdning og tænkt, at det var en god ide at tage testen, tror du så, det havde påvirket dit valg?

Informant: Det tror jeg, ja. Jamen, så havde jeg nok lyttet til ham og tænkt, at det selvfølgelig var rigtigt. Det kunne godt have påvirket mig.

Interviewer: Bor du alene, eller bor du sammen med nogen?

Informant: Nej, jeg bor alene sammen med min datter.

Interviewer: Hvis du nu havde boet sammen med andre voksne, tror du så, at det kunne have påvirket dit valg?

Informant: Det tror jeg, ja. Nu er det et halvt år siden, at jeg fik en kæreste, og vi bor ikke sammen, men hvis jeg sagde det til hende, så ville hun sikkert sige: Hvad fanden laver du, dit fjols? Hun er så fornuftig.

Interviewer: Hvis nu du havde modtaget invitationen på samme tidspunkt som en i dit netværk, tror du så, det havde øget sandsynligheden for, at du ville tage testen?

Informant: Ved du hvad, jeg tror, jeg tror, det ville være nemmere, hvis jeg blev kaldt ind. At den var obligatorisk, og at man så skulle hen til lægen og så tage testen der. Så havde jeg gjort det. Så var jeg blevet kaldt ind, og så havde jeg overholdt tiden.

Interviewer: Var det, fordi du skulle stå til ansvar over for en anden?

Informant: Ja, man er jo ikke så omhyggelig, når det er på eget ansvar.

Interviewer: Så det var nemmere, hvis der var en, der sagde, at: nu skal du have det gjort?

Informant: Ja, det tror jeg, sådan plejer jeg i hvert fald at være. Tandlægen, det skal jo passes, og sådan noget får jeg passet.

Interviewer: Har du tidligere gjort brug af screeningstilbud?

Informant: Nej.

Interviewer: Er du blevet tilbudt nogle?

Informant: Nej, ikke som jeg kan huske. Jeg tror faktisk, at det her er det første. Ja, og det kommer som en overraskelse, at der findes sådan noget.

Interviewer: Kunne du forestille dig, at du engang i fremtiden ville deltage i lignende tilbud?

Informant: Åh, det skal jeg ikke kunne sige. Tiden, den går jo. Men højst sandsynligt ikke, jeg skulle nok kaldes ind. Når det er frivilligt, så tror jeg, det er svært at få taget mig sammen til at deltage. Denne test lå fremme i lang tid, og jeg fik det ikke gjort alligevel.

Interviewer: Gør du brug af din praktiserende læge på frivillig basis?

Informant: Når man ser på mit forløb, så render jeg ikke deroppe så ofte. Det skal være slemt. Med min datter er jeg pylret, men jeg kan jo heller ikke se, hvor ondt hun har.

Interviewer: Okay, så det er anderledes med dig selv?

Informant: Ja. Der var et tidspunkt, jeg kom til læge, der fandt de ud af, at min lunge var klappet sammen. Så sagde de, om jeg ville beholde den. Der skal meget til, før jeg går til lægen.

Interviewer: I forbindelse med, at du fik tilsendt prøvematerialet, der var der også noget informationsmateriale. Har du læst det?

Informant: Jeg har læst en lille smule. Det er dumt ikke at tage testen - sådan tænkte jeg også dengang.

Interviewer: Var der noget, du tænker, der manglede i materialet?

Informant: Nej ikke umiddelbart. Jeg kender jo nok til kræft i familien. Det burde være skræmmende nok.

Dem, der har oplevet kræft, de synes jo, det er sørgeligt. Så det er egentlig tåbeligt, når jeg har en datter, som jeg har et ansvar for.

Interviewer: Din familie har en forhistorie med kræft. Føler du, at det har haft en påvirkning på dit fravalg?

Informant: Altså, jeg vil sige, at det har påvirket mig på den måde, at nu de har været syge af lungekræft pga. rygning, så derfor har jeg heller ikke haft lyst til at ryge. Så i forhold til tarmkræft, så har det ikke påvirket. Men jeg kan ikke sige andet end, at det er dumt, at jeg ikke har valgt at deltage.

Interviewer: Ud fra tidligere studier har vi kunnet se, at proceduren har været en begrænsning for nogen. Har du syntes, det er en hindring?

Informant: Ja jeg synes måske, at det er lidt træls at skulle gøre det. Men det er jo værre, hvis lægen skal gøre det for mig. Det kan lægen jo heller ikke forlange. Men jo, måske, det er måske, fordi det er grænseoverskridende.

Interviewer: Hvis nu testen havde været en blodprøve hos lægen eller på sygehuset, tror du så, at du havde været mere motiveret for at deltage?

Informant: Ja, så var jeg sprunget lige på.

Interviewer: Hvordan kan det være?

Informant: Det er, fordi det handler om autoritet og det at være pligtopfyldende.

Interviewer: Så det, at du skal møde op til noget, og så at procedurerne er anderledes, at der gør, at du vil deltage?

Informant: Ja.

Interviewer: Du talte om, at frygten for svaret, at det kunne have indvirkning på, at du har fravalgt screeningen. Kan du fortælle lidt mere om det? Er det frygten for svaret, eller det, man skal igennem bagefter?

Informant: Ja, forløbet. Eller jeg vil sige, jeg ved faktisk ikke, om jeg er så bange for svaret. Det vil være allerbedst at få taget testen og få et svar. Jeg tror, at jeg efter at have fået testen, så føler jeg, at mine tanker svæver om det engang imellem. Jeg skal da ikke have meget ondt i maven, før jeg begynder at tænke over det. Man tænker jo på det, fordi man har fået det her advarselsbrev.

Interviewer: Får du dårlig samvittighed over, at du ikke har deltaget?

Informant: Ja, det gør jeg. Fordi hvis jeg havde gjort det, så havde jeg fået helt klart svar. Men er det noget, man kan tage på en blodprøve det her?

Interviewer: De er ved at udføre forsøg med det. Så det er fortsat på forsøgsbasis. Har du nogle forslag til, hvordan man kunne komme den her frygt til livs i forhold til svaret?

Informant: Nej, jeg tror simpelthen bare, at man skal screenes som ganske ung. Evt. med en blodprøve. Så der ikke var et valg. Det ville gøre det meget nemmere for mange mænd i stedet for, at man skulle derind som 50-årig. Så kommer man afsted, og sådan er det. Det ville være nemmere for mit vedkommende.

Interviewer: Er der noget, du overordnet kunne forestille dig, at man kunne ændre ved testen, så du kunne være mere motiveret for at deltage?

Informant: Jamen, det er jo det med, at **det skulle være obligatorisk, og at man havde en pligt over for samfundet og en selv. Det kunne give et skub til at tage prøven. Hvis nu fx der var nogle sundhedsprofessionelle, der ringede ud, hvis de kunne se, at man ikke havde responderet tre måneder efter, man havde modtaget testen.** Det kunne være motiverende. Ligesom jeg nu taler med dig. Nu er jeg jo ligesom blevet involveret igen.

Interviewer: Så er det rigtigt forstået, at du føler dig mere motiveret for at deltage efter denne samtale?

Informant: Ja. Jeg ville ønske, jeg havde taget testen. Ved du, hvor man kan få et nyt testsæt?

Informant 5

Interviewer: Vi skal have indhentet et samtykke fra dig, inden vi starter. Det, vi skal have samtykke fra dig til, er, at vi skal bruge dette interview i forskningsøjemed, og derfor bliver interviewet optaget, så vi sikrer, at du bliver citeret korrekt.

Informant: Det er helt okay.

Interviewer: Hvis du vil starte med at fortælle om, hvorfor du har valgt ikke at deltage i denne her screening?

Informant: Jamen, det er nok, fordi jeg for nogle år siden var ude og få lavet sådan en undersøgelse i tarmen, så det var også sådan noget screening, jeg kom under. Det var fordi, jeg gik og døjede med min mave. Så fik jeg lavet sådan en undersøgelse, og det viste sig, at alt var fint. **Så dengang jeg fik de her prøver, man kunne sende ind, så synes jeg, at det havde jeg lige gjort i kraft af den undersøgelse, jeg lige havde fået lavet.** Også af den grund, at jeg synes, det er mærkeligt at skulle lave sådan noget selv. **Jeg tror, det ville være bedre, hvis man skulle møde op på sygehuset og få det gjort. Altså tage de prøver fra afføringen fra på sygehuset.**

Interviewer: Så du tænker, at det var selve proceduren, og at du havde fået lavet en undersøgelse ikke lang tid forinden, der gjorde, at du valgte ikke at deltage?

Informant: Ja, og det gjorde, at jeg lige havde været ude og få undersøgt det, og havde jeg ikke lige fået lavet den undersøgelse, så tror jeg, at jeg måske også havde været mere aktiv i at have fået sendt den prøve ind på en eller anden måde. Måske tage kontakt til min læge og få ham til at hjælpe mig på en eller anden måde.

Interviewer: Kan du fortælle lidt mere om, hvorfor afføringsprøven er en af de primære grunde til, at du har fravalgt at deltage i screeningen?

Informant: **Jamen, det synes jeg er noget underligt noget at rode rundt med. For mig er det en lidt mystisk måde at gøre det på. For andre er det måske meget naturligt, men jeg kunne sgu ikke rigtigt sætte mig ind i det.** Men det er måske den eneste måde at gøre det på ved, at man sender det ud, så man kunne gøre det privat.

Interviewer: Hvad tænker du, der kunne have været ændret ved proceduren for, at du gerne ville have deltager?

Informant: **Jeg er sådan anlagt, at hvis jeg får en dato til et eller andet, så dukker jeg op. Jeg tror, at hvis man havde fået en dato, hvor man skulle møde op på sygehuset, så var jeg taget derud og få det gjort.** Det tror jeg faktisk, at jeg havde.

Interviewer: Hvorfor tænker du det?

Informant: Fordi så havde jeg lagt det over i andres hænder, så de havde klaret afføringsprøven. Ja, det lyder lidt problematisk, men sådan har jeg det lidt. Der er nogen, der ved, hvordan de skal gøre det.

Interviewer: **Hvis nu proceduren havde været en blodprøve i stedet for en afføringsprøve, ville det så have fået dig til at deltage?**

Informant: **Ja, det havde det. Det havde været lidt anderledes for mig. Det havde det, fordi jeg er ikke god til at stå og rode med sådan noget.** Det kan jeg ikke. Det, der kommer ud af den anden ende, det er jeg ikke god til overhovedet.

Interviewer: Da du fik testen tilsendt, der var der også noget informationsmateriale. Har du læst det?

Informant: Ja, jeg læste det lige, da det kom. Nu er det så lang tid siden, så jeg kan ikke helt huske alt det, der stod deri. **Med det samme havde jeg det sådan, at det skulle man jo egentligt have gjort, men jeg havde jo næsten lige været ude og få ordnet min tarm, og så var det måske ikke helt så aktuelt, og jeg havde det jo egentligt godt nok.** Som jeg siger, hvis jeg ikke lige havde været ude og få lavet en test, så tror jeg nok, at jeg havde gjort noget for at få taget testen.

Interviewer: Hvad tænkte du sådan om indholdet i informationsmaterialet?

Informant: Det er godt nok lang tid siden, jeg har læst det, så jeg kan ikke lige huske det, men som jeg umiddelbart så det, så virker det jo egentligt enkelt nok for nogen. Jeg kunne godt se, hvordan det skulle gøres, men der slog jeg nok lidt bak. Jeg kunne bare ikke gøre det. Hvis jeg ikke havde fået lavet den undersøgelse før, så havde jeg nok bedt nogen om at hjælpe mig med at tage den - altså nogen inde for sygehusvæsenet.

Interviewer: Synes du, at du savnede noget i informationsmaterialet?

Informant: Nej, ikke umiddelbart. Jeg synes ikke, jeg tænkte, hvorfor står der ikke noget om det eller det, som jeg lige kan huske. **Der stod jo det, man skulle vide, og hvordan man skulle gøre de. Det stod jo egentligt tydeligt nok.**

Interviewer: Nu kan vi se fra andre undersøgelser, at der er mange, der har fravalgt screeningen, fordi de er bange for at få et positivt svar. Er det noget, du har tænkt over?

Informant: **Jeg ved jo, at dengang jeg selv skulle ud til den undersøgelse, der var jeg også bange for svaret. Mænd er også lidt underlige, hvad det her angår. Mænd tænker, at det går over af sig selv.** Jeg kan huske, at dengang jeg døjede med min mave, og jeg endelig fik snakket med min kæreste om det, hvor, at da jeg endelig fik det sagt, tog det lidt af angsten væk. **Hun var god til at sige, at det skulle der gøres noget ved. Så fik vi bestilt en tid til lægen. Jeg tror generelt, at mænd synes, at det man ikke ser, det er væk, og sådan er virkeligheden ikke.**

Interviewer: Hvordan kunne du forestille dig, at man kunne komme frygten til livs?

Informant: Jeg tror, at man fokuserer for meget på det negative i medierne. Man hører altid om katastrofer. Man fokuserer for lidt på dem, der bliver raske. Min kæreste er sygeplejerske på sygehuset, og hun fortæller også mig, at der kommer mange ind, der er rigtig dårlige, men der kommer også mange ind, der har det godt nok. Jeg tror bare, at der er for lidt fokus på dem, der overlever. Så er den og den blevet syg. **Vi burde i stedet fokusere mere på, hvor mange der bliver helbredte. Så tror jeg, at der var flere, der ville gøre noget ved det. Det er altid det sorte, man ser. Det er svært at blive positiv, når det kun er det negative, man bliver præsenteret for.** Der kommer rigtig meget information om cancer. Det er altid de trælse historier, man hører i medierne. Det er sjældent, man følger nogle, der bliver raske. Sådan har jeg det i hvert fald, når jeg ser det. Der er alt for meget fokus på det dårlige.

Interviewer: Så du synes, at der skal mere fokus på de positive historier?

Informant: Ja, og på, hvor mange der egentligt bliver helbredte. Jeg kan godt høre, at man skal bare se at komme af sted, og jo før man kommer afsted til sin læge, jo bedre er chancen for at blive helbredt, og jo mindre nervøs er man.

Interviewer: Hvorfor tænker du, at det vil hjælpe?

Informant: Hvis nu fx man siger, at hvis man brækker benet, så er det 50% risiko for, at man dør. Så vil jeg vædde med, at der er mange, der bare håber på, at det går over af sig selv. Der går man til lægen med det samme, fordi det ikke er farligt. Det er mere det med, at man skal vende det om og fortælle de gode historier. Det er mere sådan, jeg tænker.

Interviewer: Nu siger du, at du bor med din kæreste, tænker du, at det kunne have haft en betydning for dit fravalg?

Informant: Nej, overhovedet ikke. Det har hun ikke haft nogen indflydelse på. Tværtimod har hun sagt, om jeg ikke skulle have taget den her test. Vi har snakket lidt frem og tilbage om det, men det er jo ikke så lang tid siden, jeg fik lavet den samme test, så det var måske ikke så relevant. Det var egentligt det. Men gik jeg

og var bekymret, så var jeg nok kommet på andre tanker og havde fået noget hjælp til at få det gjort. Men hun har ikke haft en indflydelse på det.

Interviewer: Har hun ment, at du skulle have taget testen?

Informant: **Altså, den lå jo på bordet i nogle dage, og så blev den lagt over på reolen, og så hun spurgte, hvad det var for noget. Så snakkede vi om det, og blev enige om den konklusion, at det ikke var nødvendigt, fordi jeg lige havde været oppe og blive testet. Det kunne hun også godt se det rigtige i. Samtidig var jeg jo også ked af at skulle til at stå og rode med det selv.**

Interviewer: Så det har lidt været i samråd med hende, at du har fravalgt at deltage?

Informant: Ja, det har det. Hun har jo ikke sagt, at det synes hun ikke, at jeg skulle. Hun har sagt, at hun synes, jeg skulle gøre det, men fordi jeg havde fået lavet undersøgelsen, så var der ingen grund til at få den taget igen.

Interviewer: Hvis nu du havde modtaget invitationen sammen med en i dit netværk, ville det kunne have fået dig til at vælge at deltage?

Informant: Nej, det tror jeg ikke. Jeg er jo lidt i en mærkelig situation, fordi jeg allerede havde gennemgået testen, men jeg skal ikke kunne sige, om det havde virket, hvis jeg havde stået i en anden situation, hvor der var flere i familien, der havde fået invitationen. For mit vedkommende er det dog lidt atypisk. Jeg ved ikke rigtig, hvordan jeg skulle have reageret. Men hvis jeg havde fået en invitation sammen med en lillebror fx, så kunne det da godt være, at man havde kontaktet ham og fået snakket om det og ordnet det. Men igen, jeg aner det ikke, for jeg kunne ikke have gjort det selv. Jeg skulle have haft nogen til at hjælpe med det. Det er det, jeg mener med, at havde jeg fået en tid på sygehuset, så tror jeg nok, at jeg havde gjort det.

Interviewer: Nu har du drøftet dit fravalg med din kæreste, har du drøftet det med andre?

Informant: Ja, jeg har talt med en kollega, som er lidt ældre end mig. Han har også modtaget invitationen, men om han har fået sendt det ind. Det ved jeg ikke. Vi havde snakket om det. Men det har ikke nogen indflydelse på mit fravalg. Det tror jeg heller ikke, at det gør ved nogen. Man har selv lavet den beslutning, om man gør det eller ej. Man kan ikke lægge pres på hinanden. Det er noget, folk selv går og tumler med og laver den beslutning, at de ikke skal deltage. Dem, der ikke får det gjort, det er dem, der har det rimeligt godt og ikke har nogen skavanker, tror jeg. Gik man nu og havde det dårligt, som jeg havde det dengang, så fik man det nok også gjort. Der går i hvert fald noget tid, før man får gjort noget ved det - i hvert fald med mænd. Vi trækker det ud. Derfor tror jeg ikke, det har haft nogen indflydelse på, om man har haft en kollega eller noget. Jeg vil ikke lægge et pres på mine kollegaer. Det må man selv træffe et valg over.

Interviewer: Har du tidligere gjort brug af screeningstilbud?

Informant: Ja, det er heller ikke ret lang tid siden. Der var jeg ude og få lavet en scanning af min prostata. Der fik jeg lavet en blodprøve og en prøve af prostata.

Interviewer: Hvad fik dig til at deltage i det screeningstilbud?

Informant: Det var ikke rigtigt noget tilbud. Det var noget, jeg spurgte efter. Jeg blev opereret for snart en 8 år siden i min urinblære. De fjernede en polyp. Efter den tid, så har jeg haft problemer med at tisse. Jeg har

kunnet mærke, at jeg ikke kunne tømme blæren ordentligt. Så var jeg ved lægen med det og været til en masse undersøgelser på sygehuset også. Man går jo i sådan et forløb derude efter sådan en operation. Der skulle man derud to gange om året i nogle år. Der fandt man så en polyp mere, og så kom jeg ind i systemet igen. Men jeg er heldigvis ved at være færdig. Jeg gik og følte, at det var lidt mærkeligt, og så gik op til lægen og spurgte, om jeg ikke kunne få undersøgt min prostata. Lægen sagde, at det kunne vi bare gøre, og det ikke var noget problem. Det viste sig så, at mine tal var lidt for høje, så han synes, at han skulle sende mig ind til sådan en screening, hvor man går ind og tager nogle prøver af prostata. Det viste sig så, at det hele det så fint ud. Der var ikke noget galt. Jeg lagde selv pres på at få det gjort.

Interviewer: Det var på eget initiativ?

Informant: Ja, det var det.

Interviewer: Det sidste spørgsmål, jeg har, er, om der er noget helt overordnet, man kunne ændre ved den her screeningsprocedure, der kunne få flere mænd til at deltage?

Informant: Nu har jeg haft noget med skoler at gøre. Jeg tror simpelthen, at allerede mens børn er små, at man skal forklare dem uden at male fanden på væggen, hvor vigtigt det er, så det bliver en naturlig ting. Det skal ikke blive sådan noget, at det er fanden på væggen så snart, der er et eller andet. Det skal blive til en dagligdags ting, ligesom det er at have halsbetændelse eller mellemørebetændelse. Man skal gå til lægen, når man har det dårligt. Lær dem fra starten af, at det bliver naturligt at stille op, hvis der er et eller andet galt. Jeg tror bare, at det skal startes meget før. Min generation og dem før mig, de er helt firkantet med det her. Det er nok nemmere jo yngre, man er. Det håber jeg da.

Interviewer: Så mere forebyggelse for at få mænd til at deltage?

Informant: Ja, og mere information om, hvor godt det er. Også hvor god en ting, det er. Jeg tror, man har lidt med, at hvis man får sådan en invitation, så er man ved at dø. Hvis man kunne gøre det sådan, at det var naturligt gennem hele sit liv fra, man var ung. Få noget mere information og fortæl de gode historier i stedet for at fortælle om, hvor mange man har fundet gennem screeningen, der havde cancer. Fortæl i stedet, at fx 56% bare var fint. Det er måske måden, man fremlægger nogle ting på, det skal være mere positivt.

Interviewer: Så positiv information og lidt en holdningsændring hos mændene ville være vejen frem?

Informant: Ja, og så meget tidligere.

Bilag 7: Syntaxfil

/*310117, 170217:

Management med udgangspunkt i gruppe 9312 projekt.

Udgangspunkt i datasæt med opl. om screening, køn og alder påsættes fra pop mhp

- deltagelse/ikke deltagelse efter køn og alder og opgørelse pr. region.

- Tilsvarende for om der var deltagelse i koloskopi*/

/*der udtrækkes deltagere med opl om invitation, påmindelse og svar.

Hvis man er i ikke-registreret region (1090) slettes man (i alt 5).

Fra pop hentes køn og fødselsår*/

libname raw 'X:\Data\Rawdata_Hurtig\706130';

libname heb 'F:\Data\Workdata\706130\People_programs\Henrik Boggild';

libname fmt '\srvfsenas3\formater\SAS formater i Danmarks Statistik\FORMATKATALOG'

access=readonly;

options fmtsearch=(fmt.uddannelser, fmt.times_personstatistik, fmt.discsed); run;

proc format cntlin=raw.dts_format; run;

/*datamanagement*/

/*****Screeningsregisteret*****/

*Fra dette register indhentes oplysninger om invitation,
deltagelse, tid til deltagelse samt region;

data tarm; set raw.Christiantorp_invi_nov16;

Delt=1;

if Labsvar_proevdt1 ne . then deltd=0;

if region_invitation ne '1090' then output;

keep pnr deltd frameldt region_invitation Indi_dato Invi_sendtdt1

Paamind_sendtdt1 Labsvar_proevdt1 Labsvar_resultid1;

run;

data demo; set raw.pop;

keep pnr fdato sex;

run;

proc sort data= tarm; by pnr; run;

proc sort data= demo; by pnr; run;

data slut; merge tarm (in=data) demo; by pnr; if data; run;

data final;

set slut;

alder = (indi_dato - fdato)/365.25;

drop fdato;

alder_gr=0;

if alder>=55 then alder_gr=1;

if alder>=60 then alder_gr=2;

if alder>=65 then alder_gr=3;

if alder>=70 then alder_gr=4;

```

run;

data fejl ; set final; if sex = . or alder = . or Region_invitation = .
then output;
run;
*der mangler alder, køn eller region på 35;
data final; set final;
f = 1;
if sex = . or alder = . or Region_invitation = . then f = 0 ;
if f = 1 then output;
drop f;
run;

/*
skabelse af datasæt med koloskopi*/
data colon; set raw.Christiantorp_pos_nov16;
keep pnr k konklusion exclude_indi5 ;
k= 1;
if konklusion = 6 then k = 0; /*ingen registrering af konklusion (i LPR)*/
if konklusion = 7 then k= 0; /*Ingen undersøgelser i hverken LPR eller Patobank*/
run;
proc sort data=colon; by pnr; run;

proc sort data=final; by pnr; run;
data colon_f; merge colon (in=data) final; by pnr; if data; run;
data colon_f; set colon_f;
f = 1;
if sex = . or alder = . or Region_invitation = . or Region_invitation = '1090'
then f = 0 ;
if f = 1 then output;
drop f;
run;

/*****
analyser
*****/

proc univariate data=final; var alder ; run;
proc freq data=final; tables delt sex region_invitation alder_gr; run;

proc freq data=final; tables delt*(sex alder_gr region_invitation) /chisq; run;

proc sort data=final; by region_invitation; run;
proc freq data=final; by region_invitation; tables delt*(sex alder_gr) /chisq; run;

proc logistic data=final;
by region_invitation;
class delt sex ;
model delt=sex /rl;
run;

proc logistic data=final;
by region_invitation;
class delt alder_gr (ref='0');

```



```
model delt= alder_gr/rl;  
run;
```

```
proc logistic data=final;  
by region_invitation;  
class delt sex alder_gr (ref='0');  
model delt=sex alder_gr/rl;  
run;
```

```
/*her kommer for koloskopi*/
```

```
proc freq data=colon_f; tables k sex region_invitation alder_gr; run;
```

```
proc freq data=colon_f; tables k*(sex alder_gr region_invitation) /chisq; run;
```

```
proc sort data=colon_f; by region_invitation; run;  
proc freq data=colon_f; by region_invitation; tables k*(sex alder_gr) /chisq; run;
```

```
proc logistic data=colon_f;  
by region_invitation;  
class k sex;  
model k=sex /rl;  
run;
```

```
proc logistic data=colon_f;  
by region_invitation;  
class k alder_gr (ref='0');  
model k= alder_gr/rl;  
run;
```

```
proc logistic data=colon_f;  
by region_invitation;  
class k sex alder_gr (ref='0');  
model k=sex alder_gr/rl;  
run;
```