Speciale i Kommunikation:

Vil du donere dine stamceller?

- En undersøgelse af adfærdskommunikations effekt på antallet af stamcelledonorer

Af:

Ditte Mathilde Svensson

Sofie Fisker Nielsen

Vejleder: Thomas Ploug

Gruppe 13

10. semester - maj 2018

AALBORG UNIVERSITET KØBENHAVN

SPECIALETITEL:

Vil du donere dine stamceller?

- En undersøgelse af adfærdskommunikations effekt på antallet af stamcelledonorer

Speciale i Kommunikation

- Vejleder: **Thomas Ploug**
- Gruppenummer: **13**
- Semester: **10. semester**
- Studerende:

Ditte Mathilde Svensson
Sofie Fisker Nielsen

Anslag og sideantal: ***272.085 anslag - 113,4 normalsider***

Dato for aflevering: ***31. maj 2018***

Abstract

More than a hundred Danes are every year given a diagnosis, which demands that they receive a stem cell donation to survive. Many of these people are diagnosed with different kinds of cancer and need help from a stem cell donor with identical tissue type as themself to produce new and healthy stem cells. This identical match in tissue type is very rare and there are still many Danes and people worldwide that never get a donor match. The people that verify as stem cell donors are active blood donors and they have to register in a national and international stem cell register. But the Danish national organisation for blood donors, Bloddonorerne i Danmark, stands before an issue, that there is a lack of registered stem cell donors to meet the need of stem cell donations for severely ill patients. This thesis is set out to investigate, whether this problem can be eliminated by identifying the blood donors barriers for a registration and then using nudging, when presenting them to the decision making process.

In order to design nudging with the purpose of making blood donors aware of the choice to enrol as a stem cell donor and increasing the amount of stem cell donors, it is essential to identify the blood donors' barriers and obtain knowledge about their preferences. This knowledge is obtained with a qualitative preliminary study that consists of two focus group interviews with blood donors in the age between 18-60 years, with different length of education and both male and female. Based on the findings from the qualitative study it is possible to design two products with information about stem cell donation; one product containing selected nudging strategies and one neutral control product without nudging.

Nudging strategies are developed, and were therefore also applied to the product, based on a theoretical knowledge and understanding of humans two kinds of thinking; the intuitive and automatic kind of thinking - system 1, and the rational and reflective kind of thinking - system 2.

To be able to detect whether the nudging product had an effect on the blood donors, we performed a test of the two products shaped as a quantitative questionnaire survey, which took place in two blood banks - one in Copenhagen and one in Aarhus. The aim

was to achieve data from blood donors in various ages, with different length of education and both female and male respondents.

Results from the survey consist of 216 respondents equally divided between the two products, gender, cities, and with a variation in age. From the results we found that male respondents were more affected by nudging than the female respondents. Furthermore we did not detect a distinct difference in the responses collected from the two cities. We can conclude that nudging has a considerable effect on the blood donors based on our results, which constitute 41,7% responses for a registration after being exposed to the neutral control product and 90,7% for a registration after being exposed to the nudging product which leads to a 117,5% increase. Additionally we can conclude that the correlation between the blood donors' decision and nudging are not statistical coincidences, but a significant, statistical correlation at a significant level at 99%.

The test results show that our product containing nudging managed to facilitate a decision making process that accommodate the blood donors beliefs and preferences and eliminates the potential barriers. From this we can conclude that the blood banks as context for the choice were able to meet the aim for the product, and had the ability to facilitate the blood donors existing behaviour as donors. Overall we can conclude that our use of nudging in the specific context has an impact on blood donors and has the potential to increase the number of current stem cell donors with a total of 252,9%.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning **4**

1.1 Problemformulering **5**

1.2 Operationalisering **6**

1.3 Casebeskrivelse **7**

1.4 Læsevejledning **8**

2. Literature review **10**

2.1 Procedure for litteratursøgning **11**

2.2 Resultat af litteratursøgning **12**

3. Teori **22**

3.1 Bevidsthedens to systemer **22**

3.1.1 System 1 22

3.1.2 System 2 23

3.1.3 Samspillet mellem de to systemer 23

3.1.4 Heuristikker og bias 25

Forankringsheuristikken 25

Tilgængelighedsheuristikken 25

Repræsentativitetsheuristikken 26

Optimism and overconfidence 27

Status quo 27

Gains and losses 28

3.2 Adfærdskommunikation **29**

3.2.1 Choice architect og choice architecture 29

3.2.2 Homo economicus og mennesker 29

Den falske antagelse 30

De to misforståelser 31

3.2.3 Libertariansk paternalisme 32

Libertarianisme 32

Paternalisme 32

Libertariansk paternalisme 33

3.2.4 Strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation 33

Social nudging 34

Framing 35

Priming 35

Messenger 36

Incentives 36

Salience 36

Affect 36

Ego 37

Default 37

4. Videnskabsteori 38

4.1 Kritisk realisme 38

4.1.1 Ontologien i kritisk realisme 38

4.1.2 Epistemologien i kritisk realisme 40

4.1.3 Metodologien i kritisk realisme 41

Retroduktion 41

Abstraktion 42

5. Metode 43

5.1 Eksperimentelt design 45

5.2 Kvalitative metoder 46

5.2.1 Desk research 47

5.2.2 Fokusgruppeinterview 47

Sampling af informanter 48

Struktur og udførelse af fokusgruppeinterviews 50

Vores rolle 51

5.2.3 Bearbejdning af data 52

Aktuel kodningsprocedure og kodningssresultater 53

Fremgangsmåde for interaktionsanalyse 57

5.2.4 Reliabilitet og validitet 58

Reliabilitet 58

Validitet 59

5.2.5 Telefoninterview 60

5.3 Kvantitativ metode 60

5.3.1 Koncept, måling og indikatorer 61

5.3.2 Spørgeskemaundersøgelse 62

Fejlkilder i spørgeskemaundersøgelser 63

Sampling af respondenter 64

5.3.3 Bearbejdning af data 66

5.3.4 Reliabilitet og validitet 66

Reliabilitet 67

Validitet 67

5.4 Interaktionsanalyse 69

Tidsaspekt 69

Ubehag ved procedurerne 70

En pligt at hjælpe andre 73

Manglende oplysning 75

5.4.1 Sammenfatning af interaktionsanalyse 76

6. Analyse 77

6.1 Analysedesign 77

6.2 Analysedel 1 - Udvikling af produkter 78
6.2.1 Informationspapir og kontrolprodukt 78
Informationspapir om stamcelledonation 78
Fravalg af særlige informationer 81
Kontrolproduktet 82
6.2.2 Interventionsprodukt 86
Kontekst for test af adfærdskommunikation 87
Samarbejde med BiD 90
Argumentation for den aktuelle udformning og brug af adfærdskommunikation 93
6.2.3 Delkonklusion 1 104
6.3 Analysedel 2 - Undersøgelsens resultater 106
6.3.1 Resultaternes tilblivelse 106
6.3.2 Overordnede resultater 107
6.3.3 Interventionsproduktets effekt 111
Fordeling af besvarelser 112
Fordeling af kvinder og mænd 113
Fordeling af kvinder og mænd i de to byer 114
Fordeling af kvinder og mænd fordelt på aldersgrupper 115
Fordeling i uddannelseslængder 117
6.3.4 Statistisk signifikans 117
6.3.5 Observationer ved test 119
6.3.6 Delkonklusion 2 123
7. Diskussion 126
7.1 Kritik af libertariansk paternalisme 126
7.2 Etiske forhold ved adfærdskommunikation 129
7.2.1 Manipulation 134
8. Refleksion 137
9. Konklusion 140
10. Litteraturliste 143
11. Bilag 150

1. Indledning

Over 100 danskere får hvert år konstateret en sygdom, hvor en stamcelletransplantation fra en rask donor er nødvendig, hvis de skal overleve. Disse patienter kan ikke selv danne raske blodceller, hvorfor en stamcelletransplantation kan igangsætte produktionen af nye celler. De nye celler skal herefter enten erstatte patientens syge celler eller træde til, hvor der mangler celler (Bloddonor, n.d.). De sygdomme som ofte medfører et behov for en stamcelledonation er knoglemarvskræft, leukæmi og lymfekræft (Bloddonor, n.d.). Men for at kunne være stamcelledonor, skal man være bloddonor, og en transplantation af stamceller er kun aktuel, hvis donor og patient har identiske vævstyper. Et sådant match mellem vævstyper er meget sjældent, hvorfor det er særlig vigtigt, at der er så mange bloddonorer registreret i stamcelleregisteret som muligt. Dermed bliver det muligt at helbrede flere alvorligt syge patienter (Bloddonor, n.d.)(Bilag 1). For jo flere donorer, jo større er chancen for at finde et match.

På nuværende tidspunkt er der registreret cirka 50.000 stamcelledonorer i det danske stamcelleregister (World Marrow Donor Association, 2018) og cirka 28 millioner på verdensplan (Bloddonor, n.d.). Men da der stadig er patienter, som det aldrig lykkes at finde en passende donor til, så er det vigtigt, at der sættes fokus på problematikken, og at der arbejdes mod at få flere bloddonorer til at tilmelde sig i stamcelleregisteret. Men hvordan skal man opnå dette?

Richard H. Thaler og Cass R. Sunstein præsenterede i deres bog "Nudge – Improving decisions about health, wealth and happiness" (2009) en tilgang, der bygger på adfærdsregulerende kommunikation, som forudsætter, at der udformes et *nudge* eller et "puf", der skal påvirke de beslutningsprocesser, som individer gennemgår, når de skal træffe et valg. Ved brug af *nudging* skal adfærdskommunikationen fordre, at individer formår, at træffe de valg, der er gode for dem (Thaler & Sunstein, 2009, s. 6). Forskning viser, at individer ofte formår at træffe uhensigtsmæssige beslutninger, fordi de helt simpelt ikke bruger deres fulde opmærksomhed eller er i besiddelse af tilstrækkelig information, fuld selvkontrol eller ubegrænsede kognitive evner. Det medfører altså, at de træffer valg, som ikke stemmer overens med de valg, de havde truffet, hvis de havde

været i besiddelse af førnævnte (Thaler & Sunstein, 2009, s. 5-6). Ved brug af adfærdskommunikation er det væsentligt, at de valg individer stilles overfor, skal være lette og omkostningsfrie at fravælge (Thaler & Sunstein, 2009, s. 6). Dette legitimeres ved, at der tages udgangspunkt i en tilgang, der bygger på det Thaler og Sunstein præsenterer som *libertariansk paternalisme*. Det skal forstås som en retning, der gerne vil gøre det let, for individer at agere, som de selv ønsker, men at det samtidig anses, som acceptabelt at forsøge at influere individers adfærd. Det skal dog være med det formål at skabe en adfærdsændring, der medfører en forbedring af individets liv (Thaler & Sunstein, 2009, s. 5).

Så hvordan kan man med viden om individers beslutningsprocesser, og ved brug af teknikker og strategier inden for *adfærdskommunikation*, bedst muligt informere bloddonorer om betydningen ved en tilmelding som stamcelledonor, og hvordan kan man få flere til at tilmelde sig?

For at undersøge dette har vi indgået et samarbejde med Bloddonorerne i Danmark (BiD) for at få indsigt i faktuelle forhold ved problemstillingen. Vi har en hypotese, om at adfærdskommunikation har en påvirkning på bloddonorernes adfærd, hvorfor vi finder det interessant at undersøge dette, og om adfærdskommunikation har en effekt på antallet af tilmeldinger. Dette har udmundet i følgende problemformulering.

1.1 Problemformulering

Hvordan kan Bloddonorerne i Danmark ved hjælp af adfærdskommunikation få flere bloddonorer til at tilmelde sig som stamcelledonor?

For at kunne besvare denne problemformulering vil vi tage udgangspunkt i følgende undersøgelsesspørgsmål:

- Hvad er procedurerne for stamcelledonation?
- Hvilke barrierer er der blandt de danske bloddonorer for at tilmelde sig som stamcelledonor, og hvordan kan vi identificere disse?

- Hvilke strategier eller teknikker indenfor adfærdskommunikation er mest hensigtsmæssige for målgruppens barrierer?
- Hvilken effekt har brugen af adfærdskommunikation på antallet af tilmeldte stamcelledonorer?

1.2 Operationalisering

For at besvare problemformuleringen og de dertilhørende undersøgelsesspørgsmål vil vi gøre undersøgelsen operationel i form af følgende:

Kvalitativt forstudie	Identifikation af bloddonorernes barriere for en tilmelding som stamcelledonor -*Desk research* -To fokusgruppeinterviews -Telefoninterview
Kvantitativ test af adfærdskommunikation	-Test af kontrolprodukt -Test af interventionsprodukt der indeholder adfærdskommunikation
Analysedel 1	Analyse og argumentation for udarbejdelsen af kontrol- og interventionsprodukt
Analysedel 2	Analyse af testens resultater

Tabel 1: Operationalisering

Forinden undersøgelsen påbegyndes, finder vi det relevant at introducere faktuelle forhold for stamcelledonation. Disse præsenteres i følgende casebeskrivelse.

1.3 Casebeskrivelse

Førhen var den primære procedure for en stamcelledonation, at donor skulle i fuld narkose og have suget knoglemarv ud af hoftekammen, da stamceller opholder sig i knoglernes hulrum. Som donor ved denne procedure, er der behov for indlæggelse to dage forinden marvudtagningen og sygemelding eller restitutionsdage efterfølgende. Donor stikkes otte til ti gange lige under hoftekammen, og herefter filtreres og behandles knoglemarven inden den videregives til patienten. Denne procedure kan medføre smerter og ubehag hos donor. Proceduren anvendes i de tilfælde, hvor patientens sygdom kræver det (Bloddonor, n.d.)(Bilag 1).

Men udover en stamcellehøstning gennem knoglemarven i hoftekammen, er der udviklet en anden procedure, hvor stamcellerne høstes gennem blodet ved en specialtapning. Tapningen foregår ud fra samme metode som ved en blodtapning, men med en kanyle i hver arm, hvor en maskine sorterer, og deraf opsamler stamcellerne, hvorefter resten af blodet kommer tilbage til donoren. Donoren skal dog forinden stamcellehøstningen have indsprøjtet knoglemarvsvækstfaktor i fire til fem dage. Vækstfaktoren er et stof, kroppen i forvejen besidder, men en større mængde af dette bevirker, at der produceres flere stamceller, samt at disse løsriver sig fra knoglemarven og bevæger sig ud i blodbanen (Kræftens Bekæmpelse, 2017a). Denne form for stamcellehøstning tager blot fire til fem timer, og kan foretages over to dage. Donoren kan opleve influenzalignende symptomer, men burde kunne genoptage sit arbejde dagen efter transplantationen (Bloddonor, n.d.)(Bilag 1). Ved en stamcelledonation vil donor ikke efterfølgende mangle hverken knoglemarv, stamceller eller blod, da raske personer besidder et naturligt overskud af dette. Derudover vil den fjernede mængde stamceller, som er mindre end 1%, være gendannet i løbet af et par uger (Kræftens Bekæmpelse, 2017a)(Bilag 1).

For at tilmelde sig som stamcelledonor skal man være bloddonor, rask og mellem 18-60 år på registreringstidspunktet. Når en bloddonor vælger at tilmelde sig som stamcelledonor foretages en ekstra blodprøve ved næste blodtapning, så det er muligt at identificere, hvilken vævstype donoren har. Dette overføres derefter til et nationalt og et international stamcelleregister, således at der på verdensplan kan søges efter et

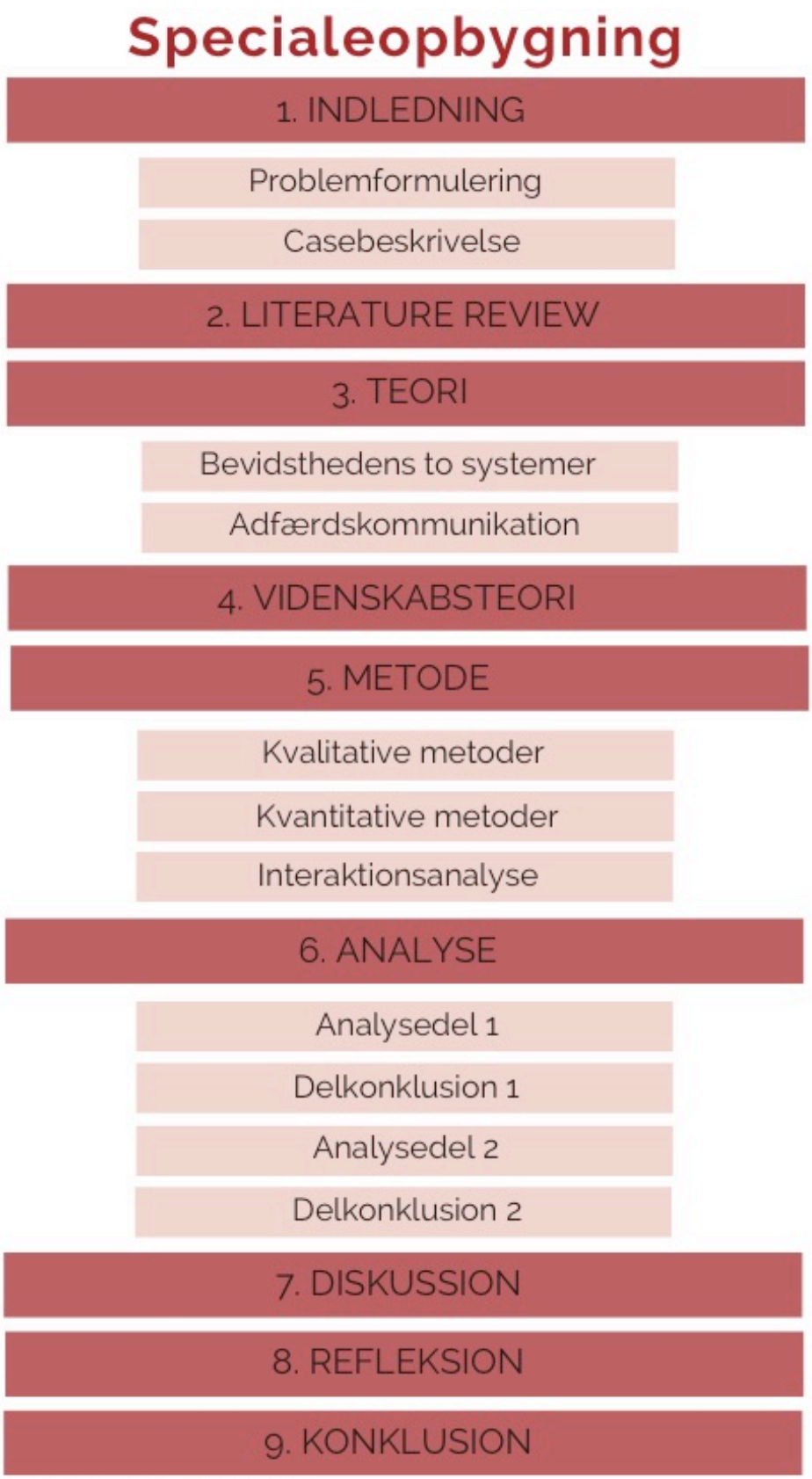
match i vævstyper (Bloddonor, n.d.)(Bilag 1). Dermed kan man som dansk stamcelledonor donere stamceller til en patient fra udlandet, såfremt at donor og patient har identiske vævstyper, hvorfor danske patienter også kan modtage stamceller fra en udenlandsk donor. Aktuelt foretages der søgninger i stamcelleregisteret hver dag. Stamcelleregisteret er sikret mod misbrug af personfølsomt data og en registreret stamcelledonor kan til hver en tid bede om at blive fjernet fra stamcelleregisteret (Bloddonor, n.d.)(Bilag 1).

1.4 Læsevejledning

Med formål om at lette læsevenligheden indebærer dette afsnit en gennemgang af de regler og standarder, der gør sig gældende i dette speciale. Dertil vil der være en beskrivelse af specialets opbygning med dertilhørende model.

Gennemgående i specialet refereres der til kilder i overensstemmelse med APAs sjette udgave. Hertil optræder teoretiske begreber kun i kursiv første gang, disse nævnes, men engelske ord og betegnelser vil konsekvent optræde i kursiv. Henvises der til teoretikere, præsenteres disse med fulde navn første gang, hvorefter de blot vil optræde med efternavn. Så vidt muligt anvendes den danske betegnelse for *nudging*, nemlig adfærdskommunikation. Men der vil også anvendes betegnelser som eksempelvis; *nudget*, *nudger*, *nudgingteknikker* og et *nudge*.

Specialets opbygning fremgår af model 1, der optræder efter dette afsnit. Specialet er opbygget således, at først følger et *literature review*, der præsenterer den udvalgte litteratur inden for forskningsfeltet. Derefter præsenteres de teorier, der anvendes i analysen. Næste afsnit omhandler vores videnskabsteoretiske tilgang efterfulgt af metodeafsnittet, der præsenterer de udvalgte metoder for specialets dataindsamling og databearbejdelse samt resultaterne heraf. Efter dette påbegyndes analysen, der er opdelt i to analysedele, der begge har en delkonklusion af den aktuelle analysedels resultater. Dernæst følger en diskussion og en refleksion forinden, der afslutningsvist er en konklusion, der har til formål at besvare problemformuleringen, og inddrage centrale pointer og resultater fra analysen.



Model 1: Specialeopbygning

2. Literature review

For få kendskab til relevant litteratur samt afdække det eksisterende forskningsfelt, identificere nøglepersoner og eventuelle kontroverser inden for feltet, har vi foretaget en litteratursøgning (Bryman, 2012, s. 8). I dette afsnit vil vi præsentere resultatet af vores litteratursøgning og præsentere udvalgt litteratur, der har til formål at bidrage til besvarelsen af problemformuleringen.

Dette speciales *literature review* tager udgangspunkt i et *narrativt review*, der i modsætning til det *systematiske review* "(...) tend to be less focused and more wide-ranging" (Bryman, 2012, s. 110). Vi finder det hensigtsmæssigt at indsamle vores litteratur ud fra et narrativt perspektiv, da elementer vedrørende vores teoretiske ståsted ikke er fastlåst, hvorfor dette kan ændres på baggrund af nyfunden relevant litteratur. Dette gøres blandt andet ud fra vores kvalitative forstudie, hvor vores data giver os mulighed for at konkretisere hvilke teorier, der er relevante for undersøgelsen. Ifølge Alan Bryman tager *reviews* typisk form af et narrativt *review,* hvad enten det anvendes som et springbræt til at udforske litteraturens teorier og begreber til senere udvælgelse, eller om det er for at afdække, hvad der allerede eksisterer inden for et specifikt felt (Bryman, 2012, s. 111).

Når der skal søges efter eksisterende litteratur kan det blandt andet tage udgangspunkt i allerede kendt litteratur, hvor forskeren efterfølgende gør brug af nøgleord og referencer (Bryman, 2012, s. 113). I vores litteratursøgning har vi inddraget nøgleord fra vores eksisterende kendskab til adfærdskommunikation for at udvide vores kendskab til feltet. Heraf har den litteratur, som vi er kommet frem til affødt flere nøgleord, som har været med til at udvide søgningen yderligere. Den konkrete procedure for vores litteratursøgning præsenteres herefter for at give indblik i anvendte søgeord og inklusions- og eksklusionskriterier for vores søgning.

2.1 Procedure for litteratursøgning

Litteratursøgningen er primært foregået i Aalborg Universitets samlede database Primo og Google Scholar. Her har søgningen taget udgangspunkt i søgeordene *nudge* og *nudging* samt den danske betegnelse for dette; adfærdskommunikation. Meget af den litteratur, disse søgeord resulterede i, gik igen i de to databaser. Dermed var flere publikationer og artikler repræsenteret i de to databaser, og ydermere hyppigt refereret til i det resterende litteratur. Fremgangsmåden for udvælgelsen af litteraturen har været, at litteraturen på de første fire til fem sider i hver database er gennemgået, for herefter at kunne udvælge og tilgå ny relevant litteratur, hvilket ofte er tilfældet, når litteraturen tilgås med et narrativt perspektiv.

Vores indledende kendskab til feltet og gennemgang af et stort omfang af litteratur har udmundet i en bred forståelse af feltet, som vi har kunne navigere og indskrænke, idet undersøgelsens fokus ligeledes blev indskrænket. Dette har gjort, at vi har ekskluderet og inkluderet litteratur ud fra følgende kriterier:

Eksklusionskriterier	Inklusionskriterier
- Økonomisk og politisk fokus - Sekundær litteratur med et redegørende formål - Caselitteratur med irrelevant fokus	- Metodisk tilgang til adfærdskommunikation - Anvendelse og effekt af adfærdskommunikation - Libertariansk paternalisme og kritik af tilgangen - Kritik af adfærdskommunikation -Transparens og manipulation i forhold til brug af adfærdskommunikation

Tabel 2: Eksklusions- og inklusionskriterier

Som en del af vores litteratursøgning har vi sikret, at den litteratur vi anvender, er præsenteret på BFI-listerne for 2018. Der er blot en enkelt undtagelse. Grunden til at denne er inddraget, er dens relevans for vores undersøgelse samt dens repræsentativitet i feltet.

2.2 Resultat af litteratursøgning

Resultatet af litteratursøgningen er præsenteret herefter og optræder i kronologisk rækkefølge, således at de ældste udgivelser præsenteres først. Dertil er der et kort resumé af, hvad hver enkelt publikation eller artikel handler om.

Libertarian Paternalism Is Not an Oxymoron

Af Richard H. Thaler og Cass R. Sunstein fra 2003

Libertariansk paternalisme defineres som tilgang og udgangspunkt for legitim brug af adfærdskommunikation. I samspil med argumentationer for libertariansk paternalismes funktion opstilles forskningsresultater af menneskers forfejlede adfærdsmønstre, som skal forsvare anvendeligheden af adfærdskommunikation i en etisk debat. Der inddrages kritik fremstillet af modstandere af både *paternalisme* og libertariansk paternalisme samt undersøges, hvordan mennesker gøres til gode beslutningstagere. Der præsenteres og eksemplificeres strategier indenfor adfærdskommunikation, som skal sikre menneskers velfærd og handlefrihed.

Libertarian Paternalism

Af Richard H. Thaler og Cass R. Sunstein fra 2003

I denne artikel forsvarer Thaler og Sunstein libertariansk paternalisme. De argumenterer for, at libertariansk paternalisme er en måde, hvorpå man bevarer friheden til at vælge. Men ligeledes en tilgang, der giver private og offentlige institutioner lov til at præge individerne i en retning, der gavner deres velfærd. Dog påpeger Thaler og Sunstein, at der kan forekomme en form for paternalisme i visse situationer, hvorfor det er vigtigt at frembringe en situation, der fremmer velfærden og ikke medfører skadelige effekter.

Libertarian Paternalism is an Oxymoron

Af Gregory Mitchell fra 2005

Mitchell fremstiller sin kritik af Thaler og Sunsteins sammensætning af *libertarianisme* og paternalisme. Han påpeger, at de guidelines, der opstilles for *choice architects* ud fra libertariansk paternalisme, er vage, og teorien bør fokusere mere på, hvordan man fordrer individuel handlefrihed fremfor at arbejde med, hvordan andre skal styrke

deres evner til at guide mennesker. Der skal arbejdes med respekt for menneskers tidsbegrænsede fokus og problematikker med selvkontrol ved at sigte efter at skabe bedre selvmonitorering og opfordre mennesker til at vælge med omhu og forholde sig til de fremtidige udsigter, der er ved deres beslutninger. Man skal gøre det tilgængeligt at foretage selvvejledte beslutninger og i samme ombæring hjælpe med at identificere og afmåle relevante kriterier i vigtige beslutningsprocesser, og dermed klarlægge menneskers interne konflikter. Derudover kritiserer Mitchell deres fremstilling af rationalitet, hvortil han påpeger, at rationalitet ikke gør krav på at menneskers velfærd fremmes, og at rationalitet er individuelt, hvorfor der skal være plads til individuel rationalitet.

Nudge - Improving decisions about health, wealth and happiness

Af Richard H. Thaler og Cass R. Sunstein fra 2009

Thaler og Sunstein anses som ophavsmændene for definitionen af *nudgingbegrebet*. Denne bog indeholder en gennemgang af, hvordan *nudging* kan anvendes, samt hvilken grundopfattelse og krav der hører til begrebet for at sikre etisk forsvarlighed, og at *nudging* anvendes for at forbedre menneskers liv. Forståelsen af den libertariansk paternalistiske tilgang beskrives, samtidig med at begreber som *choice architects* og *choice architecture* udfoldes, for at give indblik i uundgåeligheden samt vigtigheden i brugervenlige designs og miljøer. Der præsenteres flere eksempler på anvendelse af adfærdskommunikation og tages udgangspunkt i gængse misforståelser om mennesket, og dets evner til at agere hensigtsmæssigt for sig selv og dets omgivelser.

Debate: To Nudge or Not to Nudge

Af Daniel M. Hausman og Brynn Welch fra 2010

I denne artikel tager Hausman og Welch udgangspunkt i Thaler og Sunsteins definition af begrebet libertariansk paternalisme. De mener ikke, at libertariansk paternalisme er både libertariansk og paternalistisk. Hertil argumenteres der for, at Thaler og Sunsteins definition konstituerer en variation af paternalisme, hvor de libertarianske kvalifikationer er tvivlsomme, selvom interventionerne ikke tvinger eller fratager individet dets frihed. Hausman og Welch mener, at definitionen er utilstrækkelig, da man ikke kan kalde noget paternalistisk på baggrund af, at individet finder

interventionen gavnlig. Ligeledes påpeger de, at paternalisme ikke nødvendigvis skal influere individers valg. Konklusion er, at mange *nudges* slet ikke er paternalistiske, men snarere et tilfælde af rationel overtalelse.

Nudge - A new and better way to improve health?

Af Signild Vallgårda fra 2011

Denne artikel argumenterer for, at libertariansk paternalisme er to modsigende begreber, der ikke kan forenes. Vallgårda påpeger, at adfærdskommunikation set fra et paternalistisk synspunkt er etisk forsvarligt, men set fra et libertariansk synspunkt ikke kan forsvares. Vallgårda opstiller fem argumenter for, hvorfor et libertariansk syn på adfærdskommunikation er problematisk. 1) Hensigten med adfærdskommunikation er at influere individets automatiske adfærd, så denne ikke foretager et bevidst valg, og dermed er det næsten umuligt, for individet at foretage et andet valg, end det en *choice architect* ønsker, 2) tilhængere af libertarianisme vil ikke acceptere, at individet ikke ved, hvad der bedst for dem selv – dog vil nogle erkende, at individet kan træffe uhensigtsmæssige beslutninger, men valgfriheden prioriteres højest, 3) *nudges* skal fremme individets velfærd, men der er ikke nødvendigvis enighed om, hvad velfærd er, 4) de forhindringer individer, der afviser et *nudge*, skal overgå kan være for store, og 5) *nudges* hvis formål er at fremme individets sundhed, kan hæmme dennes velfærd.

One nudge forwards, two steps back: Why nudging might make for muddled public health and wasted resources

Af Chris Bonell, Martin McKee, Adam Fletcher, Paul Wilkinson og Andy Haines fra 2011

Bonell, McKee, Fletcher, Wilkinson og Haines pointerer i deres artikel, at adfærdskommunikation fremadrettet kræver mere forskning. Mere forskning er en nødvendighed, og denne bør fokusere på tilgange med et klart teoretisk grundlag, samt en sammenhængende årsagsforbindelse, der forbinder interventionen og det ønskede resultat. De argumenterer for, at nogle af Thaler og Sunsteins eksempler ikke lever op til deres egen definition af adfærdskommunikation, da det i nogle tilfælde blot er faktuel information.

Judging nudging: Can nudging improve population health

Af Theresa M. Marteau, David Ogilvie, Martin Roland, Mark Suhrcke og Michael P. Kelly fra 2011

Denne artikel stiller spørgsmålstegn ved, om konceptet *nudging* er kvalitetssikret gennem forskning. Det er meget effektivt at forme miljøer for at lede til en bestemt adfærd – dog er det ofte til skade for vores helbred. Der argumenteres for, at ikke meget forskning har evalueret interventioner, og den dertilhørende effekt i den generelle population. Ydermere påpeges det, at der ikke er forskning, der evaluerer om interventionerne har en vedvarende effekt på længere, eller om de økonomiske udgifter er lig med den værdi, der opnås. For at *nudge* effektivt kan der være brug for lovgivning, da selvregulering i forbindelse med fødevare, alkohol og tobak historisk set ikke har været så effektivt som ved lovgivning. Dermed vurderes det, at adfærdskommunikation isoleret set ikke er tilstrækkeligt til at forbedre befolkningens sundhed.

Influencing behaviour: The mindspace way

Af Paul Dolan, Michael Hallsworth, David Halpern, Dominic King og Ivo Vlaev fra 2012

I denne artikel formidler Dolan, Hallsworth, Halpern, King og Vlaev en praktisk tilgang til adfærdskommunikation. Dolan et al. beskriver ni solide teknikker, der influerer individets adfærd med udgangspunkt i menneskets automatiske system. Disser er som følger: *Messenger, incentives, norms, defaults, salience, priming, affect, commitments* og *ego*.

To nudge or not to nudge: Cancer screening programmes and the limits of libertarian paternalism

Af Thomas Ploug, Søren Holm og John Brodersen fra 2012

Denne artikel indebærer en diskussion af, hvordan danske kvinders valg påvirkes i forbindelse med et brystscreeningsprogram set i lyset af libertariansk paternalisme. Derudover undersøger de forholdet mellem libertariansk paternalisme og *informeret samtykke*. De diskuterer, hvorvidt den information, kvinderne modtager, er *framet,* så det er i overensstemmelse med libertariansk paternalisme. Der konkluderes, at det at *nudge* kvinder til at deltage i brystscreeningsundersøgelsen ikke kan betegnes som libertariansk paternalisme, da informationen er mangelfuld, og ikke skitsere de aktuelle

risici ved screeningen, hvorfor det ikke er velfærdsfremmende. Derudover medfører den mangelfulde information, at der ikke er grundlag for at opnå informeret samtykke.

Seeking Better Health Care Outcomes: The Ethics of Using the "Nudge"

Af Jennifer S. Blumenthal-Barby og Hadley Burroughs fra 2012

I denne artikel undersøger Blumenthal-Barby og Burroughs, hvordan principper fra adfærdsøkonomi og psykologi bruges til at *nudge* individer inden for sundhed. Ydermere identificeres de etiske aspekter, der bør overvejes ved brugen af hver af de følgende teknikker: *Incentives, defaults, salience & affect, norms & messenger, subconscious priming* og *commitments & ego preservation*.

Nudge, Nudge, Think, Think - Experimenting with Ways to Change Civic Behaviour

Af Peter John, Sarah Cotterill, Alice Moseley, Liz Richardson, Graham Smith, Gerry Stoker og Corinne Wales fra 2013

Bogen handler om distinktionen mellem de strategier, der bør anvendes, alt efter om afsenderen ønsker at henvende sig til menneskers system 1 eller system 2. Bogen har et metodisk afsæt, og der argumenteres for, hvornår de forskellige strategier har en virkning, og hvordan denne effekt kan testes for at sikre en valid undersøgelse, samt undgå de fejlkilder, der kan opstå ved test af interventioner. Der påpeges blandt andet, at for at teste en intervention, er det nødvendigt at have et kontrolprodukt, for at forskeren kan teste den egentlige effekt af interventionen, da der netop er fejlkilder, der skal tages højde for.

Nudge and the manipulation of choice: A framework for the responsible use of the nudge approach to behaviour change in public policy

Af Pelle G. Hansen og Andreas M. Jespersen fra 2013

I denne artikel forholder Hansen og Jespersen sig til de argumenter, der er for og imod adfærdskommunikation. Resultatet af undersøgelsen er et *framework*, der identificerer fire typer af *nudges*, der kan bruges til at tilvejebringe en central komponent til mere nuancerede normative overvejelser, samt et grundlag for politiske anbefalinger. De fire typer *nudges* er inddelt således, at der er en type 1 og en type 2 og efterfølgende i transparente og ikke-transparente. Type 1 *nudges* kendetegnes ved, at

adfærdsændringen sker ud fra *system 1* - altså automatisk, hvor type 2 *nudges* kendetegnes ved at adfærdsændringen sker ud fra *system 2* - altså reflekteret. De påpeger, at de ikke-transparente type 2 *nudges* er manipulative og paternalistiske, da manglen på transparens gør, at individer agerer efter den ønskede hensigt, der dog ikke nødvendigvis er i deres egen interesse.

Salvaging the concept of nudge

Af Yashar Saghai fra 2013

Saghai påpeger, at der er uenighed om, hvad det oprigtigt kræver at bevare individets valgfrihed, og i særdeleshed om påvirkninger i forbindelse med individets sundhed kan bevare denne valgfrihed ved at stole på de automatiske kognitive processer. Individers valgfrihed forklares ud fra begreberne *choice-set preservation*, der vil sige, at en *choice architect* respekterer de valg, der er tilgængelig i en given situation, og *substantial noncontrol*, der skal sikre, at individet let kan modstå interventionen. Såfremt et *nudge* bevarer valgfriheden og er substantielt ikke-kontrollerende, vil der være tale om det, Saghai kalder *easy resistible*. Dette kræver, at individet nemt kan afvise en intervention, når 1) individet har kapacitet til at blive opmærksom på interventionen (*attention-bringing capacities*), 2) individet har kapacitet til at hindre sine udløste tilbøjeligheder (*inhabitory capacities*), 3) individet ikke er genstand for påvirkning, og ikke bliver sat i en situation, der underminerer den relative ubesværede brug af *attention-bringing*- og *inhabitory capacities*.

Nudging and manipulation

Af T. Martin Wilkinson fra 2013

Wilkinsons artikel forholder sig til, hvornår adfærdskommunikation er manipulerende, og artiklen er inddelt i seks dele, hvor han forsøger at differentiere de manipulerende *nudges* fra de ikke manipulerende. Wilkinson tager udgangspunkt i Thaler og Sunsteins definition af og argumenter om adfærdskommunikation og manipulation. Han påpeger, at de ikke forholder sig til det konceptuelle og normative spørgsmål om, hvad det vil sige at manipulere mennesker, hvorfor deres løsning på *"evil nudges"* (offentliggørelse og transparens) ikke med sikkerhed er korrekt. Han mener, at manipulation er komplekst, og påpeger dertil, at hans egen diskussion ligeledes ikke er tilstrækkelig.

Dermed bør vi ikke dømme adfærdskommunikation, som værende manipulation på forhånd. Hertil påpeger han, at såfremt *nudges* er baseret på de rette intentioner, eller når individerne er indvilliget i *nudget*, er det ikke manipulerende.

Nudging and informed consent

Af Shlomo Cohen fra 2013

Cohen fokuserer i denne artikel på den potentielle fordel, der er ved adfærdskommunikation i forbindelse med informeret samtykke. Der kan opstå et potentielt sammenstød mellem to fundamentale værdier inden for medicinalverdenen; respekten for *autonomi* og paternalisme. Men idéen om libertariansk paternalisme anses som en kobling af de to værdier, og en mulighed for at undgå de mange etiske dilemmaer, de to værdier har forårsaget. Hvornår det er legitimt at benytte sig af adfærdskommunikation, skal dog vurderes ud fra manipulation, hvor manipulation defineres som et mellemled mellem tvang (ikke legitimt) og overtalelse (legitimt). Der argumenteres for, at adfærdskommunikation er et legitimt redskab, da man grundet libertariansk paternalisme ikke fratager individet dets autonomi. Dog påpeger han, at der er situationer, hvor adfærdskommunikation ikke er hensigtsmæssig. I situationer hvor betingelserne; tillid, åbenhed og rationel tænkning er til stede, vil fælles beslutningstagen være at foretrække, da det er med til at få patienten til at reflektere over egne præferencer og højne autonomien. Derimod pointerer Cohen, at adfærdskommunikation er hensigtsmæssig i forbindelse med informeret samtykke, når patienter er urimelige, stædige eller når et terapeutisk forhold er svært at etablere.

From Regulation to Behaviour Change: Giving Nudge the Third Degree

Af Robert Baldwin fra 2014

I denne artikel beskriver Baldwin, hvordan adfærdskommunikation kan implementeres i tre forskellige grader, der i hver sin grad påvirker den personlige autonomi forskelligt. Første grad er eksempelvis ved brug af *priming*, hvor en læge sender en påmindelse om et kommende lægebesøg. I denne grad af adfærdskommunikation respekteres autonomien og forstærker refleksiv beslutningstagen. Anden grad er eksempelvis ved brug af *default-indstillinger*, hvor den personlige autonomi respekteres i mindre grad, da individer vil acceptere interventionen med begrænset bevidsthed og refleksion. Den

tredje grad er eksempelvis *framing,* hvor, der er langt større indblanden i den personlige autonomi, da interventioner af denne grad kan karakteriseres som manipulation. Baldwin konkluderer, at det er kompliceret at fastslå, hvordan interventioner både kan være effektive og forsvarlige, og såfremt der skal *nudges*, skal dette gøres med præcision og en bevidsthed om strategiens begrænsninger.

Why nudge? The politics of libertarian paternalism

Af Cass R. Sunstein fra 2014

Sunstein forsvarer libertariansk paternalisme, og hvorfor det er legitimt for regeringen at *nudge*. Der italesættes kritikpunkter af paternalisme. Disse kritikpunkter inkluderer et argument om, at individer selv, frem for regeringen, ved, hvad der er bedst for dem. Der er evidens for, at dette ikke altid er tilfældet, da individet er for ambitiøst til at forudse egen glæde. Derudover er et andet kritikpunkt af paternalisme, at individer har godt af at lære af egne fejl, hvilket i nogle tilfælde er korrekt, men i andre, som for eksempel en manglende pensionsopsparing, vil være en fejl, man gerne vil være foruden. Sunstein anerkender, at ikke alle vil godtage disse argumenter, og inddrager begrebet *choice architecture*, der er det miljø, der designes til at påvirke individernes beslutninger. Der pointeres, at alle miljøer potentielt kan påvirke menneskers beslutninger og adfærd, hvorfor det er moralsk hensigtsmæssigt at forme disse, således at de er hjælpsomme frem for skadelige. Sunstein konkluderer, at det er i sidste ende gør sig gældende er omkostninger og fordelene ved individuelle *nudges*.

Warning: You are about to be nudged

Af George Loewenstein, Cindy Bryce, David Hagmann, og Sachin Rajpal fra 2015

Loewenstein, Bryce, Hagmann og Rajpal forholder sig i denne artikel til kritikken af interventioner, der ikke er transparente, og dermed ikke forsvarlige. Måden hvorpå man kan imødekomme denne kritik, er ved at gøre interventionen synlig for de individer, der ønskes påvirket. Der tages i undersøgelsen udgangspunkt i brugen af *default*, da denne af nogen anses, som værende etisk uforsvarlig. I en undersøgelse informerede Loewenstein et al. individer om tilstedeværelsen af *default-indstillingen* enten før eller efter valget blev truffet, og dermed var formålet at måle effekten ved at afsløre interventionen. Det konkluderes, at blot få individer ville ændre deres valg, såfremt de

var blandt dem, der først blev gjort opmærksomme på interventionen efter, at de havde truffet deres valg.

At tænke - hurtigt og langsomt

Af Daniel Kahneman fra 2015

Udgangspunktet for denne bog er flere års forskning i socialpsykologi og særligt menneskers bevidsthed, hvor forfatteren, psykologen Kahneman, er foregangsmand inden for forskning i, hvordan mennesket vurderer og træffer beslutninger. Bogen indebærer en grundig præsentation af processerne i menneskers bevidsthed, som igangsættes eller automatisk udspiller sig, når mennesker skal udføre en aktivitet eller står overfor beslutninger. Der skelnes mellem to systemer i menneskets bevidsthed, hvortil der beskrives, hvordan de adskiller sig fra hinanden samt interaktionen mellem disse. Kahneman gennemgår ydermere de *heuristikker*, som mennesker har tendens til at anvende samt de dertilhørende *bias*, som mennesker automatisk foretager. Alt dette anses som relevant for at forstå, hvordan mennesker ubevidst tænker og agerer forinden, det er muligt at arbejde med deres adfærd.

The Ethics of Influence – Government in the Age of Behavioral Science

Af Cass R. Sunstein fra 2016

Sunstein beskriver, hvordan adfærdskommunikation i stigende grad anvendes på verdensplan, og hvordan forståelsen af menneskers handlemønstre og systematiske fejlslutninger bruges af mange aktører og i mange forskellige henseender. Men fokus for bogen er, hvordan man særligt i offentlige statslige instanser har taget adfærdskommunikation til sig, og at det anvendes som et strategisk redskab med forskellige politiske og samfundsmæssige hensigter. Dertil diskuterer Sunstein flere etiske aspekter og problematikker, som blandt andet tvang, manipulation og uetiske hensigter, som er opstået i forbindelse med den stigende hyppighed i brugen af adfærdskommunikation. Der præsenteres flere kritikpunkter, tillidsproblematikker og etisk diskuterbare situationer ved brug af adfærdskommunikation, hvortil Sunstein søger at eliminere den uretmæssige brug ved at opstille kriterier for, hvordan adfærdskommunikation kan anvendes etisk forsvarligt.

Jytte fra marketing er desværre gået for i dag - Sådan bruger du adfærdsdesign til at skabe forandringer i den virkelige verden

Af Morten Münster fra 2017

Fokus i denne bog er at give en forståelse for, hvordan mennesker reagerer og fungerer ud fra tidsaktuelle eksempler. Münster præsenterer håndgribelige beskrivelser af menneskers adfærd, som bygger på 40 års forskning i adfærdspsykologi. Mange velkendte begreber og forståelser fra teori om adfærdskommunikation inkluderes og bidrager til en beskrivelse af "virkelige mennesker i den virkelige verden". Bogen er bygget op med det formål at agere handleplan for eller vejledning i udarbejdelsesprocessen af adfærdskommunikation således, at den eksisterende viden om menneskers adfærd omformes til en konkret metode. Münster bidrager med konkrete eksempler og erfaringer om adfærdskommunikation, og dets effekter eller mangel på samme, idet der præsenteres et realistisk billede af mennesker og deres biologi.

The Power to Nudge

Af Andreas T. Schmidt fra 2017

Denne artikel søger først og fremmest at modbevise en fremtrædende indsigelse; at udruste regeringer med magten til at *nudge* leder til *"alien control"*, hvilket vil sige, at regeringer har magt til at pådutte befolkningen regerings foretrukne valg. Dette er en bekymring, der giver genlyd i republikansk, Kantiansk og Rousserauviansk teori om frihed samt teori om relationel autonomi. Schmidt argumenterer for, at denne form for kontrol kan undgås, såfremt der *nudges* transparent og med mulighed for demokratisk kontrol, hvilket han anser som muligt. Slutteligt argumenterer Schmidt for, at mere adfærdskommunikation vil reducere *"alien control"*.

3. Teori

Følgende teoripræsentation er udarbejdet således, at teorien er udvalgt ud fra dets direkte relevans for specialets fokus og undersøgelse. Teorien har til formål at give en forståelse for menneskers bevidsthed og adfærd, samt hvordan der med forskellige teknikker og strategier kan anvendes adfærdskommunikation til at påvirke menneskers adfærd i en ønsket retning. Teorien skal agere udgangspunkt og argument for, hvordan vi med strategisk kommunikation og kendskab til vores målgruppe kan skabe opmærksomhed på stamcelledonation og til- eller fravalget angående en tilmelding som stamcelledonor.

3.1 Bevidsthedens to systemer

Menneskets bevidsthed udgør to systemer, hvilke Kahneman betegner som system 1 og system 2. Mennesket gør brug af disse to systemer i forskellige situationer, da de har forskellige egenskaber i forbindelse med den menneskelige beslutningsproces (Kahneman, 2015, s. 28).

3.1.1 System 1

Menneskets system 1 fungerer "(…) automatisk og hurtigt, kræver en mindre eller slet ingen anstrengelse og indebærer ingen fornemmelse af bevidst kontrol" (Kahneman, 2015, s. 28). System 1 opererer ud fra spontane impulser og associationer, og det er ligeledes system 1, der igangsætter følelser og indtryk. System 1s automatiske aktiviteter kan være alt fra at udregne simple regnestykker, forstå og læse simple sætninger og til at kunne orientere sig efter en pludselig lyd (Kahneman, 2015, s. 29). De evner som system 1 besidder er medfødte færdigheder, da mennesker af natur er egnet til, at skulle genkende genstande, undgå tab, kunne opfatte den verden, der er omkring dem og være opmærksomme på bestemte ting. Andre mentale aktiviteter i system 1, skal først læres ved megen gentagelse, og bliver derefter hurtige og automatiske. Dette kan blandt andet være at kunne forstå og afkode nuancer i sociale situationer eller at bestemme ligheder mellem personbeskrivelser og forbinde dem med stereotype beskrivelser af erhverv (Kahneman, 2015, s. 30). At system 1 udvikler disse egenskaber

er grundet "(…) en bred viden om sproget og kulturen, som de fleste af os besidder. Den viden er lagret i hukommelsen og kan uden intention og anstrengelse hentes frem." (Kahneman, 2015, s. 30). Det forholder sig derfor således, at mange af de mentale aktiviteter i system 1 finder sted foruden, at mennesker er i stand til at kontrollere det. Det er for eksempel ikke muligt at lade som om, at du ikke ved, hvad 2 + 2 er (Kahneman, 2015, s. 30).

3.1.2 System 2

System 2 er det system, vi identificerer os med, når vi anser os selv som et bevidst og ræsonnerende menneske, der "(…) har overbevisninger, træffer valg og beslutninger" (Kahneman, 2015, s. 9). Det er system 2, vi anvender i forbindelse med anstrengende mentale aktiviteter, hvor der er behov for særlig opmærksomhed, når vi skal forstå kompleksitet, og når vi skal være koncentrerede (Kahneman, 2015, s. 28-29). Alle aktiviteter, der opstår i system 2, kræver opmærksomhed og stopper så snart, opmærksomheden forsvinder. System 2 arbejder med mange forskellige aktiviteter, såsom at kunne fokusere på en bestemt persons stemme i et rum fyldt med støj, at kunne sikre sig, at ens adfærd i en social situation er passende eller at udfylde en selvangivelse (Kahneman, 2015, s. 30-31). I samtlige af disse aktiviteter er der behov for opmærksomhed, hvis ikke aktiviteterne skal mislykkes, eller ens præstation skal hæmmes. Det er almenkendt, at mennesker kun har en begrænset mængde opmærksomhed til rådighed, og i tilfælde hvor vi ignorerer det faktum og forsøger at foretage flere krævende aktiviteter samtidig, vil de aktiviteter, vi forsøger at udføre, potentielt mislykkes (Kahneman, 2015, s. 31-32).

3.1.3 Samspillet mellem de to systemer

Der er et uundgåeligt samspil mellem de automatiske aktiviteter i system 1, og de mere langsomme, reflekterede og krævende aktiviteter i system 2. "System 1's automatiske operationer genererer overraskende komplekse mønstre af idéer, men kun det langsomme system 2 kan konstruere tanker i en ordnet række af skridt" (Kahneman, 2015, s. 29). Det er ud fra de indtryk og følelser, som system 1 frembringer, at system 2 formår at danne eksplicitte overbevisninger og træffe bevidste valg (Kahneman, 2015, s. 29).

Et interessant aspekt er interaktionen mellem bevidsthedens to systemer. Kahneman beskriver, at begge systemer altid er aktive i menneskets vågne timer. Mens system 1 agerer automatisk, er system 2 størstedelen af tiden i en afslappet tilstand, da der ikke er behov for store anstrengelser, idet at det ofte blot er en minimal del af system 2s kapacitet, der gøres krav på (Kahneman, 2015, s. 33). For jo bedre mennesker bliver til at udføre bestemte aktiviteter jo mindre energi og opmærksomhed, kræver aktiviteterne. Aktivitetsmønsteret, der er forbundet med en given handling, ændrer sig altså i takt med udviklingen af menneskets evne til at udføre handlingen, da aktiviteten efterhånden kun aktiverer færre dele af hjernen. Derudover vil mennesker altid finde den mindst krævende måde at udføre en handling på, da dovenskab er en del af menneskers natur (Kahneman, 2015, s. 45).

Interaktionen mellem systemerne fungerer ydermere således, at "System 1 generer løbende materiale og forslag, som System 2 kan tage op: Indtryk og intuitioner, intentioner og følelser" (Kahneman, 2015, s. 33). Hvis der ikke er konflikt mellem de to systemer, hvilket der sjældent er, så godtager system 2 de forslag, som system 1 frembringer, næsten uden at ændre disse. Mennesker har generelt en stor tiltro til egne indtryk og agerer ud fra disse samt deres ønsker. Når der opstår problemer for system 1, aktiveres system 2, fordi der registreres en aktivitet, der kræver mere, end de redskaber og processer som system 1 besidder (Kahneman, 2015, s. 33). Det forholder sig dog således, at ved bestemte omstændigheder har system 1 systematiske fejl, hvor det automatisk opfatter spørgsmål lettere, end de er, og derfor responderer fejlagtigt, da det mangler forståelse for statistik og logik. Hertil har system 1 den begrænsning, at det ikke er muligt at slå fra (Kahneman, 2015, s. 34). Her er det system 2s opgave at overvinde de impulser, system 1 har, da system 2 er ansvarlig for individets kontrol (Kahneman, 2015, s. 35).

Med viden om bevidsthedens to systemer, og hvordan disse spiller sammen, har vi et grundlag for at forstå, hvilke processer der forekommer i forskellige situationer. Dertil vil kommende afsnit omhandle de tommelfingerregler og systematiske fejl, der kan optræde i menneskets system 1. Dette vil gøre det muligt at forstå, hvordan adfærdskommunikation kan påvirke mennesket og dets beslutningsprocesser.

3.1.4 Heuristikker og bias

De fleste mennesker har et kompliceret liv med en travl hverdag, hvorfor den tidskonsumerende proces med at skulle gennemtænke og analysere alting nedprioriteres. Derfor anvender mennesker hyppigt tommelfingerregler, også kaldet heuristikker, fordi de ofte er brugbare, simple og hurtige at forholde sig til (Thaler & Sunstein, 2009, s. 24). Disse heuristikker kan dog lede mennesker til at lave systematiske fejlslutninger, også kaldet bias. Vi finder det derfor relevant for vores undersøgelse at præsentere disse heuristikker, og de dertilhørende bias (Thaler & Sunstein, 2009, s. 25). Disse vil blive beskrevet herefter.

Forankringsheuristikken

Mennesker anvender forankringsheuristikken, når de stilles spørgsmål, som de ikke kender svaret på. Der opstår en proces, hvor mennesker forankrer elementer fra spørgsmålet, til den viden de allerede har. Derefter justeres svaret ud fra forskellige elementer, hvortil viden kan forankres (Thaler & Sunstein, 2009, s. 25; Kahneman, 2015, s. 145-146). Et eksempel herpå er, hvor en person bliver spurgt: "Hvor mange mennesker bor i Aalborg Kommune?". Personen kender ikke svaret på dette spørgsmål, men ved at Aalborg er mindre end København. Derudover ved personen, at der i er cirka 80.000-90.000 indbyggere i Herning kommune, og Herning er mindre end Aalborg. På den måde forankrer mennesker deres svar, til viden de har i forvejen, og justerer deres svar så det lyder passende ud fra deres viden og erfaringer. Der opstår derfor bias, fordi denne tilpasning- og justeringsproces ofte er utilstrækkelig, da mennesker blandt andet formår at inddrage irrelevante og uhensigtsmæssige forankringspunkter i deres beslutningsproces (Thaler & Sunstein, 2009, s. 26; Kahneman, 2015, s. 512).

Tilgængelighedsheuristikken

Mennesker anvender tilgængelighedsheuristikken, når de skal identificere, hvor stor sandsynligheden er for, at de bliver udsat for en gældende fare eller hændelse. I disse tilfælde trækker mennesker på tidligere tilgængelige eksempler. Hvis en person har let ved at komme i tanke om et relevant eksempel, er der større sandsynlighed for, at de vurderer risikoen som stor, og dermed ændrer adfærd ud fra dette, eller bliver bange for, at hændelsen vil forekomme (Kahneman, 2015, s. 156-157; Thaler & Sunstein, 2009, s. 27). Nylige eller aktuelle hændelser har stor indflydelse på menneskers frygt og deres

adfærd, hvorfor mennesker ofte vurderer chancen for at opleve et terrorangreb som meget større lige efter, der har været et terrorangreb. Grunden til dette er, at både synlighed og adgangsforhold hænger sammen med tilgængelighed (Thaler & Sunstein, 2009, s. 27-28). Mediedækning kan påvirke menneskers brug af tilgængelighedsheuristikken, og heuristikken kan også være årsagsforklaring på, hvorfor nogle emner frem for andre er særligt markante i offentligheds bevidsthed (Kahneman, 2015, s. 14-15). I disse situationer er menneskers system 1 særligt fokuserede på risikoen, og formår ikke at forholde sig til statistik og fakta, hvorfor der ofte opstår bias. Det forholder sig derfor ofte således, at menneskers risikorelaterede adfærd, når de skal træffe valg, om hvilke forbehold de skal tage, kan forklares ud fra tilgængelighedsheuristikken (Thaler & Sunstein, 2009, s. 28; Kahneman, 2015, s. 165-166; Sunstein & Thaler, 2003, s. 1170).

Repræsentativitetsheuristikken

Når mennesker bliver bedt om at vurdere sandsynligheden for, om A passer til B, har de tendens til at vurdere ud fra, hvor repræsentativ A er med det, de anser som stereotypen for B (Thaler & Sunstein, 2009, s. 29; Kahneman, 2015, s. 179-180). Repræsentativitetsheuristikken kan medføre bias om mønstre i hverdagen. Hertil skal det dog pointeres, at stereotyper også kan være rigtige (Thaler & Sunstein, 2009, s. 29-30; Kahneman, 2015, s. 182). Men mennesker har tendens til at opfatte og finde mønstre og sammenhænge, som de tilskriver stor betydning, selvom det blot er udfaldet af tilfældige hændelser. Dette er fordi mennesker ofte ikke evner at forstå tilfældigheders kompleksitet (Thaler & Sunstein, 2009, s. 30). Idet mennesker foretager en fejlslutning, er både system 1 og 2 årsag til denne bias, da system 1 foretager fejlslutningen, og system 2 tilslutter sig denne i form af en vurdering. Der kan være to grunde til system 2s godkendelse af system 1s fejlslutning, hvilke er uvidenhed og dovenskab (Kahneman, 2015, s. 184, 506).

Disse heuristikker er relevante, da de kan være med til at forklare menneskers måder at tænke på, når de skal vurdere faktorer, hændelser, sandsynlighed og træffe valg. Det giver indsigt i, hvordan menneskers adfærd kan bygge på erfaringer, forståelse af hændelser og automatiske reaktionsmønstre. Dermed kan de være behjælpelige til at

afdække og forstå det, der ligger til grund for bloddonorernes eksisterende adfærd og forståelse af stamcelledonation.

Udover de tre primære heuristikker, og de dertilhørende bias, er der mange andre bias, som er identificeret i menneskers adfærd. Disse bias giver en forståelse for, hvordan mennesker vurderer deres egne egenskaber, og hvilke automatiske reaktioner, der udspiller sig i deres beslutningsprocesser. Derfor vil vi præsentere udvalgte bias herefter.

Optimism and overconfidence

De fleste mennesker har tendens til at have et urealistisk og optimistisk syn på egne evner (Münster, 2017, s. 63; Thaler & Sunstein, 2009, s. 35). Det gælder også i de tilfælde, hvor risikoen er stor, som ved for eksempel ægteskab. Det er for mange velkendt, at cirka halvdelen af alle ægteskaber ender i skilsmisse. Men nærmest samtlige par, der står overfor et giftemål, mener ikke at deres ægteskab vil gå i stykker, dette indebærer også de mennesker, som allerede har været igennem en skilsmisse (Thaler & Sunstein, 2009, s. 35). Denne urealistiske optimisme kan være en saglig forklaring på, hvorfor mange mennesker udsætter sig selv for en masse risici, hvad angår deres liv og helbred (Thaler & Sunstein, 2009, s. 35). Menneskelig adfærd indebærer derfor ofte en stor del urealistisk optimisme inden for mange aspekter af deres liv. Når de undervurderer deres individuelle sårbarhed, tager de sjældent de passende forbehold (Thaler & Sunstein, 2009, s. 36; Münster, 2017, s. 66).

Status quo

Mennesker har tendens til at forblive i deres aktuelle situation (Thaler & Sunstein, 2009, s. 37). Et eksempel på dette er, at når mennesker køber en ny mobiltelefon, er der mange beslutninger, der skal træffes. Det kan være alt, fra hvilken ringetone den skal have til hvilken baggrund. Men der vil altid være fabriksindstillinger, hvor alle disse beslutninger er truffet (Thaler & Sunstein, 2009, s. 8). Forskning viser, at uanset hvilke indstillinger, der er prædefineret i telefonen, så vælger størstedelen at beholde disse indstillinger. Flere eksperimenter kan dokumentere robustheden af *status quo* biasen, uanset om den eksisterende foranstaltning eller organisering er udarbejdet af en regering eller af private institutioner (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1172). *Status quo*

biasen er nem at udnytte, da den ofte er forårsaget af manglende opmærksomhed (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1197).

Gains and losses

Menneskers system 1 medfører følelsen af dobbelt så stor elendighed ved at miste en genstand, end den glæde mennesker får ved at modtage samme genstand (Thaler & Sunstein, 2009, s. 36; Dolan, Hallsworth, Halpern, King & Vlaev 2012, s. 267). Når først en person er i besiddelse af den gældende genstand, er de ikke indstillet på at give den videre eller miste den. Men de personer, der ikke har modtaget den gældende genstand, har ikke samme iver for at erhverve sig den (Thaler & Sunstein, 2009, s. 36). Dette kaldes *loss aversion*, hvilket medfører et stort behov for at forblive i besiddelse, af det de har. De mennesker, der er tilbageholdende for at skulle afgive eller miste noget, de allerede er i besiddelse af, vil så vidt muligt undgå byttehandler – også de byttehandler, som potentielt kunne være gavnlige for dem (Thaler & Sunstein, 2009, s. 37).

Ved udfoldelsen af disse heuristikker og bias bliver det tydeligt, at mennesker er fejlbarlige. De skal dagligt manøvrere rundt i en kompleks og travl hverdag, hvilket gør det svært at skulle træffe velovervejede beslutninger, ved alle de valg de stilles overfor (Thaler & Sunstein, 2009, s. 40). Netop fordi de er travle, og har begrænset opmærksomhed, vælger de at ty til heuristikker. Menneskers system 1 accepterer, de spørgsmål de stilles, foruden at vurdere om deres reaktion eller svar, kunne være anderledes, hvis spørgsmålet var stillet anderledes (Kahneman, 2015, s. 34; Thaler & Sunstein, 2009, s. 40). På baggrund af denne viden om bevidsthedens to systemer, og menneskets tendens til at anvende heuristikker, der kan udmunde i bias, kan det være effektfuldt, at anvende adfærdskommunikation. For at hjælpe mennesker i deres beslutningsprocesser, vil vi benytte strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation i samspil med den generelle forståelse for mennesker i vores kommunikation til bloddonorerne. Derfor vil kommende afsnit indebære en teoretisk gennemgang af adfærdskommunikation og udvalgte strategier og teknikker.

3.2 Adfærdskommunikation

Som tidligere beskrevet var Thaler og Sunstein de første, der definerede *nudging*. Dertil præsenterede de, hvordan man med en forståelse for menneskers beslutningsprocesser og adfærd kan udforme og anvende kommunikation, der påvirker menneskers adfærd i en retning, der er gunstig for dem. Det handler dermed om, at gøre opmærksom på et gavnligt valg og "puffe" mennesker i retningen mod at træffe det valg, som kan være med til at forbedre deres liv (Thaler & Sunstein, 2009, s. 5). For at kunne facilitere bedre beslutningsprocesser og fremstille de hensigtsmæssige valg, er det relevant at inddrage begreberne *choice architects* og *choice architecture*. Disse vil blive forklaret herefter.

3.2.1 Choice architect og choice architecture

Choice architects er personer, både offentlige og private, der er ansvarlige for organiseringen af valgmulighederne i de kontekster, hvori mennesker skal træffe beslutninger. Mange agerer *choice architects* uden at være bevidste om det (Thaler & Sunstein, 2009, s. 3). Nogle eksempler på dette er; personer der designer stemmesedler, forældre der beskriver forskellige uddannelsesmuligheder for deres børn, og læger der beskriver alternative behandlingsmuligheder for patienter. Hvad der kan opfattes som små og ubetydelige detaljer, kan have stor indflydelse på menneskers adfærd. Derfor er det essentielt, som *choice architect* at forholde sig til, at alt har en betydning (Thaler & Sunstein, 2009, s. 3-4). Som *choice architect* kan man potentielt fordre markante forbedringer i menneskers liv ved at designe brugervenlige designs eller miljøer - *choice architecture* (Thaler & Sunstein, 2009, s. 12). De valg som *choice architects* kommer til at influere, skal træffes af mennesker, så derfor er det essentielt at have en god forståelse for, hvordan mennesker agerer (Thaler & Sunstein, 2009, s. 93). Forståelsen af mennesker og deres beslutningsprocesser bliver derfor beskrevet i kommende afsnit.

3.2.2 Homo economicus og mennesker

For at kunne påvirke mennesker i en bestemt retning, er det væsentlig at have en realistisk forståelse af, hvordan mennesker træffer beslutninger. Modstandere af paternalisme (jf. Paternalisme) forener sig implicit med idéen om mennesker som *homo economicus*, hvilket indebærer mennesker, der udelukkende gennemgår hensigtsmæssige tankeprocesser og udelukkende træffer hensigtsmæssige

beslutninger. Økonomers lærebogseksempel af mennesker bygger på en forestilling om mennesker, som værende i besiddelse af ubegrænset hukommelse, viljestyrke og egenskaber til at tænke logisk (Thaler & Sunstein, 2009, s. 7). Homo economicus er per definition rationelle, hvormed de er konsistente i deres overbevisninger og præferencer (Kahneman, 2015, s. 489). Men forskning viser, at dette ikke er tilfældet med mennesker. Dermed ikke sagt at mennesker er irrationelle, men de har "(...) ofte brug for hjælp til at foretage mere præcise vurderinger og træffe bedre beslutninger, og i nogle tilfælde kan strategier og institutioner tilbyde denne hjælp" (Kahneman, 2015, s. 489-490). Dermed skal det forstås, at mennesker af natur er dårlige til at træffe beslutninger, som er hensigtsmæssige for dem. For de er ofte kun i besiddelse af en utilstrækkelig mængde viden, begrænset selvkontrol og begrænsede kognitive evner, ligeledes formår de ikke at give beslutningsprocessen den fornødne opmærksomhed (Thaler & Sunstein, 2009, s. 5-6). Men denne opfattelse af mennesker anerkendes ikke af alle. De der ophøjer menneskers valgfrihed, afviser tankegangen om, at andre skal træffe beslutninger på vegne af dem. De opponerer mod tilgangen "One size fits all", hvor regeringen træffer beslutninger på vegne af befolkningen (Thaler & Sunstein, 2009, s. 9-10). De mener derimod, at antallet af valgmuligheder skal maksimeres, så mennesker har mulighed for at vælge præcis den valgmulighed, de foretrækker, da de selv er bedst til at træffe de beslutninger, der er gode for dem. De er derfor skeptiske overfor brugen af adfærdskommunikation, men deres skepsis er baseret på en falsk antagelse samt to misforståelser (Thaler & Sunstein, 2009, s. 9-10). Disse vil blive beskrevet herefter.

Den falske antagelse

Den falske antagelse bygger på forståelsen af, at næsten samtlige mennesker, størstedelen af tiden, træffer valg, som er i deres egen bedste interesse (Thaler & Sunstein, 2003, s. 175; Thaler & Sunstein, 2009, s. 10). I så fald dette ikke er tilfældet, træffer de som minimum valg, der er bedre, end de valg andre kunne træffe for dem. Denne antagelse er fejlagtig, da mennesker sjældent er eksperter inden for samtlige områder, hvori de skal træffe beslutninger. Derfor vil der være mange områder og situationer, hvor mennesket kan drage fordel af vejledning fra eksperter eller af ændringer i *choice arhictecturen* (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1162-1163; Thaler & Sunstein, 2009, s. 10). Hertil er det ligeledes en fornuftig antagelse, at mennesker

træffer gode valg i de kontekster, hvori de har erfaring, er veloplyste og kan modtage direkte feedback (Thaler & Sunstein, 2009, s. 10).

De to misforståelser

Den første misforståelse er, at det er muligt, at undgå at have indflydelse på menneskers valg. Der er utallige situationer i vores hverdag, hvor organisationer eller praktikere er nødsaget til at træffe valg, der vil påvirke andre menneskers adfærd. I disse situationer kan et *nudge* i en bestemt retning ikke undgås – om end det er intenderet eller ej (Thaler & Sunstein, 2009, s. 10-11; Sunstein & Thaler, 2003, s. 1164). Menneskers valg er ofte påvirket af det design eller den kontekst, som de interagerer med eller opererer i. Det er uundgåeligt, at disse er udviklet eller opstillet af andre personer, der har måtte træffe valg for udformningen. Virksomheder kan forsøge, at opsætte rammer, som skal være neutrale, ved enten at vælge disse tilfældigt eller ved at forsøge at vælge, de rammer, som de forestiller sig at flest foretrækker (Thaler & Sunstein, 2009, s. 11). Men det er ikke let at gætte andre menneskers præferencer, og spørges der ind til disse, er udformningen af spørgsmålene essentiel for, hvordan de besvares, og derudover er mennesker sjældent i stand til at italesætte deres egentlige præferencer (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1174). Disse utilsigtede *nudges* kan have stor effekt på menneskers valg, hvilket kan medføre uhensigtsmæssige resultater og adfærd. Derfor bør anvendelse af adfærdskommunikation, være at foretrække fremfor ordre, forbud eller krav (Thaler & Sunstein, 2009, s. 11).

Den anden misforståelse er, at når der træffes beslutninger på vegne af andre, involverer dette altid tvang (Thaler & Sunstein, 2009, s. 11). Et eksempel herpå er, præsentationen af mad i en skolekantine, hvor en *choice architect* vælger at placere frugt frem for slik eller usund mad fremme ved betalingsskranken. Dette gøres med det formål, at få eleverne til at tilvælge det sunde og mindske mængden af usund mad, som eleverne indtager. Den usunde mad forbydes eller afskæres ikke som en mulighed, og individers handlefrihed opretholdes. Dermed indebærer en korrekt anvendelse af adfærdskommunikation ikke tvang, hvorfor risikoen for at lave designs der er illegitime elimineres (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1165-1166; Thaler & Sunstein, 2009, s. 1-2, 12).

I forlængelse af den falske antagelse og de to misforståelser er det relevant at præsentere, den tilgang Thaler og Sunstein kalder libertariansk paternalisme.

3.2.3 Libertariansk paternalisme

Libertariansk paternalisme er en sammensætning af libertarianisme og paternalisme, der normalvis opfattes som modstridende tilgange (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1160; Thaler & Sunstein, 2009, s. 5). Derfor finder vi det relevant at præsentere begge tilgange, samt hvordan sammensætningen skal opfattes, således at adfærdskommunikationen udformes og anvendes retmæssigt og legitimt.

Libertarianisme

Libertarianisme er en normativ politisk retning, hvor menneskets valgfrihed har højeste prioritet. Ifølge libertarianismen er der ikke tale om valgfrihed, såfremt en *choice architect* tvingende blander sig i individets valg. Da statens rolle blandt andet er at udforme love, der håndhæves uden individets valgfrihed, er det ifølge libertarianismen en nødvendighed med en minimal stat, der ikke har mulighed for at begrænse individets valgfrihed. Libertarianisme finder altså valgfriheden essentiel, og denne værdi prioriteres frem for andre libertarianske værdier (Badie, Berg-Schlosser & Morlino, 2011, s. 1443).

Paternalisme

Paternalisme står umiddelbart i kontrast til libertarianisme, da paternalisme defineres som værende formynderi. Formynderi betyder, at et individ har magten til at træffe beslutninger på andre individers vegne (Paternalisme, 2018). Derfor ser individer, der handler ud fra et paternalistisk synspunkt, skeptisk på at bevare individets valgfrihed (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1160). Paternalisme udøves typisk af staten, der begrænser individets handlefrihed ved at træffe beslutninger, som de mener er hensigtsmæssige på individers vegne. De valg, der træffes, skal ud fra et paternalistisk synspunkt, være gode for individet og ligeledes forhindre denne i at træffe valg, der er skadelige (DeCew, 2011, s. 804).

Libertariansk paternalisme

Den libertarianske del af libertariansk paternalisme indebærer, at mennesker skal have mulighed for at træffe de valg, de ønsker, hvorfor de også skal kunne fravælge valg eller forhold, de ikke finder tiltalende (Thaler & Sunstein, 2009, s. 5). Retningslinjerne for *choice architects* medfører dermed, at menneskers valgfrihed skal opretholdes eller øges. Dermed anvendes aspekter fra den libertarianske tilgang, til at modificere den paternalistiske tilgang (Thaler & Sunstein, 2009, s. 5; Sunstein & Thaler, 2003, s. 1160). Libertarianske paternalister ønsker at give mennesker fri mulighed til at træffe beslutninger og gå deres egne veje foruden at bebyrde de, der ønsker at dyrke deres frihed. Den paternalistiske del medfører påstanden om, at det er legitimt for *choice architects* at forsøge at påvirke menneskers adfærd med det formål, at deres liv bliver bedre, sundere og længere (Thaler & Sunstein, 2009, s. 5). I samme ombæring argumenteres der for, at både private og statslige instanser bør anstrenge sig for at guide mennesker i en retning, der vil forberede deres liv. Det opfattes dog først som paternalistisk, såfremt at de valg, der forsøges påvirket, påvirkes i en retning, som individet selv anser som hensigtsmæssig (Thaler & Sunstein, 2009, s. 5; Thaler & Sunstein, 2003, s. 175). Den libertariansk paternalistiske tilgang skal opfattes som en ikke-påtrængende og svag gren af paternalisme, idet at ingen valgmuligheder afspærres, blokeres eller bebyrdes i betydelig grad. Mennesker kan stadig træffe valg, der er uhensigtsmæssige for dem eller have en adfærd, der ikke gavner dem, hvis de ønsker dette. Dermed sagt, tvinger libertariansk paternalisme ikke mennesker til at gøre noget, og gør heller ikke bestemte valg svære (Thaler & Sunstein, 2009, s. 6; Sunstein & Thaler, 2003, s. 1162).

Kommende afsnit vil gennemgå udvalgte strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation, samt hvorledes *choice architect*s kan gøre brug af disse ved udformningen af *choice architecture*.

3.2.4 Strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation

Litteraturen om adfærdskommunikation fremstiller en række strategier og teknikker. Disse forholder sig til de to systemer i menneskets bevidsthed, og tager udgangspunkt i de heuristikker, mennesker anvender, og de bias der opstår hos mennesker i bestemte situationer. Et eksempel på dette er, når mennesker anvender

tilgængelighedsheuristikken og fejlagtigt vurderer risikoen for en hændelse. Her kan det være en fordel at *nudge* mennesker i retningen af den faktuelle sandsynlighed, idet deres dømmekraft og vurdering er præget af de bias, der optræder i forbindelse med tilgængelighedsheuristikken. Det er dermed muligt, at fremme menneskers tillid til et udfald, hvis de informeres om en lignende hændelse, hvor udfaldet var positivt - og modsatte effekt kan opnås ved at præsentere et negativt udfald (Thaler & Sunstein, 2009, s. 28). Et andet eksempel er, at *choice architecten* kan bruge et forankringspunkt som et *nudge*, når mennesker anvender forankringsheuristikken. Hvis der i forbindelse med et spørgsmål eller en opgave gives information, vil mennesker anvende denne information som et forankringspunkt i deres besvarelse, såfremt de ikke allerede kender svaret. Dermed kan *choice architecten* justere forankringspunktet og derefter se, hvilken påvirkning det har, på de svar der modtages (Kahneman, 2015, s. 148-149; Thaler & Sunstein, 2009, s. 26).

Social nudging

Mennesker bliver påvirket af andre menneskers adfærd. Ønsker en *choice architect* at *nudge* mennesker i en bestemt retning, er en simpel måde at fortælle dem, hvad andre gør. De kan blive overraskede over, hvordan andre mennesker agerer, og bliver dermed interesserede i at forstå, hvorfor de agerer, som de gør (Thaler & Sunstein, 2009, s. 71). Mennesker bliver ydermere influeret af andres valg og præferencer. Såfremt mennesker får adgang til informationer om andre menneskers valg eller smag, vil deres egne valg eller præferencer blive påvirket af dette (Thaler & Sunstein, 2009, s. 67). En væsentlig, og muligvis ikke overraskende indsigt er, at mennesker ofte bliver *nudget* af andre mennesker i sociale kontekster, da de er letpåvirkelige. De påvirkes af gerninger, holdninger og generel adfærd (Thaler & Sunstein, 2009, s. 57). Under *social nudging* hører *norms*. Sociale og kulturelle normer er de adfærdsmæssige forventninger eller regler, der er i samfundet eller i en gruppe. Individer kan derfor opfatte normer som et ideal og stræbe efter at agere ud fra dette. Grunden hertil er, at individet finder det tilfredsstillende at agere ud fra den adfærd, der eksempelvis optræder i en gruppe (Dolan et al., 2012, s. 268). Såfremt normen er ønskværdig, kan en *choice architect* informere individerne om normen. Men forskning viser, at individer påvirkes mere af, hvad de ser, eller tror andre gør, fremfor hvad de bliver fortalt, at de burde gøre ud fra en norm (Dolan et al., 2012, s. 269).

Framing

Framing handler om måden, hvorpå information formidles. Information kan gives på flere forskellige måder, som får menneskers system 1 til at reagere. Et velkendt eksempel på dette er, hvor en læge skal informere sin patient om oddsene ved at få foretaget en bestemt operation. Lægen kan vælge at udlægge oddsene således, at ud af 100 operationer er 90 af disse vellykkede, hvor patienterne overlever. Denne *framing* af oddsene medfører en positiv afkodning, hvor patienten højst sandsynligt takker ja til operationen. Vælger lægen derimod at *frame* patientens odds således, at ud af 100 operationer, er der ti personer, der ikke overlever, er reaktionen højst sandsynlig anderledes (Thaler & Sunstein, 2009, s. 39, Sunstein & Thaler, 2003, s. 1161). Derfor er det utilstrækkeligt blot at antage, at de mennesker, der mangler information for at kunne træffe en beslutning, blot skal have mere information. For *framingen* har stor betydning, og derfor skal den være rodfæstet i en forståelse af, hvordan mennesker tænker (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1182). Men brugen af *framing* er uden tvivl effektiv, fordi mennesker ofte træffer beslutninger uden eftertanke, og er passive i beslutningsprocessen. Deres system 2 formår ikke at vurdere, om en anden *framing* af informationerne kunne udmunde i en anderledes opfattelse af disse (Thaler & Sunstein, 2009, s. 40).

Priming

Forskning påviser, at selv diskrete påvirkninger kan højne letheden i, hvordan mennesker kommer i tanke om visse informationer. I disse tilfælde arbejdes der i bevidsthedens system 1. Det kan blot være simple hints om en ide eller et koncept, der kan udløse en bestemt association, som fører til en bestemt handling. Dette betegnes som *priming*. *Priming* kan optræde i sociale praksisser, og effekten af det kan være overraskende magtfuld (Thaler & Sunstein, 2009, s. 75-76; Dolan et al., 2012, s. 270). *Priming* indebærer, at mennesker kan påvirkes til at udføre en handling, ved at der spørges ind til, hvordan eller hvor ofte de har intentioner om at udføre handlingen. Idet mennesker svarer på, hvordan de forestiller sig at handle, eller hvad de har planer om at gøre, så er der større sandsynlighed for, at de efterfølgende udfører den handling, de har italesat (Thaler & Sunstein, 2009, s. 76). Forskning viser ydermere, at man i form af simple signaler og objekter kan *prime* mennesker, til at have en bestemt adfærd, da

deres system 1 reagerer på synliggørelse af visse genstande (Thaler & Sunstein, 2009, s. 77-78).

Messenger

Den værdi mennesker tillægger en given information, afhænger af hvilken grad af autoritet de opfatter, at afsenderen besidder. Ydermere er der evidens for, at autoritet kan medføre, at mennesker efterlever en bestemt adfærd, også selvom den adfærd kan være stressende eller skadelig. Derudover har mennesker større tendens til at lade sig påvirke af en given information, såfremt de kan spejle sig i afsenderen (Dolan et al., 2012, s. 266). Autoritet kan blandt andet fremkaldes ved, at en *choice architect* benytter eksperter til at give information. *Messenger-teknikken* kan være ineffektiv, såfremt mennesker har negative følelser forbundet med afsenderen, da dette kan medføre, at de ikke påvirkes af de autoritære signaler i en given information (Dolan et al., 2012, s. 266).

Incentives

Mennesker påvirkes af incitamenter på baggrund af flere faktorer. Det er afgørende for menneskers adfærdsændring, hvilken type incitament der er tale om, hvad omfanget af incitamentet er, og timingen for incitamentet (Dolan et al., 2012, s. 267). Menneskers reaktioner på incitamenter er formet af kognitive bias, og anvendes de rette incitamenter, på de rette mennesker, kan en adfærdsændring drives af incitamenter (Thaler & Sunstein, 2009, s. 106).

Salience

Menneskers adfærd påvirkes i høj grad af, hvad de er draget imod. Mennesket bliver hver dag udsat for mange stimuli, hvorfor de ubevidst filtrerer disse for at kunne håndtere indtrykkene. De stimuli, der drager mennesket, er specielle, tilgængelige og simple (Dolan et al., 2012, s. 269). Enkelhed er vigtigt, da mennesker er mere tilbøjelig til at være draget af ting, de forstår, hvilket eksempelvis sker, når de præsenteres for noget, der relaterer sig til deres egne erfaringer (Dolan et al., 2012, s. 269).

Affect

Følelsesmæssige associationer kan være et magtfuldt middel til at påvirke adfærd. Brug af ord, billeder og begivenheder kan medføre hurtige og automatiske reaktioner hos

mennesker. De foretager ubevidst en følelsesmæssig evaluering, som udgangspunkt for deres beslutning, forinden de overhovedet er opmærksomme på, hvad de reagerer på, og før de kan foretage en kognitiv evaluering (Dolan et al., 2012, s. 271). Ydermere kan en *choice architect* ligeledes fremprovokere følelser hos modtageren for at opnå en ønsket adfærdsændring (Dolan et al., 2012, s. 271).

Ego

Mennesker er tilbøjelig til at agere ud fra, hvad der understøtter et positivt og konsistent selvbillede. Derudover har de en tendens til at sammenligne sig med andre mennesker og evaluere sig selv ud fra andres adfærd. Når de udfører disse evalueringer, vurderer de dem selv som bedre end gennemsnittet, hvilket også er tilfældet med de grupper, som de identificerer sig med. Mennesker agerer ud fra, hvad der gør, at de får det bedre med sig selv (Dolan et al., 2012, s. 272).

Default

Default er en forudbestemt standardindstilling eller regel, og de fleste beslutninger har en *default*, hvilken vil træde i kraft, såfremt at der ikke aktivt foretages andre valg (Dolan et al. 2012, s. 269; Thaler & Sunstein, 2009, s. 8). Mennesker har tendens til at lade tingene forblive, som de er. Dermed bør man ikke undervurdere menneskers tilbøjelighed til inerti, hvorfor der kan drages stor fordel af at anvende en velvalgt *default-indstilling* i sin *choice architecture*, såfremt der ønskes en bestemt adfærd (Thaler & Sunstein, 2009, s. 8-9; Sunstein & Thaler, 2003, s. 1181).

Efter gennemgangen af disse strategier og teknikker, bliver det muligt at udarbejde dette speciales interventionsprodukt. Interventionsproduktet har til formål at undersøge, om brugen af adfærdskommunikation har en effekt på bloddonorer, når de skal træffe en beslutning om, hvorvidt de vil tilmelde sig som stamcelledonor. I anvendelsen og udarbejdelsen af adfærdskommunikation, er det essentielt at være indforstået med, at "There is no such thing as a 'neutral' design'" (Thaler & Sunstein, 2009, s. 3). Derfor skal vi være bevidste om samtlige faktorer, detaljer og træk, der inkorporeres og optræder i designet, samt hvilken adfærd det kan medføre.

4. Videnskabsteori

I dette afsnit vil vi redegøre for kritisk realisme, da dette er vores videnskabsteoretiske ståsted i forbindelse med udarbejdelsen af vores speciale.

4.1 Kritisk realisme

Kritisk realisme er en videnskabsteoretisk retning, der anskuer den sociale virkelighed som et åbent system, hvor virkeligheden eksisterer uafhængigt af vores forestillinger om den. Der skelnes mellem to dimensioner; den *intransitive* og den *transitive dimension* (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 279-280). Den intransitive dimension omhandler verden, som den er, uafhængigt af vores viden om den, og vedrører ontologien, der indebærer teori om det værende, dermed hvad der eksisterer i verden, og hvordan det eksisterer. Den transitive dimension omhandler vores viden om verden, og vedrører epistemologien, der indebærer teori om viden, og i den forbindelse hvad vi kan vide om verden, og hvordan vi ved det (Buch-Hansen & Nielsen, 2008, s. 12; Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 280-281). Der er altså et skel mellem viden og væren, hvor væren prioriteres højest, da væren ikke reduceres på baggrund af viden, hvilket betyder, at fænomener eksisterer uden vores viden om dem (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 281).

4.1.1 Ontologien i kritisk realisme

Det ontologiske udgangspunkt for kritisk realisme er at finde i den intransitive dimension. Denne kendetegnes ved at være de objekter, der søges at skabe viden om. Ydermere er det vigtigt at pointere, at disse objekter er uforanderlige selvom videnskabens forståelse af dem ændres, hvilket er det, der gør videnskaben realistisk (Buch-Hansen & Nielsen, 2008, s. 22; Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 281; Bhaskar, 2008, s. 17).

Med udgangspunkt i kritisk realisme har virkeligheden dybde, hvilket kommer til udtryk i tre domæner. *Det empiriske domæne,* der består af vores erfaringer og observationer og har med menneskelige sanser at gøre, *det faktiske domæne*, der består af alle begivenheder, der finder sted og alle eksisterende fænomener, og *det virkelige domæne*, der består af de strukturer og mekanismer, der ikke er observerbare, og som

under bestemte omstændigheder understøtter og forårsager fænomener og begivenheder i det faktiske domæne (Buch-Hansen & Nielsen, 2008, s. 24; Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 280-282; Bhaskar, 2008, s. 13). Det faktiske og virkelige domæne indebærer videnskabens objekter, og det er spændingsfeltet mellem de to domæner, der er udslagsgivende for den virkelighed, vi genererer viden om (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 282). Videnskaben er derfor forbundet med en bevægelse, der starter i det empiriske domæne og slutter i det virkelige domæne (Buch-Hansen & Nielsen, 2008, s. 60). Det er det virkelige domæne, der er i fokus hos kritiske realister, da de har interesse i at undersøge de underliggende strukturer og mekanismer, der ikke kan observeres med sanserne (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 282).

Ud fra et kritisk realistisk synspunkt indeholder "(...) virkeligheden komplekse objekter, hvis strukturer forsyner dem med kapacitet til at virke på bestemte måder (kausale potentialer) og modtageligheden over for bestemte påvirkninger" (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 282). Men der er en sammenhæng mellem, hvad der er objekters natur og de kausale potentialer, de har, hvilke indebærer en *differentieret virkelighed,* hvor objekter har flere forskellige kausale potentialer. Men selvom et objekt er i besiddelse af kausale potentialer, er der ikke garanti for at disse aktiveres og formår at producere en begivenhed i det faktiske domæne - her er den aktuelle kontekst afgørende (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 282-283). Det er mekanismer i det virkelige domæne, der er afgørende for om bestemte udfald indtræffer, eller om bestemte ting forårsages, hvorfor andre objekters mekanismer er afgørende for om objekters kausale potentialer aktiveres. Der er et stort omfang af mekanismer, som kan enten blokere, aktivere eller modificere konsekvenserne for andre mekanismer, hvorfor konsekvensen af de kausale potentialer eller mekanismer kun er en mulighed men ikke forudbestemte (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 283).

Kritiske realister har derfor en vertikal kausalitetsforståelse, da der med udgangspunkt i de underliggende mekanismer søges forklaringer på bestemte begivenheder og fænomener, hvilket medfører et multikausalt verdensbillede. Dette betyder altså, at der ikke kan være tale om mønstre, der er uforanderlige, da den sociale virkelighed indebærer et åbent system, hvor empiriske regelmæssigheder sjældent eller nærmest ikke forekommer. Dette åbne system medfører, at kausaliteter udelukkende skal

opfattes som tendenser, da kausaliteter indgår i et komplekst samspil med andre mekanismer, hvorfor der ikke nødvendigvis opstår samme konsekvenser eller begivenheder (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 283).

4.1.2 Epistemologien i kritisk realisme

Kritisk realismes epistemologiske udgangspunkt findes forklaret i den transitive dimension. Den transitive dimension kendetegnes ved at indeholde vores viden om verden (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 280; Bhaskar, 2008, s. 17), og dimensionen indeholder derfor blandt andet teorier, data og beskrivelser, der er til stede på det aktuelle tidspunkt (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 280). For at kunne generere ny viden, er den eksisterende viden om objekterne uundværlig (Buch-Hansen & Nielsen, 2008, s. 22; Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 280; Bhaskar, 2008, s. 21). Dette vil sige, at mennesker bygger videre på og omdanner den allerede eksisterende viden, når ny viden skal genereres. Genereringen af viden er derfor historisk betinget og en menneskelig aktivitet, der forekommer i sociale sammenhænge (Buch-Hansen & Nielsen, 2008, s. 22; Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 284-285).

Kritiske realisters ontologi har indflydelse på deres epistemologi. Deres virkelighedsbillede gør, at det er umuligt at forudsige fremtiden grundet det åbne systems komplekse sammenspil mellem mekanismer og strukturer. Derfor er videnskaben inden for kritisk realisme begrænset til at fortolke og forklare eksisterende begivenheder og fænomener, da fortiden og fremtiden er to forskellige ting (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 284). At fortiden og fremtiden er forskellige henviser til, at vi ud fra et kritisk realistisk synspunkt ikke kan ændre fortiden, men vi kan ændre vores forståelse af den, derimod er fremtiden uforudsigelig, da denne afhænger af moralske valg og menneskelig kreativitet (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 284). Dette gør også, at kritiske realister anser viden som fejlbarlig og historisk betinget, da teorier og forklaringer med tiden erstattes med nye, og dermed er dét, der førhen blev betragtet som korrekt ikke længere gældende (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 285).

I dette speciale kommer vores kritiske realistiske tilgang til udtryk ved, at vi forstår de kognitive bias og heuristikker som underliggende mekanismer i det virkelige domæne. Disse mekanismer har indflydelse på begivenheder og fænomener på det faktiske

domæne, hvilket i vores undersøgelse er, hvordan bloddonorernes beslutningstagen påvirkes af disse underliggende mekanismer. Vi har en hypotese om, at adfærdskommunikation kan aktivere de underliggende mekanismers kausale potentialer og påvirke bloddonorerne til beslutningstagen og øge antallet af stamcelledonorer. Vi er dog opmærksomme på, at vi qua vores kritisk realistiske tilgang opfatter virkeligheden som et åbent system, hvorfor vi ikke kan udlede empiriske regelmæssigheder om bloddonorernes adfærd, men derimod tendenser. Årsagen til dette er, at vi ikke kan være sikre på, om det er de kognitive bias og heuristikker, der påvirker bloddonorerne til en bestemt adfærd, eller om det er andre underliggende mekanismer i det virkelige domæne. Ydermere skal vi selv være opmærksomme på vores egen brug af blandt andet repræsentativitetsheuristikken, da vi som mennesker netop har tendens til at tilskrive mønstre og sammenhænge større betydning.

Af vores undersøgelse er vi begrænset til kun at kunne fortolke og forklare fænomener og begivenheder, der udspiller sig i vores aktuelle kontekst. Dette medfører, at den viden vi generer i dette speciale vil være betinget af den specifikke menneskelige aktivitet i undersøgelsen, som er påvirket af samspillet mellem mekanismer og strukturer i den aktuelle sociale kontekst.

Overordnet set kan vi karakterisere os selv som ontologiske realister, da vi som nævnt anskuer den naturlige og sociale virkelighed som uafhængig af vores viden om den, og ydermere som epistemologiske relativister idet vi bekræfter, at viden frembringes socialt, hvilket gør at viden er midlertidig (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 285).

4.1.3 Metodologien i kritisk realisme

Kritisk realismes videnskabelige praksis omhandler, hvordan vi udfører bevægelsen fra det empiriske domæne til det virkelige domæne. Inden for kritisk realismes metodologi arbejdes der med fremgangsmåden – *abstraktion* og ud fra slutningsformen - *retroduktion* (Buch-Hansen & Nielsen, 2008, s. 60-62). Disse vil blive forklaret herefter.

Retroduktion

Retroduktion har forbindelse til *abduktion*, og er en slutningsform, hvor man ræsonnerer systematisk, og hvor kausaliteten mellem en konklusion og en præmis ikke

findes ved at finde frem til konklusionen, men derimod ved at finde præmissen, når konklusionen er givet (Buch-Hansen & Nielsen, 2008, s. 61; Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 304). At kritiske realister bevæger sig fra konklusion til præmis bevirker en bevægelse i dybden, og dermed en bevægelse til det virkelige domæne (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 304). Når der undersøges ud fra retroduktion tages der typisk udgangspunkt i et fænomen eller begivenhed, for derefter at kunne udpege mulighedsbetingelser og dybere kausaliteter, der vurderes til at måtte eksistere, for at et givent fænomen eller begivenhed kan finde sted (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 304).

Abstraktion

Abstraktion er en slags tankeeksperiment, da man i samfundsvidenskaben ikke kan undersøge isolerede årsag-virknings-relationer i lukkede systemer. Derfor er man tankemæssigt nødsaget til at isolere de mest betydende kræfter og mekanismer. Når dette er gjort kan det undersøges, hvordan disse kræfter og mekanismer virker i en konkret kontekst (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 305).

Vores retroduktion og abstraktion vil blive operationaliseret i efterfølgende metodeafsnit.

5. Metode

I dette afsnit vil vi redegøre for vores metodevalg og metodiske overvejelser. Vores indsamling af data har både været i form af et kvalitativt forstudie, hvor vi har benyttet os af fokusgruppeinterviews samt et telefoninterview. I anden del af dataindsamlingen, har vi benyttet os af en kvantitativ metode i form af en spørgeskemaundersøgelse, der har til formål at teste de interventioner, vi udvikler på baggrund af vores forstudie. Følgende model er en visualisering af dette afsnits opbygning samt indhold.

Metodestruktur

Eksperimentelt design

Kvalitative metoder

- **Desk research**
- **Fokusgruppeinterview**
- Sampling af informanter
- Struktur og udførelse af fokusgruppeinterviews
- Vores rolle
- **Bearbejdning af data**
- Kodningsprocedure og kodningsresultater
- Fremgangsmåde for interaktionsanalyse
- **Reliabilitet og validitet**
- **Telefoninterview**

Kvantitative metoder

- **Koncept, måling og indikatorer**
- **Spørgeskemaundersøgelse**
- Fejlkilder i spørgeskemaundersøgelser
- Sampling af respondenter
- **Bearbejdning af data**
- **Reliabilitet og validitet**

Interaktionsanalyse

- **Analyse af overordnede emner**
- **Sammenfatning af interaktionsanalyse**

Model 2: Metodestruktur

5.1 Eksperimentelt design

Det er forskningsdesignet, der afgør, hvordan undersøgelsens hypotese skal undersøges (Bryman, 2012, s. 51). Hypotesen for denne undersøgelse er, at adfærdskommunikation har en påvirkning på bloddonorernes adfærd (jf. 1. Indledning).

Det aktuelle forskningsdesign for denne undersøgelse er karakteriseret som et *eksperimentelt design*. Et eksperimentelt design kendetegnes ved, at forskeren manipulerer den *uafhængige variabel* for at undersøge, om denne har en indflydelse på den *afhængige variabel* (Bryman, 2012, s. 50). Den afhængige variabel defineres som værende, det forskeren ønsker at influere gennem eksperimentet, hvorfor den afhængige variabel i denne undersøgelse er bloddonorerne. Deltagerne i forskerens eksperiment allokeres i en eller flere eksperimentgrupper, der udsættes for eksperimentets uafhængige variabel eller grader af denne. Eksperimentets uafhængige variabel er derfor brugen af adfærdskommunikation i interventionsproduktet. Forskeren vil efter eksperimentet kunne udlede, hvilken effekt den uafhængige variabel har på den afhængige variabel (Bryman, 2012, s. 50). Dette betyder også, at et eksperimentelt design ofte har en stærk grad af *intern validitet*, da forskeren kan udlede kausaliteten mellem den afhængige og uafhængige variabel og ligeledes, om effekten skyldes den uafhængige variabel, hvilket er det, der udgør graden af intern validitet (Bryman, 2012, s. 47, 50).

Eksperimentet tager form af et *klassisk eksperimentelt design,* hvilket ofte refereres til som et *randomiseret kontrolleret eksperiment* (Bryman, 2012, s. 51). Dette karakteriseres ved, at forskeren opstiller to grupper, hvoraf den ene fungerer som eksperimentgruppe, og den anden fungerer som kontrolgruppe. Dette valg af design er relevant for vores speciale, da vi skal undersøge, om vi ved brug af adfærdskommunikation, kan få bloddonorer til at melde sig som stamcelledonor.

For at teste dette, vil eksperimentgruppen blive udsat for et interventionsprodukt, der gør brug af adfærdskommunikation. Denne eksperimentgruppe vil alene ikke kunne udlede kausaliteten mellem den afhængige og uafhængige variabel, da resultaterne kan skyldes anden påvirkning. På baggrund af denne ene eksperimentgruppe vil forskeren

derfor ikke kunne sikre den interne validitet. For at styrke den interne validitet, er det nødvendigt med en kontrolgruppe, der bliver udsat for et kontrolprodukt, der ikke anvender adfærdskommunikation. Når en forsker benytter sig af en kontrolgruppe, vil den eventuelle effekt på eksperimentgruppen derfor skyldes brugen af adfærdskommunikation, og vil derfor være mulig at teste (John, Cotterill, Moseley, Richardson, Smith, Stoker & Wales, 2013, s. 31-32). Ydermere karakteriseres et randomiseret kontrolleret forsøg gennem eksperimentets *sampling*, hvor de to grupper skal være så sammenlignelige som muligt (Bryman, 2012, s. 55). *Sampling* i forbindelse med vores eksperiment vil blive forklaret i *sampling* afsnittet i kvantitativ metode (jf. Sampling af respondenter).

5.2 Kvalitative metoder

Forskere benytter sig af kvalitativ metode, når denne interesserer sig for, hvordan noget gøres, siges, opleves, fremtræder eller udvikles (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s. 13). Dette er ligeledes noget vi i vores undersøgelse skal forholde os til, hvorfor vi i dette afsnit præsenterer vores forstudie. Forstudiet består af *desk research*, to fokusgruppeinterviews samt et telefoninterview. Formålet med vores kvalitative forstudie er at besvare undersøgelsesspørgsmålet: Hvilke barrierer er der blandt de danske bloddonorer for at tilmelde sig som stamcelledonor, og hvordan kan vi identificere disse? (jf. 1.1 Problemformulering)

Da vi arbejder ud fra en kritisk realistisk tilgang, er det i vores forstudie, at retroduktionen kommer til udtryk. Specialets undersøgelse udspringer blandt andet af casens konklusionen, at der mangler stamcelledonorer, hvorfor vi ønsker at undersøge præmisserne for dette, for dermed at kunne forsøge at løse denne problemstilling. At undersøge dette kræver en bevægelse i dybden (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 304). For at undersøge disse præmisser, er det nødvendigt at opstille hypoteser, der søger at identificerer de aktuelle præmisser, der gør sig gældende for det aktuelle forhold (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 304). Vi er derfor interesseret i at undersøge bloddonorernes holdninger til stamcelledonation, hvilket vi blandt andet gør ved at opstille scenarier for informanterne i vores fokusgruppeinterviews (Bilag 2). Disse hypoteser bidrager med viden om, hvilke præmisser der gør sig gældende, hvoraf vi kan udlede tendenser om

bloddonorernes adfærd og præferencer. Vi er altså her interesseret i de mekanismer og strukturer, der gør sig gældende i det virkelig domæne.

5.2.1 Desk research

Indledningsvist udførte vi *desk research*, med det formål at opnå viden om stamcelledonation og særligt procedurerne for stamcelledonation. Dette var for at besvare vores første undersøgelsesspørgsmål: Hvad er procedurerne for stamcelledonation? (jf. 1.1 Problemformulering). Resultaterne af vores *desk research* fremgår i casebeskrivelsen, som optræder i de indledende afsnit, idet vi anser det som hensigtsmæssigt, at give læseren en forståelse for casen og aktuelle forhold ved stamcelledonation forinden de resterende afsnit tilgås. I vores *desk research* undersøgte vi ydermere BiDs nuværende arbejde med og tiltag for at hverve flere stamcelledonorer, samt hvordan de formidler informationer om stamcelledonation.

5.2.2 Fokusgruppeinterview

I et fokusgruppeinterview er der i særdeleshed fokus på interaktion mellem de deltagende informanter (Halkier, 2012, s. 9). David Morgan beskriver at fokusgrupper, skal forstås som en forskningsmetode, hvor der produceres data, på baggrund af gruppeinteraktionen om et emne, som forskeren har bestemt (Morgan, 1997, s. 2). Fokusgruppeinterviews er især velegnet til at; ”(…) producere data om mønstre i indholdsmæssige betydninger i gruppernes beretninger, vurderinger og forhandlinger. Man får noget at vide om, hvad en gruppe mennesker kan blive enige om (eller uenige om!)” (Halkier, 2012, s. 10).

Det er relevant for os at anvende fokusgruppeinterviews, da vi er interesseret i at identificere de barrierer, som bloddonorer kan have i forbindelse med en tilmelding i stamcelleregisteret. Vi ønsker at få indsigt i, hvilke emner, der optager informanterne, og hvilke der dannes konsensus om i informanternes interaktion. Vi er dermed interesseret i informanternes fortolkninger, interaktioner og normer, samt hvordan informanterne diskuterer emnet, og ikke i det enkelte individs livsverden (Bryman, 2012, s. 501; Halkier, 2012, s. 13). Af den årsag har vi eksempelvis ikke har valgt at benytte individuelle interviews til indsamling af vores data – selvom denne metode ville

have gjort det muligt for os som forskere at spørge mere ind til de enkelte svar (Halkier, 2012, s. 13).

Sampling af informanter

Samplingen af informanter til et fokusgruppeinterview er en vigtig del af metoden og forberedelsen til dataindsamlingen. I denne undersøgelse anvendte vi en *formålsbaseret samplingstrategi*, da der var visse krav, der skulle opfyldes, for at være en informant (Bryman, 2012, s. 418). Når ens *samplingstrategi* er formålsbaseret, er der to klassiske tilgange; forskeren kontakter selv ukendte potentielle informanter, eller forskeren går via sit perifere netværk (Halkier, 2012, s. 31). Den sidste tilgang betegnes som *snowball-sampling* (Bryman, 2012, s. 424). I forbindelse med vores *sampling* anvendte vi s*nowball-sampling*, og tog kontakt til vores perifere netværk, hvor vi med en kort introduktion til undersøgelsen, fik bekendte til at rekruttere informanter i deres netværk. Den korte introduktion havde til formål, at give informanterne nogle informationer om undersøgelsen, så de kan tage stilling til, om de vil deltage (Halkier, 2012, s. 31; Morgan, 1997, s. 48-49). Ved at benytte os af *snowball-sampling*, sikrede vi, at vi som forskere ikke kendte informanterne, da dette kan medføre indforstået kommunikation mellem informant og forsker (Halkier, 2012, s. 32). Det var ligeledes vigtigt for os at rekruttere de rette informanter, så vi kunne opnå en spredning i køn, alder og uddannelseslængde. For at imødekomme dette, formidlede vi nogle screeningskriterier til de personer, vi kontaktede i vores netværk, således at der ikke var tvivl om, hvad vi eftersøgte hos potentielle informanter (Halkier, 2012, s. 32). Disse screeningskriterier var som følger:

- Informanten skal være bloddonor
- Informanten må ikke være stamcelledonor
- Informanten skal være mellem 18-60 år
  (jf. 1.3 Casebeskrivelse)

Da vi forinden forstudiet ikke var i besiddelse af fordelingen af de danske bloddonorer, var det ikke muligt at *sample* informanterne efter denne, og dermed opnå en repræsentativ *sample*. Vi valgte at afholde to fokusgruppeinterviews – et i København og et i Aarhus, så vi på den måde opnåede en geografisk spredning, og dermed et

bredere udsnit af vores population, der i denne undersøgelse er alle aktive bloddonorer i alderen 18-60 år (jf. 1.3 Casebeskrivelse).

Endnu et vigtigt forhold i forbindelse med *sampling* er, om der ønskes informanter, der har en relation til hinanden. I vores undersøgelse valgte vi, at informanterne ikke skulle kende hinanden på forhånd. Dette gjorde vi for at undgå eventuelle eksisterende gruppedynamikker og indforståethed (Bryman, 2012, s. 510; Lungholt & Metelmann, 2013, s. 70-71). Grunden herfor var, at vi i høj grad ønskede mere eksplicitte udtalelser og ligeledes, at informanterne indbyrdes stillede spørgsmål til hinandens udtalelser. En anden fordel ved informanter, der ikke kender hinanden, er at de ikke skal stå til ansvar for deres udtalelser efterfølgende, og det kan medføre en større frihed til at udtale sig (Halkier, 2012, s. 30).

Det er væsentligt at forholde sig til antallet af fokusgruppeinterviews. Et enkelt fokusgruppeinterview er ikke hensigtsmæssigt, da man som forsker aldrig kan vide sig sikker på, om informanternes holdninger og interaktioner er særlige for denne gruppe af mennesker (Bryman, 2012, s. 505). På den anden side kan for mange fokusgruppeinterviews også skabe problemer, da dette vil give forskeren ekstreme mængder af kvalitativ data, der kan ende ud i overfladiske analyser (Halkier, 2012, s. 35). Bobby J. Calder definerer den optimale mængde af fokusgruppeinterviews som værende; "(…) when the moderator reaches the point that he or she is able to anticipate fairly accurately what the next group is going to say, then there are probably enough groups already" (som citeret i Bryman, 2012, s. 505). I forbindelse med vores undersøgelse har vi afholdt to fokusgruppeinterviews med seks informanter i hver. Grundet en stræben efter spredning af informanternes demografi, brugte vi meget tid på at rekruttere disse. Det inkluderede et stort koordineringsarbejde i rekrutteringen, hvor vi indledningsvist måtte kontakte mange informanter og løbende give afslag eller kontakte flere, da de enten lå for tæt på hinanden i forhold til alder, eller at de var af samme køn. I tabellen herefter præsenteres de informanter, der deltog i vores to fokusgruppeinterviews.

København				
Navn	**Alder**	**By**	**Beskæftigelse**	**Uddannelseslængde**
Sophia	26 år	København S	Makeup artist	Ungdomsuddannelse
Peter	27 år	Frederiksberg	Product owner	Lang
Stina	33 år	København S	Rekrutteringskonsulent	Lang
Camilla	40 år	Rødovre	Leder	Kort
Kirsten	50 år	Søborg	Servicecenterleder	Mellemlang
Henrik	57 år	Frederiksberg	Senior tax manager	Mellemlang
Aarhus				
Navn	**Alder**	**By**	**Beskæftigelse**	**Uddannelseslængde**
Mia	18 år	Tranbjerg	HHX studerende	Ufaglært
Jonas	27 år	Aarhus	Ingeniør	Lang
Cæcilie	28 år	Aarhus	Pædagogstuderende	Ungdomsuddannelse
Jesper	32 år	Viby	Bygningsingeniør	Mellemlang
Susan	47 år	Hjortshøj	Kontor	Kort
Lena	53 år	Aarhus	IT-chef	Lang

Tabel 3: Oversigt over fokusgruppedeltagere

Struktur og udførelse af fokusgruppeinterviews

Inden afholdelsen af de to fokusgruppeinterviews skal vi vurdere, hvilken struktur fokusgruppeinterviewet skal have. Her arbejdes der ud fra tre modeller; en *løs model*, der kendetegnes ved åbne spørgsmål, en *stram model*, der kendetegnes ved lukkede spørgsmål og en *tragt-model*, der kombinere den løse og stramme model (Halkier, 2012, s. 38-39). Vi har i forbindelse med vores forarbejde til de to fokusgruppeinterviews valgt at arbejde ud fra tragt-modellen, hvor *moderator* kan stille både åbne spørgsmål, men også de mere specifikke og lukkede spørgsmål.

Vi har i forbindelse med de to fokusgruppeinterviews udarbejdet en interviewguide (Bilag 2). Interviewguiden er struktureret således, at der i starten stilles beskrivende *start-spørgsmål*, som eksempelvis "Hvorfor er du blevet bloddonor?", hvilket giver informanterne lov til at fortælle ud fra egne erfaringer, og det er ligeledes med til at indlede snakken (Halkier, 2012, s. 41). Da informanterne ikke er stamcelledonorer, og fokusgruppeinterviewet omhandler dette, giver moderator i næste del af fokusgruppeinterviewet informationer om stamcelledonation. Dette gøres med henblik på, at informanterne skal have det samme udgangspunkt for at kunne diskutere emnet.

Efter informationerne er læst op, stilles der vurderende og beskrivende start-spørgsmål, da vi både er interesseret i deres vurdering af, om informationerne gør dem positivt eller negativt stemte over for stamcelledonation og ligeledes, hvad de helt generelt tænker om stamcelledonation (Halkier, 2012, s. 42).

Næste del af fokusgruppeinterviewet indebærer en øvelse, hvor informanterne skal notere to ting, der er for, og to ting der er imod stamcelledonation. Øvelser i fokusgruppeinterviews er med til at fremme og fokusere diskussionen (Halkier, 2012, s. 43), hvilket vi er interesseret i, da formålet med de to fokusgruppeinterviews er at finde frem til mulige barrierer. Efter den individuelle øvelse skulle informanterne i plenum nå til enighed om to argumenter for og to imod stamcelledonation. Dette gøres med henblik på at tydeliggøre, hvor informanterne danner konsensus, og hvor de er uenige.

Sidste del af interviewguiden opstiller scenarier, der taler for og imod stamcelledonation. Dette har vi valgt at inkludere som redskab til at starte diskussion og samtale, såfremt alle informanterne var enten for eller imod stamcelledonation. Derudover blev det anvendt til at italesætte andre problematikker og andre nuancer af emnet, hvilket ligeledes er et redskab til at fremme diskussioner og forhandlinger (Halkier, 2012, s. 46).

Vores rolle

En moderator, er den, der skal facilitere og imødekomme, de behov der opstår i løbet af fokusgruppeinterviewet (Halkier, 2012, s. 51). Derudover er det vigtigt, at moderator sætter sig selv i baggrunden og lader diskussionen flyde, men samtidig skal moderator også intervenere, hvis informanterne er ude på et sidespor, eller overser en fremtræden problematik (Bryman, 2012, s. 509).

Det er moderatorens rolle, at introducere selve fokusgruppeinterviewet. Det er vigtigt, at informanterne får præsenteret formålet med undersøgelsen, og hvad der undersøges. Derudover er det vigtigt at gøre dem opmærksomme på, at der ikke er rigtige eller forkerte svar, da forskerne er interesseret i holdninger og erfaringer (Halkier, 2012, s. 53). Fokusgruppeinterviews er til for at lære forskerne noget om emnet og ikke omvendt (Morgan, 1997, s. 49). Under de to fokusgruppeinterviews var det den samme

person, der agerede moderator. I introduktionen blev det gjort klart for informanterne, at vi optog interviewet med det formål, at vi skulle transskribere det efterfølgende. Da vi introducerede undersøgelsen og os selv, gjorde vi ligeledes informanterne opmærksomme på, at den ene var moderator, men at en anden person også ville bidrage til interviewet. I vores tilfælde var det, når moderator glemte informationer, ikke fangede en åbning til et nyt spørgsmål eller en uddybning af et svar, og ydermere præsenterede denne scenarierne. For at sikre, at informanterne ikke misforstod formålet, gjorde vi dem løbende opmærksomme på, at formålet med fokusgruppeinterviewet var at få deres meninger og holdninger og ikke at hverve stamcelledonorer.

5.2.3 Bearbejdning af data

I første del af bearbejdningen af vores data, har vi transskriberet de to fokusgruppeinterviews ud fra regler, vi fastlagde forinden. Transskriberingerne af de to afholdte fokusgruppeinterviews optræder i bilag 3 og 4.

I vores undersøgelse benytter vi os efterfølgende af kodning, da vi ønsker at få et overblik over datamængden, og ligeledes en reducering af data, så den bliver mere overskuelig (Halkier, 2012, s. 72). Dette er hensigtsmæssigt for vores undersøgelse, da vi ikke er interesseret i de enkelte individers holdninger, men nærmere et fokuseret og overskueligt overblik over blandt andet de barrierer og præferencer, der kommer til udtryk i de to fokusgruppeinterviews. Dette er ligeledes en del af vores retroduktion, da vi igennem en kodning kommer tættere på de aktuelle præmisser, der gør sig gældende.

Når der analyseres ud fra kodning, handler det om, at kondensere sine dataenheder ud fra tematiske overskrifter (temaer), der udtrykker, hvad der bliver talt om (Bryman, 2012, s. 577; Halkier, 2012, s. 72). Det er ofte kompliceret at skulle identificere menneskers meninger - også i tilfælde af simple samtaler eller diskussioner (Halkier, 2012, s. 75). Dermed indebærer den næste del af kodningen en kategorisering af vores data. Formålet med kategoriseringen er, at de forskellige temaer sættes i forhold til hinanden for at identificere sammenhænge og modsætninger, samt om nogle temaer har konsekvenser for andre temaer. Dette kan udmunde i en udvidet kondensering af data, hvor temaer enten samles eller fordeles i flere kategorier (Halkier, 2012, s. 75).

Når data skal kodes, er det vigtigt, at forskerne er enige om, hvordan dette udføres. I vores tilfælde har vi valgt, at en enkelt person koder vores data. Dette har vi valgt for at de tematiske overskrifter og kategorier ikke varierer, da disse variationer vil forringe den interne validitet. Den der ikke har kodet har efterfølgende læst bearbejdningen igennem for at få en forståelse for kodningen.

Aktuel kodningsprocedure og kodningssresultater

Kodningen af de to fokusgruppeinterviews er foretaget således at data herfra omfattes og analyseres som en helhed. Dette vil sige, at de tematiske overskrifter og kategorier er dannet på baggrund af de to fokusgruppeinterviews som en helhed. Grunden herfor er, at vi er interesserede i en forståelse for og indsigt i de meninger og holdninger, som den gængse bloddonor giver udtryk for, hvorfor det ikke er hensigtsmæssigt at skelne mellem informanterne i Aarhus og København. Dermed sagt undlader vi at lave en distinktion mellem de to fokusgruppeinterviews. Dette gør sig gældende i både udførelsen og databearbejdelsen, da formålet med vores undersøgelse er at udvikle et produkt, der afspejler en forståelse for den gængse bloddonor, og ikke produkter der er tilpasset henholdsvis København og Aarhus. Hertil skal det dog pointeres, at vi i forbindelse med interaktionsanalysen analyserer interaktionen i hver af de to fokusgruppeinterviews sociale kontekster. Dernæst identificeres afvigelser og sammenligningspunkter for at kunne samle disse resultater og slutteligt udlede fælles barrierer for målgruppen. Af vores data er det tydeligt, at det er mange af de samme emner, der diskuteres blandt informanterne. En grund herfor er muligvis, at begge fokusgruppeinterviews er udformet ud fra samme interviewguide. Derudover kan det udledes af kodningen, at der ikke er bemærkelsesværdige afvigelser i de to fokusgruppeinterviews. Ydermere kan vi i forbindelse med kodningen komme nærmere de aktuelle præmisser, da vi foretager en bevægelse fra det faktiske domæne til det virkelige domæne. Dette er altså en del af vores retroduktion, hvor vi forsøger at opnå viden om, hvorfor ikke flere bloddonorer er stamcelledonorer.

Første del af kodningen har udmundet i en række tematiske overskrifter, der beskriver de enkelte dataenheders omdrejningspunkt og indhold - disse optræder i bilag 5. Dette er, som nævnt, for at kondensere dataenhederne, således at vores data er overskuelig, og så det tydeliggøres, hvad dataenhederne handler om. I alt har kodningen resulteret i

16 tematiske overskrifter. Udvalgte eksempler på disse tematiske overskrifter er som følger:

- Deltagerne beskriver og forklarer deres tanker om stamcelledonation
- De udvalgte argumenter for og imod stamcelledonation diskuteres blandt deltagerne
- Konsekvenser for at skulle donere stamceller
- Deltagernes refleksioner over prioritering og argumenter mod stamcelledonation

(Bilag 5)

Overskueligheden som overskrifterne har bidraget med, har gjort det muligt at foretage en kategorisering af dataenheders indhold og samspil, således at vi har kunne danne mening af informanternes udtalelser og det generelle indhold i vores data. Vi har kunne identificere og markere, hvornår emner blev taget op, på tværs af de forskellige temaer samt hvordan informanterne forholdt sig til de informationer, de er blevet givet, og hvordan de diskuterer, forhandler og behandler disse. Dette har medført en række kategorier, der er udtryk for informanternes meninger og holdninger ud fra de forskellige emner, der tales om. Der er flere kategorier, der indeholder flere aspekter eller flere sider af emnet, som informanterne er kommet ind på.

I praksis har vores fremgangsmåde været at farvekode de kategorier, som bliver behandlet og italesat hyppigst af informanterne. På den måde, har vi kunne få indsigt i, under hvilke af de forskellige tematiske overskrifter, at informanterne berører forskellige kategorier, og hvordan de berører disse. Det bliver dermed visualiseret, hvilke kategorier der optræder hyppigt under diverse dataenheder, og hvordan kategorier sættes i forhold til andre kategorier. Denne visualisering har givet os et overblik i en forholdsvis stor mængde data. Et eksempel på denne del af kodningen ses herefter:

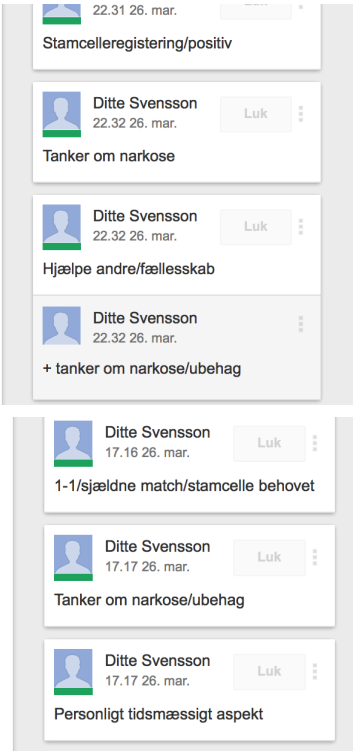
Moderator: hvad med jer andre tænker i at der er nogen af imoderne der kunne påvirke

Jonas: Nej det tænker jeg ikke jeg tror at jeg skal have meldt mig til altså jeg var simpelthen ikke klar over det her med bloddelen det synes jeg virkelig ja. for mig har der været lidt en mystik omkring det her med hvordan de tog en knoglemarvstransplantation eller hvad de har kaldt det før jeg tænker på stik i ryggen så. det synes jeg virkelig lød ubehageligt.. så den her information den gør i hvert fald at jeg tror at jeg melder mig til og så har jeg det lidt ligesom dig. hvis man har det sådan at man ikke lige kan lide narkosen så må man tage stilling til det på det tidspunkt. jeg tror chancen eller risikoen eller hvordan man skal kigge på det den er så lille for at blive valgt så jeg tror at det er det er en risiko der er værd at tage (flere siger ja).. altså det er ikke det lyder åndssvagt for man vil jo selvfølgelig gerne hjælpe men man vil jo helst ikke hjælpe hvis man får det skidt af det vel men så

Moderator: Ja

Moderator: Jeps

Sophia: Jeg har også det samme som folk siger med at hjælpe en anden person og specielt når det handler om overlevelse.. så er det jo svært at sige at det ville man ikke.. eller det kunne jeg i hvert fald ikke få mig selv til.. øhm så det er det samme som alle siger.. og så med ulempen det er.. det kommer også til at lyde lidt egoistisk hvis det er omkring overlevelse men lige nu med et lille barn for eksempel så det at have influenza synes jeg er ekstremt hårdt altså .. eller sådan jeg ved godt at man kan tage noget der lindre.. eller hvis man så skulle være indlagt og det var igennem hoften ikke .. så der synes jeg lige pludselig er meget i min hverdag.. og så skulle også være mor og alt det der.. ja



Billede 1: Farvekodning af kategorisering

Denne anden del af kodningen har udmundet i en række kategorier, som vi, ved endnu en gennemgang af vores data, har kunne udforme til overkategorier med dertilhørende eksempler på informanternes holdninger og udtalelser indenfor kategorien. Det har givet en oversigt over samtlige kategorier i vores data, samt en opstilling og præsentation af kategoriernes indhold og eventuelle fordeling af underkategorier. Et eksempel på dette er kategorien "Personligt tidsmæssigt aspekt":

Personligt tidsmæssigt aspekt
Tid i hverdagen
• ”Man kan sige at tidsperspektivet er måske mere omfattende end det bare at være bloddonor.. øhm så det ville måske være nogle af de overvejelser man gjorde sig og man kan blive lidt mere ramt af det og skal tage fridage og de der ting”
• Helst tapningen gennem blodet, da den tid er 4-5 timer, for det kan være ubelejligt ”Hvis man skal hive det der fire dage ud.. selvom om man kan blive sygemeldt og andet”
• ”altså fire fem timer det er også meget i en hverdag.. men øhm to tre dage det er rigtig meget i en travlt hverdag”
• ”men bare to til tre eller fire til fem dage ude det er altså lang tid”
• Mange mener at tidsaspektet ved høstning gennem hoftekam taler imod og er negativt
• ”hvis man så skulle være indlagt og det var igennem hoften ikke .. så der synes jeg lige pludselig er meget i min hverdag.. og så skulle også være mor og alt det der”
• ”Fire til fem timer er jo også lang tid det er jo en hel dag der ryger sort set”
• Stamcelledonation stilles op mod bloddonation: Som bloddonor vælger du selv hvornår du vil tappe og ” her der skal man ligesom være klar når de skal bruge det..”
• Beskrives som ”voldsomt” at det tager så meget tid (både med medicin inden og at det kan tage iver to dage) og man kan blive syg efterfølgende
• Det er lang tid at ligge i donationen – at man måske skal bruge en uge – men høstning gennem blodet er bedre i forhold til tid
• Tiden taler imod (både i forhold til hver dag og arbejde og studie)
• I forhold til ubehag, der er tiden sekundær
• Folk kan fravælge at være bloddonor på grund af den tid det tager i hver dagen
• ”jeg tror bare at det er meget afgørende for folk det er hvor let det er for dem i deres hverdag”
Udfordringer/betænkning
• ”Ja det tænker jeg også hvis man skal bruge fridage på det .. altså det er jo noget der vægter noget i den anden ende”
• Det kan skabe udfordringer, hvis det tager lang tid: ”Det er mere tiden i det for hvis nu man står og for eksempel har hamrende travlt i en eller anden periode og hvor lang tid går der fra man får en indkaldelse til nu er der en der har brug for dig så”
• ”Jeg kunne godt forestille mig at det var afgørende for hvis man så fandt ud af okay nu er det med fuld indlæggelse i tre dage og man står måske med store afleveringer på arbejde der vil gøre at man siger det er bare ikke en mulighed for mig”
• Der snakkes om udfordringer, hvis man bliver matchet og man er på ferie – kan man så få foretaget indledende undersøgelser andre steder og hvordan fungerer det med karantæne
• Udfordringer hvis det er akut

Tabel 4: Eksempel på kategori

De resterende kategorier samt deres beskrivelser, eksempler og underkategorier kan ses i bilag 6.

Vores kategorisering er empiridrevet, da vi i vores forstudie udelukkende er interesserede i at forstå målgruppen, og dermed vores informanters holdninger,

meninger og forhandlinger i forbindelse med stamcelledonation. Dette medfører, at der i vores kategorisering også optræder kategorier, som vi anser som irrelevante for vores videre undersøgelse. Det er i alt seks kategorier (Bilag 6).

Fremgangsmåde for interaktionsanalyse

I forbindelse med fokusgruppeinterviews er der mange forskere, der sjældent analyserer interaktionen – de fokuserer på, hvad der bliver sagt (Wibeck, Dahlgren & Öberg, 2007, s. 249). En fordel ved netop fokusgruppeinterviews er, at forskeren har mulighed for at undersøge de interaktioner, der foregår under interviewet, hvor igennem det betydningsmæssige indhold skabes (Halkier, 2012, s. 86). Når informanter i en fokusgruppe kommunikerer med hinanden, sker der en konstituering af meninger, begrundelser, regler og legitime brud på regler (Halkier, 2012, s. 87). Patricia Stevens kommer med en række spørgsmål, der kan bruges som redskab til at analysere interaktionen i fokusgrupper (Stevens, 1996, s. 172). Ved at stille disse spørgsmål til sin data, sættes der fokus på interaktionen, og det vil være et redskab til at finde frem til det betydningsmæssige indhold (Wibeck et al., 2007, s. 252). De 12 spørgsmål er oversat fra engelsk og er følgende:

De 12 spørgsmål
1. I hvor høj grad tog gruppen emnerne til sig?
2. Hvorfor, hvordan og hvornår blev emnerne startet?
3. Hvilke udtryk udløste konflikt?
4. Hvor var der modsigelser?
5. Hvilke fælles erfaringer blev udtrykt?
6. Hvilke alliancer blev dannet?
7. Var der bestemte udtryk, som blev "tiet ihjel"?
8. Var der bestemte udtryk, som dominerede?
9. Hvordan løste gruppen uenigheder?
10. Hvilke emner udløste konsensus?
11. Hvis interesser blev repræsenteret i gruppen?
12. Hvordan blev følelser håndteret?
(Stevens, 1996, s. 172)

Tabel 5: De 12 spørgsmål

Ved spørgsmålet "Hvilke emner udløste konsensus?", kan vi eksempelvis analysere os frem til, hvilke konsensuspunkter der opstår om de forskellige temaer og kategorier. Dette vil gøre os i stand til at identificere barrierer på et mere oplyst grundlag, hvilke herefter skal imødekommes med vores interventionsprodukt. Som det også er tilfældet ved kodningen af data fra de to fokusgruppeinterviews, har vi ligeledes ved interaktionsanalysen valgt, at det er en person, der analyserer vores data, for at sikre den interne validitet.

Den færdige interaktionsanalyse optræder i et selvstændigt afsnit efter det samlede metodeafsnit. Grunden til dette er, at vi finder det hensigtsmæssigt, at den viden vi har opnået i interaktionsanalysen fremgår som en samlet analyse, da vi i analysedel 1 anvender resultaterne af interaktionsanalysen som grundlag for udformningen af interventionsproduktet.

5.2.4 Reliabilitet og validitet

Når kvaliteten af ens undersøgelse skal vurderes, anvendes begreberne *validitet* og *reliabilitet*. Validitet indebærer, om forskeren formår at undersøge det, der er hensigten med undersøgelsen, og reliabilitet indebærer, om undersøgelsens resultater kan reproduceres (Bryman, 2012, s. 46-47). Vi vil i nedenstående redegøre for de to begreber, samt hvordan vi har forholdt os til disse i vores undersøgelsen.

Reliabilitet

Der er to former for reliabilitet, der bruges til at kvalitetstjekke ens undersøgelse: *Ekstern reliabilitet* og *intern reliabilitet*.

Den eksterne reliabilitet omhandler, hvorvidt ens undersøgelse kan reproduceres (Bryman, 2012, s. 390). Vi har i vores undersøgelse været opmærksomme på, at dette er et svært kriterium at opfylde, da man ikke kan reproducere sociale kontekster (Bryman, 2012, s. 390). Dette stemmer overens med vores kritiske realistiske ståsted, da virkeligheden anskues som et åbent system, og viden genereres i sociale sammenhænge. Vi har derfor haft fokus på de faser i processen, hvor vi kan gøre et forsøg på at sikre den eksterne reliabilitet. Vi har dog in mente, at en forsker ikke kan reproducere vores resultater af de to fokusgruppeinterviews, men ved brug af eksempelvis en

interviewguide, kan en anden forsker sikre, at fremgangsmåden i en eventuel ny undersøgelse, er tilsvarende denne undersøgelse. Derudover har vi tidligere beskrevet, hvordan vi har *samplet*. Der er defineret de kriterier, der har været for at deltage i undersøgelsen, samt gjort informationer om informanterne tilgængelige, hvorfor en forsker vil kunne benytte sig af denne viden for at kunne rekruttere lignende informanter.

Den interne reliabilitet omhandler enighed blandt forskerne, om hvordan undersøgelsens data behandles (Bryman, 2012, s. 390). Her har vi i vores undersøgelse været opmærksomme på, at vores data skal behandles ens. Som nævnt i ovenstående sikrer vi, at der ikke er variationer i måden hvorpå vores data behandles (jf. 5.2.3 Bearbejdning af data). Denne fremgangsmåde, mener vi, argumenterer for, at vores undersøgelse besidder intern reliabilitet.

Validitet

Som ved reliabilitet, er de to former, der bruges til at kvalitetstjekke ens undersøgelse: Intern validitet og *ekstern validitet*.

Den interne validitet afhænger af, om der er en sammenhæng mellem de observationer forskerne observerer, og det undersøgelsen leverer (Bryman, 2012, s. 390). I og med vores undersøgelse tager form af et eksperimentelt design (jf. 5.1 Eksperimentelt design), sikre det på forhånd en større grad af intern validitet. Formålet med vores eksperiments resultater er at benytte dem i vores udarbejdelse af et interventionsprodukt på baggrund af vores teoretiske grundlag, hvilket er med til at højne den interne validitet. Vi skaber altså en sammenhæng mellem vores observationer i analysen og den intervention, der bliver udviklet på baggrund af disse.

Ekstern validitet tager udgangspunkt i, om ens undersøgelse kan generaliseres på tværs af sociale kontekster. Dette kan dog være problematisk, da kvalitative undersøgelser ofte tager form af casestudier eller små *samples* (Bryman, 2012, s. 390). Da vi som ontologiske realister opfatter virkeligheden som et åbent system, har vi ikke til hensigt at generalisere vores undersøgelse på tværs af sociale kontekster. Ydermere har vi ikke

fokus på at kunne generalisere informanternes holdninger, da disse er udtryk for tendenser.

Efter første fokusgruppeinterview i København, fik vi stillet spørgsmål, vi ikke var i stand til at besvare. For at imødekomme eventuelle lignende spørgsmål under fokusgruppeinterviewet i Aarhus, foretog vi et telefoninterview, som vil blive beskrevet i næste afsnit.

5.2.5 Telefoninterview

Vi foretog et telefoninterview med Helle Bruunsgaard, overlæge på Danske Stamcelledonorer Øst, Transplantationsimmunologi, Klinisk Immunologisk Afdeling på Rigshospitalet. Formålet med dette var at få afklaret enkelte forhold ved stamcelledonation, som vi ikke kunne få klarhed om i vores *desk research*, eller i vores kontakt med BiD. Af telefoninterviewet fik vi mulighed for at stille uddybende spørgsmål til specifikke forhold, der er hensigtsmæssige for vores forståelse om emnet (Lungholt & Metelmann, 2013, s. 58). Transskriptionen af telefoninterviewet optræder i bilag 7.

I kommende afsnit vil vi redegøre for den kvantitative metode, der udgør den metodiske fremgangsmåde ved test af kontrolprodukt og interventionsprodukt, samt de aktuelle metodiske refleksioner hertil.

5.3 Kvantitativ metode

Formålet med den kvantitative undersøgelse er at teste et kontrolprodukt og et interventionsprodukt i to blodbanker i henholdsvis København og Aarhus.

I denne del af undersøgelsen foretager vi en abstraktion, hvor vi isolerer adfærdskommunikationen, der udgør de kræfter og mekanismer, vi undersøger. Vi undersøger dette for at kunne besvare, hvorvidt adfærdskommunikation kan påvirke bloddonorerne i en bestemt kontekst. Ydermere tester vi et kontrolprodukt, hvor

adfærdskommunikation ikke indgår. Dette gør vi i et forsøg på at udlede, hvorvidt abstraktionen er lykkes ved at isolere adfærdskommunikationen.

Vi anser viden som historisk betinget og en menneskelig aktivitet, der forekommer i sociale sammenhænge, hvorfor vores kvantitative metoder er underlagt begrænsninger (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 305). Derfor er intentionen med vores undersøgelse først og fremmest at undersøge udbredelsen og fordelingen af effekten af adfærdskommunikation.

5.3.1 Koncept, måling og indikatorer

Indenfor kvantitativ forskning arbejdes der med *koncepter,* hvilke skal forstås som det, der ønskes undersøgt (Bryman, 2012, s. 163). Når et koncept skal undersøges, skal der foretages målinger, og det gøres typisk af tre årsager; for at afgrænse finere forskelle, for at have en konsistent enhed, der vurderer forskelle, og for at have mere præcise estimater af forholdet mellem koncepter (Bryman, 2012, s. 164).

For at kunne foretage en måling af vores koncept, er det nødvendigt at gøre brug af en *indikator*. Der er forskellige måder, hvorpå man kan anvende indikatorer. De forskellige indikatorer er som følger: 1) spørgsmål, der er udformet som et *struktureret interview* eller et spørgeskema, hvor respondenten selv besvarer spørgsmålene, 2) en *struktureret observation*, 3) officielle statistikker eller 4) en *indholdsanalyse* (Bryman, 2012, s. 164-165). I forbindelse med vores koncept, om adfærdskommunikation kan påvirke antallet af stamcelledonorer, er det mest hensigtsmæssigt at anvende spørgsmål i form af et spørgeskema. Dette har vi valgt, da vi igennem et spørgeskema kan opnå data, der let kan formateres til procenttal over, om vores koncept har den ønskede virkning. Derudover skal man som forsker vurdere, om en indikator er tilstrækkelig, eller om det er nødvendigt at inddrage flere indikatorer, hvilket betegnes som *multiple-indicator measures* (Bryman, 2012, s. 165-166). Da vores spørgeskemaundersøgelse har det formål at give viden om, hvor mange bloddonorer, der vil sige "Ja" eller "Nej" til en tilmelding som stamcelledonor, er det ikke nødvendigt for os at gøre brug af flere indikatorer.

5.3.2 Spørgeskemaundersøgelse

En af fordelene ved at foretage en spørgeskemaundersøgelse er, at der kan være en positiv effekt ved, at respondenterne ikke skal svare til en interviewer, da respondenternes svar kan blive påvirket (Bryman, 2012, s. 233). Ydermere er der typisk færre åbne spørgsmål, et *easy-to-follow* design, og det er kortere for at reducere risikoen for uafsluttede spørgeskemaer (Bryman, 2012, s. 233). Når man benytter sig af lukkede spørgsmål, kan man nemmere bearbejde den indsamlede data, og ligeledes er denne type spørgsmål nemmere for respondenter at besvare (Bryman, 2012, s. 249-250). Vi vurdere ligeledes at denne type spørgeskema, gør det muligt for os at få mange bloddonorer med i vores *sample*, da vi ikke selv skal interviewe dem, men blot give dem spørgeskemaet.

Ydermere vil vi selv være til stede i blodbankerne, hvorfor vi foretager en *superviseret spørgeskemaundersøgelse* (Bryman, 2012, s. 232-233). Da vi vil være til stede, håber vi på at kunne eliminere nogle af de ulemper, der er ved denne type spørgeskema, som er; at respondenterne kan få problemer med spørgsmålene, at der er større risiko for manglende data, da det er nemmere for respondenterne ikke at svare på spørgsmålene, og slutteligt at er der færre respondenter, der besvarer spørgeskemaet (Bryman, 2012, s. 234-235).

I spørgeskemaet skulle respondenterne udfylde følgende inden de blev udsat for enten kontrol- eller interventionsproduktet:

Køn:
Alder:
Postnummer:
Beskæftigelse:

Hvilken type uddannelse har du færdiggjort:
☐ Ufaglært
☐ Faglært/erhvervsuddannelse (F.eks. håndværksuddannelser, serviceuddannelser)
☐ Ungdomsuddannelse (F.eks. STX, HTX, HHX)
☐ Kort uddannelse (F.eks. finansøkonom, laborant, multimediedesigner)
☐ Mellemlang uddannelse (F.eks. professionsbachelor, bacheloruddannelser)
☐ Lang uddannelse (F.eks. kandidatuddannelser, Ph.d. uddannelser)

Tabel 6: Indledende spørgsmål ved spørgeskemaundersøgelse

Efter respondenterne havde udfyldt de demografiske spørgsmål, og ydermere været udsat for enten kontrol- eller interventionsproduktet, skulle de efterfølgende besvare spørgeskemaundersøgelsens eneste spørgsmål, som var udformet således:

Har du lyst til at tilmelde dig som stamcelledonor:
☐ Ja
☐ Nej

Tabel 7: Afsluttende spørgsmål ved spørgeskemaundersøgelse

Spørgsmålene i vores spørgeskema tager form af forskellige typer af variabler. Det er afgørende for en bestemmelse af variablen, hvorvidt der er to eller flere kategorier, om de kan rangeres, og om skellet mellem kategorierne er lige (Bryman, 2012, s. 336). Eksempelvis vil et spørgsmål om; 1) alder defineres som en variabel, der kaldes *interval/ratio*, da denne består af mere end to kategorier, de kan rangeres, og skellet mellem dem er lige, 2) køn defineres som en variabel, der kaldes *binær*, da denne udelukkende består af to kategorier, og 3), postnummer defineres som en variabel, der kaldes *nominal*, der består af mere end to kategorier, der kan rangeres, men skellet mellem dem er ikke lige (Bryman, 2012, s. 336).

Fejlkilder i spørgeskemaundersøgelser

Ved indsamling af data ved hjælp af et kvantitativt spørgeskema, kan det ikke undgås, at der vil være fejlkilder i ens undersøgelse. Disse kan forskeren prøve at imødekomme ved at højne validiteten og reliabiliteten. Der er fire faktorer, der gør sig gældende vedrørende fejlkilder. Disse vil blive beskrevet herefter:

- *Sampling error:* Denne fejl forekommer, når ens sampling ikke er repræsentativ med ens population. Denne fejl vil opstå, selv når *probability sampling* benyttes, da det er meget usandsynligt, at opnå en 100% repræsentativ *sample* (Bryman, 2012, s. 187, 205).
- *Sampling-related error:* Denne faktor hører under kategorien *non-sampling error*, hvilket vil sige, at der enten er fejl i ens *sampling frame,* hvilket er alle de enheder, der er i ens population, hvorfra ens *sample* udvælges. Eller når forskeren oplever *non-response*, der betyder, at respondenter ikke vil svare på

spørgeskemaet, eller undgår at svare på nogle spørgsmål (Bryman, 2012, s. 187, 205).

- *Data-collection error:* Denne fejl lægger sig til selve processen, hvis spørgsmål er dårligt formuleret, eller der er en mangelfuld behandling af den indsamlede data (Bryman, 2012, s. 205).
- *Data-processing error:* Denne fejl forekommer især ved fejl i ens kodning af besvarelser (Bryman, 2012, s. 206).

De to første fejlkilder kan opstå i forbindelse med ens *sampling*, hvoraf de to sidste har indflydelse på validiteten af ens undersøgelse (Bryman, 2012, s. 206). Fejlkilderne vil blive operationaliseret i henholdsvis *sampling* og validitet afsnittene.

Sampling af respondenter

Såfremt der er fastlagt koncept, måling og indikatorer, er den næste del af processen at udvælge en *samplingstrategi*, hvor der overordnet er to strategier: *Probability- og non-probability* (Bryman, 2012, s. 187). Planlægningen af *samplingen* afhænger af, om undersøgelsen skal være *generaliserbar*, og/eller hvor mange ressourcer, der er til rådighed, da kvantitative undersøgelser kan være både tidskrævende og dyre (Bryman, 2012, s. 186-187). Inden for den kvantitative metode stræbes der efter at gøre *samplingen* repræsentativ, hvilket gøres ved at alle i ens population har lige stor mulighed for at blive udvalgt til undersøgelsen. Denne tankegang lægger sig til *probability sampling*, hvorimod *non-probability sampling* henviser til, at dele af populationen har større chance for at blive udvalgt end andre (Bryman, 2012, s. 187). Vi foretager en *non-probability sampling*, hvilken vil blive uddybet i dette afsnit.

Efter at have været i kontakt med generalsekretæren for BiD, er vi blevet informeret om, at der i Danmark er cirka 200.000 aktive bloddonorer (Bilag 8). Da man som stamcelledonor skal være aktiv bloddonor, er kriterierne for denne undersøgelses population disse: Respondenterne skal være aktive bloddonorer, de må ikke være registreret som stamcelledonor, og derudover må de ikke have en for stor viden om stamcelledonation. Da vi i vores undersøgelse tager ud i to udvalgte blodbanker, afskriver vi helt naturligt større dele af populationen, da det kun er de bloddonorer, der er i blodbanken på de dage og i de tidsrum, hvor vi er der, der har mulighed for at

deltage. Derfor er vores *sample frame*, de bloddonorer, der er i blodbanken på netop disse tidspunkter. I forhold til adfærdskommunikation er det vigtigt at forholde sig til konteksten, hvori adfærdskommunikation skal udspille sig, hvorfor vi vælger at tage ud i blodbanker.

For at respondenterne opfylder kriterierne, blev de tilgået med følgende screeningsspørgsmål:

- Har du taget stilling til, om du vil være stamcelledonor?
- Kender du nogen, der har haft brug for stamceller?

Non-probability sampling er en overordnet samplingsstrategi, og under denne er: *Convenience sampling, snowball sampling* og *quota sampling.* Når vi udfører vores undersøgelse, vil vi gerne have så mange af bloddonorerne, der er til stede, til at deltage, hvorfor vi også kan betegne vores *sampling* som en *convenience sampling*, da vi netop går efter dem, der er tilgængelige for os i det tidsrum, vi udfører testen (Bryman, 2012, s. 201). Da vi ikke ved, hvor mange bloddonorer, der er igennem blodbanken, på de tidspunkter vi foretager testen på, er det den umiddelbare metode, vi vil benytte os af for at få en så stor *sample size* som muligt. Hvis vi kommer til at stå i en situation, hvor der er mange bloddonorer igennem, og mange der vil deltage, kan vi benytte os af *quota sampling*, da denne fokuserer på, at der opstilles kategorier i ens population baseret på blandt andet køn og alder (Bryman, 2012, s. 203). Dette vil være optimalt for os, da vi i vores forstudie netop *samplede* efter, at der skulle være variation af informanter inden for disse parametre.

Som udgangspunkt foretog vi en *convenience sampling*, da vi som nævnt, ønskede en stor *sample size*. Dog blev vi hurtigt opmærksomme på, at vi fik mange besvarelser fra unge bloddonorer og især kvinder, hvorfor vi efter en optælling af de besvarelser, vi havde fået, *samplede* ud fra både køn og alder, da det var de to variabler, vi nogenlunde kunne vurdere uden at skulle stille respondenterne yderligere spørgsmål. Vi endte derfor med at trække på karakteristika fra *quota samplingen*, hvilket derfor gjorde det muligt for os at opnå en større spredning af respondenter i køn og alder.

Det har ikke været muligt for os at få viden om vores populations demografiske forhold før testen skulle udføres, hvilket gjorde, at vi ikke kunne *sample* efter disse, og derfor ikke har haft mulighed for at få en så repræsentativ sample, som vi gerne ville. Grundet de manglende data, har vi, som nævnt, *samplet* efter at opnå en spredning af køn og alder, da vi vurderede at dette ville være hensigtsmæssigt. Ydermere skal det påpeges, at det var få bloddonorer, vi ikke lod deltage. Vi har efterfølgende modtaget data om populationens demografiske forhold, og disse vil blive præsenteret i analysedel 2.

I forhold til *sample size*, er der ikke et korrekt svar på, hvor mange der skal svare for at præcisere undersøgelsen. En stor sample kan ikke "(…) guarantee precision, so that it is probably better to say that increasing the size of a sample increases the likely precision of a sample" (Bryman, 2012, s. 198). Dermed sagt, at en større *sample size* giver færre *sampling fejl.* Resultaterne fra vores spørgeskemaundersøgelse fremgår ligeledes af analysedel 2.

5.3.3 Bearbejdning af data

Når vi skal behandle vores data fra den kvantitative spørgeskemaundersøgelse, kan dette analyseres ud fra en *univariate analysis*, hvor der analyseres ud fra en enkelt kategori ad gangen, en *bivariate analysis*, hvor der analyseres ud fra to kategorier på en gang, eller en *multivariate analysis*, hvor der analyseres ud fra tre eller flere kategorier ad gangen (Bryman, 2012, s. 337, 339, 345). Vores analyse vil variere mellem disse analyseformer, da vi ønsker at undersøge resultaterne på forskellig vis. Vi ønsker både at undersøge, hvordan resultatet er ud fra en enkelt kategori, men vi ønsker ligeledes at analysere ud fra flere kategorier, for at udlede, om der er enkelte kategorier, der giver udslag i resultaterne. Eksempelvis finder vi det interessant at undersøge, om resultaterne varierer ud fra en række demografiske kategorier, hvorfor det er nærliggende at analysere resultaterne ud fra to, tre eller flere kategorier.

5.3.4 Reliabilitet og validitet

For at undersøge i hvor høj grad ens målinger måler det konceptet foreskriver, anvendes validitet og reliabilitet (Bryman, 2012, s. 168). Vi vil i dette afsnit redegøre for de to begreber samt beskrive vores operationalisering af disse.

Reliabilitet

Reliabilitet omhandler, hvorvidt ens målinger af koncept er konsistente, hvor der er tre fremtrædende faktorer, der afgør, om ens måling er gentagelig, disse er 1) *stability*, der indebærer, hvorvidt ens måling er stabil over tid, hvilket vil sige, at der ikke vil ske udsving i ens målinger (Bryman, 2012, s. 164, 169), 2) *internal reliability*, der indebærer, hvorvidt de enkelte indikatorer er konsistente med hinanden (Bryman, 2012, s. 169-170), og 3) *inter-observer consistency*, der indebærer, hvorvidt der er overensstemmelse i, hvordan forskerne tilgår undersøgelsen og er konsistente i aktiviteter og vurderinger i forbindelse med undersøgelsen (Bryman, 2012, s. 169).

Vores spørgeskemaundersøgelse indebærer ikke de to første faktorer, da vi ikke tester interventionen flere gange på den samme *sample* over tid, og da den kun indeholder én indikator. Dog er undersøgelsen udført med en vis grad af *inter-observer consistency*, da der har været udformet klare retningslinjer for proceduren for testen, samt at respondenterne blandt andet er tilgået med identiske screeningsspørgsmål, eksklusion- og inklusionskriterier og procedure for, hvilke opfølgende spørgsmål, der var tilladt at besvare. Derudover var der dialog og opfølgning løbende, da der var et ønske om en særlig spredning i respondenterne, der krævende løbende kommunikation mellem os. Dette medfører, at andre forskere kan følge disse retningslinjer, dog medfører det ikke, at undersøgelsens resultater kan gentages. Qua vores kritisk realistiske tilgang, har vi ikke et ønske om reliabilitet, da de underliggende strukturere og mekanismer i det virkelig domæne gør, at vi kun kan udlede tendenser om undersøgelse i denne kontekst, da en ny undersøgelse kan aktivere andre kausale potentialer.

Validitet

Når det skal afklares om ens undersøgelse er valid, skal der fokuseres på, om ens indikatorer, der måler ens koncept, rent faktisk måler, det de skal (Bryman, 2012, s. 171). Når validiteten af undersøgelsen skal vurderes, gøres dette ud fra blandt andet: *Face validity, internal validity* og *external validity*. Disse vil blive uddybet herefter.

- *Face validity* omhandler, hvorvidt målingen reflekterer indholdet af konceptet. Man kan benytte sig af testpersoner, så forskeren sikrer, at målingen er valid (Bryman, 2012, s. 171).

- *Internal validity* omhandler kausaliteten mellem en konklusion og en eller flere variable. Her søges der svar på, hvor sikkert det er, at undersøgelsens uafhængige variabel er den, der forårsager den identificerede påvirkning af den afhængige variabel (Bryman, 2012, s. 47).
- *External validity* omhandler, hvorvidt undersøgelsens resultater kan generaliseres ud over undersøgelsens specifikke kontekst (Bryman, 2012, s. 47-48).

For at etablere *face validity* og undgå *data-collection errors*, udførte vi, forinden undersøgelsens test af kontrolproduktet og interventionsproduktet, en prætest. Vi kontaktede seks bloddonorer i alderen 18-60 år, og gav tre af disse kontrolproduktet og de resterende tre interventionsproduktet. Formålet med prætesten var at undersøge, hvorvidt der var informationer, formuleringer eller fejl i de to produkter, der gjorde at det ikke afspejlede konceptet.

Vi har en hypotese om, at adfærdskommunikation kan influere bloddonorer til at tilmelde sig som stamcelledonor, hvorfor det er relevant at vurdere, om undersøgelsen besidder intern validitet. Foruden test af adfærdskommunikation, udførte vi en test, hvor der ikke blev anvendt adfærdskommunikation, hvilket fungerede som et kontrolprodukt. Ved at inddrage et kontrolprodukt, kan vi altså påpege, i hvor stor eller lille grad adfærdskommunikation influerede bloddonorerne, hvilket styrker undersøgelsens interne validitet. Men vi er ligeledes opmærksomme på, at vores kritiske realistiske tilgang ikke gør det muligt at konkludere, at det udelukkende er adfærdskommunikationen, der influerer bloddonorerne, men at vi potentielt kan udlede tendenser. Ved brug af adfærdskommunikation er det essentielt at tilpasse denne til den aktuelle kontekst, idet at konteksten er vigtigt for individers beslutningsprocesser (Münster, 2017, s. 54). Da vores undersøgelse tager udgangspunkt i adfærdskommunikation og en kritisk realistisk tilgang, er det hverken muligt eller hensigtsmæssigt at opnå ekstern validitet.

5.4 Interaktionsanalyse

Som præsenteret vil interaktionsanalysen af vores indsamlede data tage udgangspunkt i Stevens 12 spørgsmål, som redskab til opnå relevant viden om interaktionen blandt informanterne (jf. Fremgangsmåde for interaktionsanalyse). Ved kodningen af vores data, har vi opnået et væsentligt kendskab til denne, hvorfor vi har kunne udvælge de spørgsmål, der er essentielle for vores interaktionsanalyse. De spørgsmål vi vil analysere ud fra, er som følger:

- I hvor høj grad tog gruppen emnerne til sig?
- Hvilke fælles erfaringer blev udtrykt?
- Var der bestemte udtryk, som dominerede?
- Hvordan løste gruppen uenigheder?
- Hvilke emner udløste konsensus?
- Hvis interesser blev repræsenteret i gruppen?

I følgende vil vi præsentere vores fund af interaktionsanalysen. Disse er inddelt efter nogle af de tematikker, informanterne diskuterede, og vi vil under de forskellige overskrifter analysere interaktionerne ud fra de præsenterede spørgsmål.

Tidsaspekt

I begge fokusgruppeinterviews fylder emnet "tidsaspekt" meget, og det er derfor et emne, der bliver diskuteret fra mange synspunkter. Informanterne diskuterer emnet både i forhold til omstændighederne ved en indlæggelse, såfremt donationen foregår igennem hoftekammen, og ligeledes det faktum, at man skal være væk fra sin arbejdsplads i en uge; "(…) det er meget tid at lægge i det" (Bilag 4, l. 174). Ydermere er de optaget af, at det kræver en sygemelding, og at man, som donor, er nødt til at sætte tid af til det, hvis man bliver matchet med en patient (Bilag 3 og 4). Vi vurderer derfor, at interaktionen tydeliggøre, at informanterne tager emnet til sig. Derudover udløser dette emne konsensus blandt informanterne, da disse er enige om, at tidsaspektet er en af de årsager til, at man som bloddonor kan være imod en tilmelding som stamcelledonor (Bilag 3). Dog er der forhandlinger undervejs, da informanterne på den

ene side er imod en tilmelding på baggrund af tidsaspektet og på den anden side, opvejer de fordelene ved at være tilmeldt:

> **Peter:** Jeg tror for mit vedkommende der er det lidt sjovt at man vægter sin arbejdsgiver så højt altså der er et andet liv på spil og alligevel så sidder man og taler om at man mister nogle timer på arbejdet.. som i princippet burde være fuldstændig ligegyldigt når det er et menneskeliv man sidder og snakker om
>
> **Kirsten:** Fem timer... to dage... en uge
>
> **Peter:** At det er tiden der er så afgørende.. der bliver jeg lidt overrasket over mig selv
>
> **Camilla:** Ja du har fuldstændig ret
>
> **Kirsten:** Ja det er rigtig
>
> (Bilag 3, l. 657-664)

I begge fokusgruppeinterviews ses denne forhandling mellem for og imod, hvor tidsaspektet unægteligt påvirker informanterne, men alligevel er de ikke i tvivl om en tilmelding, hvis det kan redde et liv (Bilag 3 og 4).

Ubehag ved procedurerne

Et andet emne, der optager informanterne, er det ubehag, der kan forekomme ved procedurerne, og i den forbindelse kommer informanterne ind på narkose. Informanterne taler om, hvorfor de har betænkeligheder ved narkose: "Det Jonas nævner med med narkose og at der altid er forbundet en hvis øh.. risiko.. det det kan jeg godt følge ham i" (Bilag 4, l. 230-231) og ligeledes bliver der påpeget; "men det er simpelthen fordi jeg er lidt bange for den der narkose" (Bilag 3, l. 450-451). Narkosen og det dertilhørende ubehag diskuteres i forbindelse med øvelsen i begge fokusgruppeinterviews, da informanterne i fællesskab skal vælge argumenter imod en tilmelding:

Peter: (...) det er et større indgreb den her hoftekam.. (Peter fniser).. den skræmmer mig rigtig meget faktisk (Bilag 3, l. 196-197).
Stina: Det er netop omkring det her med hoftekammen altså de smerter der kan være forbundet med.. og det ubehag der kan være forbundet med det.. det er helt klart imod (Bilag 3, l. 205-206).
Camilla: (...) så fuld narkose.. de ting der kan komme (Bilag 3, l. 224-225).
Susan: (...) jeg har også noteret mig den der ubehag.. og som sagt risikoen ved narkosen (Bilag 4, l. 234-235).
Mia: (...) og så måske de her symptomer som kan være ved det (Bilag 4, l. 241).

Ikke alle informanterne tænker på narkosen, som et grundlag for ikke at tilmelde sig, hvorfor der er lidt uenigheder om dette. Dog ses det i følgende, hvordan informanterne forholder sig til hinandens ytringer, og hvordan de deler ud af deres erfaringer. Dette tolker vi som en måde, hvorpå de informanter, der ikke fokuserer på narkosen, viser forståelse for de andres ytringer:

> **Moderator 2**: Der er mange af jer der nævner det med fuld narkose men er det sådan en generel frygt eller det noget I har haft dårlige erfaringer
>
> **Camilla**: Nej
>
> **Sophia**: Jeg har faktisk haft gode erfaringer med at det var hyggeligt at vågne op med sådan lidt (alle griner)
>
> **Camilla**: Det er skønt
>
> **Peter**: Jeg tror at jeg er lidt bange for det.. jeg har aldrig været i narkose jeg har aldrig været under en operation eller noget.. øhm så det lyder bare så voldsomt.. man forbinder det også med noget lidt farligt tror jeg
>
> **Sophia**: Jeg kan faktisk huske første gang jeg skulle opereres det var noget med øret også der havde jeg skulle i fuld narkose.. der var jeg vanvittig nervøs
>
> **Peter**: Mhmm

Sophia: Og det der med at man aner ikke hvad de gør ved en (...) men det er den der med at man er ude af kontrol ikke.. det var nok det jeg synes der var lidt ubehageligt..

(Bilag 3, l. 256-264)

Derudover er det tydeligt, at nogle informanters interesser bliver fremhævet, da to af informanterne er på barsel, hvorfor deres omdrejningspunkt for ubehaget blandt andet omhandler børn, hvilket der bliver brugt en del tid på at tale om:

Sophia: (...) det kommer også til at lyde lidt egoistisk hvis det er omkring overlevelse men lige nu med et lille barn for eksempel så det at have influenza synes jeg er ekstremt hårdt

(...)

Stina: (...) for os der måske har små børn (...) vi kunne nok ikke løfte og vi vil nok ikke kunne der er ting vi ikke ville kunne gøre ved den der hoftekamsoperation eller indgrebet

Sophia: Nej... ja så bliver man pludselig så bliver man nødt til at involvere en anden der så kan hjælpe til derhjemme

(Bilag 3, l. 239-240, 341-346)

Informanterne danner altså konsensus om, at ubehag ved procedurerne og den dertilhørende narkose er en af de barrierer, som de har vedrørende en tilmelding som stamcelledonor. Selvom enkelte informanter nævner, at de er bange og ikke umiddelbart er meget for de smerter, der følger med en marvudtagning fra hoftekammen, er det ikke en barriere, der påvirker deres holdning i forhold til en tilmelding:

Kirsten: Jeg er stadigvæk positiv

Camilla: Ja

Stina: Ja

Peter: Jeg synes også den for.. en til en vejer højere

Camilla: Den overtrumfer alt

Henrik: Ja

Kirsten: Jeg ville også gå i fuld narkose hvis det var at jeg blev bedt om det

(Bilag 3, l. 385-392)

Vi kan derfor udlede, at informanterne vægter 1-1 forholdet højere end barriererne, hvorfor der igen dannes en konsensus om, at 1-1 forholdet og det at hjælpe andre overtrumfer barriererne, og derfor anses som værende, det der betyder mest for informanterne.

En pligt at hjælpe andre

I vores data optræder ordene "pligt" og "borgerpligt", og de anvendes, når informanterne taler om, hvorfor de er blevet bloddonorer. Flere af informanterne udtrykker det at være bloddonor som en pligt:

Camilla: (...) lidt ligesom de to andre .. blev det sådan lidt af at jeg synes at det er min pligt (Bilag 3, l. 28-29).
Jonas: (...) men jeg tror egentlig bare i bund og grund at jeg tror at det er en borgerpligt
Jesper: (...) ligesom Jonas at det er sgu nok en borgerpligt at ku at kunne hjælpe hinanden (Bilag 4, l. 19-25).
Lena: (...) jeg har det lidt som du har det Jonas.. at øh jeg synes at det bør være en borgerpligt (Bilag 4, l. 34-35).

Informanterne opfatter det dermed som deres pligt at hjælpe, hvor man kan. Dette kan indikere, at bloddonorerne er af den overbevisning, at de automatisk bør være registreret som stamcelledonor - det kunne derfor være en mulig *default-indstilling*, at bloddonorer automatisk er registreret som stamcelledonor. Vi forstår denne brug af ordet "pligt" som værende et tegn på, at informanterne gerne vil hjælpe, hvor de kan,

hvilket ligeledes er et gennemgående emne i de to fokusgruppeinterviews: **Cæcilie:** (...) fordi jeg havde det nemlig også ligesom dig (peger på Lena) med at man skal da bare give alt det man kan give" (Bilag 4, l. 107-108). Derudover italesætter informanterne ligeledes 1-1 forholdet, hvor der ved et match er en patient, der har et direkte behov for donors stamceller. Ved en stamcelledonation hjælper man direkte et andet menneske, og det faktum er ifølge informanterne et af de to vigtigste argumenter, da de i øvelsen skulle danne konsensus om argumenter for en tilmelding. Et eksempel på dette er:

Kirsten: Det med til en person
Flere: Mhm
Camilla: Ja det med en til en den tror jeg at vi alle sammen havde ikke
Henrik: Jo
Moderator: Så det er nummer et argument.. det er den der en til en
Flere: Ja (Bilag 3, l. 270-275).

Derudover bliver donorer kun indkaldt, såfremt der er et identisk match mellem donor og patient, hvilket sker yderst sjældent. Det påvirker informanterne positivt:

Jonas: (...) man hjælper altså sjældne syge (Bilag 4, l. 208).
Jesper: (...) der skal være det her nærmest øh specielle match… øhh… på vævstypen (...) men når det skal være så præcist så behøver vi et øh.. register og vi behøver flere donorer (Bilag 4, l. 224-226).
Mia: (...) så også det her med at det er forholdsvis sjældent så jeg føler ikke altså som sådan at det kræver så meget af en (Bilag 4, l. 239-240).

Vi kan i dette udlede, at informanterne anser det som nødvendigt at hjælpe andre grundet udfordringen ved at finde et identisk match. Derudover udleder vi også, at det italesættes som værende en "nem" måde, at hjælpe på, hvorfor vi vurderer, at informanterne gerne vil hjælpe, og at det sjældne match er med til at gøre beslutningen lettere, da sandsynligheden for de førnævnte barrierer mindskes.

Manglende oplysning

Mange af informanterne har ikke viden om stamcelledonation, og hvis de har, er den mangelfuld:

> **Jonas:** Jeg var simpelthen ikke klar over det her med bloddelen det synes jeg virkelig ja. for mig har der været lidt en mystik omkring det her med hvordan de tog en knoglemarvstransplantation (...) jeg tænker på stik i ryggen så. det synes jeg virkelig lød ubehageligt.. så den her information den gør i hvert fald at jeg tror at jeg melder mig til
>
> (Bilag 4, l. 297-301)

Informanterne diskuterer, hvorfor denne viden ikke er blevet præsenteret for dem noget før, og informanterne tager dette emne til sig, da de er uforstående over for det. Det er tydeligvis et emne, der vækker opsigt, og de deler ud af deres egne erfaringer i forbindelse med besøg i blodbanken:

> **Cæcilie:** Ja ellers så skulle der efter lidt tid komme sådan en automatisk samtale for man skal jo alligevel ind og sige at man har været rask og man altså ikke har været ude at rejse og der kunne de jo lige spørge har du lyst til at få den her information.. det kunne godt være et af de der automatiske spørgsmål
>
> **Lena:** De kunne godt være lidt mere proaktive når man nu alligevel er der ude
>
> **Cæcilie:** Ja
>
> **Lena:** (...) man går ind og siger ja ja ja og så går man ind og så ligger man jo dybest set i en time og foretager sig ikke en skid andet end at sidde med sin telefon i den anden hånd.. man kunne godt være sådan lidt mere
>
> (Bilag 4, l. 529-537)

Ovenstående viser ligeledes, at informanterne gerne vil modtage denne information, fordi de gerne vil hjælpe, og præsenteres for beslutningen om at kunne hjælpe andre.

5.4.1 Sammenfatning af interaktionsanalyse

Analysen af vores data skal danne baggrund for udviklingen af interventionsproduktet, hvorfor formålet med denne interaktionsanalyse er at finde frem til de emner, der kan imødekomme bloddonorernes barrierer vedrørende en tilmelding som stamcelledonor. For at imødekomme disse barrierer, har vi kunnet identificere hvilke informationer eller hvilke emner, der optager vores informanter. De to fremtrædende barrierer er tidsaspektet og betænkeligheder og ubehag ved narkose. Derfor er det disse to barrierer, som vi skal forholde os til i udviklingen af interventionsproduktet. Gennem bearbejdningen af vores data har vi ligeledes analyseret os frem til, at der er emner, der italesættes som særligt positive og væsentlige faktorer for en tilmelding som stamcelledonor. De fire vigtigste emner for informanterne er:

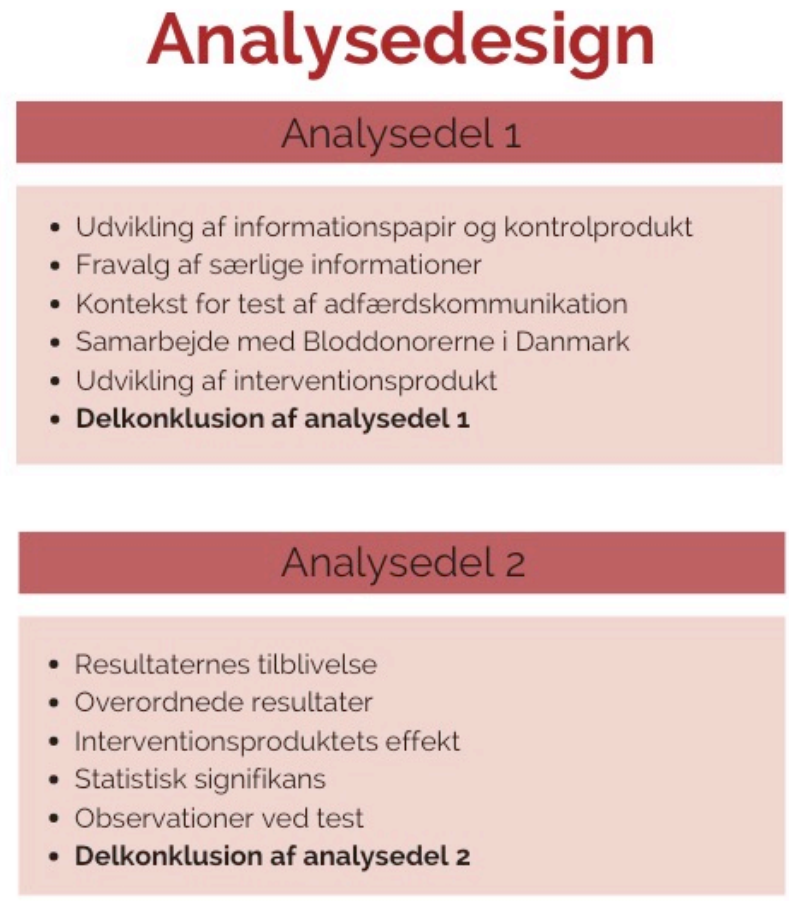
- Det er vigtigt at hjælpe andre og hjælpe, hvor man kan
- Der er et aktuelt behov for flere stamcelledonorer
- 1-1 forholdet, hvor der er en patient, der har direkte brug for dig for at overleve
- Matchet mellem donor og patient er meget sjældent på grund af kravet om identiske vævstyper

Disse fire forhold er essentielle i udformningen af interventionsproduktet, hvorfor de bør inkorporeres ved brug af adfærdskommunikation. Dermed tilstræbes det at anvende resultaterne fra interaktionsanalysen således, at der tages udgangspunkt i bloddonorernes præferencer. Af analysen kan vi ligeledes udlede, at de "negative" emner, bliver elimineret af de "positive" emner, hvorfor vi finder det relevant at gøre brug af de "positive" emner. Formår vi at udforme interventionsproduktet med udgangspunkt i denne viden, har vi en formodning om, at en stor del af bloddonorerne vil underminere deres potentielle barrierer og tilmelde sig som stamcelledonor, såfremt de ved, at de kan hjælpe andre, at de aflæser adfærdskommunikationen som ønsket og handler ud fra de identificerede præferencer.

6. Analyse

6.1 Analysedesign

Dette speciales analyse består af to analysedele. Den første analysedel indebærer argumentation og analyse af den aktuelle brug af adfærdskommunikation og udformning af kontrol- og interventionsprodukt. Analysedelen indebærer ligeledes refleksioner og metodiske overvejelser i forbindelse med udviklingen af de to produkter. Analysedel 2 indebærer en analyse af undersøgelsens resultater, og den aktuelle effekt af interventionsproduktet, samt relevante observationer fra testen.



Model 3: Analysedesign

6.2 Analysedel 1 - Udvikling af produkter

Følgende afsnit har til formål at tydeliggøre de forhold, der har været gældende i udarbejdelsen af undersøgelsens kontrolprodukt og interventionsprodukt. Dermed indebærer afsnittet analyserende perspektiver af, hvordan disse er udviklet ud fra et teoretisk grundlag, samt den viden vi har opnået af forstudiet. Denne analysedel gør det muligt at besvare undersøgelsesspørgsmålet: Hvilke strategier eller teknikker indenfor adfærdskommunikation er mest hensigtsmæssige for målgruppens barrierer? (jf. 1.1 Problemformulering). Der analyseres ydermere på de metodiske refleksioner over blandt andet kontekst, udformning og andre aktuelle faktorer.

6.2.1 Informationspapir og kontrolprodukt

Indledningsvist var det hensigten, at de informationer, der blev udvalgt til informationspapiret i forbindelse med vores forstudie, efterfølgende skulle agere kontrolprodukt. Vi havde en formodning om, at det var uundgåeligt at skulle foretage mindre ændringer på grund af forhold, vi ikke ville kunne forudse grundet et begrænset kendskab til målgruppen. Dette viste sig også at være tilfældet, hvorfor vi på baggrund af informanternes respons, på de givne informationer, måtte foretage nogle justeringer efter vores forstudie. Derfor vil kommende afsnit indebære en gennemgang af udvælgelsesprocessen af informationer til informationspapiret og kontrolproduktet, samt overvejelser og refleksioner herom.

Informationspapir om stamcelledonation

I vores indledende *desk research* søgte vi informationer om stamcelledonation, procedurerne for stamcelledonation, hvordan BiD forsøger at hverve stamcelledonorer, samt hvilke informationer om stamcelledonation de formidler. I den forbindelse var vi i kontakt med generalsekretæren for BiD, Flemming Bøgh-Sørensen (jf. 5.2.1 *Desk research*). Vi ønskede at undersøge, hvordan BiD formidler information om tilmelding som stamcelledonor, samt få kendskab til det materiale, de benytter til hvervningen. Her af fik vi afklaret, at BiD anvender deres hjemmesider, og ydermere har BiD udarbejdet en pjece, som de giver til blodbankerne og de lokale donorkorps. Lejlighedsvist bliver der yderligere informeret om stamcelledonation i GivBlods nyhedsbrev og i donorbladet. Derudover fik vi adgang til det samlede antal

stamcelledonorer i Danmark, hvilket er registeret i det internationale stamcelleregister, hvori vi kunne aflæse, at der i januar 2018 var cirka 50.000 stamcelledonorer (World Marrow Donor Association, 2018).

Udover den pjece BiD har udformet, fik vi ligeledes tilsendt en pjece udarbejdet af Rigshospitalet til brug i Østdanmark. Vi vurderede, at disse ikke kunne anvendes direkte som informationspapir til vores fokusgruppeinterviews. Grunden herfor er, at de informationer, vi ønskede at give vores informanter, så vidt muligt skulle være faktuelle og neutrale og ikke præget af kommunikative virkemidler. Vi ønskede at give informationer om aktuelle medicinske forhold ved procedurerne for stamcellehøstning, faktuelle informationer om problematikken og registreringen. Dette kunne vi ikke opnå ved at vælge en af de to tilsendte pjecer, da disse ikke var neutrale i deres udformning. Eksempler på dette er, at overlæge Helle Bruunsgaard fra Rigshospitalet er præsenteret som direkte afsender af den ene pjece (Bilag 1), hvorfor der gøres brug af *messenger-teknikken*, da hun er ekspert på området, og dette kan have en påvirkning på modtageren. Ydermere indgår sætningen: "Som ubeslægtet donor får du ikke at vide, hvilken patient, der får dine stamceller, men du har glæden ved at have hjulpet et andet menneske" (Bilag 1), hvilken udgør elementer af *affect-teknikken*, der indebærer brug af ord, der kan skabe følelsesmæssige associationer, som kan påvirke modtagerens adfærd.

BiDs egen pjece gør ligeledes brug af *nudgingteknikker*, som blandt andet *framing*, *affect-teknikken* og *social nudging*. Et eksempel på *framing* fremgår af følgende: "(...) men for rigtig mange i Danmark er det virkeligt livsnødvendigt, når de har brug for stamcelletransplantation" (Bilag 9). Informationen indebærer ikke et konkret antal på, hvor mange i Danmark det er "livsnødvendigt" for, men derimod bliver informationen præsenteret med BiDs vurdering af, hvad der er "rigtig mange", foruden at læser har kendskab til det retmæssige antal. Ydermere benytter BiDs pjece ord som eksempelvis; livsnødvendigt, børn og kræft (Bilag 9). Vi vurderer, at disse ord har til formål at skabe følelsesmæssige associationer hos modtageren, hvilket er kendetegnet for *affect-teknikken*. BiDs pjece anvender *social nudging* i form af en personlig historie, hvor en stamcelledonor fortæller om et donorforløb (Bilag 9). Vi vurderer, at den personlige historie har til formål at påvirke andre bloddonorer til at følge denne adfærd og tilmelde

sig som stamcelledonor. I forbindelse med denne historie anvendes *affect-teknikken* i form af et billede af donor og en begivenhedsbeskrivelse af forløbet, hvortil vi udleder, at dette har til formål at skabe følelsesmæssige associationer, der kan medføre en automatisk reaktion hos modtageren. Derudover nævner pjecen ingen af de risici, der er forbundet ved at være stamcelledonor, og den undlader at beskrive den procedure for stamcelledonation, som er den mest omfattende (Bilag 9). Dermed mener vi, at modtageren ikke bliver informeret om væsentlige forhold for stamcelledonation. Ud fra de præsenterede grunde, anser vi ikke disse pjecer som anvendelige i vores fokusgruppeinterviews, da vi ønsker at inddrage informationer om forhold, procedurer og konsekvenser for stamcelledonation.

Derfor har vi valgt at udforme et så vidt muligt neutralt informationspapir til brug i vores forstudie, hvor informanterne skal forholde sig til den faktuelle information uden at blive påvirket af udformningen eller afsender. Vi er indforståede med, at den information vi præsenterer i de to fokusgruppeinterviews aldrig vil være helt neutral, da vi blandt andet har udvalgt informationen samt vurderet, hvilken rækkefølge information forekommer i. Informanterne vil blive præsenteret for informationen, hvor vi vil være afsender af denne, hvilket kan have en påvirkning. Ydermere vil den information vi giver, kunne blive modtaget forskelligt hos de forskellige informanter, hvorfor kommunikationen kan medføre forskellige reaktioner eller adfærd (Sepstrup & Øe, 2013, s. 45).

For at udforme informationspapiret til forstudiet, var vores fremgangsmåde at samle tilgængelig og relevant information om stamcelledonation fra relevante og pålidelige kilder. Disse kilder er blandt andet BiDs hjemmeside, Kræftens Bekæmpelses hjemmeside, World Marrow Donor Associations hjemmeside, de to pjecer og diverse hospitalers hjemmesider. Af den store mængde information sammenfattede vi relevant og faktuel information og undlod at bruge formuleringer af informationer, der allerede fra kildens side var *framet*. Det færdige informationspapir kan ses i bilag 10.

Vi opstillede et ekstra kriterium for eksklusion af information, hvilket vil blive beskrevet i kommende afsnit.

Fravalg af særlige informationer

I alt det materiale vi har fundet vedrørende stamcelledonation, omtales kræftsygdomme. Grunden herfor er, at størstedelen af de patienter, der behandles med stamceller, er kræftpatienter. Det er i særdeleshed de forskellige kræftsygdomme, der medfører, at patienterne ikke kan danne tilstrækkelige eller raske stamceller. Derudover er en stor del af de gældende kræftpatienter børn, da de har større risiko for at få kræft i blodet (Bloddonor, n.d.; Kræftens Bekæmpelse, 2017a)(Bilag 1). Derfor er behandling af kræftsygdomme med stamceller utvivlsomt aktuelt og relevant, for hele hvervningsprocessen af stamcelledonorer. Dog har vi i forbindelse med vores undersøgelse valgt at undlade informationer om kræft, og ligeledes det faktum, at det ofte er kræftsyge børn, der har behov for stamceller. Dette har vi valgt, da vi vurderer, at ordet "kræft" ofte medfører betydelige, følelsesmæssige associationer, og derover har en særlig påvirkning på mange mennesker.

Vi vurderer, at en eksklusion af informationer om kræft gør det muligt at foretage en undersøgelse, hvor vi kan teste effekten af adfærdskommunikation, foruden at skulle forholde os til om undersøgelsens resultater er påvirket af informationer om kræft eller kræftsyge børn. Dertil ved vi, at menneskers system 1 fungerer ud fra automatiske impulser og associationer, samt at det er i dette system, der opstår indtryk og følelser (jf. 3.1.1 System 1). Derfor kan informanternes system 1 automatisk tilkoble følelser og associationer til ordet "kræft", hvilket er uhensigtsmæssigt for undersøgelsen, da vi stræber efter viden om informanternes generelle holdninger og tanker om faktuelle informationer om stamcelledonation. System 1 formår også at udvikle afkodning af gængse aktiviteter, idet mennesker udsættes for disse i det samfund og den kultur, de lever i. Derfor kan nogle af de mentale aktiviteter, som system 1 frembringer, være ubevidste, og uden at mennesker selv kan styre dette (jf. 3.1.1 System 1). En hyppig eksponering af historier om kræft kan derfor bevirke, at system 1 automatisk reagerer på ordet "kræft", og tilknytter særlige følelser og associationer til dette. Informanterne kan dermed ikke lade som om, at de ikke kender til nogle af de alvorlige konsekvenser, de højst sandsynligt har været eksponeret for vedrørende kræftsygdomme. Ligeledes kan vi ikke forvente, at informanternes system 1 ikke reagerer på informationer om en sygdom, som en tredjedel af danskerne får, hvorfor vi i vores samfund ofte skal forholde os til den (Sundhedsstyrelsen, 2018).

I vores forstudie præsenterede vi afslutningsvist informanterne for nogle scenarier. Dette var for at se, om forskellige informationer havde en påvirkning på deres tilkendegivelser og holdninger vedrørende en tilmelding som stamcelledonor. Et af disse indebar information om, at mange af de patienter, der har behov for en stamcelledonation er børn. Dertil spurgte vi ind til, om denne information havde en indvirkning på informanterne (Bilag 2). I begge fokusgruppeinterviews italesatte flere informanter, at det har en påvirkning på dem, at det er børn. En deltager udtaler følgende: "Altså der er da alligevel et eller andet ved tanken om et barn der ligger.. det gør da et eller andet ved mig kan jeg mærke.. men lige hvad kan jeg ikke lige sætte ord på" (Bilag 3, l. 645-646). To andre informanter udtaler: "(...) det gør at jeg overvejer det endnu mere" (Bilag 4, l. 351) og "(...) jeg synes også at det er det gør det mere væsentligt" (Bilag 4, l. 355). Andre informanter gav udtryk for, at det principielt ikke ændrer deres holdning, hvor nogle italesatte, at det alligevel ligger et større pres på at sige "Ja" til donationen (Bilag 3 og 4). Men særligt i et af de to fokusgruppeinterviews, starter informanterne en diskussion om livskvalitet, og i hvilke tilfælde at en donation gør mest gavn, hvis man skelner mellem børn og voksne (Bilag 4). I begge fokusgruppeinterviews bliver der refereret til kræft, da informanterne italesætter, at det må være alvorlige sygdomme, der medfører, at det kræver nye stamceller at overleve (Bilag 3 og 4). Derfor blev vi opmærksomme på, og bekræftet i, at informationer som disse igangsætter nogle tanker hos informanterne, som de har svært ved at beskrive. Vi konkluderede, at dette ville være uhensigtsmæssigt for undersøgelsens resultater, og dermed undersøgelsens interne validitet, hvorfor informationer om kræftsygdomme og børn undlades i både kontrolproduktet og interventionsproduktet.

Kontrolproduktet

Med hensigten om, at de informationer, der er udvalgt til forstudiet, skal udgøre kontrolproduktet (Bilag 11), optræder mange af de samme informationer begge steder. Men for at kontrolproduktet og interventionsproduktet består af den samme række informationer, har vi måtte tilføje informationer i begge produkter. Derudover har vi fjernet informationen om, at både det internationale og nationale stamcelleregister er beskyttet mod misbrug af oplysninger, og at man til hver en tid kan fortryde en tilmelding og blive slettet fra registrene. Grunden til at denne information er blevet

fjernet er, at informanterne i forstudiet ikke mente, at dette havde betydning for deres beslutning, eller at de kunne forholde sig til den information. Som eksempler på dette blev følgende italesat, da informanterne blev spurgt ind til, om den information havde en betydning for dem:

Mia: Nej det ændrer ikke rigtig det er ikke sådan noget.. jeg tænker over overhovedet (Bilag 4, l. 342).

Camilla: Jeg synes at det er svært.. for jeg ved ikke hvad de skulle kunne bruge alle de der oplysninger til så derfor for mig er det sådan lidt .. det må de sgu gerne kigge i (flere griner) (Bilag 3, l. 421-422).

> **Henrik:** Jeg synes at det er lidt svært at forholde sig til når man ikke rigtig ved hvad det er for nogle data der ligger i den database og hvad det kan bruges til og ditten og datten
>
> **Stina:** Selvfølgelig er der noget IT sikkerhed som du også snakkede om men det er ikke nok til at jeg synes at det overtrumfer (...) så tror jeg rent faktisk at jeg ville tage chancen hvis man kan kalde det det eller den lille risiko der er i forhold til at jeg jo heller ikke ved hvad det er for noget data
>
> (Bilag 3, l. 427-434)

Disse udtalelser er blandt andet udslagsgivende for, at informationen om beskyttelse af persondata i registrene er fjernet, da vi ikke ønsker information, som informanterne direkte udtaler, at de har svært ved at forholde sig til. Vi ønsker at eliminere forstyrrende og irrelevante elementer fra kontrolproduktet.

En information der er tilføjet, på baggrund af forstudiet, er information om risici ved narkose. Som det fremgår af interaktionsanalysen, er ubehaget i forbindelse med

narkose og proceduren med marvudtagning fra hoftekammen et emne, som optager informanterne, og de italesætter ofte de risici, der kan være (jf. 5.4 Interaktionsanalyse)(Bilag 3 og 4). Derfor er information herom tilføjet i kontrolproduktet, hvorfor vi også har haft mulighed for anvende adfærdskommunikation på informationen i interventionsproduktet. I forlængelse heraf, er følgende information ligeledes tilføjet:

"I 2016 foregik 76% af transplantationerne ved en specialtapning, og 24% ved en udtagning af knoglemarv i hoftekammen. En rask donor har et overskud af stamceller, og ved en donation fjernes mindre en 1%" (Bilag 11).

Formålet med denne information er at imødekomme omfanget af de tanker, informanterne italesatte i forstudiet. Som det fremgår af kategorien "Tanker om narkose/ubehag", så hæfter informanterne sig meget ved, at proceduren for stamcelledonation gennem hoftekammen virker uoverskuelig og lidt skræmmende. Der er ligeledes fokus på de smerter, der kan være forbundet med dette, og at den tid indgrebet kræver, både før og efter, kan besværliggøre en travl hverdag (Bilag 6). Nogle af disse tanker kom til udtryk i følgende eksempler:

> **Peter:** (...) det er et større indgreb den her hoftekam.. (Peter fniser).. den skræmmer mig rigtig meget faktisk.. øhm og så at det bare tager det længere altså fire fem timer det er også meget i en hverdag.. men øhm to tre dage det er rigtig meget i en travlt hverdag
>
> **Stina**: Det er netop omkring det her med hoftekammen altså de smerter der kan være forbundet med.. og og det ubehag der kan være forbundet med det.. det er helt klart imod og så igen også tidsaspektet altså.. det kan være mega vanskeligt i forhold til arbejde
>
> (Bilag 3, l. 196-207)

Kirsten: (...) imod det er .. som alle jer andre også med tiden og.. en eventuel narkose… det synes jeg lyder lidt voldsomt men.. ja det er imod men jeg ved ikke om jeg ville sige nej hvis det kom dertil

(Bilag 3, l. 247-249)

Ved at præsentere en procentvis fordeling af, hvor ofte de to procedurer for stamcelledonation anvendes hver især, stræbes der efter, at respondenterne kan opnå en retmæssig forståelse af, hvor ofte proceduren med marvudtagning gennem hoftekammen anvendes. Derudover tilføjes, hvor stor en del af donors stamceller, der fjernes ved en transplantation, da denne information er hensigtsmæssig i forbindelse med interventionsproduktet, og samtidig kan give et billede af indgrebets omfang.

Den sidste information, der er tilføjet i kontrolproduktet, er følgende: "I Danmark er der ca. 50.000 stamcelledonorer, og sidste år tilmeldte 2.600 bloddonorer sig som stamcelledonor. Du kan tilmelde dig på Bloddonorerne i Danmarks hjemmeside" (Bilag 11). Denne information er tilføjet af den grund, at informanterne har vist interesse i, hvor mange stamcelledonorer, der er registreret (Bilag 3 og 4). Derudover blev der undervejs i begge fokusgruppeinterviews spurgt ind til, hvorvidt informanterne var positive eller negative stemte overfor en tilmelding som stamcelledonor. Som det fremgår af interaktionsanalysen, var informanterne gennemgående positivt stemte for en tilmelding, og flere italesatte eksplicit, at de ønskede at tilmelde sig (jf. 5.4 Interaktionsanalyse). Dette eksemplificerer følgende udvalgte udtalelser:

Lena: Personligt er jeg ikke tvivl om jeg gerne vil være stamcelledonor

Jonas: (...) jeg tror at jeg skal have meldt mig til (Bilag 4, l. 297).

Moderator 2: Ville I have lyst til at melde jer som stamcelledonorer nu ud fra det her grundlag

Sophia: Jeg kunne godt

Henrik: Ja det kunne jeg også

De andre: Ja (Bilag 3, l. 393-396).

På baggrund af den store interesse i at tilmelde sig som stamcelledonor, på trods af opstillede scenarier med negative informationer (Bilag 2), blev der tilføjet en information om, hvor det var muligt at foretage en tilmelding. En ekstra grund herfor er, at der efter de afholdte fokusgruppeinterviews, både direkte efter og i de følgende dage, yderligere blev vist stor interesse for, hvordan de kunne tilmelde sig. Ydermere har halvdelen af informanterne kontaktet os og gjort opmærksom på, at de har tilmeldt sig som stamcelledonor.

Udover eksklusion af én information, og tilføjelse af nævnte informationer, så er der også foretaget minimale rettelser i teksten. Eksempelvis er der tilføjet ordet "håndkøbsmedicin" efter ordet "smertestillende", for at undgå misforståelser af hvilken form for smertestillende medicin, der hentydes til. De resterende minimale rettelser er foretaget, for at teksten er sammenhængende og giver mening. Det færdige kontrolprodukt fremgår af bilag 11.

6.2.2 Interventionsprodukt

Vi vil med vores interventionsprodukt gøre brug af adfærdskommunikation for at undersøge, om vi kan få flere bloddonorer til at tilmelde sig som stamcelledonor. Vi anser dette som gavnligt, da bloddonorer, der ikke kender til stamcelledonation, skal forholde sig til, om de vil tilmelde sig eller ej. De får dermed mulighed for at træffe et valg, der kan aktivere deres eksisterende adfærd med at ville donere og hjælpe andre.

Af vores forstudie har vi kunne udlede, at langt størstedelen af informanterne gerne vil tilmelde sig som stamcelledonor, efter de var blevet informeret om behovet, selve procedurerne og konsekvenserne. For de potentielle barrierer ved en tilmelding som stamcelledonor, var der ligeledes en dominerende faktor, hvilken der var konsensus om, og denne var, at det er vigtigt at hjælpe andre, og hjælpe hvor man kan (jf. 5.4 Interaktionsanalyse). Informationerne, om den direkte mulighed for at hjælpe en

alvorligt syg patient, blev italesat som "overtrumfende" for alle andre faktorer og betænkeligheder ved at skulle tilmelde sig som stamcelledonor (jf. 5.4 Interaktionsanalyse). Dermed kunne vi udlede, at vigtigheden i at hjælpe andre eliminerer de potentielle barrierer. Bloddonorerne finder det dermed gavnligt at blive præsenteret for et valg, om at kunne hjælpe yderligere, ved at tilmelde sig som stamcelledonor. I flere tilfælde italesættes det med at hjælpe andre mennesker som en "pligt" eller "borgerpligt" (jf. 5.4 Interaktionsanalyse), hvilket vi aflæser som en betydelig faktor for deres positive tilgang til en potentiel tilmelding. Der blev flere gange givet udtryk for, at informanterne var ærgerlige over og undrede sig over, hvorfor de ikke var blevet præsenteret for informationer om stamcelledonation og yderligere præsenteret for muligheden for at tilmelde sig tidligere (jf. 5.4 Interaktionsanalyse).

Som det ligeledes kan aflæses af kategoriseringen og interaktionsanalysen, er de resterende tre informationer, som deltagerne lægger stor vægt på 1-1 forholdet, det sjældne match mellem patient og donor og omfanget af behovet for stamcelledonorer (jf. 5.4 Interaktionsanalyse)(Bilag 6). Det særlige fokus på disse informationer, og den konsensus der er, om at skulle hjælpe, hvor man kan, medfører at de diskussioner, der optræder om frygt for narkose, ubehag, besværlighed og mistet tid i donorens egen hverdag tilsidesættes og undermineres. Derfor kan det udledes, at det er disse informationer, der skal være fremtrædende i interventionsproduktet, da informanterne udtrykker, at de ønsker at blive præsenteret for valg, der giver dem mulighed for at hjælpe endnu mere. Med udgangspunkt i adfærdskommunikation, er det legitimt at søge at påvirke og fordre til en gavnlig adfærd, hvorfor vi søger at aktivere bloddonorernes adfærd, om at ville hjælpe, ved at stille dem overfor et valg, der er gavnligt for dem og deres adfærd.

Kontekst for test af adfærdskommunikation

Inden for adfærdskommunikation er det et velkendt faktum, at den lokale kontekst for en beslutning har indflydelse på beslutningen. Ofte endda i stor grad (Münster, 2017, s. 43). Det er menneskers system 1, der anvender den aktuelle kontekst til at tilpasse sig en adfærd og foretage vurderinger ud fra følelser (Münster, 2017, s. 48). Det er ydermere muligt, at "(...) spore, hvordan den lokale kontekst direkte påvirker vores værdier og dermed også dybereliggende motiver og karakteristika som fx. empati"

(Münster, 2017, s. 48). Derfor er det væsentligt for os, at forholde os til den kontekst, vi udfører vores eksperiment i, og dermed også den kontekst, hvori vi tester undersøgelsens interventionsprodukt.

Den aktuelle kontekst er i særdeleshed afgørende for menneskers selvopfattelse i den bestemte situation samt hvilke af menneskets personlighedstræk, der bliver forstærket i situationen. Konteksten påvirker yderligere måden, hvorpå vi værdisætter idéer, udseende og produkter (Münster, 2017, s. 50). De gældende kontekster for denne undersøgelses eksperiment er to blodbanker i to forskellige byer. At der testes i blodbanker medfører, at der testes i en kontekst, der er sammenlignelige med en naturlig kontekst, hvor bloddonorerne normalvis kunne blive præsenteret for information om stamcelledonation, samt blive spurgt, om de vil tage stilling til en tilmelding. At teste i kontekster, der minder om den oprindelige kontekst for den givne information, er med til at styrke undersøgelsens resultater (John et al., 2013, s. 34). På baggrund af viden om kontekstens vigtighed og påvirkning, kan det anses som en fordel, at vi tilstræber, at få flest mulige respondenter til at tage stilling til stamcelledonation i netop denne kontekst. De befinder sig i en kontekst, hvor de i forvejen er kommet for at donere, og er i rum med andre mennesker, der også bruger tid i deres hverdag på at donere for at hjælpe andre mennesker. John et al. pointerer ydermere, at det er hensigtsmæssigt at teste i en kontekst, hvor respondenterne har tid til at deltage, da dette ellers kan påvirke respondenternes svar (John et al., 2013, s. 37). Vi vurderer hertil, at respondenterne forinden deres tapning har afsat tid til at være i blodbanken og få foretaget tapningen. Derudover skal bloddonorerne sidde i venteværelset i blodbanken både før og efter en tapning.

Sundhedspersonalets tilstedeværelse og det kliniske miljø kan også have en indflydelse på bloddonorernes beslutning, da vi vurderer, at dette medfører en bestemt stemning og autoritet til konteksten. Dermed kan det muligvis påvirke flere bloddonorer til at sige "Ja" til en tilmelding som stamcelledonor, idet at vi tester i denne kontekst, frem for eksempelvis at opsøge bloddonorer på gaden. Dette betegnes også som *Hawthorne-effekten*, hvor individet kan handle i strid med sin egen overbevisning, da denne ved, at der deltages i en undersøgelse (John et al., 2013, s. 31). Men dette er også tilfældet med eksperimentets kontrolprodukt, hvor konteksten ligeledes kan have en indflydelse på,

hvor mange bloddonorer der svarer, at de ønsker at tilmelde sig. Da denne Hawthorne-effekt kan gøre sig gældende i begge produkter, vurderer vi, at den eventuelle påvirkning udlignes (John et al., 2013, s. 30).

Vi ønsker at teste den potentielle effekt af adfærdskommunikation i en kontekst, der minder om den BiD og de danske blodbanker selv har til rådighed. Dermed udfører vi også eksperimentet på aktive bloddonorer, hvilke vi har en antagelse om er mere tilbøjelige til at kunne forholde sig til beslutningen om en tilmelding, da de er på vej ind til en tapning og dermed en donation. Vi tilstræber ydermere at komme i kontakt med den del af bloddonorerne, der muligvis ikke søger information om stamcelledonation på BiDs hjemmeside, eller som ikke læser donorbladet eller BiDs nyhedsbrev - og derfor ikke kan tilgås på den måde. Med den valgte kontekst søger vi at aktivere og påvirke de motiver og karakteristika, som bloddonorerne allerede besidder som donor generelt. Vi søger at udnytte konteksten således, at den påvirker bloddonorernes værdier og personlighedstræk i retningen af at ville tage stilling til stamcelledonation, samt blive påvirket til have lyst til at tilmelde sig i registeret.

I forhold til adfærdskommunikation forholder det sig således, at vigtigheden i at teste og udforme adfærdskommunikation til en bestemt kontekst medfører, at det ofte er en udfordring at skalere den direkte udformning op til andre og flere kontekster (Münster, 2017, s. 54; John et al., 2013, s. 36). Derfor er den kontekst, hvori vi har testet vores interventionsprodukt, den mest hensigtsmæssige for den aktuelle anvendelse af adfærdskommunikation, da interventionsproduktet netop er udformet specifikt til blodbanker. Dog vil den eksterne validitet blive stærkere, jo flere steder der testes, og dermed vil det på sigt også blive muligt at generalisere resultaterne (John et al., 2013, s. 30). Hertil bør det dog pointeres, at vi som kritiske realister anser den viden, vi opnår, som et resultat af sociale sammenhænge og strukturer i et åbent system. Derfor kan vi ikke forudsige fremtiden og de resultater, der kan opnås ved at teste interventionsproduktet flere steder. Men vi formoder, at der vil kunne ses sammenhænge i vores resultater og resultater fra tests i flere danske blodbanker, da vi afdækker nogle kausale potentialer for populationen.

Men ønskes det at anvende interventionsproduktet i andre kontekster med samme formål, bør der gennemarbejdes en version, som er tilpasset den nye ønskede kontekst, og som tager højde for de faktorer, der gør sig gældende i denne. Hermed skal det forstås, at det er væsentligt med forståelse og respekt for konteksten, og ikke mindst de divergerende kontekster, som modtageren agerer i (Münster, 2017, s. 57). "Ny kontekst skaber ny adfærd. Og enhver løsning, der sigter mod at ændre adfærd, skal være bygget til den præcise kontekst" (Münster, 2017, s. 57). Derfor tager den specifikke udformning, af denne undersøgelses interventionsprodukt, højde for nogle både eksterne og interne forhold for konteksten. Disse vil blive beskrevet i følgende afsnit.

Samarbejde med BiD

I forbindelse med udformningen af interventionsproduktet og brugen af adfærdskommunikation, har vi set os nødsaget til at forholde os til vores samarbejde med BiD. Dertil også de aktører og fagpersoner, der hører til og opererer i den kontekst, vi tester i.

Indledningsvist indgik vi et samarbejde med BiD, for at opnå større viden om og forståelse for problematikken. Derudover er store dele af den information, der er nødvendig for at forstå problematikken, procedurerne og andre forhold ved stamcelledonation noget, som kun BiD er i besiddelse af eller har adgang til. Derfor har samarbejdet med BiD gjort det muligt for os, at undersøge om adfærdskommunikation kan påvirke antallet af stamcelledonorer på en hensigtsmæssig måde. Dette indebærer en forståelse for og adgang til faktorer ved problematikken, målgruppen og den retmæssige kontekst. Dertil har vi med samarbejdet tilstræbt en undersøgelse, som BiD kunne indvilge i, idet at vi foretager undersøgelsen i deres kliniske miljøer og med deres fagpersoner. Vi har en forventning om, at inddragelse af aktuelle aktører for undersøgelsen giver et bedre udgangspunkt for dataindsamlingen samt samarbejdsvilligheden, som vi er afhængige af for at udforme en bedst mulig undersøgelse, og dermed også opnå brugbar data.

Vores samarbejde med BiD har genereret nogle procedurer, forpligtelser og forbehold for vores undersøgelse, og dermed også forpligtelser til vores anvendelse af adfærdskommunikation. For at kunne teste i de to blodbanker, har vi været igennem en

omfattende godkendelsesproces, hvormed vi blandt andet har skulle indsende en synopsis og en beskrivelse af interventionsproduktet og formålet med dette. For indledningsvist overhovedet at blive tildelt muligheden for at teste i denne kontekst, er vi både forpligtet og nødsaget til at udforme vores produkter således, at sundhedspersonalet og de ansvarshavende finder dem etisk forsvarlige og retvisende for forholdene ved stamcelledonation. Dette medfører, at vi forpligter os til at gøre brug af forskellige strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation i et omfang og et i format således, at informationerne og kommunikationen ikke er konstrueret i en sådan grad, at det er etisk uforsvarligt ud fra en lægefaglig vurdering, men forsvarligt at præsentere i den aktuelle kontekst

På baggrund af disse forbehold fraskriver vi os eksempelvis brugen af *defaultregler*, selvom der er evidens for, at denne teknik er yderst effektiv (Dolan et al., 2012, s. 269). Ved anvendelse af *defaultregler* kunne interventionen eventuelt informere bloddonorerne om, at de allerede var tilmeldt som stamcelledonor, og dertil spørge, hvorvidt de ønskede at forblive tilmeldt, på baggrund af informationer vi præsenterede dem for. Dette finder vi ikke forsvarligt i forhold til vores case og undersøgelsens aktuelle kontekst. Samme overvejelser ville muligvis ikke gøre sig gældende, hvis vi eksempelvis havde valgt, at testen skulle foregå på gaden, og vi i den kontekst opsøgte bloddonorer. Grunden til at det forholder sig således er, at vi, som beskrevet tidligere, mener, at den aktuelle kliniske kontekst medfører en grad af troværdighed og autoritet for indholdet af undersøgelsen. Derudover antager vi, at der er begrænsninger for, hvordan de faktuelle informationer angående stamcelledonation kan formidles, hvis de ansvarshavende på begge hospitaler stadig skal finde det acceptabelt. Ydermere ville vi gerne undgå at forstyrre personalet mere end højest nødvendigt, og ved brugen af *defaultregler* har vi en formodning om, at nogle bloddonorer, på baggrund af interventionsproduktet, ville tro, at de var registreret i stamcelleregisteret, hvilket kunne skabe tvivlsspørgsmål, som personalet skulle forholde sig til.

Der kan argumenteres for at et produkt, der gør brug af adfærdskommunikation, uundgåeligt altid skulle tilpasses dets aktuelle kontekst og godkendes, førend det overhovedet kan tages i brug eller præsenteres for mennesker, både i offentlige og private kontekster. Derfor er vores case og dertilhørende samarbejde med BiD, samt de

forpligtelser det medfører, ikke atypiske i forbindelse med brug af adfærdskommunikation. Men det opstiller forholdsregler gældende for konteksten, lige såvel, som brug af adfærdskommunikation generelt opstiller etiske forholdsregler, hvis der arbejdes ud fra et libertariansk paternalistisk perspektiv (jf. Libertariansk paternalisme).

Det skal tydeliggøres, at samtlige strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation kunne være anvendt i større grad, i det færdige interventionsprodukt. Et eksempel på dette er maksimeringen af positive forhold eller minimeringen af negative forhold, der har til formål at agere incitamenter hos modtageren. Dette kunne medføre, at de negative forhold ved stamcelledonation helt blev overset, og var særligt svære at identificere, hvilket vi ikke anser som forsvarligt. Igen er forsvarlighed og etiske forholdsregler relevante og nødvendige at forholde sig til ved anvendelse af adfærdskommunikation i sin kommunikation. Som beskrevet i teoriafsnittet, har vi som *choice architects* ansvar for det design, hvormed vi forsøger at påvirke menneskers beslutninger og handlinger. For at imødekomme kriterierne for libertariansk paternalisme, skal vores intervention være let at afvise, så vi opretholder bloddonorernes valgfrihed og ikke bebyrder de bloddonorer, der ønsker at dyrke deres frihed. Interventionsproduktet indeholder adfærdskommunikation, der informerer om forhold ved stamcelledonation, men modtageren skal selv aktivt gå ind og tilmelde sig som stamcelledonor eller bede om en tilmeldingsblanket, hvorfor interventionen er let og omkostningsfri at afvise. Derudover er formålet og intentionen med undersøgelsen retmæssig og forsvarlig, idet den søger at få bloddonorer til at tage stilling til stamcelledonation, således at der forhåbentligt tilmeldes flere stamcelledonorer, og dermed reddes flere syge patienter verden over. Samtidig er det, at præsentere bloddonorerne for et valg, om at kunne hjælpe mere også en del af deres præferencer (jf. 5.4 Interaktionsanalyse). Men som *choice architects* skal vi stadig sikre os, at brugen af adfærdskommunikation har et gavnligt udfald for bloddonorerne, og ikke er manipulerende (Sunstein, 2016, s. 12, 41-42; Schmidt, 2017, s. 409).

Dermed sagt tilstræber vi, at det omfang strategierne anvendes i, skal være passende og acceptable i forhold til konteksten, interventionsproduktets godkendelse og de generelle retningslinjer for adfærdskommunikation, samt at vi som undersøgere og

afsendere selv skal kunne stå inde for udformningen. I forlængelse heraf er vi indforstået med, at en anden udformning og brug af strategierne for adfærdskommunikation potentielt kunne have givet andre resultater.

Argumentation for den aktuelle udformning og brug af adfærdskommunikation

Udarbejdelsen af interventionsproduktet har inkluderet en masse teoretiske og metodiske overvejelser, forinden vi har kunne analysere os frem til den mest hensigtsmæssige udformning. Som *choice architects* følger et ansvar for at udforme et gennemarbejdet design og for at kunne argumentere for den specifikke brug af adfærdskommunikation, så det er forsvarligt. Derfor har dette afsnit til formål at præsentere og argumentere for den endelige udformning af interventionsproduktet ud fra præsenterede teori om adfærdskommunikation. Dermed tydeliggøres argumenterne og overvejelserne bag netop denne udformning, hvortil der fremhæves eksempler fra interventionsproduktet. Det aktuelle interventionsprodukt er udformet på følgende måde:

Mange bloddonorer er allerede stamcelledonor - Skal du også være det?

Hej bloddonor

Du tænker måske ikke over det, men du er en af hverdagens helte. Ved hver blodtapning gør du en god og uselvisk gerning. Men som bloddonor kan du faktisk være med til at redde endnu flere alvorligt syge patienter - både i Danmark og andre steder i verden. Du kan nemlig tilmelde dig som stamcelledonor og donere stamceller til en patient med identisk vævstype som dig, der har brug for dine stamceller for at overleve. Mange danske bloddonorer har tilmeldt sig som stamcelledonor, og flere og flere tilmelder sig.

Det sjældne match mellem donor og patients vævstype gør, at chancen for at finde den rette donor er meget lille. Så jo flere bloddonorer der er tilmeldt, jo flere mennesker kan vi redde! En tilmelding som stamcelledonor kræver ikke noget af dig i din hverdag. Hvis du er heldig, bliver du måske matchet én gang i dit liv, hvor du får mulighed for at hjælpe en alvorligt syg patient - men måske bliver du aldrig matchet. Ved et match er der altså et andet menneske, der har direkte brug for dig og dine stamceller.

Hvem mangler stamceller?

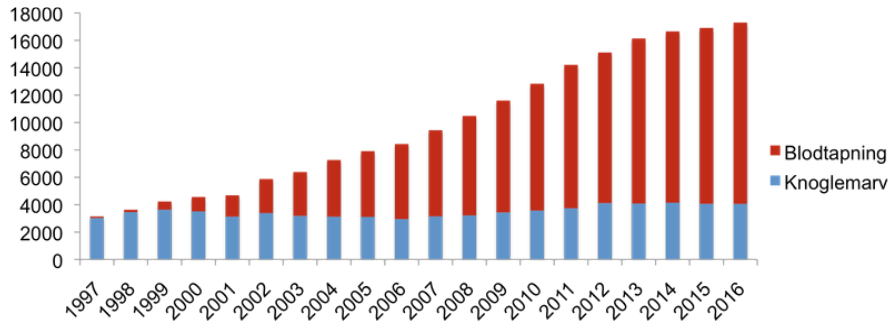
Over 100 danskere får hvert år konstateret en sygdom, som kræver, at de får en stamcelledonation for at overleve. Stamceller bliver brugt til behandling af patienter, der har en sygdom, som gør, at de ikke kan danne blodceller på normal vis. En stamcelle-transplantation kan igangsætte en udvikling af nye celler, som kan erstatte de syge eller manglende celler hos patienten.

Hvordan foregår en stamcelledonation?

I dag kan man ved hjælp af medicin, få stamcellerne til at gå over i blodbanen, så de kan høstes direkte fra blodet med en blodtapning. Et apparat opsamler stamcellerne, og sender resten af blodet tilbage i kroppen, hvilket tager 4-5 timer. Få donorer kan føle en smule ubehag efter blodtapningen, som fortager sig hurtigt.

I meget sjældne tilfælde kan patientens sygdom og tilstand medføre, at donationen foregår ved udtagning af knoglemarv. Udtagningen sker under narkose og ved indlæggelse i to dage. I de første døgn efter donationen kan der være lidt ømhed, der hvor der er blevet stukket, men det fortager sig hurtigt. Efter et par dage er du tilbage til en normal hverdag, og har samtidig været med til at redde et andet menneskes liv!

I tabellen nedenfor kan du se, hvor ofte de to metoder for stamcelledonation hver især bliver brugt på verdensplan.



Kilde: World Marrow Donor Association, årsrapport 2016

Så hvis du er en af dem, der bliver matchet, så er der meget stor sandsynlighed for, at donationen vil foregå ved en blodtapning.

Kommer du til at mangle stamceller?

Du kommer ikke til at mangle stamceller. For alle raske mennesker har et betydeligt overskud af stamceller. Du får fjernet mindre end 1%, og de gendannes i løbet af få uger.

Er du klar til at redde menneskeliv?

"Der er stadig patienter, som vi ikke kan finde en egnet donor til, og som kunne være helbredt, hvis vi havde kunnet finde en." - udtaler professor og overlæge i blodbank.

Tilmeld dig på www.bloddonor.dk - Efter din tilmelding behøver du ikke at foretage dig yderligere. Hvis der bliver brug for dig og dine stamceller, vil du blive kontaktet.

blooddonorerne
bloddonor.dk

I interventionsproduktet er der inkorporeret *social nudging*, hvilket kommer til udtryk i overskriften: "Mange bloddonorer er allerede stamcelledonor - Skal du også være det?". Der anvendes ligeledes *social nudging* idet, at der gives informationer om, at andre bloddonorer allerede har tilmeldt sig som stamcelledonor, og det kommer til udtryk således: "Mange danske bloddonorer har tilmeldt sig som stamcelledonor, og flere og flere tilmelder sig". Hensigten med denne brug af *social nudging* er at udnytte den bias, der indebærer, at mennesker bliver påvirket af andre menneskers adfærd, hvis de bliver informeret om andre menneskers valg og præferencer. Med informationen om, at andre bloddonorer allerede er tilmeldt og flere tilmelder sig, giver vi modtageren adgang til informationer om andre menneskers valg, for at påvirke dem til at ville træffe samme valg. Som det fremgår af teoriafsnittet, er *social nudging* en effektiv form for social påvirkning, som vi søger at anvende i interventionsproduktet. Ydermere viser undersøgelser, at ved at relatere interventionen til individet, vil der opnås en større effekt (Dolan et al., 2012, s. 268). Ved at påpege, at det er "danske bloddonorer", relaterer vi dette udsagn direkte til vores målgruppe, hvilket skulle øge effekten af interventionsproduktet frem for, hvis vi havde skrevet "Mange har tilmeldt sig (...)".

Der anvendes *priming* i form af BiDs ikon; den røde bloddråbe. Denne anvendes i toppen af produktet sammen med overskriften, og som punkter i forbindelse med de forskellige afsnit. Intentionen med bloddråben er, at få modtageren til automatisk at få associationer til en blodtapning og en blodbank, hvilket er noget bloddonorer kender til i forvejen. Modtagerens system 1 skal derfor gerne forbinde bloddråben med en tapning, således at de hele vejen igennem interventionsproduktet får associationer til en tapning frem for knoglemarvsudtagning i hoftekammen. Vi har derfor en formodning om, at størstedelen af bloddonorerne betragter det som en velkendt aktivitet at donere blod, hvorfor færre dele af hjernen aktiveres, og handlingen dermed kræver mindre energi og opmærksomhed. Dermed kan aktivitetsmønsteret med gentagne tapninger medføre, at en blodtapning bliver en velkendt aktivitet i system 1 (Kahneman, 2015, s. 45).

Ikonets to funktioner i forhold til *priming* er derfor; 1) diskret at fremhæve stamcelledonation med tapning, og at skabe associationer til en normal blodtapning, da

dette kan medføre, at de får lyst til at tilmelde sig, fordi deres adfærd allerede indebærer og kender til tapninger, og 2) en påmindelse om det at være donor.

Bloddråben anvendes også med udgangspunkt i *messenger-teknikken.* Den har nemlig også til formål, at indikere BiD som afsender på informationerne i interventionsproduktet. Opfatter modtageren BiD som en autoritær afsender, vil dette have en positiv påvirkning på modtagerens opfattelse af informationerne. Vi antager, at størstedelen af bloddonorerne forbinder positive følelser med BiD og deres arbejde for at sikre og varetage den danske blodforsyning. Vi antager ydermere, at bloddonorerne opfatter BiD som en troværdig og autoritær afsender, hvorfor vi anvender denne teknik. Af samme årsager er BiDs logo også inkorporeret i interventionsproduktet, både i starten og i slutningen. *Messenger-teknikken* anvendes ydermere i forbindelse med kildehenvisningen under tabellen; "(Kilde: World Marrow Donor Association, årsrapport 2016)". Denne har til formål, at gøre modtager opmærksom på, at afsender af tabellen er den internationale organisation for stamcelledonorer, hvortil vi ligeledes søger at sende autoritære signaler.

Tabellen er ligeledes inddraget med udgangspunkt i *salience-teknikken*, der indebærer, at møde modtageren med en stimuli, som de bliver draget af, og som er tilgængelig og simpel. Tabellen har til hensigt at udgøre en simpel visualisering af anvendelses omfanget af de to procedurer for stamcelledonation, hvilket indikeres ved to forskellige farver. Af vores interaktionsanalyse kunne vi udlede, at proceduren for stamcelledonation med marvudtagning gennem hoftekammen, var noget flere informanter var betænkelig ved. Derfor mener vi, at *salience-teknikken* med fordel kan drage modtagerens opmærksomhed hen mod visualiseringen af, hvor sjældent denne procedure anvendes i forhold til tapningen (jf. 5.4 Interaktionsanalyse). Tabellens størrelse og placering har også til hensigt, at bloddonorerne skal lægge mærke til den.

Sidste anvendelse af *messenger*, er inddragelsen af den afsluttende ekspertudtalelse: "Der er stadig patienter, som vi ikke kan finde en egnet donor til, og som kunne være helbredt, hvis vi havde kunnet finde en" (Dam & Jensen, 2018), som er fra Torben Barrington, der er professor og læge i blodbanken på Odense Universitetshospital. Indholdet af udtalelsen bidrager ikke med informationer, som ikke allerede kan udledes

af den resterende tekst. Men formålet er, at tilføje en troværdig og autoritær afsender til informationerne, således modtageren kan påvirkes i retningen af stillingtagen til stamcelledonation samt at informationerne gentages.

Affect-teknikken anvendes i hele interventionsproduktet, idet der anvendes ord og formuleringer, som skal skabe følelsesmæssige associationer hos modtageren. Det er blandt andet i form af; "hverdagens helte", "overleve" og "alvorligt syge patienter". Disse har til formål, at påvirke modtageren til at træffe et valg, ud fra de følelser, der opstår hos dem. Qua de identificerede præferencer hos informanterne i forstudiet vurderer vi, at disse ord kan have en påvirkning på bloddonorerne, da de lægger sig til deres donoradfærd og holdning om at ville hjælpe individer, der har behov for det.

Af vores interaktionsanalyse kunne der udledes fire forhold, som havde særlig betydning for informanterne. Som tidligere nævnt var disse: Det er vigtigt at hjælpe andre, 1-1 forholdet mellem patient og donor, det sjældne match og omfanget af behovet for stamcelledonationer. De fire forhold overskyggede eventuelle betænkeligheder angående stamcelledonation, hvorfor der fokuseres på disse for at aktivere bloddonorernes donoradfærd med at ville donere. Denne adfærd tilstræber vi ligeledes at aktivere med brugen af adfærdskommunikation i interventionsproduktet. Derfor var det vigtigt at tydeliggøre disse forhold i interventionen. Dette gøres eksempelvis ved brug af *framing*, og kommer blandt andet til udtryk i følgende eksempler:

"Det sjældne match mellem donor og patients vævstype gør, at chancen for at finde den rette donor er meget lille."

"Ved et match er der altså et andet menneske, der har direkte brug for dig og dine stamceller."

"Over 100 danskere får hvert år konstateret en sygdom, som kræver, at de får en stamcelledonation for at overleve."

"Ved hver blodtapning gør du en god og uselvisk gerning. Men som bloddonor kan du faktisk være med til at redde endnu flere alvorligt syge patienter."

I flere af disse eksempler, og gennemgående i interventionsproduktet, gøres der også brug for *ego-teknikken*. Denne stemmer overens med ønsket om at aktivere den eksisterende adfærd, da formålet med den er, at få modtageren til at agere ud fra, hvad der understøtter et vedvarende og positivt selvbillede - og i dette tilfælde, deres donoradfærd. Bloddonorerne skal derfor helst ville opretholde den adfærd, der får dem til at ville donere, og dermed også en adfærd som medfører, at de får det godt med dem selv og deres selvbillede. Netop derfor spørges de også: "Er du klar til at redde menneskeliv?" i en afsnitsoverskrift, da dette har til hensigt, at aktivere deres donoradfærd og foretage handlinger, som gør, at de får det bedre med sig selv.

I forlængelse af dette søger interventionsproduktet ydermere at udnytte *optimism and overconfidence* biasen: "Hvis du er heldig, bliver du måske matchet én gang i dit liv, hvor du får mulighed for at hjælpe en syg patient - men måske bliver du aldrig matchet". Med dette udnytter vi, at mennesker er overoptimistiske over egne evner, og dermed sandsynligvis regner med, at de bliver matchet, og derfor får mulighed for at hjælpe en patient. *Framingen* gør, at der tales til deres eksisterende adfærd, som kan medføre, at de får det godt med dem selv og opretholder deres selvbillede. *Optimism and overconfidence* biasen udnyttes yderligere ved følgende information: "Få donorer kan føle en smule ubehag efter blodtapningen, som fortager sig hurtigt". Her er hensigten, at modtagerens naturlige optimisme skal bidrage til, at modtageren forestiller sig, at han eller hun selvfølgelig ikke oplever ubehag, og sagtens kan klare denne procedure for stamcelledonation. Det udnyttes dermed, at de undervurderer deres egen sårbarhed. I forbindelse med netop denne udformning og udnyttelse af den menneskelige bias for *optimism and overconfidenc*e, er er vi blevet opmærksomme på, at denne ofte udnyttes i informationsmateriale angående forhold ved stamcelledonation - om dette er bevidst eller ubevidst, ved vi ikke.

Framing gør sig gældende løbende i udformningen af interventionsproduktet, og især ved informationer angående sandsynligheden for det ene eller det andet udfald ved en stamcelledonation. Det kommer eksempelvis til udtryk således: "I meget sjældne

tilfælde kan patientens sygdom og tilstand medføre, at donationen foregår ved udtagning af knoglemarv" og "Så hvis du er en af dem, der bliver matchet, så er der meget stor sandsynlighed for, at donationen vil foregå ved en blodtapning". I sidste eksempel er *optimism and overconfidence* biasen også indtænkt i udformningen. *Framingen* optræder i formuleringerne: "I meget sjældne tilfælde" og "stor sandsynlighed". Her er informationen *framet* således, at der præsenteres en vurdering af omfanget eller sandsynligheden, hvor tal erstattes med vage betegnelser, som kan opfattes forskelligt af de forskellige modtagere. Hvordan "stor sandsynlighed" opfattes af en person stemmer ikke nødvendigvis overens med, hvordan det opfattes af en anden. Dermed slører vi informationen med disse formuleringer, for eksempelvis at minimere eller maksimere den enten negative eller positive påvirkning informationen har på modtageren. Dette gør sig eksempelvis også gældende i følgende eksempler: "Mange danske bloddonorer har tilmeldt sig som stamcelledonor, og flere og flere tilmelder sig", "(...) men det fortager sig hurtigt" og "(...) chancen for at finde den rette donor er meget lille". Her ligger *framingen* i ordene: "Mange", "flere og flere", "hurtigt" og "meget lille".

I interventionsproduktet anvendes *framing* ligeledes i de dele af teksten, hvor der er indarbejdet incitamenter for en tilmelding som stamcelledonor. Som nævnt tidligere blev informanterne i forstudiet præsenteret for nogle scenarier (Bilag 2). Disse havde til formål at give forskelligartet information, hvorefter informanterne blev spurgt ind til, om de gældende informationer ændrede deres holdning til en tilmelding. I et af scenarierne skulle informanterne forholde sig til, om det at modtage betaling for en stamcelledonation ville have en betydning for, om de tilmeldte sig (Bilag 2). På baggrund af dette scenarie, blev det tydeligt, at informanterne ikke var interesserede i en økonomisk gevinst i forbindelse med at donere. Holdninger angående dette blev eksempelvis italesat således:

Cæcilie: Jeg synes det er sådan lidt forkert at blande sådan nogle ting sammen faktisk.. øhm fordi jeg tænker også at man skal gøre det fordi det er noget man har lyst til at hjælpe andre med (Bilag 4, l. 407-408).

Jonas: Man får en ubehagelig snak lige så snart man begynder at sælge ting for penge (Bilag 4, l. 427).

Med udgangspunkt i dette har vi afgrænset os fra økonomiske incitamenter. Ydermere ville vi ligeledes ikke kunne forsvare at give bloddonorerne information om, at de ville blive betalt, såfremt de tilmeldte sig. Problematikken er her den samme, som tidligere beskrevet i forbindelse med brug af *defaultregler*. Vi finder det dog relevant at inddrage incitamenter, men ikke set ud fra et økonomisk perspektiv. Som det fremgår af interaktionsanalysen, har vi kunne udlede, at det er særlig vigtigt for informanterne, at de kan hjælpe andre. Derfor anser vi det som et incitament for bloddonorerne at få mulighed for at hjælpe andre. I praksis har vi som *choice architects* ønsket at minimere omkostningerne for en tilmelding som stamcelledonor, samt maksimere gevinsten - altså at kunne hjælpe andre. Følgende er eksempler på dette:

"I de første døgn efter donationen kan der være lidt ømhed, der hvor der er blevet stukket, men det fortager sig hurtigt."

I denne formulering nedtones omkostninger for en potentiel stamcelledonation, og en hurtig restitution tales op. Det samme gør sig gældende i følgende:

"Efter et par dage er du tilbage til en normal hverdag, og har samtidig været med til at redde et andet menneskes liv!"

Denne formulering har til formål at minimere de omkostninger, der kan være ved en donation, i form af tabt arbejde og besværligheden i hverdagen. Dertil maksimeres det positive, og der tales derfor direkte til incitamentet for en tilmelding, nemlig at kunne redde et andet menneskes liv. Dette kan ydermere være med til at aktivere den eksisterende donoradfærd og give donoren en mulighed for at få det bedre med sig selv i form af *ego-teknikken.* Udover disse eksempler er informationerne gennemgående udformet for at maksimere positive forhold og minimere negative forhold, ud fra den viden vi har opnået om bloddonorernes præferencer og holdninger.

Undervejs i udformningen af interventionsproduktet har der været mange overvejelser om minimeringen af negative forhold og maksimeringen af positive forhold ved eksempelvis bestemt ordvalg og formuleringer. Et eksempel herpå er, at der i interventionsproduktet står "narkose", hvor der i samtlige materiale vi har fundet angående proceduren for stamcelledonation ved marvudtagning har stået "fuld narkose". I praksis er der ikke forskel på proceduren, men det kan potentielt opfattes mindre skræmmende for modtageren.

I interventionsproduktet anvendes ligeledes strategisk kommunikation, som tilstræber at imødekomme *loss aversion* og dermed system 1s automatiske færdigheder med at ville undgå tab, og det stærke behov for at forblive i besiddelse, af det man har. Vi har derfor i udviklingen arbejdet på at minimere de omkostninger, individet eventuelt kan føle, der er ved en tilmelding som stamcelledonor. Dette gøres i afsnittet, der informerer, om donoren kommer til at mangle stamceller: "Du kommer ikke til at mangle stamceller. For alle raske mennesker har et betydeligt overskud af stamceller. Du får fjernet mindre end 1%, og de gendannes i løbet af få uger". Dermed forsikres bloddonorerne om, at de ikke kommer til at mangle noget, hvilket skal gøre det lettere for bloddonorerne at fortsætte med at ville donere, og undgå at system 1 automatisk opfatter donationen som et tab, eller stamceller som noget de har ved svært at afgive.

Informanterne fra forstudiet italesatte et personligt tidsmæssigt aspekt som en mulig barriere. Det omhandler, hvor meget tid, der ville gå fra en persons hverdag, hvis de skulle være stamcelledonor (jf. 5.4 Interaktionsanalyse). Dette kan være en udfordring, hvis bloddonorerne sammenkobler hyppigheden for blodtapninger, og den tid de tror, at det tager i deres hverdag at være stamcelledonor. Derfor indbefatter interventionsproduktet gentagende informationer om sandsynligheden for en indkaldelse, samt hvad det kræver af bloddonorerne i deres hverdag. Hensigten er hermed at *nudge* modtageren mod det retmæssige tidsforbrug. Dette kommer blandt andet til udtryk således:

"En tilmelding som stamcelledonor kræver ikke noget af dig i din hverdag."

“Efter din tilmelding behøver du ikke at foretage dig yderligere. Hvis der bliver brug for dig og dine stamceller, vil du blive kontaktet.“

Begge disse eksempler forholder sig til tilgængelighedsheuristikken, idet de hjælper modtageren til at vurdere den reelle sandsynlighed for at blive indkaldt som stamcelledonor, og det reelle tidsaspekt i deres hverdag. Så en sammenligning med bloddonation, booking af tappetid og karantæneregler fjernes fra ligningen. Derudover tales der ind i *status quo* biasen, idet at det eksplicit forklares, at bloddonorerne ikke behøver at foretage sig yderligere, så snart de har tilmeldt sig. Så de kan fortsætte med at hjælpe, og få det bedre med dem selv, men stadig opretholde menneskers særskilte tendens til inerti.

Som det fremgår af de præsenterede eksempler, er der mange steder, hvor flere teknikker inden for adfærdskommunikation er anvendt samtidig.

Afslutningsvist har vi inddraget en mørkerød farve til afsnitsoverskrifterne og til enkelte ord i de indledende to tekststykker af interventionsproduktet. De udvalgte ord og sætninger, der optræder med rød farve er: “hverdagens helte”, “stamcelledonor”, “Så jo flere der er tilmeldte, jo flere mennesker kan vi redde!” og “dig og dine stamceller”. Betegnelsen “hverdagens helte” er fremhævet for at tydeliggøre den gode gerning bloddonorerne udfører, hver gang de giver blod, og dermed fokuseres der på, at bloddonorerne hjælper andre, hvorfor deres ridderlighed maksimeres og fremhæves. “Stamcelledonor” er fremhævet, fordi det er første gang efter overskriften, at dette ord præsenteres, hvorfor det ønskes af bloddonorerne lægger mærke til dette. Sætningen “Så jo flere der er tilmeldte, jo flere mennesker kan vi redde!” er fremhævet med det formål, at tydeliggøre, at en tilmelding kan være med til at redde menneskeliv, samt at bloddonorerne med deres tilmeldinger i fællesskab kan være med til at redde flere mennesker. De sidste ord, der er fremhævet med rød farve er “dig og dine stamceller”, og fremhævningen har til formål, at tydeliggøre 1-1 forholdet, hvor der er et direkte behov for en stamcelledonor ved et eventuelt match, samt yderligere at gøre teksten vedkommende og direkte henvendt til den bloddonor, der læser det.

Denne røde farve er identisk med BiDs røde farve fra deres bloddråbe ikon og deres logo. Formålet med brugen af den røde farve er, at den skal give associationer til en blodtapning, og at den skal symbolisere BiD som afsender, hvilket er præsenteret tidligere i forbindelse med *messenger-teknikken*. I afsnitsoverskrifterne anvendes den røde farve i samspil med bloddråbe ikonet, som er anvendt for at udnytte af *priming-teknikken*. Vi vælger at inddrage BiDs røde farve, da den er mørk, og dermed ikke "skrigende" eller uhensigtsmæssig iøjnefaldende, og dermed kan fremstå alarmerende og afskrækkende på modtageren. Dette kunne være effekten ved en mere "skrigende" og markant prangende rød farve (Rose & Christiansen, 2012, s. 147).

Kommende afsnit er en delkonklusion for denne analysedel, de argumenter, valg og refleksioner, der ligger til grund for udformningen af interventionsproduktet, og dermed den aktuelle anvendelse af strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation.

6.2.3 Delkonklusion 1

I analysedel 1 har vi analyseret os frem til, hvilke informationer og hvilke strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation, der potentielt kan eliminere målgruppens barrierer for en tilmelding som stamcelledonor. Der har været et stort omfang af teoretiske og metodiske refleksioner i forbindelse med udformningen af både kontrol- og interventionsprodukt, da udformningen også har skullet forholde sig til gældende faktorer ved casen.

Det har ikke været muligt at anvende de eksisterende pjecer vedrørende stamcelledonation, da vi vurderede, at disse ikke var neutrale. Derfor er et større informationsmateriale blevet gennemarbejdet for at kunne udforme et neutralt og faktuelt informationspapir til forstudiet, som ikke indebar informationer om kræftsygdomme eller mængden af børn som patienter, da dette vurderes som uhensigtsmæssigt for undersøgelsens resultater. Informationspapiret har gennemgået justeringer, for at kunne agere kontrolprodukt, da en bearbejdelse af data fra forstudiet gjorde det tydeligt hvilke informationer, der skulle fjernes eller tilføjes.

Der er fire forhold, der kan underminere potentielle barrierer hos bloddonorerne. Disse er: at hjælpe andre, 1-1 forholdet, det sjældne match og stamcellebehovet. Der skal fokuseres på netop disse forhold, da de er væsentlige for informanterne, og da de gerne vil præsenteres for valg, der giver dem mulighed for at hjælpe mere, og hjælpe hvor de kan. Derudover er den lokale kontekst yderst vigtigt og har ofte stor indflydelse på den beslutning, der skal træffes. Konteksten kan medføre at særlige personlighedstræk bliver forstærket, hvor det i denne undersøgelse er bloddonorernes donoradfærd, der ønskes forstærket og fremmet af konteksten. Vi tester i blodbanker for at teste i en naturlig kontekst, der minder om den, hvori bloddonorerne på normal vis kunne blive præsenteret for information om stamcelledonation og ligeledes en stillingtagen til en tilmelding som stamcelledonor. Interventionsproduktet er udformet til den specifikke kontekst, og kan derfor være svær at overdrage til andre ikke sammenlignelige kontekster.

Vores samarbejde med BiD giver os mulighed for at opnå det bedst mulige indblik i problematikken, men samarbejdet medfører ligeledes forpligtelser og forholdsregler angående omfanget og brugen af adfærdskommunikation, da interventionsproduktet netop skal godkendes og accepteres af BiD og sundhedspersonalet.

I udformningen af interventionsproduktet anvendes flere forskellige strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation, derudover tages der højde for udvalgte heuristikker og bias. Aktuelt er følgende indarbejdet i designet: *Social nudging, priming, messenger, salience, affect, framing, ego, optimism and overconfidence*, maksimering og minimering af incitamentet, *loss aversion*, tilgængelighedsheuristikken og derudover tilstræbes det at aktivere bloddonorernes eksisterende donoradfærd ved at lægge vægt på de fire vigtigste informationer. Der er tilføjet BiDs røde farve, for at skabe genkendelighed til BiDs arbejde og en blodtapning, samt for at fremhæve relevante ord og formuleringer.

Af analysedel 2 vil undersøgelsens resultater fremgå samt blive analyseret. Det er i den analysedel, at det bliver muligt at konkludere, hvorvidt den præsenterede udformning af interventionsproduktet ud fra de gældende forhold har haft en effekt på bloddonorerne.

6.3 Analysedel 2 - Undersøgelsens resultater

I denne analysedel analyseres undersøgelsens resultater, hvortil aktuelle forhold for og observationer fra testen, og dens resultater præsenteres. Derudover analyseres interventionsproduktets effekt på bloddonorerne. Denne analysedel skal derfor gøre det muligt, at besvare følgende undersøgelsesspørgsmål: Hvilken effekt har brugen af adfærdskommunikation på antallet af registrerede stamcelledonorer? (jf. 1.1 Problemformulering).

6.3.1 Resultaternes tilblivelse

I alt testede vi interventionsproduktet over seks dage; tre dage i Aarhus Universitetshospitals blodbank og tre dage i Rigshospitalets blodbank. Vi havde udvalgt dage, således at vi i begge blodbanker testede både i deres tidlige åbningstider og i de sene åbningstider. Dermed ville vi komme i kontakt med de bloddonorer, der anvender blodbanken enten de tidlige eller sene åbningstider. Grunden til dette er for ikke at afskrive dele af populationen, der eksempelvis kun anvender blodbanken om aftenen. Målet var at indsamle minimum 100 besvarelser for hvert produkt - med en lige fordeling i de to byer. Det var hensigten, at få lige mange besvarelser fra mænd og kvinder fordelt i forskellige aldersgrupper. Grunden herfor er, at vi ligesom i specialets forstudie stræber efter at opnå en vis spredning af undersøgelsens respondenter.

Som beskrevet i metodeafsnittet blev hver respondent mødt med to screeningsspørgsmål, som var udarbejdet forinden som et manuskript for vores tilgang til respondenterne (jf. Sampling af respondenter). Disse var som følger:

- Har du taget stilling til, om du vil være stamcelledonor?
- Kender du nogen, der har haft brug for stamceller?

Kunne den adspurgte bloddonor svare "Ja" til et af de to screeningsspørgsmål, blev denne ekskluderet fra undersøgelsen. Dette var for at sikre, at de besvarelser, der skulle udgøre undersøgelsens resultater, udelukkende var udformet af bloddonorer, der havde begrænset viden og kendskab til stamcelledonation og ikke allerede var stamcelledonor.

6.3.2 Overordnede resultater

Aktuelt har vi været i kontakt med 345 personer, i de seks dage vi har testet. Af dette antal har vi opnået 216 brugbare besvarelser, hvormed der er 108 besvarelser på hvert produkt. Vi har opnået en lige fordeling af besvarelser i hver af de to byer, således at der 108 besvarelser fra Aarhus og 108 besvarelser fra København. Per produkt er der 54 besvarelser fra Aarhus og 54 besvarelser fra København. Derudover har vi opnået en lige fordeling af besvarelser fra mænd og kvinder.

Tabellen herefter illustrerer testens respondentfordeling i køn, alder, by og uddannelseslængde. Ydermere fremgår fordelingen af vores population og fordelingen i den danske befolkning:

	Kontrolprodukt	Interventionsprodukt	Population	Danmarks befolkning
Køn				
Kvinder	50%	50%	55,6%	49,4%
Mænd	50%	50%	44,4%	50,6%
Alder				
18-27 år	32,4%	33,3%	37,2%	23,9%
28-38 år	28,7%	29,6%	22,9%	23,5%
39-49 år	24,1%	18,5%	21,2%	25,9%
50-60 år	14,8%	18,5%	18,6%	26,8%
By				
København	50%	50%	-	-
Aarhus	50%	50%	-	-
Uddannelseslængde				
Ufaglært	3,7%	1,9%	-	26,9%
Faglært/ erhvervsuddannelse	11,1%	10,2%	-	29,7%
Ungdomsuddannelse	24,1%	25%	-	10,4%
Kort uddannelse	8,3%	9,3%	-	4,8%
Mellemlang uddannelse	31,5%	29,6%	-	16,3%
Lang uddannelse	21,3%	24,1%	-	9,6%
Adgangsgivende uddannelsesforløb/ uoplyst	-	-	-	2,2%

Tabel 8: Fordeling af respondenter, population og Danmarks befolkning

Note: Population, 17-59 år (Bilag 8); Danmarks befolkning 18-60, uddannelseslængde, 15-64 år (Bilag 13)

Som det fremgår af tabellen, er fordelingen i aldersgrupperne opdelt således, at der er ti år i den yngste aldersgruppe og 11 år i de resterende tre aldersgrupper. Grunden herfor er, at aldersspændet (18-60) i målgruppen i alt dækker over er 43 år, hvilket skal fordeles ud i forskellige aldersgrupper.

Formålet med at inddrage populationens fordeling er at undersøge, om vores *sample* er repræsentativ. Dette gør vi ved at sammenligne fordelingen af respondenter med fordelingen af populationen, og jo større sammenlignelighed der er mellem de to, jo mere repræsentativ er vores *sample*. Da populationens fordeling ikke var opgjort fra

BiDs side inden testen, vidste vi ikke, hvilken fordeling vi skulle *sample* efter. Derfor valgte vi som udgangspunkt at inddrage alle bloddonorer, der opfyldte kriterierne for testen, såfremt de ikke hørte under aldersgrupper, der var overrepræsenteret (jf. Sampling af respondenter). Som det fremgår af tabellen, kan vi udlede, at vores *sample* har en forholdsvis høj grad af repræsentativitet, da differencen mellem *sample* og population ikke er bemærkelsesværdig.

Ud fra fordelingen af Danmarks generelle befolkning, og vores population samt *sample*, kan vi udlede, at der er flere yngre end ældre danskere, der er bloddonor. Dette kan skyldes, at der er en del karantæneregler, der gør, at bloddonorer kan komme i livstidskarantæne grundet sygdomme, hvor vi har en forestilling om, at ældre personer gennem en længere årrække end yngre personer, har været eksponeret for sygdomme, der har medført dette.

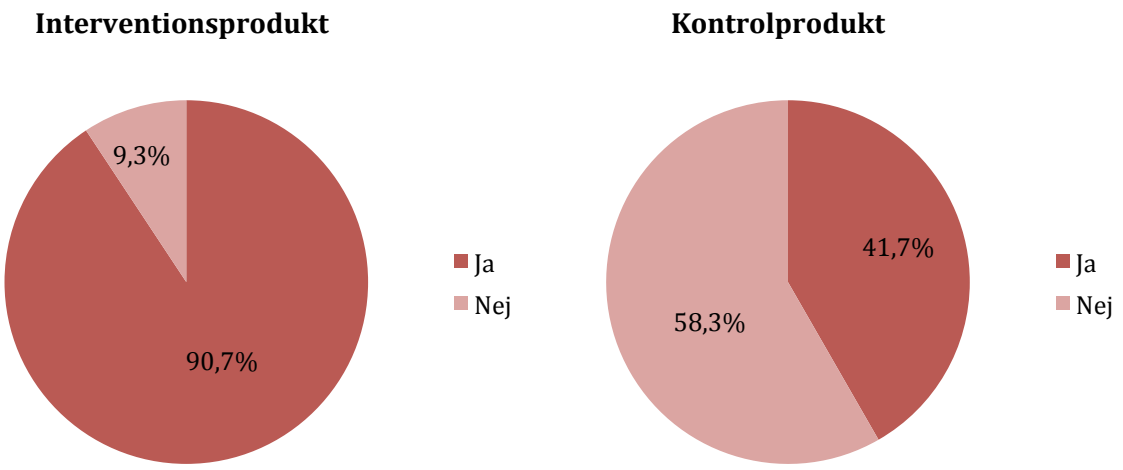
Af tabellen fremgår fordelingen af uddannelseslængder for Danmarks befolkning (15-64 år), og fordelingen af uddannelseslængder for vores respondenter, hvorfor vi kan udlede, at vores *sample* ikke er repræsentativ med den danske befolkning, da disse ikke stemmer overens. Vi fandt det ikke muligt at *sample* respondenter ud fra deres uddannelseslængde, da dette krævede uhensigtsmæssigt meget kontakt med respondenterne inden de besvarede spørgeskemaet. Men som det fremgår af tabellen, er der overensstemmelse i fordelingen af respondenternes uddannelseslængder ved de to produkter, hvor særligt tre uddannelseslængder forekommer hyppigt: Ungdomsuddannelse, mellemlang uddannelse og lang uddannelse. Da vi ikke har data om populationens fordeling af uddannelseslængde, kan vi ikke på baggrund af dette vurdere, om vores *sample* er repræsentativ. Men vi formoder grundet en stor *sample size*, at den fordeling, vi har opnået, er sammenlignelig med populationens fordeling i uddannelseslængder. Hertil hører en refleksion om, at mennesker der har en af de tre hyppigst repræsenterede uddannelseslængder, har større tendens til at tilmelde sig som bloddonorer. Dermed sagt, at personer med længerevarende uddannelser har større tendens til at være bloddonor, ud fra skellet mellem vores respondenter, hvor 21,3% og 24,1% har en lang uddannelse mod de 9,6% af den danske befolkning med lang uddannelse. Dette indbefatter, at vores undersøgelse udgør en forøgelse på 136,6% af personer med lang uddannelse, set i forhold til den danske befolkning - da der er tale

om mere end en fordobling. Af respondenter med en mellemlang uddannelse er forøgelsen dertil 87,1 %. Den sidste hyppigst repræsenterede uddannelseslængde er ungdomsuddannelse, hvor der er en forøgelse på 136,1% i forhold til antal danskere, der har denne uddannelseslængde. En grund til dette kan være, at mange personer tilmelder sig som bloddonor i en ung alder, og derfor potentielt inden de er færdige med at uddanne sig. Populationen indeholder en stor del (37,2%) bloddonorer i alderen 18-27 år, hvilket ligeledes gør sig gældende for vores *sample*, hvor 32,9% er i denne aldersgruppe. Af de respondenter der har svaret, at en ungdomsuddannelse er deres nuværende færdiggjorde uddannelse, har 69,8% tilkendegivet, at deres beskæftigelse er "studerende", hvormed de er i gang med at videreuddanne sig (Bilag 14 og 15).

Som det fremgår af tabellen, er de to produkters respondenter i høj grad sammenlignelige, hvorfor vi vurderer, at de demografiske faktorer ikke har en indflydelse på undersøgelsens resultater, hvilket styrker den interne validitet.

Af de 345 personer vi har været i kontakt med, er 129 af disse blevet ekskluderet. Det betyder, at vi har ekskluderet 37,4%. Eksklusionsgrundene og fordelingen i disse præsenteres i afsnit 6.3.5 Observationer ved test, hvilket optræder senere i denne analysedel. Af de 129 personer, der er ekskluderet, er ni af disse ekskluderet, fordi deres besvarelser ikke var udfyldt korrekt, eller hvis de adspurgte viste sig at være udenfor målgruppen for nye stamcelledonorer (under 18 år eller over 60 år) (jf. 1.3 Casebeskrivelse).

De samlede resultater fra undersøgelsens test viser, at til spørgsmålet, om hvorvidt bloddonorerne har lyst til at tilmelde sig som stamcelledonor, var fordelingen således:



Figur 1: Fordeling af "Ja" og "Nej" besvarelser, kontrol- og interventionsprodukt

Det betyder dermed, at der er mere end en fordobling i respondenter, der har sagt "Ja" til interventionsproduktet end respondenter, der har sagt "Ja" til kontrolproduktet. Derfor kan vi udlede, at brugen af adfærdskommunikation medfører en stigning på 117,5% i "positive" besvarelser angående tilmelding som stamcelledonor. Hermed kan vi konkludere, at adfærdskommunikation har en effekt på bloddonorernes adfærd i forbindelse med en tilmelding som stamcelledonor. Af figuren fremgår det, hvor mange respondenter, der har sagt "Nej" til henholdsvis kontrol- og interventionsprodukt. I praksis udgør det aktuelt 63 respondenter ud af 108, der har svaret "Nej" til kontrolproduktet, og 10 respondenter ud af 108, der har svaret "Nej" til interventionsproduktet.

I følgende afsnit vil vi præsentere og analysere besvarelserne på to produkter, herunder by, respondenternes alder og fordeling i køn, samt hvordan kontrolproduktets og interventionsproduktets resultater kan sættes i forhold til hinanden. Oversigter over respondenternes besvarelser optræder i bilag 14 (for kontrolproduktet) og bilag 15 (for interventionsproduktet).

6.3.3 Interventionsproduktets effekt

Ved at analysere forholdet mellem kontrolproduktet og interventionsproduktet, kan vi udlede om interventionsproduktet har en effekt på bloddonorerne. For at give en forståelse for, hvordan effekten kan udledes vil vi løbende analysere de forskellige variable i de to produkter.

Fordeling af besvarelser

	Kontrolprodukt	Interventionsprodukt	Effekt
Ja	41,7%	90,7%	49%
Nej	58,3%	9,3%	-

Tabel 9: Fordelingen af "Ja" og "Nej" besvarelser og effekt

Af tabellen fremgår procenttallene for de samlede besvarelser på de to produkter, og dertil den procentvise effekt af interventionsproduktet. Når vi udregner differencen mellem kontrolproduktet og interventionsproduktet (49%), kan vi udlede, at interventionsproduktet har en effekt på respondenterne, i forhold til om de har lyst til at tilmelde sig som stamcelledonor. Interventionsproduktet influerer respondenterne 117,5% mere end kontrolproduktet, hvorfor vi formoder, at interventionsproduktet formår at påvirke respondenternes system 1, og derved aktiverer deres eksisterende adfærd, samt den ønskede adfærd.

Det præcise antal registrerede og aktive bloddonorer er 204.726, hvor 190.948 (17-59 år) af dem udgør vores population (Bilag 8). Ud af disse 190.948 bloddonorer er 49.099 registreret som stamcelledonor (World Marrow Donor Association, 2018), hvilket betyder, at 25,7% af de danske bloddonorer har tilmeldt sig i stamcelleregisteret. I interventionsproduktet fremgår det, at antallet af stamcelledonorer er cirka 50.000. Dette tal er aflæst i januar 2018, hvorfor dette er blevet anvendt til interventionsproduktet, som blev udformet i marts. Tallene er derefter blevet opdateret i april, hvorfor vi nu referere til de nyeste tal, som er 49.099 danske tilmeldte stamcelledonorer.

Ved at udsætte bloddonorer for kontrolproduktet, hvor 41,7% af respondenterne svarede "Ja", vil antallet af stamcelledonorer potentielt kunne opnå en stigning på 62,3%. Ved at udsætte bloddonorer for interventionsproduktet, hvor 90,7% af respondenterne svarede "Ja", vil antallet af stamcelledonorer derimod potentielt kunne opnå en stigning på 252,9%. Vi vurderer derfor, at den aktuelle anvendelse af adfærdskommunikation i interventionsprodukt, og den valgte kontekst formår at

influere bloddonorerne til at tage stilling til stamcelledonation, og kan derfor potentielt medføre en betydelig stigning i antallet af stamcelledonorer.

Fordeling af kvinder og mænd

	Kontrolprodukt			**Interventionsprodukt**			**Effekt**		
	Total	Kvinder	Mænd	Total	Kvinder	Mænd	Total	Kvinder	Mænd
Ja	41,7%	44,4%	38,9%	90,7%	88,9%	92,6%	49%	44,5%	53,7%
Nej	58,3%	55,6%	61,1%	9,3%	11,1%	7,4%	-	-	-

Tabel 10: Fordeling af kvinder og mænd

Som det fremgår af tabellen, var der i alt flere kvinder (44,4%) end mænd (38,9%), der valgte at svare "Ja" til en tilmelding på baggrund af kontrolproduktet. Dermed kan det udledes, at informationerne i kontrolproduktet havde en større effekt på kvinder end mænd. Dertil kan det aflæses, at flere mænd (92,6%) end kvinder (88,9%) har svaret "Ja" til en tilmelding ud fra interventionsproduktet. Hvorfor det her kan udledes, at interventionsproduktet har haft en større effekt på mænd end kvinder.

Differencen mellem mænd og kvinder i interventionsproduktet er 3,7%, hvor mænd påvirkes mere end kvinder. Når vi undersøger effekten af interventionsproduktet i forhold til kontrolproduktet, kan vi dog udlede, at differencen mellem mænd og kvinder reelt er 9,2%. Her er det altså tydeligt, at interventionsproduktet alene ikke tydeliggør den korrekte difference, hvorfor vi foruden et kontrolprodukt, havde opnået et misvisende billede af adfærdskommunikationens effekt.

Fordeling af kvinder og mænd i de to byer

Kontrolprodukt						
	København			Aarhus		
	Total	Kvinder	Mænd	Total	Kvinder	Mænd
Ja	42,6%	48,1%	37%	40,7%	40,7%	40,7%
Nej	57,4%	51,9%	63%	59,3%	59,3%	59,3%
Interventionsprodukt						
	København			Aarhus		
	Total	Kvinder	Mænd	Total	Kvinder	Mænd
Ja	92,6%	92,6%	92,6%	88,9%	85,2%	92,6%
Nej	7,4%	7,4%	7,4%	11,1%	14,8%	7,4%
Effekt						
	København			Aarhus		
	Total	Kvinder	Mænd	Total	Kvinder	Mænd
	50%	44,5%	55,6%	48,2%	44,5%	51,9%

Tabel 11: Fordeling af køn og byer

Idet at vores undersøgelse indebar test både København og Aarhus, finder vi det interessant at undersøge, om der er en forskel i, hvor meget bloddonorerne influeres i de to byer og fordelt på deres køn.

Af tabellen fremgår det, at der i København er flere kvindelige respondenter, der svarer "Ja" til kontrolproduktet end mandlige, hvor fordelingen er den samme mellem mænd og kvinder i Aarhus. Disse københavnske kvindelige respondenter svarer generelt mere "Ja" end både mandlige og kvindelige respondenter i Aarhus, og generelt er respondenterne i København mere tilbøjelige til at svare "Ja" til kontrolproduktet.

Interventionsproduktet influerer mænd og kvinder i København lige meget, men når vi undersøger effekten, fremgår det, at mænd påvirkes 11,1% mere end kvinder. Denne effekt er resultatet af, at kvinder, som nævnt, i højere grad påvirkes af kontrolproduktet end mænd, hvilket igen påpeger vigtigheden af et kontrolprodukt, da interventionsproduktet ikke alene giver et retmæssigt billede af effekten. I Aarhus kan den største effekt ligeledes udledes hos mændene, hvor disse influeres 7,4% mere end kvinderne. Kvinderne på tværs af de to byer påvirkes i samme grad, hvorimod mændene i København påvirkes 3,7% mere end mændene i Aarhus.

Vi kan derfor konstatere, at interventionsproduktets effekt er størst på mænd og særligt de københavnske mænd. Ydermere har interventionsproduktet 1,8% større effekt hos respondenterne i København end i Aarhus. Hertil antager vi, at grunden til at differencen ikke er større, er fordi det er lykkedes os at identificere bloddonorernes præferencer og imødekomme disse med brugen af adfærdskommunikationen. Ydermere antager vi, at konteksten for de to test er sammenlignelige og passende, hvorfor vi vurderer, at vi har formået at udforme et interventionsprodukt, der er tilpasset både miljøet i blodbanken i København og i Aarhus. Men vi er indforståede med, at årsagsforklaringen på differencen kan afhænge af utallige andre faktorer, hvilke vi qua vores abstraktion ikke har kendskab til eller tilstræber at undersøge.

Fordeling af kvinder og mænd fordelt på aldersgrupper

Kontrolprodukt						
	Total		Kvinder		Mænd	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
18-27 år	40%	60%	40,9%	59,1%	38,5%	61,5%
28-38 år	38,7%	61,3%	42,9%	57,1%	35,3%	64,7%
39-49 år	53,8%	46,2%	60%	40%	50%	50%
50-60 år	31,2%	68,8%	37,5%	62,5%	25%	75%
Interventionsprodukt						
	Total		Kvinder		Mænd	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
18-27 år	86,1%	13,9%	84,2%	15,8%	88,2%	11,8%
28-38 år	93,8%	6,2%	94,1%	5,9%%	93,3%	6,7%
39-49 år	95%	5%	100%	-	90,9%	9,1%
50-60 år	90%	10%	77,8%	22,2%	100%	-
Effekt						
	Total		Kvinder		Mænd	
18-27 år	46,1%		43,3%%		49,7%	
28-38 år	55,1%		51,2%		58%	
39-49 år	41,2%		40%		40,9%	
50-60 år	58,8%		40,3%		75%	

Tabel 12: Fordeling af køn og alder

I ovenstående tabel fremgår den aldersmæssige fordeling af undersøgelsens respondenter delt ud på kvinder og mænd, og om hvorvidt, de har svaret "Ja" eller "Nej" til en tilmelding.

Ud fra kontrolproduktet kan vi konstatere, at det er de kvindelige respondenter, der udgør forskellen, og at kontrolproduktet har en større effekt på kvinder end mænd. Derudover kan vi udlede, at det er respondenterne i aldersgruppen 50-60 år, hvor flest har svaret "Nej", hvilket indikerer at denne aldersgruppe enten ikke finder informationerne i kontrolproduktet tilstrækkelige eller ikke ønsker at tilmelde sig.

For interventionsproduktet er der to kønsopdelte aldersgrupper, hvor 100% af respondenterne har svaret "Ja", og disse er henholdsvis de kvindelige respondenter i aldersgruppen 39-49 år og de mandlige respondenter i aldersgruppen 50-60 år. Generelt er procenttallet for "Ja" besvarelser i samtlige aldersgrupper og for begge køn højt. Det laveste procenttal er 77,8%, hvor besvarelserne er fra kvindelige respondenter i aldersgruppen 50-60 år.

Ved at sammenholde resultaterne fra de to produkter, kan vi udlede, at aldersgruppen 50-60 årige er den aldersgruppe, hvor interventionsproduktet har den største effekt (58,8%). Dog er det denne aldersgruppe, hvor næst færrest svarer "Ja" til en tilmelding, når de udsættes for interventionsproduktet. Det betyder, at de 50-60 årige bliver påvirket minimalt af kontrolproduktet, men at aldersgruppen i højere grad påvirkes af interventionsproduktet, og dermed adfærdskommunikation. Det omvendte gør sig gældende i aldersgruppen 39-49 årige, hvormed denne aldersgruppe er den, hvor den mindste effekt forekommer (41,2%). Men det er de 39-49 årige, der svarer mest "Ja" til interventionsproduktet. Dette skal forstås således, at differencen mellem antallet af respondenter, der svarer "Ja" i kontrolproduktet, og respondenter der svarer "Ja" i interventionsproduktet er mindre end i de tre andre aldersgrupper, hvorfor de 39-49 årige udgør den mindste effekt af interventionsproduktet.

Fordeling i uddannelseslængder

Uddannelseslængder					
	Kontrolprodukt		Interventionsprodukt		Effekt
	Total		Total		Total
	Ja	Nej	Ja	Nej	
Ufaglært	75%	25%	100%	-	25%
Faglært/ erhvervsuddannelse	33,3%	66,7%	100%	-	66,7%
Ungdomsuddannelse	42,3%	57,7%	85,2%	14,8%	42,9%
Kort uddannelse	55,6%	44,4%	90%	10%	34,4%
Mellemlang uddannelse	35,3%	64,7%	93,5%	6,5%	58,2%
Lang uddannelse	43,5%	56,5%	88,5%	11,5%	45%

Tabel 13: Fordeling i uddannelseslængder

Vi kan af tabellen udlede, at det er respondenter, det er faglærte eller har en erhvervsuddannelse, samt respondenter med en mellemlang uddannelse, der påvirkes mest af adfærdskommunikationen i interventionsproduktet. Ydermere er det ufaglærte, der påvirkes mindst af adfærdskommunikation.

6.3.4 Statistisk signifikans

Resultaterne i vores undersøgelse viser en væsentlig forskel mellem kontrol- og interventionsproduktet. Derfor vil vi dette afsnit påvise, at forskellen ikke blot er væsentlig men også statistisk signifikant. Dette gør vi ved at lave en statistisk test, der tager højde for antallet af respondenter i vores *sample*, med henblik på at sandsynliggøre, at forskellen i vores resultater skyldes adfærdskommunikation og ikke blot statistiske tilfældigheder (Bryman, 2012, s. 348). Når vi udfører en signifikanstest, er det nødvendigt at opstille en nulhypotese, hvilken vi har til formål at modbevise. I denne undersøgelse er nulhypotesen, at adfærdskommunikation ikke påvirker bloddonorerne til at tilmelde sig som stamcelledonor, hvorfor der ikke er forskel i resultaterne mellem de to produkter. Herefter skal vi vurdere, hvilket signifikansniveau vi finder acceptabelt, som indebærer hvor stor en risiko, vi vil løbe for at udlede, at der er en relation mellem de to variabler, hvilket vi kommer ind på i udregningen.

Da undersøgelsens spørgsmål består af en binær variabel, er det relevant at bruge en *chi-square* test, der kan fastslå, hvor sikre vi er på, at der er en relation mellem de to

variabler (Bryman, 2012, s. 348). Testen fungerer således, at værdierne i de fire celler skal påvise en forventet værdi på baggrund af vores nulhyportese. Herefter optræder en tabel med en oversigt over vores observerede værdier fra vores undersøgelse, og efterfølgende optræder en tabel med de forventede værdier.

	Kontrolprodukt	Interventionsprodukt	Total
Ja	45	98	**143**
Nej	63	10	**73**
Total	**108**	**108**	**216**

Tabel 14: Observerede værdier

Med udgangspunkt i antallet af respondenter og den totale fordeling mellem "Ja" og "Nej" i tabel 14, kan vi beregne, hvordan vi ville forvente fordelingen så ud, hvis der ikke var nogen forskel mellem de to produkter ud fra vores nulhypotese.

	Kontrolprodukt	Interventionsprodukt	Total
Ja	71,5	71,5	**143**
Nej	36,5	36,5	**73**
Total	**108**	**108**	**216**

Tabel 15: Forventede værdier

Chi-square værdien beregnes herefter, som summen af differencen mellem de observerede og forventede værdier ((O-E)^2/E), som vist herefter:

	Kontrolprodukt	Interventionsprodukt
Ja	9,82	9,82
Nej	19,24	19,24

Tabel 16: Differencen mellem observerede og forventede værdier

Summen af differencerne fra tabel 16 medfører en *chi-square* værdi, som i dette tilfælde er 58,1. *Chi-square* værdien skal holdes op mod den kritiske værdi i *chi-square* fordelingen. For at gøre dette, er det nødvendigt at beregne frihedsgraden, hvilken i vores tilfælde er én, da vi har to kolonner og to rækker, og ved et signifikansniveau på 1% er den kritiske værdi 6,6 (Medcalc, 2018).

Da *chi-square* værdien på 58,1 er større end den kritiske værdi på 6,6, kan vi dermed afvise nulhypotesen ved 99% signifikansniveau og konkludere, at adfærdskommunikation har en signifikant påvirkning på bloddonorernes "positive" besvarelser i forhold til at tilmelde sig som stamcelledonor (Bryman, 2012, s. 348).

Efter gennemgangen af undersøgelsens resultater vil kommende afsnit præsentere de observationer, vi har gjort os ved udførelsen af eksperimentet.

6.3.5 Observationer ved test

Under de seks dage vi testede vores interventionsprodukt, noterede vi de mønstre, som gjorde sig gældende blandt de adspurgte. Formålet med dette var at sikre, at vi ikke undlod at være opmærksomme på forhold, som vi ikke var bevidste om forinden undersøgelsens start. De observationer, som vi efterfølgende anså som interessante, vil derfor blive præsenteret i denne del af analysen.

Vi blev opmærksomme på, at en stor del af de respondenter, som allerede var registreret som stamcelledonor, eller som havde taget stilling til stamcelledonation befandt sig i den ældre del af målgruppen, og var i alderen 50-60 år. Dette var et mønster, der gjorde det udfordrende at opnå en jævn fordeling af besvarelser i de forskellige aldersgrupper. Derfor er de ældre aldersgrupper underrepræsenteret ved begge produkter, i forhold til den yngste aldersgruppe. Vi formoder, at en årsag til dette er, at de ældre donorer højst sandsynligt har været bloddonorer i en længere årrække. Derfor kan de være blevet præsenteret for information om stamcelledonation flere gange end de yngre, og har tidligere stået i en situation, hvor de har skulle tage stilling til, om de ville tilmelde sig. Derudover kan en årsag være, at de ældre bloddonorer har hørt om flere eller kender flere personer, der har haft behov for en stamcelledonation, hvorfor de har taget stilling til det. Men dette er blot formodninger, da vi ikke har viden herom.

Vi foretog registreringer af de bloddonorer, som blev ekskluderet samt årsagen for deres eksklusion. Vi registrerede både de adspurgte bloddonorer, som allerede var tilmeldt som stamcelledonor, eller de som kendte nogen, der har haft brug for stamceller, hvilke blev ekskluderet på baggrund af screeningsspørgsmålene. Årsager for

eksklusion kunne blandt andet være, at de havde for meget viden om stamcelledonation, eller at de ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. De årsager som blev noteret, var de fire følgende:

Årsag til eksklusion	Antal personer
Er stamcelledonor	74
Har taget stilling til stamcelledonation	31
Har for meget viden om stamcelledonation	12
Ønsker ikke at deltage i undersøgelsen	3

Tabel 17: Årsag til eksklusion

Som forsker kan man opleve, at nogle mennesker ikke vil deltage i ens undersøgelse. Dem der oftest deltager er mennesker, der har en interesse i feltet. Derfor kan ens population ikke anses som værende repræsentativ, da dele af populationen ikke deltager (John et al., 2013, s. 33). Som det fremgår af tabellen, var der i alt tre bloddonorer, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. Af de i alt 345 personer, som vi har været i kontakt med i forbindelse med undersøgelsen, er dette antal så markant lille, at vi vurderer, at der generelt er stor interesse for emnet blandt bloddonorerne, og at repræsentativiteten derfor ikke kompromitteres. En grund til den store interesse i undersøgelsen kan være, at konteksten medfører, at vi udelukkende er i kontakt med aktive bloddonorer, hvilke formodes at have interesse for feltet, og som ønsker at hjælpe andre mennesker.

De 74 stamcelledonorer, vi har været i kontakt med, udgør 21,4% af de i alt 345 bloddonorer, vi har været i kontakt med. Procentdelen af populationen, der er tilmeldt som stamcelledonor er 25,7%, af de i alt 190.948 aktive bloddonorer, hvilket stemmer godt overens med den andel stamcelledonorer vi er stødt på i forbindelse med undersøgelsen.

Udover de årsager som fremgår af tabel 17, ekskluderende vi også nogle af de bloddonorerne, der befandt sig i de to blodbanker, som hørte til de hyppigt repræsenterede aldersgrupper. Dermed fravalgte vi at henvende os til nogle både mandlige og kvindelige bloddonorer, som var i alderen 18-27 år, da vi på daværende tidspunkter havde tilstrækkelig besvarelser fra denne aldersgruppe.

Andre mønstre, som vi observerede under testen, var, at en stor del af de adspurgte aldrig havde hørt om stamcelledonation (eller knoglemarvsdonation) før, og derfor slet ingen viden havde herom. Dette indikerer, at blodbankerne og BiD stadig mangler at ramme en stor del af bloddonorerne med deres initiativer for information om stamcelledonation. Dertil udleder vi, at der er et reelt behov for kommunikation omhandlende stamcelledonation og de aktuelle forhold hermed, da der sundhedsfagligt og samfundsmæssigt er et behov for flere stamcelledonorer for at kunne behandle flere patienter.

Derudover observerede vi, at der var en stor del af de adspurgte, som spurgte ind til, hvorfor de ikke var blevet spurgt, om de havde lyst til at være stamcelledonor tidligere. Dette stemmer overens med resultaterne fra interaktionsanalysen, hvor informanterne undrede sig over det samme (jf. 5.4 Interaktionsanalyse). I vores eksperiment blev der endda spurgt ind til, hvorfor man ikke har kunne tilmelde sig førhen, da de var i den tro, at det først var nu, at man kunne tilmelde sig som stamcelledonor. Dette afkoder vi som en indikator for, at de ikke har hørt om stamcelledonation tidligere, samt en indikator for, at de gerne ville præsenteres for sådanne valg. Dette mønster bekræfter tidligere nævnte forståelse af bloddonorerne, som individer der mener, at det er vigtigt at hjælpe, og at man skal hjælpe, hvor man kan (jf. 5.4 Interaktionsanalyse). Mønsteret legitimerer ydermere interventionsproduktets grundlag for at ville aktivere bloddonorernes donoradfærd, hvilken vi er blevet opmærksomme på i bearbejdelsen af forstudiet (jf. 5.4 Interaktionsanalyse) (Bilag 6). Der gives udtryk for et ønske om at få muligheden for at fortsætte en donoradfærd, som potentielt er med til at skabe et konsistent selvbillede hos bloddonorerne, og så bloddonorerne har det godt med dem selv og deres adfærd (jf. *Ego*). Påvirkningen af bloddonorernes adfærd imødekommes derfor af fælles præferencer hos *choice architect* og modtager, hvormed *choice architecten* har formået at facilitere modtagerens præferencer (Saghai, 2013, s. 490). Forholder det sig således, at modtageren har aflæst *nudget*, men vurderet, at formålet stemmer overens med egne præferencer angående donoradfærd, og dermed tillader *nudget*, så er der tale om *the preference effect* (Schmidt, 2017, s. 409). Dette er tilstræbelsesværdigt, da vi med udformningen af interventionsproduktet vurderer, at interventionsproduktets anvendelse af adfærdskommunikation besidder tilstrækkelig transparens, hvormed de

forskellige strategier og teknikker kan bemærkes af en opmærksom person, foruden at der gøres krav på en urimelig indsat fra denne (Schmidt, 2017, s. 409).

Det sidste mønster vi identificerede var, at en stor del af bloddonorerne efter at have besvaret enten kontrol- eller interventionsproduktet spurgte ind til, om vi kunne tilmelde dem i stamcelleregisteret med det samme, eller om de kunne gøre det med det samme, hos os. Dette indikerer, at de er klar til at handle, og derfor ikke søger mere information. De gældende bloddonorer er overbevist, og har viljen til aktivt at foretage en adfærdsændring og tilmelde sig som stamcelledonor med det samme. Dette er et særdeles hensigtsmæssigt udfald for interventionsproduktet, da en udfordring med adfærdskommunikation er, at modtageren ikke formår at eksekvere sin vilje (Münster, 2017, s. 21).

Det forholder sig således, at der er en fejlagtig opfattelse af, at forandring blot opnås ved at sikre at modtageren har nok viden og vilje. Disse to komponenter er ofte væsentlige for en adfærdsændring, men ikke direkte udslagsgivende. Grunden herfor er, at mennesker ikke er rationelle og ofte godt ved, hvad de burde gøre, men får ikke foretaget ændringen og eksekveret på deres overbevisning og viden (Münster, 2017, s. 21). Adfærdskommunikation handler derfor om, at ændre folks handlinger frem for deres holdninger, hvorfor handling skal prioriteres i udformningen og brugen af adfærdskommunikation. Mennesker vil efterfølgende danne en holdning ud fra deres handlinger (Münster, 2017, s. 26). Grunden til, at denne observation er væsentlig for vores undersøgelse er, at bloddonorerne ikke blot tilkendegiver deres stillingtagen til stamcelledonation ved at svare "Ja" eller "Nej", men også at de ønsker at agere. Ved at de henvender sig til os og spørger, om vi kan tilmelde dem nu, eller om de kan tilmelde sig med det samme, får vi viden om, at de er klar til at foretage en handling. Vi har dermed formået at udarbejde et interventionsprodukt, der henvender sig til system 1, hvilket er det, af de to systemer, mennesket anvender cirka 90% af tiden (Münster, 2017, s. 26). Fejlen ligger ofte i, at *choice architects,* og andre der gør brug af adfærdskommunikation, udformer strategier, der henvender sig menneskers system 2, hvilket er det system mennesker identificerer sig med. Men målet bør være, at udforme strategier, der henvender sig til menneskers system 1 (Münster, 2017, s. 26, 46). Derudover kan deres

ønske om at handle med det samme, også være en indikator på, at de har accepteret interventionen og dens formål, idet den møder deres overbevisninger og præferencer.

I blodbanken på Aarhus Universitetshospital kunne vi, da mønsteret begyndte at vise sig, henvise bloddonorerne til sundhedspersonalet i blodbanken. De kunne udlevere en tilmeldingsblanket, som kunne udfyldes under tapningen, hvorefter personalet indregistrerede deres tilmelding med det samme, og tog en ekstra blodprøve, der skal identificere bloddonorens vævstype. Derefter oplevede vi jævnligt, at bloddonorerne efter deres blodtapning kom ud til os og fortalte, at nu var de tilmeldt.

6.3.6 Delkonklusion 2

Undersøgelsens resultater udgør et samlet antal besvarelser på 216, hvoraf der er 108 besvarelser på hver produkt og besvarelserne af udført af lige dele mænd og kvinder. Resultaterne er indsamlet over seks dage i to blodbanker i henholdsvis København og Aarhus. De bloddonorer, der har deltaget i undersøgelsen, skulle besvare to screeningsspørgsmål, som gjorde det muligt at ekskludere bloddonorer, der allerede var tilmeldt som stamcelledonor, eller havde for meget viden om stamcelledonation. Formålet med dette var udelukkende at indsamle besvarelser, der gjorde det muligt at teste den aktuelle brug af adfærdskommunikation, og den potentielle effekt af denne. I alt var vi i kontakt med 345 personer på de seks dage testen blev udført, heraf blev 129 personer ekskluderet fra undersøgelsen.

Respondenterne er delt op i fire aldersgrupper, hvor de to yngste aldersgrupper, 18-27 år og 28-38 år var overrepræsenterede i forhold til de resterende to. Da vi henvendte os til næsten samtlige bloddonorer, der mødte op i de to blodbanker på de pågældende dage, var denne overrepræsentation af de to yngre aldersgrupper ligeledes gældende for den aldersmæssige fordeling af bloddonorer på de dage. Det viser sig at denne fordeling i høj grad besidder repræsentativitet i forhold til populationen, hvilket også er tilfældet ved fordelingen af kvinder og mænd. Derudover var det ikke muligt at udvælge respondenter efter uddannelseslængde, og da vi ikke har populationens fordeling, kan vi ud fra dette ikke udlede, om vores *sample* er repræsentativ. De tre hyppigst repræsenterede uddannelseslængder var; ungdomsuddannelse, mellemlang uddannelse og lang uddannelse. Den generelle fordeling af uddannelseslængder er sammenlignelig

mellem de to produkter, hvorfor vi formoder, at denne fordeling også gør sig gældende for populationen.

Det overordnede resultat for undersøgelsen er, at 41,7% har svaret "Ja" til en tilmelding som stamcelledonor ud fra kontrolproduktet, og 90,7% har svaret "Ja" ud fra interventionsproduktet, hvorfor interventionsproduktet har en effekt på 49% i forhold til kontrolproduktet. Derfor kan det konkluderes, at den aktuelle anvendelse af adfærdskommunikation, samt den kontekst adfærdskommunikationen optræder i, medfører en stigning på 117,5%, og dermed mere end fordobler antallet af bloddonorer, der vil tilmelde sig stamcelleregisteret i forhold til kontrolproduktet.

Ud fra resultaterne kunne vi udlede, at interventionsproduktet har størst effekt på mænd - både tværs af de to byer og på tværs af de fire aldersgrupper. Resultaterne viser, at mandlige respondenter svarer mere "Nej" i kontrolproduktet og mere "Ja" i interventionsproduktet end de kvindelige respondenter. Dette munder derfor ud i en større difference mellem kontrol- og interventionsprodukt, hvorfor interventionsproduktet procentvis aflæses til at have en større effekt på de mandlige respondenter. Derudover var der ikke en bemærkelsesværdig forskel på, hvor meget interventionsproduktet influerede respondenter i København og Aarhus, hvorfor vi vurderer, at konteksten har været passende, og at vi har formået at udarbejde et interventionsprodukt, der er tilpasset miljøet i både København og Aarhus.

Den største effekt kunne vi identificere var ved de 50-60 årige, hvorimod den mindste effekt var at identificere på tværs af køn i alderen 39-49 år. Hertil var effekten mindst hos ufaglærte respondenter og respondenter med en kort uddannelse, hvorimod effekten var størst hos respondenter med en mellemlang uddannelse eller, er enten faglærte eller har en erhvervsuddannelse.

I forbindelse med testen observerede vi nogle mønstre. Disse mønstre indebærer, at mange respondenter spurgte ind til, om de kunne tilmelde sig med det samme, at mange respondenter ikke har hørt om stamcelledonation før, og at respondenter undrede sig over, hvorfor de ikke er blevet præsenteret for valget om stamcelledonation tidligere.

I analysen af undersøgelsens resultater og udregningen af den reelle effekt af interventionsproduktet, kan vi konstatere, at vi har formået at udarbejde *choice architecture*, der, udført i den rette kontekst, både evner at imødekomme bloddonorernes barrierer og samtidig facilitere bloddonorernes præferencer. Dermed formår interventionsproduktet at aktivere bloddonorernes adfærd ved at henvende sig til deres system 1. Dette vurderer vi ud fra, at der er 26 ud af 28 kategorier, hvor interventionsproduktet har minimum 40% effekt på undersøgelsens respondenter. Derudover har vi udført en signifikanstest, hvor vi med et signifikansniveau på 99%, kan konkludere, at vores aktuelle brug af adfærdskommunikation opnår en signifikant påvirkning på bloddonorerne og deres valg om at ville tilmelde sig i stamcelleregisteret.

Vælger BiD at inkorporere dette speciales interventionsproduktet i deres hvervning af stamcelledonorer, der aktuelt udgør 25,7% af bloddonorerne, kan vi ud fra vores resultater konstatere, at de kan øge antallet af stamcelledonorer med hele 252,9%. Dermed sagt, og for at besvare undersøgelsesspørgsmålet, er den aktuelle effekt ved brugen af adfærdskommunikation, at antallet af stamcelledonorer kan øges med 252,9%.

7. Diskussion

Denne diskussion har til formål, at inddrage nogle af de emner og etiske forhold, der gør sig gældende ved brug af adfærdskommunikation.

7.1 Kritik af libertariansk paternalisme

Fokus for dette speciale er at undersøge bloddonorers barrierer for stamcelledonation, og om adfærdskommunikation kan imødekomme disse, for derved at øge antallet af stamcelledonorer (jf. 1.1 Problemformulering). Dermed er den præsenterede forskningslitteratur om adfærdskommunikation grundlag for vores forståelse og brug af adfærdskommunikation, samt de forhold det indebærer. Hertil skal det forstås, at vi med anvendelsen af adfærdskommunikation vedkender os tilgangen libertariansk paternalisme. Dermed tilknytter vi os præmissen for libertariansk paternalisme, hvilken udgør en legitimering af brugen af adfærdskommunikation. Vi godkender denne præmis i vores undersøgelse, og dermed i vores brug af adfærdskommunikation, idet vi tager udgangspunkt i primærlitteraturen, hvilket også er tydeligt i vores teoripræsentation. Men selvom undersøgelsens interventionsprodukt er udarbejdet ud fra den libertariansk paternalistiske tilgang, udgør litteraturen om adfærdskommunikation også kritik af denne tilgang (jf. 2. Literature review).

Meget af den kritik, der er af Thaler og Sunsteins definition af libertariansk paternalisme er, at de to tilgange er modstridende, hvorfor de ikke kan være del af en samlet tilgang (Hausman & Welch, 2010; Mitchell, 2005; Vallgårda, 2011).

Thaler og Sunstein definerer interventioner som paternalistiske: "(...) if it tries to influence choices in a way that will make choosers better of, as judged by themselves" (Thaler & Sunstein, 2009, s. 5). Dette er Hausman og Welch ikke enige i, da de ikke mener, at paternalisme har noget at gøre med, om individet selv vurderer om interventionen er god for dem (Hausman & Welch, 2010, s. 126). Ydermere påpeger de, at paternalisme ikke nødvendigvis sigter efter at influere individer. De argumenterer for dette ved, at en læge eksempelvis handler paternalistisk, når denne vælger at give blod til en livstruet patient, der er Jehovas Vidne, og derfor ikke ønsker at modtage blod

(Hausman & Welch, 2010, s. 126-127). Dertil argumenterer de for, at interventioner der informerer om eksempelvis, at man skal huske at drikke vand på en varm dag, ikke er paternalistiske, som Thaler og Sunstein påpeger. Hausman og Welch mener, at de blot informerer, og dermed behandler individet som kompetente beslutningstagere, hvilket gør, at der snarere er tale om rationel overtalelse (Hausman & Welch, 2010, s. 136). Ifølge Hausman og Welch er interventionen paternalistisk, når formålet er at influere individers valg gennem andre metoder end rationel overtalelse. Dette er blandt andet, når *choice architecten* udnytter de kognitive bias, individer har, til at få dem til at træffe ét valg frem for et andet, hvorfor *choice architecten* former deres valg (Hausman & Welch, 2010, s. 128). *Choice architecten* kan også influere individers valg ved at ændre i de alternative valgmuligheder. Hermed mener Hausman og Welch, at paternalistiske interventioner enten indebærer tvang, eller udnytter individets kognitive bias, hvorfor de libertarianske værdier i libertariansk paternalisme er tvivlsomme (Hausman & Welch, 2010, s. 129, 136).

At de libertarianske værdier er tvivlsomme skyldes i høj grad, at libertarianisme vægter valgfriheden som højeste prioritet. Mitchell påpeger, at man ved at acceptere Thaler og Sunsteins definition af libertariansk paternalisme underminerer kerneværdien i libertarianisme, som han beskriver således: "(...) that individuals are the best judges and protectors of their own welfare" (Mitchell, 2005, s. 1249). Individer skal altså have frihed til selv at træffe beslutninger, da de selv ved, hvad der er bedst for dem (Vallgårda, 2011, s. 202; Mitchell, 2005, s. 1249). I "Libertarian Paternalism Is Not an Oxymoron" (2003) sætter Thaler og Sunstein fokus på tilfælde, hvor adfærdskommunikation indebærer en form for tvungen beslutningstagen, hvor de involverede personer bliver bedt om at træffe et valg. Disse situationer indebærer respekt for menneskers handlefrihed, idet at mennesker kan undlade at træffe valget (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1173). Men kan en intervention defineres, som værende libertariansk paternalistisk, blot fordi individers handlefrihed er intakt? Hausman og Welch mener ikke, at dette er tilfældet, da der selv ved bevarelsen af valgmuligheder, kan sås tvivl om de libertarianske kvalifikationer (Hausman & Welch, 2010, s. 136). Dette skyldes blandt andet, at adfærdskommunikation handler om at påvirke individer gennem det automatiske system 1, hvorfor det kan være næsten umuligt for individet at træffe en anden beslutning, end den der ønskes af *choice architecten* (Vallgårda, 2011, s.

201-202). Ligeledes påpeger Mitchell, at grundet individers manglende definerede præferencer, vælger individer eksempelvis som oftest at blive i den *default-indstilling*, der er opstillet af *choice architecten*, og dermed vil der kun være tale om en intervention, der er paternalistisk (Mitchell, 2005, s. 1254).

Thaler og Sunstein påpeger, at det kan diskuteres, hvor stort omfanget af valgmuligheder, mennesker skal præsenteres for, bør være. Ud fra et libertariansk paternalistisk synspunkt er det ikke en nødvendighed, at hverken søge eller præsentere de dårlige valgmuligheder, ligesom det heller ikke er en nødvendighed at argumentere for, at et større omfang af valgmuligheder er bedre. Dog er der mange tilfælde, hvor omfanget af valgmuligheder er relevant at forholde sig til (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1196). Forskning af psykologien i menneskers beslutningsprocesser viser, at hvis der er et stort omfang af valgmuligheder, så er mennesker længere tid om at vælge, da de muligvis bliver overvældede af omfanget af valgmuligheder. Derfor bør der generelt ved brug af adfærdskommunikation tages højde for, om mennesker er bedre stillet med et stort omfang af valgmuligheder (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1196-1197). Hertil kan det igen påpeges, at ud fra et libertariansk synspunkt, vil dette udmunde i en begrænsning af valgmuligheder, og dermed fratage individer retten til selv at vurdere, hvad der er bedst for dem. Hvis en *choice architect* undlader at præsentere dårlige valg, er det *choice architecten*, der beslutter hvad dårlige valg er, og dermed definerer, hvad velfærd er, hvilket der ifølge Vallgårda ikke nødvendigvis er enighed om. Dette kan lede til, at individer bliver tvunget til at træffe en beslutning, der ikke fremmer deres individuelle velfærd, da de såkaldte dårlige valg ikke er præsenteret (Vallgårda, 2011, s. 202). Mitchell pointerer det samme angående rationalitet. Han kritiserer fremstillingen af rationalitet, og påpeger at rationalitet ikke gør krav på, at menneskers velfærd fremmes, men at noget der kan anses som rationelt for en person, kan være komplet irrationelt for en anden. Derfor skal der være plads til individuel rationalitet, som ikke skal vurderes eller sammenlignes mennesker imellem (Mitchell, 2005, s. 1267-1268).

Som præsenteret har der været meget kritik af libertariansk paternalisme, da flere mener, at disse to tilgange ikke kan forenes, foruden at den ene undertrykker den anden. Set fra et libertariansk synspunkt bliver der ikke taget nok højde for de kerneværdier, der er i libertarianismen, og set fra et paternalistisk synspunkt, tages der

ikke højde for individers bedst befindende ved inddragelse af libertarianismen. Derfor er der altså uenighed om, hvor stor indflydelse de to tilgange har og skal have, når der *nudges* ud fra libertariansk paternalisme.

7.2 Etiske forhold ved adfærdskommunikation

I arbejdet med adfærdskommunikation, er det væsentlig at forholde sig til det etiske aspekt. Det er væsentligt, fordi formålet er at udforme designs og kommunikation, som kan påvirke menneskers adfærd, og hvor det primære fokus er at forstå og influere de bias, som mennesker opererer med. I bogen "The Ethics of Influence – Government in the Age of Behavioral Science" (2016) har Sunstein beskrevet de etiske forholdsregler, og den kritik han og Thaler har mødt mod adfærdskommunikation, og strategisk at ville påvirke menneskers beslutninger og handlinger. Bogen tager udgangspunkt i, at brugen af adfærdskommunikation har vundet stort indpas flere steder i verden, og vi finder det relevant at inddrage den kritik og de etiske aspekter, der er opstået på baggrund af anvendelsen af adfærdskommunikation. Dertil er det relevant at forholde sig til, hvordan man bør influere valg og undgå tvang og manipulation. Dette er for at diskutere distinktionen mellem en forsvarlig og en manipulerende brug af adfærdskommunikation.

Adfærdskommunikation anvendes hver eneste dag af både offentlige instanser, velgørenhedsorganisationer og private virksomheder, som alle har forskellige intentioner. Derfor er det vigtigt, at se på de etiske begrænsninger, der bør være for *choice architecturen*. Set fra et etisk synspunkt, er der stor forskel på tvang og at influere (Sunstein, 2016, s. 1). Der er særligt fire forhold, der er essentielle at nævne og tage højde for, hvis brug af adfærdskommunikation skal være etisk forsvarligt, og disse er; velfærd, værdighed, autonomi og selvstyre (Sunstein, 2016, s. 3). Der vil ikke være etisk uforsvarlige designs, hvis den aktuelle brug af adfærdskommunikation tager udgangspunkt i at opretholde og værne om disse fire værdier. Det er derfor essentielt, at *choice architects* fremmer enten en eller alle disse værdier foruden at negligere eller gå på kompromis med nogle af dem (Sunstein, 2016, s. 11).

Men der hersker bekymringer for, om de der udfører adfærdskommunikationen gør det med respekt for de individer, der forsøges påvirket, og om adfærdskommunikation er truende for individernes autonomi og værdighed (Sunstein, 2016, s. 11-12). Her påpeges en bekymring om, at menneskers værdighed og selvudvikling ofte bliver et intuitivt mål for adfærdskommunikation. Mister mennesker så muligheden for selv at styre sin udvikling og gennemgå forandringer? Kritikken går på, at adfærdskommunikation kan medføre, at mennesker bliver objekter og dermed et mål for offentlige aktører, hvorfor de ikke længere selv kan bestemme eller styre fortællingerne i deres eget liv. De bliver altså et offer for manipulation (Sunstein, 2016, s. 12). Set i forhold til vores undersøgelse udgør bloddonorerne en specifik målgruppe, som intuitivt og oplagt bliver mål for BiDs hvervning, og dermed også denne undersøgelses intervention. Men der kan argumenteres for, at bloddonorerne får mulighed for at styre deres selvudvikling og personlige fortælling, da de ved at sige "Nej" til at tilmelde sig som stamcelledonor forbliver bloddonor, og dermed stadig donerer og hjælper andre mennesker. Det er derfor omkostningsfrit for bloddonorerne at sige "Nej" til en tilmelding, og de vil stadig have mulighed for at ombestemme sig, eller tage en beslutning og selv gå ind og tilmelde sig i registeret. Det er også en mulighed, at de slet ikke forholder sig til beslutningen. Ved at de netop ikke tvinges til at træffe en beslutning ud fra interventionsproduktet, men selv skal tilmelde sig eller kontakte sundhedspersonalet. Dermed vælger de selv, hvorvidt de aktivt ønsker at gennemgå den forandring eller den personlige udvikling i deres adfærd, som en tilmelding kan medføre.

Som det fremgår af teoriafsnittet, er det korrekt, at store dele af forståelsen for adfærdskommunikation indebærer viden om, hvordan man kan påvirke menneskers valg og adfærd. Så bekymringer angående brugen af adfærdskommunikation er legitime, og skellet mellem manipulation og at influere er heller ikke altid helt tydeligt. Men Sunstein mener, at de der tænker, at mennesker risikerer at blive objekter, hvor deres selvstyre, autonomi, værdighed og velfærd er på spil, også ofte har den holdning, at det ikke er tilstrækkeligt, at mennesker formelt set gives muligheden for at træffe valg, men at der skal sørges for, at de aktivt træffer deres egne valg (Sunstein, 2016, s. 12). Retmæssig brug af adfærdskommunikation medfører, at mennesker altid har mulighed for at vælge, men det er ikke altid, at adfærdskommunikation hverken kræver

eller sikrer, at der omgående træffes et valg (Sunstein, 2016, s. 12). Sidstnævnte er tilfældet med vores interventionsprodukt. Bloddonorerne bliver præsenteret for et valg, idet at de udsættes for interventionsproduktet, men det hverken sikres eller kræves, at de omgående træffer et valg. Men det valg, de præsenteres for i vores undersøgelse, stemmer overens med deres identificerede eksisterende adfærd, hvormed interventionsproduktet indebærer et valg, som en stor del af bloddonorerne ønsker at blive stillet overfor (jf. 5.4 Interaktionsanalyse). Dertil oplevede vi, at langt de fleste adspurgte ønskede at tage stilling til, om de ville tilmelde sig som stamcelledonor. Disse faktorer anser vi som argument for, at bloddonorerne ikke udsættes for manipulation, men at de influeres til at tage stilling til et valg, såfremt de ønsker det. Hertil er det et gennemtrængende spørgsmål, hvorvidt institutioner skal kræve, at mennesker selv tager en beslutning, eller om de skal spørge, om de har lyst til det - enten i form af et supplement eller ved at *booste* deres evne til at træffe hensigtsmæssige valg (Sunstein, 2016, s. 12).

I så fald at sundhedspersonalet i blodbankerne direkte spørger en bloddonor, om personen ønsker at være stamcelledonor, skal bloddonoren forholde sig til dette og træffe et valg. Dog opretholdes muligheden for at bloddonoren kan afvige og undlade at svare eller tilkendegive, at de ikke ønsker at træffe den beslutning på det gældende tidspunkt. Fordelen ved at sundhedspersonalet spørger direkte er, at bloddonoren aktivt træffer et valg, og der opnås indikationer på bloddonorens præferencer. Denne procedure vil i større grad tilgodese de, der mener, at det skal sikres, at der omgående træffes en beslutning. Skal beslutningsprocessen derimod *boostes*, kan det opnås såfremt, at sundhedspersonalet giver bloddonoren informationer om stamcelledonation eksempelvis i form af en informationsfolder og derefter spørger, om denne ønsker at være stamcelledonor. Eller ved at informationsfolderen blot udleveres ved fremmøde i blodbanken. Ofte er den bedste anvendelse af adfærdskommunikation udformet således, at det *booster* menneskers beslutningsprocesser. Adfærdskommunikationen er i disse tilfælde designet til, at mennesker selv kan træffe gavnlige valg, eller ved at der opfordres til eller kræves, at de giver indikationer på deres præferencer (Sunstein, 2016, s. 12). Med udgangspunkt i vores undersøgelse vurderer vi, at det ikke er nødvendigt, at der sikres, at der aktivt træffes et valg, men vi finder det mest hensigtsmæssig, såfremt bloddonoren har spørgsmål, at de kan stille disse til

sundhedspersonalet. Vores resultater viser derimod, at vores aktuelle anvendelse af adfærdskommunikation *booster* bloddonorerne til at træffe en beslutning, og at der kan opnås en effekt og forøgelse af tilmeldinger, ved at valget præsenteres for dem.

En anden del af kritikken af adfærdskommunikation, som er relevant at inddrage, er, at der er mange tilfælde, hvor adfærdskommunikation opfattes som stødende eller forkastelig. Dette er tilfældet, hvis adfærdskommunikationen eller *choice architecturen* er udformet på en uacceptabel måde til trods kravene for libertariansk paternalisme (Sunstein, 2016, s. 17). Den fundamentale grund til dette er, at intentionen og dermed slutmålet er uretmæssigt (Wilkinson, 2013, s. 354). En sådan uacceptabel brug af adfærdskommunikation, kan eksempelvis have den intention, at et bestemt religiøst mindretal favoriseres, eller at den siddende regering forankres. Selvom slutresultatet for adfærdskommunikationen er legitimt, så er det *choice architectens* pligt at sikre transparens og at undgå brug af manipulation (Sunstein, 2016, s. 12, 41-42). Men selvom der sikres en opretholdelse af menneskers handlefrihed, så medfører det ikke, at offentlige eller private aktører har ret til at gøre, hvad de vil. I tilfælde hvor hensigten og slutresultatet er uretmæssigt eller illegitimt, så vil det anses som en form for uacceptabel manipulation (Wilkinson, 2013, s. 354; Sunstein, 2016, s. 13). For at den paternalistiske del af libertariansk paternalisme overhovedet skal træde i kraft, skal de valg som adfærdskommunikationen opstiller tage udgangspunkt i, hvad der er bedst for individet, hvis individet også selv skulle bedømme (jf. Libertariansk paternalisme). Dette imødekommer vi med resultaterne fra forstudiet, da disse er indikationer på, hvad bloddonorerne selv finder hensigtsmæssigt for dem og deres interesser. Som det fremgår af analysedel 1, har vi i forbindelse med vores undersøgelse ligeledes skulle forholde os til den *choice architecture,* som vi udformede, og de begrænsninger, som den aktuelle kontekst medførte. Dermed har vores anvendelse af adfærdskommunikation konsekvent været tilpasset konteksten, for at undgå elementer af manipulation, selvom intentionen med adfærdskommunikationen er legitim.

Som afrunding på den generelle kritik af adfærdskommunikation pointerer Sunstein, at protesterne mod adfærdskommunikation mangler gennemslagskraft af to grunde. Den første præsenteres i størstedelen af teorien om adfærdskommunikation og omhandler, at både *choice architecture* og brug af adfærdskommunikation grundlæggende er

uundgåeligt – i større eller mindre grad (Sunstein, 2016, s. 12; Sunstein & Thaler, 2003, s. 1199). Den anden grund er, at adfærdskommunikation og *choice architecture* i de fleste tilfælde er forsvarligt, hvis ikke direkte obligatorisk set ud fra et etisk perspektiv. Dette er, hvad enten det omhandler værdighed, autonomi, selvstyre, velfærd eller andre lignende værdier (Sunstein, 2016, s. 12). Modstandere af libertariansk paternalisme og især modstandere af paternalisme bør tage højde for menneskers manglende selvstyre. Dette indbefatter, at det ofte er uetisk, at lade mennesker udføre en skadelig adfærd, idet at de ikke kan navigere i, hvad der er passende valg og adfærd og ikke har kendskab til konsekvenserne for deres valg (Sunstein & Thaler, 2003, s. 1199-1201).

I forhold til denne del af den etiske diskussion er det essentielt at være indforstået med, at al kommunikation vil være præget af en afsender, hvorfor dette også er tilfældet med adfærdskommunikation. Vi finder det relevant at tilkende os argumentet, at *choice architecture* og adfærdskommunikation er uundgåeligt, hvilket også er tilfældet med al kommunikation i forbindelse med vores aktuelle undersøgelse. Dermed sagt, har det kontrolprodukt, vi har udformet, også været præget af os som *choice architects* og vil aldrig være neutralt, selvom dette tilstræbes. Derudover kan der argumenteres for, at dette speciales case afviger fra mange af de situationer, der omtales, hvor modtageren vil udvise manglende selvstyre og skadelig adfærd på grund af mangel på *choice architecture* og adfærdskommunikation. At bloddonorerne ikke præsenteres for et valg om at tilmelde sig som stamcelledonor, vurderer vi ikke indebærer en skadelig adfærd for dem individuelt. Dog er det samfundsmæssigt en problemstilling, der ikke tages højde for, eller som ikke forsøges elimineret ved ikke at introducere bloddonorerne for valget om at tilmelde sig som stamcelledonor. Belægget for at anvende adfærdskommunikation og udsætte bloddonorerne for interventionsproduktet er, at idet at bloddonorerne ikke kender til valget, kan det have konsekvenser for en stor gruppe syge patienter. Bloddonorerne er heller ikke bekendt med konsekvenserne af, at de ikke aktivt og selvstændigt opsøger viden om stamcelledonation, hvilket medfører, at de ikke får mulighed for at hjælpe patienter, som ellers ligger til deres karaktertræk. Derfor er det væsentligt, at de præsenteres for adfærdskommunikation, for at de bedst muligt kan navigere i de beslutninger, de præsenteres for, og som de har gavn af at blive stillet over for. Vi anser derfor *choice architecture* og adfærdskommunikation som forsvarligt og obligatorisk i undersøgelsens kontekst for både at kunne afhjælpe

problematikken og give bloddonorerne mulighed for at opretholde og udvikle det selvbillede og den adfærd, som de allerede har.

7.2.1 Manipulation

Et aspekt som hyppigt optræder i den etiske diskussion er manipulation. Derfor ønsker vi at udfolde dette i denne del af diskussionen

De fleste mennesker vil ikke udsættes for manipulation, og for at undgå at manipulere eller bruge elementer fra manipulation, kræver det et uundværligt fokus på ansvarlighed og transparens (Sunstein, 2016, s. 15). Manipulation opfattes generelt som en mangel på transparens, hvor essentielle elementer i situationen ikke afsløres eller direkte gemmes væk. Det kan både være, hvor aktøren ikke afslører sin egen rolle, eller hvor et gældende træk eller en betydelig information tilbageholdes. Hvis disse elementer bliver tydelige og kommer frem i lyset, kan der ikke være tale om effektiv manipulation (Sunstein, 2016, s. 102-103). Adfærdskommunikation bør altid være transparent, men det eliminerer ikke fuldstændig risikoen for manipulation (Sunstein, 2016, s. 15).

Vi har som *choice architects* ansvar for, at vores interventionsprodukt ikke indebærer manipulation, men samtidig at vores forskning tester effekten ved brug af strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation. Med udgangspunkt i præsenterede forholdsregler vedrørende manipulation, har undersøgelsens mål været at få bloddonorerne til at tage stilling til en tilmelding samt øge antallet af stamcelledonorer. Vores interventionsprodukt er udformet således, at det indebærer én beslutning - beslutningen om hvorvidt den gældende bloddonor ønsker at tilmelde sig som stamcelledonor. Intentionen har været at bloddonoren skulle træffe denne beslutning på baggrund af information om blandt andet; muligheden for at hjælpe, behovet for stamcelledonationer, chancen for at kunne donere og de to forskellige procedurer for stamcelledonation, samt relevante forhold for disse. Vi har anvendt adfærdskommunikation på disse informationer, men undladt at fjerne informationer, som vi vurderer, som væsentlige for beslutningen. Dette har været for at undgå at udsætte bloddonorerne for manipulation ved at fjerne essentielle elementer. I interventionsproduktet er der forhold, som er minimeret og maksimeret i deres

udformning, og vi har anvendt adfærdskommunikation med udgangspunkt i en forståelse af menneskers beslutningsprocesser og bias. Dermed er der forhold, som vil opfattes forskelligt alt efter modtageren, og der er forhold, som kan være maskeret i kommunikationen. Dette er, som nævnt tidligere, med udgangspunkt i de interesser og den adfærd vores forstudie har identificeret hos bloddonorerne. Vælger bloddonorerne at tilmelde sig som stamcelledonor, har de taget et valg. Hertil er vi indforstået med, at det "reelle" valg, om at ville donere stamceller til en patient, først opstår såfremt, at der forekommer et match, og donor bliver kontaktet. Det er i denne proces, at bloddonoren vil blive informeret om samtlige sundhedsfaglige forhold ved en sådanne transplantation, hvortil det kan afklares, hvorvidt donoren stadig ønsker at gennemgå donationen.

Ifølge Schmidts artikel "The Power to Nudge" er der mange, der mener, at såfremt adfærdskommunikation udføres transparent, vil denne være ineffektiv (Schmidt, 2017, s. 409). Schmidt mener, at dette argument ikke har et tilstrækkelig empirisk grundlag, og ligeledes påpeger han, at andre studier viser, at transparens i adfærdskommunikation fortsat vil være effektivt, såfremt en *choice architect* har identificeret individets præferencer og overbevisninger (Schmidt, 2017, s. 409). Hvis eksempelvis et individ afkoder formålet med et *nudge* og vurderer, at dette stemmer overens med dennes præferencer, vil der kunne opstå to mulige udfald: 1) enten tillader individet *nudget*, da denne handler ud fra sine præferencer, og der opstår, hvad der kaldes *the preference effect*, eller 2) hvor individet afviser *nudget*, selvom afvisningen strider imod dennes præferencer, og der opstår, hvad der kaldes *the reactance effect* (Schmidt, 2017, 409). Studier viser, at individer der afkoder interventioner, ofte accepterer dem på baggrund af the *preference effect*. Dog er der stadig tilfælde, hvor individet fravælger interventionen på baggrund af *the reactance effect*. Derfor vil en intervention, der er udformet transparent, ikke nødvendigvis have lige så stor effekt, som en mere manipulerende intervention, hvor individerne ikke afkoder, at der gøres brug af adfærdskommunikation. Hertil konkluderer Schmidt: "If so, I suggest we should simply accept some tradeoffs" (Schmidt, 2017, s. 409), hvilket skal forstås således, at *choice architects* skal acceptere den byttehandel, der indebærer, at de skal kunne gå på kompromis med effekten af interventionen, for dermed ikke at være manipulerende.

For at en intervention besidder en tilstrækkelig grad af transparens, skal interventionsproduktets forskellige tegn, ifølge Schmidt, kunne bemærkes af et observant individ, der med en ikke urimelig indsats og forståelse vil kunne opdage tegnene. Et eksempel på dette kan være, flue-klistermærket i urinaler, der skal sikre, at der ikke rammes ved siden af. Formålet med klistermærket er tydeligt, men det er ikke sikkert, at alle vil opdage, at de bliver *nudget* til ikke at ramme ved siden af (Schmidt, 2017, s. 411).

Forinden vi har kunnet udforme undersøgelsens interventionsprodukt ud fra målet om at opnå en forsvarlig grad af transparens, er det væsentligt at vælge, hvilken udlægning og forståelse af transparens vi ønskede at tilknytte os. Af litteraturgennemgangen har vi fået kendskab til, at der er mange udlægninger af, i hvor stor eller hvor lille grad transparens er nødvendigt for at opnå adfærdskommunikation, der kan betegnes som etisk forsvarligt (jf. 2. Literature review). Vi tilknytter os Schmidts udlægning af transparens og har dermed forsøgt at udforme vores interventionsprodukt, således det imødekommer denne udlægning. Vi har i forstudiet undersøgt bloddonorernes præferencer og overbevisninger, omhandlende det at tilmelde sig som stamcelledonor samt undersøgt, hvilke betænkeligheder de har ved en eventuel tilmelding (jf. 5.4 Interaktionsanalyse)(Bilag 6). I og med at vi har undersøgt bloddonorernes præferencer, er det muligt for os som *choice architects* at skabe et miljø, hvor bloddonorerne forsøges influeret til at træffe et valg, der er gavnligt for dem ud fra, at de gerne vil hjælpe andre (jf. 5.4 Interaktionsanalyse). Ved at skabe *choice architecture* ud fra de rette intentioner – bloddonorernes præferencer og en sundhedsmæssige problemstilling – gør det, at vi kan argumentere for, at interventionen er legitim (Wilkinson, 2013, s. 342), og dermed har formålet med interventionen ikke uretmæssige slutninger (Sunstein, 2016, s. 17).

8. Refleksion

Følgende afsnit indebærer udvalgte refleksioner i forbindelse med vores undersøgelse.

Indledningsvist vil vi inddrage refleksioner omhandlende tilgangen til specialets forstudie og undersøgelse. Som det fremgår af metodeafsnittet, foretog vi et forstudie med det formål at få indsigt i og viden om, hvilke barrierer for stamcelledonation der kunne være hos bloddonorerne. Disse informanter blev givet faktuel information om stamcelledonation under et fokusgruppeinterview, hvor vi spurgte ind til informanternes umiddelbare tanker og holdninger med udgangspunkt i den information, de løbende blev givet. Derudover var vi interesserede i interaktionen blandt informanterne, de emner der var hyppigst repræsenterede og blev diskuteret mest, samt de konsensuspunkter der opstod (jf. 5.4 Interaktionsanalyse).

Denne metodiske fremgangsmåde medfører, at vi henvendte os til informanternes system 2, hvor de skulle forholde sig til information og reflektere over, hvilken betydning informationerne havde for dem, samt italesætte deres tanker og holdninger. Dermed opnåede vi data, der bygger på informanternes refleksive forståelse af stamcelledonation og holdning til en tilmelding i stamcelleregisteret. Vi udførte forstudiet således, idet vi stræber efter at kunne forstå og beskrive de gældende barrierer og dermed også problemet. Grunden herfor er, at vi er nødsaget til at kunne beskrive og identificere problemet, hvis det skal være muligt for os at løse det, og dermed anvende adfærdskommunikation i den case, som er omdrejningspunkt for dette speciales undersøgelse. Men denne metodiske fremgangsmåde medfører, at resultaterne fra forstudiet kan belyse og beskrive problematikken ud fra refleksive beslutningsprocesser hos informanterne, hvortil vi skal forsøge at imødekomme problematikken ved brug af adfærdskommunikation, der henvender sig til bloddonorernes system 1 - det automatiske system. Dette medfører altså, at resultaterne fra forstudiet udspringer af en refleksiv proces hos informanterne, som skal agere udgangspunkt for at udarbejde et interventionsprodukt, der henvender sig til en automatisk proces hos respondenterne. Dette kan medføre en skævvridning mellem den forståelse, vi har opnået af problemet og barriererne, og den tilgang vi tilgår bloddonorerne med. Derfor har det været vores opgave som *choice architects* at

omsætte informanternes refleksive svar til viden om deres barrierer, som vi kunne imødekomme med adfærdskommunikation foruden at udforme en intervention, der ikke var forsvarlig eller passende for konteksten. Af den viden vi har opnået om informanterne, var der, som tidligere nævnt, et altoverskyggende faktum, som er, at de gerne vil hjælpe andre og generelt mener, at man skal hjælpe, hvor man kan. Dette har vi anvendt som afsæt for, hvordan vi gjorde brug af adfærdskommunikation, og vi forsøger derfor at henvende os til bloddonorernes system 1 med denne information. Vi har anvendt denne tilgang, da vi ikke har fundet relevante alternative metoder til at identificere barriererne ud fra den konkrete problemstilling, casen fremstiller.

Af vores litteratursøgning har vi fundet litteratur, der omhandler adfærdskommunikation i forbindelse med sundhedskommunikation. Her optræder betegnelsen informeret samtykke. Informeret samtykke indebærer, at patientens samtykke skal gives på baggrund af et fyldestgørende grundlag af information og foruden uberettiget påvirkning (Ploug, Holm & Brodersen, 2012, s. 1193). Vi mener, at det er essentielt at forholde sig til informeret samtykke i forbindelse med adfærdskommunikation, der omhandler helbredsmæssige undersøgelser og indgreb. Ploug et al. pointerer, at den libertariansk paternalistiske tilgang, som legitimering af adfærdskommunikation, kan svække kriterierne for at opnå informeret samtykke. Grunden hertil er, at libertariansk paternalisme retfærdiggør, at *choice architects* kan præsentere mangelfuld eller utilstrækkelig information om forhold ved en undersøgelse eller et indgreb, når de anvender adfærdskommunikation (Ploug et al., 2012, s. 1193-1194). På baggrund af dette, har vi reflekteret over, om der i forbindelse med vores undersøgelse lempes på mulighederne for at opnå informeret samtykke. Men idet at interventionsproduktet indebærer et *nudge* til en tilmelding som stamcelledonor, og der ved denne tilmelding ikke gives samtykke til et indgreb eller en yderligere undersøgelse, vurderer vi, at informeret samtykke ikke er aktuelt for denne del af processen. Såfremt at en bloddonor tilmelder sig som stamcelledonor, og der er et match med en patient, så opstår det, vi tidligere har omtalt som det "reelle" valg. Først her skal donoren vurdere og give samtykke til, hvorvidt denne ønsker at gennemføre donationen. I denne del af processen mener vi, at donationen skal foregå på baggrund af et informeret samtykke.

Dette speciale indbefatter et samarbejde med BiD, hvorfor vi i mange aspekter af processen og udarbejdelsen af interventionsproduktet, har forholdt os til, hvordan den aktuelle brug af adfærdskommunikation kunne fungere i praksis. Som det fremgår af analysedel 1, har konteksten og casens forhold været essentielle for, hvordan vi har operationaliseret strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation. Grunden til dette er, at vi ønsker, at dette speciale både skal bidrage med viden om, hvordan adfærdskommunikation kan anvendes i den gældende kontekst, og hvordan dette kan imødekomme problematikken om manglende stillingtagen til stamcelledonation og øge antallet af tilmeldinger. Vi opfatter, at brugbar adfærdskommunikation er, når den fungerer i praksis og er tilpasset virkelige kontekster og mennesker samt deres kognitive bias, førend den potentielt kan være med til at eliminere relevante problemstillinger. Derfor mener vi, at den mest hensigtsmæssige anvendelse af interventionsproduktet for BiD vil være, at sundhedspersonalet i blodbankerne udleverer interventionsproduktet ved fremmøde i blodbanken. Dermed kan bloddonorerne vælge at læse interventionsproduktet, imens de befinder sig i blodbanken, og dermed er i den retmæssige kontekst for interventionsproduktet. Hertil vurderer vi, at sundhedspersonalet med fordel kan instrueres i at spørge bloddonorerne, om de har lyst til at tilmelde sig som stamcelledonor, imens de er i blodbanken. Som beskrevet i diskussionen, anser vi det som hensigtsmæssigt og bidragende til forsvarligheden ved beslutningen, at der er sundhedspersonale, der kan besvare eventuelle spørgsmål, samt at tilmeldingen og den vævstypebestemmende blodprøve kan foretages i forbindelse med den aktuelle tapning.

På baggrund af vores resultater, ved vi, at bloddonorerne ønsker at blive stillet overfor dette valg, samt at langt størstedelen af disse er villige til at træffe beslutningen, imens de befinder sig i blodbanken. Vi ved, at interventionsproduktet har en effekt, hvorfor vi mener, at det ikke er nødvendigt at foretage en yderligere iteration af designet og tilføje informationer om kræftsygdomme og det store omfang af børn med kræftsygdomme, for at *booste* antallet af tilmeldinger. Til trods for at informationer om kræftsygdomme er relevante og retmæssige for behovet for stamcelledonationer og antallet af tilmeldinger, finder vi det mere forsvarligt, at disse informationer udelades, så de ikke er udslagsgivende for tilmeldingen.

9. Konklusion

Dette speciale har taget udgangspunkt i en case omhandlende, hvorledes BiD kan hverve flere stamcelledonorer blandt de nuværende aktive bloddonorer, hvortil undersøgelsens fokus har været, hvordan dette kan opnås ved brug af adfærdskommunikation. Forinden undersøgelsen havde vi en hypotese, om at adfærdskommunikation har en påvirkning på bloddonorernes adfærd, hvorfor vi fandt dette interessant at undersøge. På baggrund af undersøgelsen kan vi konkludere, at adfærdskommunikation har en effekt på bloddonorerne. Dette vil vi konkretisere i denne konklusion, hvor vi fremhæver centrale forhold og pointer fra undersøgelsen, samt konkluderer på undersøgelsens resultater. Dette gøres på baggrund af vores problemformulering, som opsummerende lyder som følger:

Hvordan kan Bloddonorerne i Danmark ved hjælp af adfærdskommunikation få flere bloddonorer til at tilmelde sig som stamcelledonor?

For at besvare problemformuleringen gjorde vi brug af et eksperimentelt forskningsdesign, hvilket vi tilgik med en kritisk realistisk tilgang. Dette forskningsdesign indebar et kvalitativt forstudie, der via vores retroduktive metode havde til formål at identificere bloddonorernes holdninger til stamcelledonation og deres barrierer for en tilmelding som stamcelledonor. Disse barrierer og holdninger er præmisser, og dermed de mulighedsbetingelser og kausaliteter, der er aktuelle for, at en bloddonor ikke tilmelder sig som stamcelledonor. Dermed opnår vi viden om mekanismer og strukturer i det virkelige domæne, der udgør præmisserne for casens konklusion; der mangler stamcelledonorer.

Af forstudiet kunne vi derfor udlede tendenser for bloddonorernes nuværende adfærd. Dette medførte, at vi kan konkludere, at de potentielle barrierer er det tidsmæssige aspekt ved at skulle gennem en transplantation og ubehaget med procedurerne - særligt narkosen. Dertil kan vi konkludere, at der var fire forhold ved stamcelledonation, som bloddonorerne var særligt opmærksomme på, og som de ophøjede, hvorfor disse kunne eliminere barriererne. Disse fire essentielle forhold var: 1) at det er vigtigt at hjælpe andre, og hjælpe hvor man kan, 2) det aktuelle behov for stamcelledonorer, 3) det

sjældne match mellem donor og patient, og 4) 1-1 forholdet, hvor der er et andet menneske, der har direkte brug for donoren for at overleve.

Af databearbejdelsen kan vi ydermere konkludere, at bloddonorerne ønsker at få mulighed for at forstærke deres eksisterende donoradfærd, hvorfor de gerne vil stilles overfor valget om en tilmelding som stamcelledonor. Bloddonorerne italesatte, at de undrede sig over, hvorfor de ikke var blevet præsenteret for dette valg tidligere. Derfor kan vi konkludere at muligheden for at være stamcelledonor og kunne hjælpe andre mennesker ved at donere, hører til bloddonorernes overbevisning og præferencer.

Vi har udarbejdet et kontrol- og et interventionsprodukt ud fra informationer om stamcelledonation. Kontrolproduktet indebar faktuel information om stamcelledonation, fremstillet så vidt muligt neutralt, og interventionsproduktet indebar samme informationer, men udarbejdet med brug af teknikker og strategier inden for adfærdskommunikation. Da vores undersøgelse tager udgangspunkt i adfærdskommunikation, har vi som *choice arhictects* skulle have en forståelse for menneskers beslutningsprocesser, og dermed bevidsthedens to systemer. Dertil hører de heuristikker og bias, som mennesker anvender i deres automatiske system 1. Det er med udgangspunkt i dette, samt viden om bloddonorernes præferencer, overbevisning, potentielle barrierer og fokus på de fire essentielle forhold, at vi har udformet den aktuelle brug af strategier og teknikker inden for adfærdskommunikation.

I vores abstraktion isolerede vi adfærdskommunikation i interventionsproduktet og udarbejdede et kontrolprodukt, der ikke indebar adfærdskommunikation, hvilket medførte, at vi kunne undersøge, hvordan mekanismerne virkede i vores konkrete kontekst. For at undersøge om adfærdskommunikationens kausale potentialer blev aktiveret, krævede det, at vi testede de to produkter, for dermed at kunne udlede, om interventionsproduktet havde en effekt. Derfor indebar vores forskningsdesign ydermere en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse.

Testresultaterne udgør besvarelser fra 216 respondenter, fordelt ligeligt mellem de to køn samt i København og Aarhus. Af resultaterne kan vi konkludere, at mænd i højere grad end kvinder påvirkes af interventionsproduktet, og dermed er mere modtagelige

over for den aktuelle brug af adfærdskommunikation. Ydermere kan vi konstatere, at der ikke var betydelige forskelle mellem respondenternes besvarelser i København og Aarhus.

Vi kan konkludere, at interventionsproduktet har en betydelig større påvirkning på bloddonorerne end kontrolproduktet. Af resultaterne fremgår det, at 41,7% svarede "Ja" til en tilmelding ved kontrolproduktet, hvor det ved interventionsproduktet var 90,7%. Dermed påvirkede interventionsproduktet bloddonorerne 117,5% mere, end det var tilfældet med kontrolproduktet. Vi kan derfor konkludere, at adfærdskommunikation har en effekt på bloddonorerne. Hertil kan vi ligeledes konstatere, at der er en statistisk relation mellem bloddonorernes beslutning og adfærdskommunikationen, da der med et signifikansniveau på 99% ikke er tale statistiske tilfældigheder.

Ydermere kan vi konstatere, at vi med vores interventionsprodukt imødekom kriterierne for libertariansk paternalisme, da den ønskede adfærdsændring stemte overens med bloddonorernes eksisterende donoradfærd, og dermed faciliterede og *boostede* vi en beslutningsproces, der imødekom deres overbevisninger og præferencer. Derudover fratog vi ikke bloddonorerne deres handlefrihed, da vi ikke besværliggjorde det at afvise interventionen, samt at de aktivt selv skal handle for at foretage en tilmelding. I forlængelse heraf, kan vi konkludere, at den valgte kontekst har været passende for formålet med adfærdskommunikationen, og at vi har formået at udarbejde et interventionsprodukt, der har været tilpasset det aktuelle miljø, og dertil kan have været forstærkende for bloddonorernes donoradfærd, ud fra den effekt interventionsproduktet har opnået.

Afslutningsvist kan vi konkludere at den aktuelle brug af adfærdskommunikation har en effekt på bloddonorerne og potentielt kan øge det nuværende antal af stamcelledonorer med 252,9%.

10. Litteraturliste

Badie, B., Berg-Schlosser, D. & Morlino, L. (2011). *International Encyclopedia of political science*. Sage Publications.

Baldwin, R. (2014). From regulation to behaviour change: Giving nudge the third degree. *The modern law review*, 77(6), 831-857.

Batchelor, O. (27. august 2010). 40.000 danskere er stamcelledonorer. *Avisen.dk.* Hentet fra https://www.avisen.dk/40000-danskere-er-stamcelle-donorer_132759.aspx

Bhaskar, R. (2008). *A realist theory of science*. Abingdon, Storbritanien: Routledge.

Bliv Donor. (2014). *Knoglemarv*. Hentet fra http://blivdonor.dk/knoglemarv/

Bloddonorerne i Danmark. (n.d.). *Stamcelledonor*. Hentet fra https://bloddonor.dk/for-donorer/stamcelledonation/

Blumenthal-Barby, J. S. & Burroughs, H. (2012). Seeking better health care outcomes: The ethics of using the "nudge". *The American Journal of Bioethichs*, 12(2), 1-10. DOI: 10.1080/15265161.2011.634481

Bonell, C., McKee, M., Fletcher, A., Wilkinson, P. & Haines, A. (2011). One nudge forwards, two steps back: Why nudging might make for muddled public health and wasted resources. *British Medical Journal*, 342(7791), 241-242. Hentet fra http://www.jstor.org/stable/25781668?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder: En grundbog* (2. udg.). Hans Reitzels.

Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4. udg.). New York, NY: Oxford University Press.

Buch-Hansen, H. & Nielsen, P. (2008). *Kritisk realisme* (1. udg.). Frederiksberg, København: Roskilde Universitetsforlag.

Buch-Hansen, H. & Nielsen, P. (2012). Kritisk realisme. I: Juul, S. & Pedersen, K. B. (Red.) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori* (1. udg., s. 277-313). Hans Reitzels.

Cohen, S. (2013). Nudging and informed consent. *The American Journal of Bioethichs,* 13(6), 3-11. DOI: 10.1080/15265161.2013.781704

Dam, A. M. & Jensen, C. V. (2018, 25. januar). Carsten meldte sig som stamcelledonor: Nu har han reddet en tysk kvindes liv. *Danmarks Radio*. Hentet fra https://www.dr.dk/nyheder/regionale/fyn/carsten-meldte-sig-som-stamcelledonor-nu-har-han-reddet-en-tysk-kvindes-liv

DeCew, J. W. (2011). Paternalisme I: Chatterjee, D. K. (Ed.), *Encyclopedia of global justice* (814-816). Salt Lake City, UT.

Paternalisme. (2018). I *Den Store Danske*. Hentet fra http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Sundhedsvidenskabelig_etik/paternalisme

Dolan, P., Hallsworth, M., Halpern, D., King, D. & Vlaev, I. (2012). Influencing behaviour: The mindspace way. *Journal of Economic Psychology*, 33, 264-277.

GivBlod. (n.d.). *Specialtapning*. Hentet fra https://givblod.dk/tapning-hvor-og-hvordan/specialtapning/

Halkier, B. (2012). *Fokusgrupper* (2. udg.). Frederiksberg, Danmark: Samfundslitteratur.

Hansen, P. G. & Jespersen, A. M. (2013). Nudge and the manipulation of choice: A framework for the responsible use of the nudge approach to behaviour change in public policy. *European Journal of Risk Regulation,* 4(1), 3-28. Hentet fra http://www.jstor.org/stable/24323381

Hausman, D. M. & Welch, B. (2010). Debate: to nudge or not to nudge. *The Journal of Political Philosophy,* 18(1), 123-136. DOI: 10.1111/j.1467-9760.2009.00351.x

John, P., Cotterill, S., Moseley, A., Richardson, L., Smith, G., Stoker, G. & Wales, C. (2013). *Nudge, nudge, think, think: Experimenting with ways to change civic behaviour*. Bloomsbury Academic.

Kahneman, D. (2015). *At tænke - hurtigt og langsomt* (2. udg.). Lindhardt og Ringhof.

Kræftens Bekæmpelse. (2017a). *Metode ved stamcelletransplantation*. Hentet fra https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftbehandling/behandlingsformer/stamcelletransplantation/metode-ved-stamcelletransplantation/

Kræftens Bekæmpelse. (2017b). *Stamcelletransplantation.* Hentet fra https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftbehandling/behandlingsformer/stamcelletransplantation/

Kræftens Bekæmpelse. (2017c). *Stamcelletransplantation med brug af celler fra en donor.* Hentet fra https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftbehandling/behandlingsformer/stamcelletransplantation/transplantation-med-celler-fra-donor/

Kræftens Bekæmpelse (2017d). *Sådan kan du melde sig som donor af stamceller (knoglemarvsdonor).* Hentet fra https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftbehandling/behandlingsformer/stamcelletransplantation/bliv-donor/

Loewenstein G., Bryce, C., Hagmann, D. & Rajpal, S. (2015). Warning: you are about to be nudged. Behavioral. *Science & Policy*, 1(1), 35-42.

Lungholt, H. & Metelmann, P. (2013). *Hvem spiser boller i karry?* (2. udg.). Kommuneforlaget.

Marteau, T. M., Ogilvie, D., Roland, M., Suhrcke, M. & Kelly, M. P. (2011). Judging nudging: Can nudging improve population health. *British Medical Journal*, 342, DOI: 10.1136/bmj.d228

Medcalc. (2018). *Values of the Chi-squared distribution*. Hentet fra https://www.medcalc.org/manual/chi-square-table.php

Mitchell, G. (2005). Libertarian paternalism is an oxymoron. *Northwestern University Law Review*, 99(3), 1245-1277.

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Sage

Münster, M. S. (2017). *Jytte fra marketing er desværre gået for i dag: Sådan bruger du adfærdsdesign til at skabe forandringer i den virkelige verden* (1. udg.). København, Danmark: Gyldendal.

Odense Universitetshospital. (n.d.). *Stamcelledonor.* (brochure). Hentet fra http://ipaper.ipapercms.dk/RegionSyddanmark/OUH/Odense_Universitetshospital/Klinisk_Immunologisk_Afdeling/114690/?page=2

Ploug, T., Holm, S. & Brodersen, J. (2012). To nudge or not to nudge: Cancer screening programmes and the limits of libertarian paternalism. *Journal of Epidemiology and Community* Health, 66(12), 1193-1196. Hentet fra http://www.jstor.org/stable/43281458

Rose, G. & Christiansen H.C. (2012). *Analyse af billedmedier: En introduktion* (2. udg.). Frederiksberg, Danmark: Samfundslitteratur.

Rygmarvsskade i Danmark. (n.d.). *Hvad er stamceller?* Hentet fra http://www.ryk.dk/hvad-er-stamceller

Saghai, Y. (2013) Salvaging the concept of nudge. *Journal of Medical Ethics*, 39(8), 487-493. Hentet fra http://www.jstor.org.zorac.aub.aau.dk/stable/43282795

Schmidt, A. (2017). The power to nudge. *American Political Science Review*, 111(2), 404-417. DOI:10.1017/S0003055417000028

Sepstrup, P. & Øe, P. F. (2013). *Tilrettelæggelse af information: Kommunikations- og kampagneplanlægning* (4. Udg.). København K: Hans Reitzels.

Sigurd Fasting. (2010, 11. marts). Risiko ved anestesi*. Tidsskriftet.* Hentet fra https://tidsskriftet.no/2010/03/oversiktsartikkel/risiko-ved-anestesi

Skaaning, J. & Dam, C. R. (2017, 29. august). Flere får transplanteret stamceller. *Danmarks Radio.* Hentet fra https://www.dr.dk/nyheder/indland/flere-faar-transplanteret-stamceller

Stevens, P. E. (1996). Focus groups: Collecting aggregate-level data to understand community health phenomena. *Public Health Nursing*, 13(3), 170-176. Hentet fra http://zorac.aub.aau.dk/login?url=https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1525-1446.1996.tb00237.x

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Kræft*. Hentet fra https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft

Sunstein, C. R. (2016). *The ethics of influence: Government in the age of behavioral science*. New York, NY: Cambridge University Press.

Sunstein, C. R. (2014). *Why nudge?:* The politics of libertarian paternalism. Yale University Press.

Sunstein, C. R. & Thaler, R. H. (2003). Libertarian Paternalism Is Not an Oxymoron. *The University of Chicago Law Review*, 70(4), 1159-1202. Hentet fra http://www.jstor.org/stable/1600573

Sørensen, B. (2015). Tag stilling til stamcelledonation. *Mynewsdesk*. Hentet fra http://www.mynewsdesk.com/dk/bloddonorerne-i-danmark/blog_posts/tag-stilling-til-stamcelledonation-41822

Thaler, R. H. & Sunstein, C. R. (2003). Libertarian paternalism. *The American Economic Review*, 93(2), 175-179. Hentet fra http://www.jstor.org/stable/3132220

Thaler, R. H. & Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness*. London, Storbritanien: Penguin Books.

Vallgårda, S. (2011). Nudge - A new and better way to improve health? *Health Policy*, 104, 200-203. DOI:10.1016/j.healthpol.2011.10.013

Wibeck, V., Dahlgren, M. A. & Öberg, G. (2007). Learning in focus groups: an analytical dimension for enhancing focus group research. *Qualitative research*, 7(2), 249-267. DOI: 10.1177/1468794107076023

Wilkinson, T. M. (2013). Nudging and manipulation. *Political Studies*, 61, 341-355. DOI: 10.1111/j.1467-9248.2012.00974.x

World Marrow Donor Association. (2017). *WMDA annual report 2016.* Hentet fra https://wmda.info/wp-content/uploads/2017/09/20170523-WOFF-Summary-slides.pdf

World Marrow Donor Association. (2018). *Total number of donors and cord blood units*. Hentet fra https://statistics.wmda.info

Aarhus Universitetshospital. (2012). *Giv marv og stamceller: Red et liv!* (Brochure). Hentet fra http://www.auh.dk/siteassets/udgaende-mapper/skejby/afdelinger/det-danske-knoglemarvsdonorregister/pjece-version-okt-2012.pdf

Aarhus Universitetshospital. (n.d.a). *Hvad er knoglemarv og stamceller?* Hentet fra http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/klinisk-immunologisk-afdeling/knoglemarv-og-stamceller/om-knoglemarv-og-stamceller/hvad-er-knoglemarv-og-stamceller/

Aarhus Universitetshospital. (n.d.b). *Hvad er vævstyper: Knorglemarv og stamceller*. Hentet fra http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/klinisk-immunologisk-afdeling/knoglemarv-og-stamceller/om-knoglemarv-og-stamceller/hvad-er-vavstyper/

Aarhus Universitetshospital. (n.d.c). *Hvad sker der, hvis jeg er 'et match': Knoglemarvs- og stamcelledonor*. Hentet fra http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/klinisk-immunologisk-afdeling/knoglemarv-og-stamceller/om-knoglemarv-og-stamceller/hvad-sker-der-hvis-jeg-er-et-match/

Aarhus Universitetshospital. (n.d.d). *Hvordan søger vi et match? Knoglemarvs- og stamcelledonor*. Hentet fra http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/klinisk-immunologisk-afdeling/knoglemarv-og-stamceller/om-knoglemarv-og-stamceller/hvordan-soger-man-et-match/

11. Bilag

11.1 Bilagsoversigt

Bilag 1: Rigshospitalets pjece om stamcelledonation - Østdanmark 2017 151
Bilag 2: Interviewguide til fokusgruppeinterview..... 153
Bilag 3: Transskription af fokusgruppeinterview – København..... 156
Bilag 4: Transskription af fokusgruppeinterview – Aarhus 175
Bilag 5: Tematiske overskrifter og kategorioversigt..... 191
Bilag 6: Kategorier og underkategorier 193
Bilag 7: Transskription af telefoninterview med overlæge Helle Bruunsgaard..... 202
Bilag 8: Bloddonorerne i Danmarks oversigt over fordelingen af bloddonorer 2017 204
Bilag 9: Bloddonorerne i Danmarks pjece om stamcelledonation 2017..... 206
Bilag 10: Informationspapir om stamcelledonation til forstudie..... 207
Bilag 11: Kontrolprodukt 208
Bilag 12: Interventionsprodukt 210
Bilag 13: Danmarks Statistik 2018..... 212
Bilag 14: Oversigt over kontrolproduktets resultater 214
Bilag 15: Oversigt over interventionsproduktets resultater 217

Bilag 1: Rigshospitalets pjece om stamcelledonation, Østdanmark 2017

Knoglemarvsdonorer-Stamcelledonorer redder liv

Danske Stamcelledonorer Øst
Transplantationsimmunologi
Rigshospitalet
12. februar 2017

dage efter donationen.
Ved perifer stamcellehøst kan man få influenzalignende symptomer. Som donor kommer man ikke til at mangle blod, knoglemarv eller stamceller efterfølgende. Raske personer har et betydeligt overskud og de fjernede stamceller gendannes i løbet af få uger. Du kan formodentligt genoptage dit normale arbejde dagen efter.

Løber jeg en risiko?
Som stamcelledonor bliver du holdt økonomisk skadesløs. Det betyder, at alle udgifter i forbindelse med din donation bliver dækket. Tabt arbejdsfortjeneste dækkes fuldt ud. Ligesom ved bloddonation betragtes din stamcelledonation som en gave, og du modtager derfor ikke betaling for donationen.
Der er kun en meget ringe risiko forbundet med at være stamcelledonor, men hvis der alligevel skulle ske dig noget, er du sikret erstatning efter samme regler, som når du giver blod.
Stamcelledonorer er således omfattet af Statens Patientforsikrings-ordning. Som bloddonor er du desuden omfattet af Danmarks Frivillige Bloddonorers Sikringsfond.

Venlig hilsen
Helle Bruunsgaard
Overlæge

Danske Stamcelledonorer Øst,
Transplantationsimmunologi 7631
Klinisk Immunologisk Afdeling
Rigshospitalet
Tlf. 3545 7631

Fakta om stamcelledonation

Stamceller findes i knoglernes hulrum.
Der er i august 2015 registreret mere end 25 millioner stamcelledonorer på verdensplan, og der blev udført mere end 20.000 transplantationer i 2014.
I Danmark foretages der ca. 140 transplantationer årligt.
Knoglemarvsdonorkorps over hele verden samarbejder på tværs af landegrænser.

Knoglemarvsdonor (stamcelledonor)

Som knoglemarvsdonor, der også kaldes stamcelledonor, er du med til at redde liv. Det er især patienter med blodkræft, der har brug for stamcelletransplantation. Transplantation af stamceller fra en rask donor medfører, at mange patienter, der ellers ville dø, kan blive helbredt.

Hvordan tilmelder jeg mig som stamcelledonor?

For at tilmelde dig som stamcelledonor, skal du være aktiv bloddonor, for så kender vi i forvejen din helbredstilstand.
Når du afleverer tilmeldingsskemaet før en tapning, vil du få taget blodprøve til vævstype-bestemmelse, og du bliver registreret som stamcelledonor.
Du skal være rask og være over 18 og under 60 år på tilmeldingstidspunktet.

Hvordan bliver man vævstypebestemt?

Vævstypen (HLA typen) bliver bestemt på en blodprøve, der bliver taget i forbindelse med en blodtapning i din blodbank. Blodprøven sendes til Vævstypelaboratoriet på Rigshospitalet.

Hvordan bliver jeg registreret?

Når du bor i Østdanmark bliver du opført som donor i Det Østdanske Register på Rigshospitalet. Desuden bliver din vævstype indført i det verdensomspændende register BMDW (Bone Marrow Donors Worldwide) i Leiden i Holland. Begge registre er beskyttet mod misbrug af oplysninger.
I hele verden er der over 25 millioner registrerede stamcelledonorer (august 2015).
Du kan når som helst fortryde og blive slettet af registret.

Hvordan bliver jeg udvalgt til stamcelledonation?

For at blive udvalgt til stamcelledonation kræves det, at man har den samme vævstype som en patient. Der findes mange forskellige vævstyper og chancen for, at du engang bliver udvalgt er lille. Derfor er det nødvendigt at have et meget stort antal donorer, og at knoglemarvsdonorkorps over hele verden samarbejder på tværs af landegrænser. Det betyder, at danske patienter kan modtage stamcelletransplantater fra udlandet, og danske stamcelledonorer kan blive anmodet om at give knoglemarv til såvel danske som udenlandske patienter.

Hvad sker der, hvis jeg bliver udvalgt som donor?

Hvis du bliver udvalgt som donor, bliver du indkaldt til en samtale, hvor du både mundtligt og på skrift får en forklaring af, hvad der kommer til at ske. Derefter bliver din vævstype undersøgt igen.

Hvis din vævstype passer til patientens, og du er den bedste mulige donor til patienten, bliver du indkaldt til en helbredsundersøgelse og lægesamtale. Hvis helbredsundersøgelsen er i orden, bliver der aftalt et endeligt tidspunkt for donationen.

Hvordan gennemføres en stamcelledonation?

Stamceller findes i knoglernes hulrum. Her dannes de livsvigtige røde og hvide blodceller samt blodpladerne. Stamceller kan "høstes" på 2 forskellige måder: Knoglemarvsdonation og perifer stamcellehøst. Transplantationslægerne bestemmer hvilken måde, der vil være mest optimal for den enkelte patients behandling.

Knoglemarvsdonation

I forbindelse med marvudtagning bliver man som donor indlagt på Rigshospitalet i 2 dage, og under bedøvelse bliver en lille del af knoglemarven suget ud fra hoftebenskammen med almindelig sprøjte og kanyle. Der stikkes 8-10 gange. Knoglemarven bliver herefter filtreret og behandlet, inden den gives til patienten som infusion via drop. Knoglemarvscellerne finder selv vej til patientens knoglemarv, hvor de slår sig ned og danner raske blodceller.

Perifer stamcellehøst

Man kan også høste stamcellerne fra donors blod. Det kræver, at man som donor behandles i 4-5 dage med medicin. Denne medicin er et stof, som findes normalt i kroppen, men som gives i større mængder for hurtigere at få knoglemarvscellerne til at løsne sig fra marven og gå over i blodbanen.

Stamcellerne, som er vandret ud i blodbanen, opsamles/høstes direkte ved tapning fra en blodåre. Selve høsten varer nogle timer og foregår ambulant, som regel over 2 dage.

Får jeg at vide, hvem der får min knoglemarv?

Som ubeslægtet donor får du ikke at vide, hvilken patient, der får dine stamceller, men du har glæden ved at have hjulpet et andet menneske.

Er der eftervirkninger efter stamcelledonation?

Ved knoglemarvsdonation er der ømhed over hoften i de første døgn. Denne ømhed fortager sig hurtigt, og du kan genoptage arbejdet 2-3

Bilag 2: Interviewguide til fokusgruppeinterview

Fokusgruppeinterview - Interviewguide:

Introduktion:
Kort præsentation af moderator og emne - der indledes med at vi er interesserede i deres svar og at forstå deres holdninger, så der er ingen svar der er forkerte. Vi forklarer at moderator kommer til at spørge ind til deres svar, for at være sikker på, at vi får den rigtige betydning frem.

De informeres om at fokusgruppen bliver optaget.

Indledning/opvarmning:
Deltagerne bedes præsentere sig for hinanden, og vi får snakken i gang ved at stille disse spørgsmål:

- Navn
- Hvad er dine fritidsinteresser?
- Hvorfor er du blevet bloddonor?

Moderator forklarer, at fokusgruppen ikke handler om, hvor meget eller hvor lidt man ved, og at vi vil forklare proceduren ved stamcelledonation lige om lidt.

Først vil vi gerne have en håndsoprækning/markering af, hvem der ved noget om stamcelledonation, og at de kort fortæller, hvor de har deres informationerne fra:

- Hvor mange af jer har hørt om stamcelledonation?
- Hvorfra kender I til stamcelledonation?

Barrierer

Procedure for stamcellehøst forklares:
Processen ved stamcelledonation forklares og der deles et print ud af informationerne.

- Det skal lige siges, at vi er ikke ude for at hverve stamcelledonorer, det er ikke vores formål - vi skal bare høre hvad I tænker og høre jeres holdninger

Print vil indeholde: Hvad vil det sige at være stamcelledonor, hvordan der høstes stamceller, proceduren før og efter. Der fokuseres på faktuelle informationer. Information om proceduren forklares for, at alle har det samme udgangspunkt i den efterfølgende snak.

Efter information om stamcelledonation:

- Har i nogle spørgsmål til det der lige er blevet gennemgået?
- Ud fra disse informationer, er der så noget der rykker ved jeres holdning til at blive/eller ikke at blive stamcelledonor?
- Hvilke tanker har I stamcelledonation nu?

ØVELSE: Vi vil gerne have jer alle til at skrive to ting, der taler for, og to ting der taler imod at være stamcelledonor. Dem vil vi snakke vi om i plenum bagefter - I får lige 2 min.

(Deltagerne spørges ind til det de har noteret)

- Er der nogle af informationerne, der påvirker jer mere end andre? - Hvilke informationer er vigtigst?
    (Hvis vi ikke kan fornemme, hvilken retning nogle af deltagerne hælder til spørges:)
    - Er du mere positiv eller negativ stemt over for stamcelledonor ud fra de informationer der er givet? - Hvad gør at i er det ene eller det andet?

Scenarier:

Hvis alle vil registreres:

Scenarie 1: Hvad hvis, du blev indkaldt til stamcelledonation, men det skulle foregå i fuld narkose og igennem hoftekammen? (på grund af patientens sygdom)

Scenarie 2: Hvordan har du det med at din personlige data deles internationalt i det internationale stamcelleregister? - persondatasikkerhed

Scenarie 3: Hvad hvis, du bliver kontaktet angående et match og den patient, der har behov for dine stamceller ikke er fra Danmark eller europa? - har det betydning?

Hvis alle IKKE vil registrere:

Scenarie 1: Det er flere end 100 danskere har årligt brug for en stamcelledonation på grund af en alvorlig sygdom - og mange af disse er børn. Ændrer det dit syn på, om du vil donere stamceller?

Scenarie 2: Ville du gerne være stamcelledonor, hvis du fik betaling for det?

Scenarie 3: Hvordan forholder du dig til, at sandsynligheden for at du bliver indkaldt som stamcelledonor er meget lille, da du skal have helt samme vævstype som modtageren? - ville det så ikke være stadig ikke være en registrering værd?

Der lægges op til generel snak om stamcelledonation blandt deltagerne

Afslutning:

- Afslutningsvis kunne jeg godt tænke mig at høre, om I gerne vil tilføje noget?
- Er der noget I tænker over, som ikke er kommet frem i aften?

→ OVERVEJ AT SPØRGE IND TIL: Vi hører at I snakker meget om arbejdstimer/arbejdsgiver - hvordan kan det være, at det er så væsentlig en faktor for jer i forhold til at donere stamceller? → Hvordan kan det være at der fokusere mere på arbejdsgiver/fritid end menneskeliv?

Der takkes af for deres tid og deltagelse!

Bloddonor kriterier:
17 (med underskrift fra forældre) - 60 år (og kan normalt give blod til de er 67 år)
Veje mindst 50 kg
Være bloddonor og sund og rask

Stamcelledonor kriterier:

18 - 60 år
Veje mindst 50 kg
Være bloddonor og sund og rask

Bilag 3: Transskription af fokusgruppeinterview – København

Fokusgruppeinterview om stamcelledonation

- København, d. 12/2-18

Moderator: Det er i forbindelse med vores speciale at vi skal holde den her fokusgruppe og det er en del af et forstudie vi skal lave .. i forhold til stamcelledonorer og der skal man være bloddonor for at blive stamcelledonor så derfor skal vi tale med nogle bloddonorer om det her emne… vi er interesserede I jeres holdninger og man kan sige at der er ikke nogle svar der er rigtige eller forkerte så det er egentlig bare jeres holdning og hvad I lige umiddelbart føler for det her emne her som vi er interesserede i.. og derudover så optager vi så vi har det hele bagefter så vi kan transskribere og analysere på det … jeps… hvis I vil præsentere jer bare lige kort for hinanden med navne med hvad I lige laver eller hvorfor I er blevet bloddonorer.. så.. hvis vi starter med dig Peter

Peter: Yes… Jeg hedder Peter jeg er syvogtyve år bor på Frederiksberg kommer fra Bogense på Fyn .. jeg er product owner ude med YouSee øhm.. hvor jeg sidder med ansvaret for deres content implementering.. øhm. Så har jeg en Cand Merc International Marketing og Management fra CBS … øhm.. Jeg bliver bloddonor fordi at jeg synes at det var en nem måde at hjælpe andre på og så fordi at jeg har den opfattelse at … mænd også har sundt af lige at få skiftet blod af og til (flere griner)…. Nu kommer vi fra Vikingetiden hvor man blødte og alt muligt og jeg kan ikke huske hvornår jeg sidst har haft et sår der faktisk blødte lidt (flere griner) .. Så har jeg opfattelse af at det også er lidt sundt faktisk (alle griner)

Moderator: Yes fedt..

Stina: Jamen jeg hedder Stina .. øh jeg er rekrutteringskonsulent øhh.. arbejder med ingeniører og øhm.. fysikere og sådan øhm generelt.. PT er jeg på barsel med øhm min datter som jeg fik her den toogtyvende november .. øh jeg blev oprindeligt bloddonor øhm.. fordi jeg lidt ligesom Peter også følte at at det var godt at hjælpe andre at øhm.. og så tror jeg også at det er lidt det der med at .. altså hvis jeg selv gerne vil have blod så skal jeg egentlig så bør man egentlig også sådan kunne give blod.. altså jeg synes at det er sådan lidt vice versa så… det var blandt andet derfor øhm… Så er jeg oprindeligt fra Jylland …

Camilla: Ja.. jeg hedder Camilla jeg bor i Rødovre.. jeg er oprindelig opvokset ude i Sydhavnen øh så det er København.. Jeg er fyrre år og arbejder i (*uforståeligt* - Expres?) som teamleder i finansafdelingen … og jeg øh.. lidt ligesom de to andre .. blev det sådan lidt af at jeg synes at det er min pligt.. øhm jeg er ikke bange for nåle og så tænkte jeg det er nemt nok (flere fniser).. øh og igen af egoistiske årsager hvis jeg selv skulle have brug for det så.. har man også givet lidt …..

Henrik: Jeg hedder Henrik.. syvoghalvtreds år og ansat i finansafdelingen ude i Novo Nordisk … og kommer oprindeligt fra Søborg i Gladsaxe.. Og bor på Frederiksberg.. Ja jeg kan ikke helt huske hvorfor jeg egentlig taget blev bloddonor (flere griner) men jeg tror faktisk at mine forældre var det også og så var det bare helt naturligt at at.. det var man bare .. så så ja det er det..

Sophia: Jeg hedder Sophia jeg er seksogtyve år.. jeg er også på barsel i øjeblikket øhm.. kommer fra et øhm.. jeg er make up artist og arbejder som fotograf hvor vi.. jeg laver noget der hedder patch picture (*uforståeligt*) men der skal jeg så ikke tilbage.. jeg er oprindeligt fra Søborg også… (Henrik griner) og bor nu på Amager med min kæreste og min søn .. øhm blev bloddonor af samme årsag synes også at det er godt at kunne hjælpe andre hvis de har brug for det .. og så selv tage imod.. som vi snakkede om.. såå .. ja

Kirsten: Ja jeg hedder Kirsten og jeg er halvtreds år og jeg kommer fra Søborg og bor i Søborg (flere griner)… øhm … Jeg arbejder på forskningscenter for arbejdsmiljø .. som Servicecenterleder øhm.. og jeg blev bloddonor fordi… jeg har aldrig kunne tage mig sammen .. men så pludselig kom der en firmaordning hvor man kunne gøre det i arbejdstiden og blev hentet og så tænkte jeg jamen så gør jeg det .. og af samme grund.. hvis man gerne vil have noget må man også give noget.. så øhm det er derfor..

Moderator: Perfekt.. Hvad hedder det hvis I har nogle spørgsmål undervejs så skal I endelig stille dem og også til hinanden hvis der er nogle af der som er i tvivl om hvad den ene eller den anden siger så endelig spørg.. Jeg skal forklare jer lidt om stamcelledonation nu og det skal lige gøres klar at det handler ikke om hvor meget viden I har om noget som helst.. jeg forklarer proceduren senere hvordan det foregår hvis man er stamcelledonor.. men først så kunne jeg egentlig godt lige tænke mig ved bare lige en håndsoprækning på hvor mange af jer der har hørt om stamcelledonation ….. (Kirsten rækker hånden op)..

Moderator: En…… Skide godt.. hvor øh.. hvor kender du til det fra

Kirsten: Det er fordi min veninde har sclerose og har talt om det

Moderator: Okay

Kirsten: Og så giver min søn .. han er så øhhh…. Han giver jo blod men hvad er det.. nu har jeg glemt hvad det hedder…

Moderator: Plasma

Kirsten: Plasma… Plasmadonor ja.. (Kirsten griner)

Moderator: Ja ja okay

Kirsten: Og så har vi også talt om det andet

Moderator: Okay fint…. Jamen så vil jeg lige kort og kort sådan lidt sagt.. men øhm (moderator griner) hurtigt forklare proceduren og I får det også lige…

Moderator 2: Der er nogle der har lidt nemmere ved at læse med når man skal have information.. så I får lige en version også.. Men det bliver også læst højt

Moderator: Men det er sådan at for at være stamcelledonor så skal man være bloddonor.. så man skal ligesom hverve igennem dem.. Men

*** FAKTA PAPIR OM STAMCELLEDONATION LÆSES OP ***

Moderator: Det var lige informationer om stamcelledonationsproceduren.. ud fra de her informationer er der så nogle af jer der tænker man er for eller imod at blive stamcelledonor .. det skal lige siges at vi er ikke interesseret i at hverve folk vi er lige så interesserede i at høre hvis der er noget I tænker ej det har jeg slet ikke lyst til hvis jeg får det der at vide eller ej det kunne jeg godt tænke mig .. det skal ikke være sådan at I skal tro at vi prøver at hverve folk det er det overhovedet ikke .. men er der nogle af de her informationer der gør at man er mere for eller imod stamcelledonation….. sådan hvis altså man selv skulle melde sig

Camilla: Man kan sige at tidsperspektivet er måske mere omfattende end det bare at være bloddonor.. øhm så det ville måske være nogle af de overvejelser man gjorde sig og man kan blive lidt mere ramt af det og skal tage fridage og de der ting.. Selve processen.. det ved jeg ikke.. det tror jeg at jeg overlever.. altså for mit vedkommende… så er det nok mere tiden

Moderator: Ja.. tidsaspektet i det

Sophia: Ja det tænker jeg også hvis man skal bruge fridage på det .. altså det er jo noget der vægter noget i den anden ende.. kan man sige ikke .. at skulle ud og bruge tre fire eller tre dage ikke… men øhm… og så synes jeg måske den der med fuld narkose kunne godt lige holde mig lidt tilbage i hvert fald.. mere hvis man skulle ligge og…. Ja.. det er jeg måske ikke så meget for.. der synes jeg at det er nemmere at bare tappe med nål for eksempel ikke..

Moderator: Jeg er ikke hundrede men jeg er ret sikker på at man ikke skal bruge fridage på det men at det er sygemelding…. Det er jeg næsten hundrede på at det er.. øhm…. Men selvfølgelig…… er der nogle af jer andre der tænker er I enige eller er der nogle andre ting der kunne gøre for eller imod

Stina: Altså jeg tror da helt sikkert faktisk sådan at når man hører mere om det faktisk ikke nødvendigvis skal tages fra .. men rent faktisk kan tages fra blodet også.. altså jeg tænker jo mere information om det.. især når det virker til at være forholdsvis nemt.. og.. netop også det her med.. at det faktisk er rigtig rigtig svært at finde en der kan sådan.. kan passe til… altså så tror jeg egentlig at jeg .. er mere hvad hedder det klar på at blive det end end.. jeg måske var før hvor jeg ikke havde den her information for jeg havde en eller anden ide om at det netop var måske rygmarven du skulle ind og have den ud fra eller sådan et eller andet i stedet…

Moderator: Ja….

Henrik: Ja så man kan sige .. altså helt klar.. hvis man kan komme op på den der med fire fem timer ikke så vil det jo være meget mere convenient ikke.. altså.. det ville være lidt….. hvis man skal hive det der fire dage ud.. selvom om man kan blive sygemeldt og andet ikke så.. så er det altså lidt lidt anderledes end som at gå på arbejde og sige nu er jeg lige væk i fire dage ikke… selvom alle måske godt ville kunne forstå formålet og synes at det er acceptabelt .. så ved man aldrig lidt ude i krogene.. arg nu er han afsted igen ikke

Moderator: Mhmm..

Kirsten: Men er det sådan at man giver det fordi der er en der har brug for det ..

Moderator: Ja

Kirsten: Så man ved simpelthen at det går til en.. det er ikke ligesom når man er bloddonor..

Moderator: Hvis man bliver indkaldt så er det fordi at der er en i den anden ende.. altså det er en til en

Kirsten: Ja… Så tror jeg at jeg ville være mere positivt stemt for det for så ved man at det går til noget .. (Kirsten griner) eller en..

Moderator: Ja fordi du skal have hundrede procent identiske vævstyper og det er ret svært fordi der er ret mange forskellige vævstyper

Kirsten: Jamen så ville jeg være meget positivt stemt

Moderator: SÅ når der er en der har brug for det så søger man i registrene og hvis man finder en så bliver man indkaldt .. så det er ikke ligesom med blod at man kommer ind og får tappet sådan..

Kirsten: Og så kan man .. så går det måske til spilde (Kirsten fniser)

Moderator: Ja ja lige præcis.. sådan er det ikke med stamcelledonation.. det er hvis der er en der har brug for det i den anden ende kan man sige

Peter: Hvor gammel er den her nye måde at høste det fra blodet på

Moderator 2: Altså den er egentlig fyrre år gammel cirka .. men den er blevet præciseret i gennem de sidste tyve år sådan så netop nu er det bare medicin nogle dage indtil og så får man mere af det der stof som adskiller så man egentlig bare sidder med .. ja det kan måske godt lyde lidt voldsomt .. men med en slange i hvert arm og så tapper de stamcellerne og så får man resten ind igen og så skal man bare sidde.. hvor det har været længere tid før og det har været mere medicin og de har skulle præcisere hvor meget medicin.. så nu er den altså en god procedure som kunne (*Afbrudt*)

Moderator: Men det er en nyere metode som er blevet indført i at man bruger den

Peter: Ja for jeg kan huske at jeg blev introduceret for den anden metode.. Da jeg startede med at give blod for en seks syv år siden .. øhm og der var det nemlig .. et ret stort indgreb og det var årsagen til at jeg ikke valgte at gøre det dengang.. men jeg kunne da sagtens finde på at gøre den nye der…

Moderator: Det skal siges at man .. ja nu kan jeg ikke sidde og sige om det er den ene eller den anden man bruger mest men.. men størstedelen af de stamcelledonationer eller transplantationer der bliver.. det det er med blodtapningen… fordi som sagt så afhænger det af sygdommen hvad for en type af høstning der er den bedste .. Men for det meste der kan det løses med blodtapningen

Peter: Mhmm..

Moderator: Men man skal jo selvfølgelig have in mente at det kan godt være den anden hvis den man matcher med har en sygdom som gør at det er den transplantation der er den bedste….. (**Stilhed i noget tid**) (Flere griner af stilheden)

Stina: Det er selvfølgelig rart.. men som Kirsten også nævner så det der med at der rent faktisk er en der sidder en ude i den anden ende og rent faktisk får gavn af det… selv der tror jeg egentlig at jeg vil sige.. jamen så vil jeg egentlig gerne

Sophia: Det synes jeg også gør en væsentlig forskel ..

Stina: Det gør det i hvert fald for mig

Kirsten. Mhmm

Sophia: Ja det er jo det ikke

Stina: Ja

Moderator 2: Hvad er det for nogle forskelle at det gør præcist

Sophia: Det der med at du ved at der er faktisk en person der lige har brug for det.. at man gør det og ved at det hjælper med det samme.. som du selv siger man ved ikke om det går til spilde eller ej .. eller om det bliver brugt ikke.. så er der rent faktisk en mening med at man tager sygedage og alle de her ting fordi at…. Nu ved man jo også at alle har jo travlt nu her ikke og det kan også godt være en arbejdsgiver synes at det er træls at man skal ligge sig syg på grund af det.. men så er der rent faktisk et formål med det

Moderator 2: Også sådan årsagsforklaring det at man kan forklare at der er et andet menneske her der har direkte behov for mig

Stina: Mhmm

Henrik: Ja

Stina: Og som du selv siger det der med netop at underlægge sig en narkose.. altså selvfølgelig langt hen ad vejen er det jo sikkert at komme i narkose men der er jo trods alt nogle ting der kan være.. altså det kan jo være farligt en gang i mellem.. hvis nu der skulle gå et eller andet galt

Sophia: Ja

Henrik: Jamen jeg synes også den der en til en.. altså det det betyder meget ikke .. Altså man kan jo sammenligne det lidt med hvis der er en der skal have en nyretransplantation og du er den eneste der har nyren ikke..

Sophia/Stine: Ja

Henrik: Så er det jo lidt det samme …. Noget voldsommere indgreb end det her ikke… Der ville jeg jo nok også gøre det.. men altså

Moderator: Ja……. Er I overvejende positive.. negative.. sådan…

Flere (hvis ikke alle): Positive

Moderator: Okay.. ja…. Vi kunne godt lige tænke os hvis I bare lige to minutter vil skrive to ting som er for og to ting som er imod.. hvad I sådan lige umiddelbart tænker der er for eller imod stamcelle.. at blive stamcelledonor

Moderator 2: Og det er noget vi kommer til at snakke om….

*** **ØVELSE:** Deltagerne noterer hver især to ting der er for og to ting der er imod stamcelledonation ***

Moderator: Super… Peter hvad har du skrevet for

Peter: (griner) Jeg var sgu ikke så opfindsom (flere griner) øhm så jeg skrev faktisk det samme som vi lige har diskuteret.. øhm… med at øhm .. altså det faktum at du ved at du hjælper en person.. som sidder og har brug for (*afbrudt*)

Moderator: En til en

Peter: Lige præcis.. øhm og min anden grund er.. at øh jeg synes at det er mere overskueligt .. den nye metode.. hvor du får noget medicin og så tager det fire fem timer.. og det ville jeg sagtens kunne overkomme.. hvis man kan sige det på den måde men de ville i hvert fald ikke.. det ville ikke tage livet af mig på nogen måde… eller min arbejdsgiver .. øhm og så det faktum at man har mulighed for at hjælpe uden for landets grænser det synes jeg også er at stort plus… Imod der har jeg skrevet at det er et større indgreb den her hoftekam.. (Peter fniser).. den skræmmer mig rigtig meget faktisk.. øhm og så at det bare tager det længere altså fire fem timer det er også meget i en hverdag.. men øhm to tre dage det er rigtig meget i en travlt hverdag

Moderator: OK hvad har du skrevet Stina

Stina: Jamen øhm.. ligesom Peter det her med muligheden for at hjælpe et konkret andet menneske .. det øh det er et ret stort plus i min bog øhm.. Og at det umiddelbart ikke er sådan at så er det ikke farligere indgreb altså sådan det det kan sagtens lade sig gøre.. så det er meget for .. Vil du også have nogle imod

Moderator: Ja tak

Stina: Det er netop omkring det her med hoftekammen altså de smerter der kan være forbundet med.. og og det ubehag der kan være forbundet med det.. det er helt klart imod og så igen også tidsaspektet altså.. det kan være mega vanskeligt i forhold til arbejde det kan jo være at man har en rar arbejdsgiver der ikke har nogle problemer med det men.. men bare to til tre eller fire til fem dage ude det er altså lang tid

Moderator: Mhmm.. ja

Sophia: Må jeg lige stille et spørgsmål

Moderator: Ja selvfølgelig

Sophia: Er der noget for en arbejdsgiver.. får han noget refusion for det her hvis det nu ender med at det er en indlæggelse.. eller skal han betale sygedagene.. eller hende

Kirsten: God pointe

Moderator: Det ved jeg faktisk ikke

Camilla: Hvis det er sådan helt almindelige sygedage så er det over enogtyve dage før der er refusion

Sophia: Okay

Camilla: Men jeg ved ikke om det er anderledes med det her

Moderator: Så (*uforståeligt småsnak fra flere)*

Camilla: Ja ja jeg har også skrevet det her med at man ligesom ved at der er en der venter på det.. at der er en der er en modtager øhm… og og det er lidt det samme også med min anden.. det er at øh bare man hjælper generelt nogen ved at være tilmeldt.. Og imod det er øhm tiden.. og så fuld narkose.. de ting der kan komme … (*uforståeligt*)

Moderator: Ja

Henrik: Yes jamen jeg har også den med en til en (*uforståeligt 22.07*).. Så er jeg måske gået et lille skridt ud over det her men øhm .. kunne det her så også være en platform til i fremtiden til

at bruge de her stamceller til at finde kure til og til sygdomme og så noget lignende .. vil man gå med på det.. hvis man først går ind i det her kunne det så være næste step.. det er for mig i hvert fald en fordel der vil andre nok sige at det er en ulempe (flere fniser).. men øh sådan er det… ja så er der den her igen tid ved den gamle metode og så har jeg tænkt lidt på med de her IT systemer der altid bliver hacket.. (flere fniser) .. er der så den (*uforståeligt* etik? 22.40) som vi det hele taget går og forventer at der skal være

Moderator: Jeps

Sophia: Jeg har også det samme som folk siger med at hjælpe en anden person og specielt når det handler om overlevelse.. så er det jo svært at sige at det ville man ikke.. eller det kunne jeg i hvert fald ikke få mig selv til.. øhm så det er det samme som alle siger.. og så med ulempen det er.. det kommer også til at lyde lidt egoistisk hvis det er omkring overlevelse men lige nu med et lille barn for eksempel så det at have influenza synes jeg er ekstremt hårdt altså .. eller sådan jeg ved godt at man kan tage noget der lindre.. eller hvis man så skulle være indlagt og det var igennem hoften ikke .. så der synes jeg lige pludselig er meget i min hverdag.. og så skulle også være mor og alt det der.. ja

Kirsten: Men jeg har også øhh.. at man hjælper en person der har brug for de her stamceller og så for det at man man mister ikke noget ligesom når man giver en nyre eller noget (Kirsten griner) (flere/alle griner).. og så alligevel kan man hjælpe nogen uden at tabe noget (flere griner) ja… imod det er .. som alle jer andre også med tiden og.. en eventuel narkose… det synes jeg lyder lidt voldsomt men.. ja det er imod men jeg ved ikke om jeg ville sige nej hvis det kom dertil

Moderator 2: Der er mange af jer der nævner det med fuld narkose men er det sådan en generel frygt eller det noget I har haft dårlige erfaringer

Camilla: Nej

Sophia: Jeg har faktisk haft gode erfaringer med at det var hyggeligt at vågne op med sådan lidt (alle griner)

Camilla: Det er skønt

Peter: Jeg tror at jeg er lidt bange for det.. jeg har aldrig været i narkose jeg har aldrig været under en operation eller noget.. øhm så det lyder bare så voldsomt.. man forbinder det også med noget lidt farligt tror jeg

Sophia: Jeg kan faktisk huske første gang jeg skulle opereres det var noget med øret også der havde jeg skulle i fuld narkose.. der var jeg vanvittig nervøs

Peter: Mhmm

Sophia: Og det der med at man aner ikke hvad de gør ved en.. eller nu ved jeg godt at de piller mig i øret men… (flere griner) men det er den der med at man er ude af kontrol ikke.. det var nok det jeg synes der var lidt ubehageligt.. men så når man så har prøvet det nu synes jeg nu her det ville ikke være det der var problemet

Stina: Hmm hmm

Moderator: Ud fra det I sådan har sagt tror I at ville kunne blive enige om sådan to ting som er de sådan vigtigste for argumenter.. hvis den allervigtigste og nummer to vigtigst.. hvis vi lige i sammenspil skal prøve at blive enige

Kirsten: Det med til en person

Flere: Mhmm

Camilla: Ja det med en til en den tror jeg at vi alle sammen havde ikke

Henrik: Jo

Moderator: Så det er nummer et argument.. det er den der en til en

Flere: Ja

Moderator: Hvad med nummer.. hvad er

Peter: Jeg synes faktisk din pointe var rigtig god

Stina: Ja den havde jeg ikke lige tænkt på

Peter: Der kom Novo Nordisk lige op i dig (alle griner) .. men det faktum at man også kan hjælpe med at forebygge

Camilla: Ja

Kirsten: Mhmm

Peter: Synes jeg er et rigtig godt argument for hvorfor man også skulle gøre det her… jeg ved ikke med jer andre

Stina: Jo så ville det jo også give god mening hvorfor at man skal stå i nogle registre og så noget netop for.. Altså så er det jo også så er det jo ikke bare for at stå i et register så er det rent faktisk for at man kan benytte sig af nogle af tingene også.. ja jeg synes at det giver god mening.. men jeg havde ikke tænkt over det selv

Henrik: Der er jeg nok lidt miljøskadet (alle griner)

Moderator 2: Jamen det må man også rigtig gerne være

Moderator: Er I andre enige eller øh

Camilla: Ja

Sophia: Mhmm

Kirsten: Faktisk ja

Moderator: Mhmm jeg skal lige

Kirsten: Giver giver man tilladelse til når man er organdonor til stamcelle øh donation

Moderator: Nej

Kirsten: Det skal man gøre specielt

Moderator: Ja det er en helt anden

Kirsten: Ja okay

Moderator 2: Det er et særskilt register hvor man skal gå ind

Moderator: Man kan sige at stamcelledonor eller donere er ikke øhm bloddonorer.. at øhm man bliver det ..

Kirsten: Mhmm

Moderator: Og organdonation det er en helt anden organisation der kører det….. ja…….. hvad med imod nummer en eller nummer et… for der skulle være imod stamcelledonation

Sophia: Altså vi har nævnt tiden

Kirsten: Ja

Camilla: Ja

Henrik: Ja

Sophia: Det kommer jo lidt an på om det er den ene eller den anden ikke fordi om det er tapning eller om det er

Henrik: Ja

Moderator: Ja

Stina: Men er det etteren eller er det toeren tid

Henrik: Eller er det narkosen der er

Stina: Ja eller er det narkosen eller det her med smerterne der kan være forbundet…der er nummer et

Sophia: Jeg vil sige for mig er det mere tiden jeg ved ikke med jer

Camilla: Ja det vil jeg nok også sige

Kirsten: Ja

Henrik: Ja

Peter: Jeg kan godt gå med til tiden (de andre griner)

Kirsten: Jeg kan også sagtens gå med til tiden

Henrik: Selvom du mener mest noget andet (griner)

Peter: Jeg synes nu også at narkosen er ret afgørende lige her

Moderator: Er det så tidsaspekt i forhold til nu nævnte i lige selv med den ene eller anden metode eller samlet set for man kan sige altså tapningen tager stadigvæk

Kirsten: Fire til fem timer er jo også lang tid det er jo en hel dag der ryger sort set

Moderator: Det foregår typisk over to dage så det er stadig to dage hvor man skal frem og tilbage og har en halv dag eller hvad man end har så er det i forhold til begge metoder eller er det i forhold til indlæggelsen

Sophia: Begge

Camilla: Begge metoder for mig er det (uf) ramt af den der.. den nemme metoder der kan du blive sådan helt ramt også ikke som kan give dig nogle uventede sygedage som ja

Kirsten: ja

Moderator: Ja så det er begge metoder… og hvad med nummer to er det noget med noget narkose eller smerter eller

Stina: Altså nu har jeg ikke så meget problemer med narkosen selvfølgelig er det også en lille del af det selvfølgelig men jeg tror nok at det er de smerter der kan være forbundet med det jo altså fordi så bliver du netop altså så er det ting du ikke kan gøre og for os der måske har små børn er det ikke mest. hvad hedder det det bedste for os tror jeg.. vi kunne nok ikke løfte og vi vil nok ikke kunne der er ting vi ikke ville kunne gøre ved den der hoftekamsoperation eller indgrebet

Sophia: Nej… ja så bliver man pludselig så bliver man nødt til at involvere en anden der så kan hjælpe til derhjemme hvis man nu har en mand der arbejder meget eller så skal man have en mor ind eller en veninde det er sådan lidt omfattende.. jeg ved ikke hvad nummer to skal være

Kirsten: For mig er det narkosen

Camilla: Mmm

Peter: Ja jeg vil også sige narkosen det der med at lægge sig selv i andre hænder det synes jeg er lidt skræmmende og det vil klart være det der talte imod for mig hvis jeg skulle gøre det her… der ville jeg godt kunne overleve lidt smerter i to tre dage eller en lille sygdom men det faktum at man skal lægge sig under kniven for en anden person eller (uf 28:46) en anden person

Camilla: Mmm

Moderator 2: Så det er sådan indgrebet

Kirsten: mmm

Peter: Ja det der med at du mister din..

Camilla: Ja kontrol eller

Peter: Ja du mister kontrollen

Moderator 2: Ja du mister kontrollen og der skal ske noget med din krop

Peter: Ja

Moderator 2: Ja

Peter: Det er klart det største imod for mig i hvert fald

Kirsten: Mmm

Stina: Altså det kan jo også godt gå galt det er jo ikke altså …. det gør det ikke de fleste gange (nogle af de andre griner) men det kan jo rent faktisk altså der er jo en lille hvad hedder det procentdel hvor det kan gå galt

Camilla/Kirsten: Mmm

Peter: Altså jeg er også nervøs for at gå til tandlægen (alle griner) så jeg er måske også den forkerte at spørge

Kirsten: Det er jeg så ikke (alle griner)

Peter: Men jeg synes bare at den er ret afgørende den narkose

Moderator: I siger narkose (Peter og Kirsten) hvad siger I andre hvad er det for øh

Camilla: Jeg har ikke noget bedre

Henrik: Nej

Stina: Nej

Henrik: Altså det er fint nok

Stina: Jeg kan godt tilslutte mig hvis det endelig er

Sophia: Ja

Moderator: Så narkosen og generelt måske lidt mere metode to hvis man kan sige det sådan at det er indgrebet

Alle: Ja

Moderator: Okay……. nu når vi har snakket om både for og imod og så videre er i så stadigvæk positivt stemte eller mere... sætter det nogle tanker i gang

Kirsten: Jeg er stadigvæk positiv

Camilla: ja

Stina: Ja

Peter: Jeg synes også den for.. en til en vejer højere end nummer to

Camilla: Den overtrumfer alt

Moderator: Den overtager det hele

Henrik: Ja

Kirsten: Jeg ville også gå i fuld narkose hvis det var at jeg blev bedt om det

Moderator 2: Ville I have lyst til at melde jer som stamcelledonorer nu ud fra det her grundlag

Sophia: Jeg kunne godt

Henrik: Ja det kunne jeg også

De andre: ja

Moderator 2: Godt.. fordi så har vi lige nogle scenarier (flere griner) vi gerne vil stille op for jer fordi vi er jo stadig interesseret i hvad grundene til at man så ikke har lyst til at registrere sig øhm og det er jo interessant at vide for der kan være mange grunde og der er ikke nogen grunde der ikke er gode nok det er jo trods alt ens eget liv og ens krop så der skal jo... altså man skal jo tænke lidt over hvad det er man går med til så derfor øhm.. vil vi gerne snakke om nogle scenarier… og et af dem er.. noget I har været lidt inde på men hvad med den med jeres personlige data det bliver delt internationalt.. i et internationalt stamcelleregister… og det vil sige at der er folk fra andre lande der også har adgang til jeres personlige og personfølsomme data

Moderator: Man kan sige at de data der kommer ind det er jo genetisk jeres vævstyper jeres alle sådan nogle ting som egentlig definerer hvem man er som person øhm sådan genetisk så det er de data som alle de lande der er med i det her register for adgang til

Moderator 2: Er det noget hvor I tænker.. så er det ikke mig så skal jeg ikke være stamcelledonor

Kirsten: Jeg tænker at det kommer lidt an på hvad for nogle lande der er med.. sådan men umiddelbart nej hvis det sådan er sådan civiliserede men hvis der er

Moderator: Altså det er alt fra Asien til lande i Afrika til USA til Canada til det er mange mange mange lande der er med i

Moderator 2: Og vi ved at der bliver lavet søgninger i det internatonale register hver eneste dag.. så det er ikke et der ikke er i brug… overhovedet.. så der er i hvert fald masser af aktivitet i registeret

Kirsten: Det kunne godt få mig til at tænke over det.. men jeg ved ikke om jeg ville sige nej.. nu har jeg selv en datter der har diabetes og (UF 32:18) og sådan noget og der kunne man der ved jeg ikke om man på et eller andet tidspunkt kunne bruge sådan noget stamcelle

Camilla: Jeg synes at det er svært for jeg ved ikke hvad de skulle kunne bruge alle de der oplysninger til så derfor for mig er det sådan lidt det må de sgu gerne kigge i (flere griner) jamen altså det er nok sådan lidt jeg tænker så det er egentlig ikke (UF 32:40)

Henrik: Ja

Kirsten: Ja

Sophia: Jeg har det ligesom dig

Henrik: Jeg synes at det er lidt svært at forholde sig til når man ikke rigtig ved hvad det er for nogen data der ligger i den database og hvad det kan bruges til og ditten og datten men altså det er (UF 32:51) det tror jeg ikke at jeg ville have noget imod

Stina: Selvfølgelig er der noget IT sikkerhed som du også snakkede om men det er ikke nok til at jeg synes at det overtrumfer alt så vil jeg overhovedet ikke være en del af det altså så tror jeg rent faktisk at jeg ville tage chancen hvis man kan kalde det det eller den lille risiko der i forhold til at jeg jo heller ikke ved hvad for noget data som sagt øh så det er også hvad der ligger i det men stadig så ville jeg hellere altså jeg tror hellere at jeg ville være en del af det end ikke at være en del af det hvis IT sikkerheden i det er det vi snakker om for altså

Moderator: Er det en information så det er ikke en information der vil gøre at i var imod hvis i var for og omvendt så det er ikke en der rykker med noget

Flere: Nej

Moderator 2: Et andet scenarie de andre er lidt dem i selv er inde på… som er meget det med fuld narkose og man bliver indkaldt og det skal være igennem hoftekammen og så er det på grund af patientens sygdom.. men man kan jo melde sig fra selvom man bliver kontaktet.. kunne I have lyst til eller forestiller i jer at hvis i var stamcelledonorer og så man endte i den situation at det skulle være igennem hoftekammen at man sagde.. nej tak det skal jeg ikke have (flere siger nej) eller har det ikke

Kirsten: Det tror jeg ikke

Stina: Nej igen så tror jeg at en til en overtrumfer simpelthen jo så skal det igennem hoftekammen (flere griner)

Moderator: Det er helt i orden hvis man tipper

Peter: Ja jeg tror nok at jeg ville tippe lidt.. men det er simpelthen fordi jeg er lidt bange for den der narkose og så synes jeg at det er lang tid

Flere: Ja

Sophia: Det er mere tiden i det for hvis nu man står og for eksempel har hamrende travlt i en eller anden periode og hvor lang tid går der fra man får en indkaldelse til nu er der en der har brug for dig så

Moderator: Man bliver hvis man bliver et match så bliver man indkaldt til først en konsultation igen hvor at man får at man får taget blod igen for at de ligesom dobbelttjekker ens vævstype for at se om man passer igen.. det gør man jo så højst sandsynligt og så bliver man indkaldt til et helbredstjek og en lægekonsultation og så efterfølgende så går man så i gang med proceduren så der er også lige nogle steps inden nogle kortere lægebesøg

Sophia: Jeg kunne godt forestille mig at det var afgørende for hvis man så fandt ud af okay nu er det med fuld indlæggelse i tre dage og man står måske med store afleveringer på arbejde der vil gøre at man siger det er bare ikke en mulighed for mig så på den måde hvis man vender det den vej så tror jeg godt at jeg måske ville sige nej ikke…. men det er også svært for hvis der er en der ligger og har brug for en eller ligger.. det ved jeg ikke om man ligger eller står (flere griner) så er det også helt vildt svært at sige nej fordi man har travlt med arbejde ikke så vil man også få det dårligt over det det er sådan... Finder man så ud af om der er en anden der også er et match

Moderator 2: Nej du bliver kontaktet hvis du er et match … det er sjældent at der er et match

Kirsten: Hvor mange donorer er der?

Moderator: I Danmark er der 50.000 og på verdensplan er der 25 millioner registreret donorer men der er over tusinde forskellige vævstyper så der er jo... der skal være rigtig mange i det register før at man ligesom kan finde det match hvis man har behov det kan man sige

Peter: Men det må så også betyde at vi donerer rigtig meget til udlandet hvis det kun er cirka hundrede danskere der hver år får konstateret en sygdom som har behov for det her og vi har 50.000 donorer

Moderator: Men det er ikke ens betydning med at det er hundrede om året med stamceller det er bare hundrede nye der ryger i møllen kan man sige... hvis der ikke er et match altså det kommer jo an på om matchet er der

Moderator 2: Altså vi har 50.000 der er registeret så de er ikke nødvendigvis blevet matchet nogensinde... og chancen er stadig lille

Peter: Og det betyder at man ikke kan opbevarer det her knoglemarv

Moderator 2: Det gør man ikke man bliver kun kontaktet hvis der en direkte en der har brug for det det er ikke noget man får tappet på forhånd og så ligger det opbevaret det er kun i tilfælde af at der er et andet menneske med en sygdom der har behov for lige præcis ens stamceller… så der er 50.000 registreret men vi har ikke tal på hvor mange af dem der er blevet kontaktet... og heller ikke helt hvor meget man i Danmark har fået fra andre lande eller hvor meget man har givet til andre lande det er der ikke oversigt over

Henrik: Har man lavet sådan en sandsynlighedsberegning på hvor svært det er at få et match

Moderator 2: Ikke hvad vi ved af ikke hvad vi har kunne finde ikke udover at vi har kunnet læse os frem til at det er meget sjældent at man bliver indkaldt fordi at det netop er rigtig svært.. så det er sådan det eneste vi har fundet frem til… men femogtyve millioner der er registreret på verdensplan er jo ikke så meget i forhold til befolkningen

Henrik: Nej det kan man godt sige

Moderator 2: Så der er i hvert fald et behov ved vi på registreringerne…..... er det noget i kunne have lyst til at snakke med andre om I kender der er bloddonorer og om de måske kunne have lyst til at registrere sig eller at nu har i fået den her information og om det kunne tippe andre

Stina: Altså jeg tror da jeg ville snakke med min kæreste om det og generelt familie altså dem man er i husstand med også for altså en ting er at jeg vil tage en beslutning men jeg vil nok ikke tage den uden at have taget den med min kæreste egentlig der hjemme... det er lidt det samme i min verden det samme som organdonation fordi at der er et indgreb forbundet men hvis han sagde nej og han synes at det var verdens dårligste idé så tror jeg egentlig så ville jeg selv skulle tage beslutningen i sidste ende også selvom han ville sige at det synes jeg virkelig virkelig er en dårlig idé

Moderator: Er det et valg som i føler at man skal snakke med sine nærmeste om altså lidt ligesom med organdonation at man lægger op til at det ligesom er noget man skal have en dialog omkring for at vide hvad

Stina: Jeg synes at dialogen skal være der selvom det er mig der skal tage beslutningen i sidste ende

Moderator: Så du kan godt trumfe

Stina: Ja jeg synes godt at man kan overtrumfe men jeg synes stadig at jeg skal have diskussionen med Tue der hjemme

Camilla: Det tænker jeg mest ville være for mit vedkommende hvis der var en eller anden årsag til at han skulle tage over… men hvad jeg gør med mine stamceller det kan jeg ikke se hvorfor han skulle blande sig i.. andet end det her med at man ligger lidt syg og der kan være en lille en der skal have

Henrik: Jeg ved i hvert fald at min ekskone hun var i hvert fald meget imod det med organdonor og sådan noget og det var jeg sådan set fuldstændig ligeglad med så jeg er organdonor også så det var en principsag for mig

Stina: Men I tog snakken eller hvad

Henrik: Ja altså jeg sagde at nu har jeg meldt mig til (flere griner) jeg ved ikke om vi snakkede så meget om det men hun skulle i hvert fald ikke melde sig til

Sophia: Men det er noget der kan give et problem ikke fordi min ekskæreste var også meget imod det fordi tanken om at hvis der nu var sket mig noget og de nu fik det hele det kunne han ikke lide.. så han prøvede også at påvirke mig men jeg holdt også fast i jeg gerne fortsat ville være det så det kan jo godt skabe en diskussion men jeg ville ikke lade mig påvirke hvis.. det tidsaspekt i at man skal planlægge sig ud af det

Moderator 2: Vi snakkede lidt indledningsvis om i jeres præsentationsrunde om at når man som bloddonor har tilmeldt jer fordi at i mente at det var en pligt at give når man kunne så kunne man give og hvis man gerne ville have så skulle man også være villig til at give er det et andet forhold I har til stamceller……. er det indgrebet der kan gøre at det er en forskel …… eller hvordan

Camilla: Jeg tror at en grundholdning for mig er det samme at hvis jeg gerne vil have må jeg også prøve at give.. og hvis jeg ikke kan se de store ulemper i og være tilmeldt så må jeg bare gøre det.. men stod jeg i situationen hvor jeg ikke kunne prioritere det så ville jeg nok have det rigtigt skidt med at sige nej fordi jeg ved at det er så sjældent.. så der er måske en lille forskel men.. moralsk så tænker jeg bare det bliver man bare nødt til

Moderator: Men det er helt okay.. der er ikke noget der er mere rigtigt end forkert end andet overhovedet

Kirsten: Men der er jo også lidt en forskel fordi med bloddonor går man ned en gang hver tredje måned og så bliver man tappet og så får man en SMS om at nu har vi brugt dit blod på et eller andet tidspunkt.. her der skal man ligesom være klar når de skal bruge det..

Peter: Gør man det... så er der aldrig nogen der har brugt mit blod

Kirsten: Jeg har fået en SMS (flere griner)

Henrik: Jeg har heller aldrig fået nogle SMS'er

Moderator: Det er noget de lige er begyndt på

Kirsten: Er de lige begyndt på det.. ja okay

Moderator 2: Ja i sytten begyndte de med at man fik SMS'er når ens portion blod så det kan sagtens være blevet brugt til masser.. bare rolig (flere griner)

Kirsten: Jeg tænkte også er det første gang i har brugt det.. resten er gået til spilde men det synes jeg var rart. Men jeg tænker også at man bliver kaldt ind og så skal man sætte den der tid af og man ved ikke helt hvor meget…

Moderator: Man kan sige som du er inde på nu at behovet er der jo når det opstår.. og hvis man så er i en situation hvor man er på ferie eller et eller andet er det så noget I tror at man ville få det dårligt over og så ikke kunne gå ind og hjælpe fordi man ved at der er den her en til en

Kirsten: Ja jeg ville få det dårligt også fordi det er så svært at få et match jeg tænkte bare hvis mine børn havde brug for det så ville jeg da blive ked af det hvis der var en der sag fordi man var på ferie eller et eller andet åndssvagt på arbejde altså det er jo ligegyldigt for mig

Henrik: Jeg er lidt enig i dine betragtninger der også.. at det ligger et yderligere pres på en altså hvis der endelig kommer et match netop fordi du ved der er kun dig måske.. der kan matche det her… så ligger det et yderligere pres på man skal sige ja hvor man kan sige hvis man er nede at give blod hver tredje måned du kunne jo så springe en måned over eller en gang over eller to gange hvis det endelig skulle være…. det er der ikke nogen der vil dø af men her kan du så sige her er der en der virkelig har brug for det.. så det ligger et ekstra pres på at man skal så også sige ja når tilfældet dukker op selvom det måske aldrig nogensinde gør

Moderator 2: Kunne det pres være med til at man så slet ikke havde lyst til at melde sig som stamcelledonor... man undgår presset hvis man ikke er i registeret

Kirsten: Det tror jeg

Camilla: For mig ja

Moderator: Så hellere ikke være registreret ja

Camilla: Så ender jeg ikke med at få dårlig samvittighed

Kirsten: Så får man ikke dårlig samvittighed (flere griner)

Camilla: Det er jo helt åndssvagt men ja

Moderator: Ja for man kan sagtens ende i en situation hvor man bliver nødt til at sige nej hvis man er.. et eller andet andet sted ikke

Henrik: Jeg ville nok stadigvæk melde mig (UF 44:40) (flere griner)

Moderator 2: Jeg tænker at vi lige her til sidste egentlig gerne vil jeg kører nogle få scenarier op for hvis.. hvad der nu kan være negativ og I har været inde på det men... jeg vil også gerne lige kører nogle andre scenarier igennem for jer… og de lyder sådan her…. synes I egentlig at man skulle have betaling for at være stamcelledonor ville det så være mere tiltalende og eliminere presset eller er det helt ude af billedet eller gør det ingen forskel..

Sophia: Det er fuldstændig ligegyldigt

Kirsten: Det gør ikke nogen forskel.. det er lige meget

Henrik: Ja

Moderator: Er det noget alle synes

Camilla: Ja for mig selv jeg behøver ikke betaling det er mere.. hvis der er en masse andre i Danmark der høster nogle penge eller et eller andet på det for udlandet så.. så tænker jeg at der kan være noget i det men jeg har ikke behov for at få penge for det selv

Kirsten: Det kunne være at man skulle have noget kompensation hvis arbejdsgiverne ikke vil betale den frihed

Moderator: Ja sådan så der i hvert fald ikke ender med en sur chef .. men at betalingen kan gå hen i det hul … der er ikke nogen last nogle steder

Camilla: Mhmm..

Sophia: Hvis det er så sjældent at der er et match så kan det ikke være meget der skal lægges i den (flere griner)

Moderator 2: Jo flere der registrerer sig jo oftere håber man jo at der er et match fordi der så er flere donorer

Peter: Altså det vil da helt sikkert skabe noget incitament for andre tror jeg men jeg vil sige lige som jer andre for mit vedkommende der vil det ikke betyde.. til eller fra

Sophia: Jeg tror der er mange som for eksempel er sæddonorer ikke som gør det for at få penge

Peter: Præcis

Kirsten: Men der er jo ikke nogen der får penge for at give blod altså

Moderator 2: Nej så det er måske mere når konsekvensen er større... at så er der nogen der kunne have incitament ved at det netop var en betaling at der var et eller andet man fik noget igen.. ligesom med sæddonation der altså der er jo også

Kirsten: Men det er jo en forretning (flere er enige) det her skal ikke gøres til en forretning i mine øjne i hvert fald

Peter: Det er det vel i nogle lande

Kirsten: Måske

Stina: Jamen så er det jo der hvor vi begynder at snakke om os hvad er det for nogle ting der står i det der registre det er jo det så længe vi snakker om at der ikke er penge involveret i det her så har jeg heller ikke nogle problemer med at stå i et eller andet bestemt register og hvad det ellers er hvis det begynder at blive noget med rigtig mange penge og sådan noget så begynder det at lugte lidt så er det ikke så godt for mig synes jeg i hvert fald

Kirsten: Altså det eneste det kunne være hvis en arbejdsgiver når man kommer og siger at jeg skal være syg de næste fire dage fordi jeg skal give det her og de så siger hvorfor det så står man lidt i et dilemma og der kunne det være godt med noget kompensation men ikke noget som jeg

Moderator: Bruge det som forhandling på en eller anden måde

Kirsten: Ja du får de her fire dage nu du skal være væk.. i lønkompensation

Moderator: Ja eller børnepasning der var nogle af jer der snakkede om det hvad hvis man har et barn kan man så sørge for at der er en ordning der eller en dagplejer der kan træde ind eller et eller andet ville det også kunne være hvis nu det ikke er er chefen man tænker så meget på men noget andet

Stina: Altså det kunne det jo godt være altså jeg tænker nok mest sådan at der kunne være en fond ligesom der er en barselsfond så kunne der også være en fond der kunne udbetale nogle penge til ens arbejdsgiver så det ikke vil være et problem

Henrik: Når du siger betaling tænker du så på når man lader sig registrerer eller når man bliver matchet

Kirsten: Når man bliver matchet

Stina: Det tænker jeg også

Moderator: Det ved jeg faktisk ikke…. hvad tænker i

Moderator: Det kan være begge dele

Henrik: Ja altså

Sophia: Ja når man har mulighed for at sige nej så vil det være lidt at man kan få betaling (alle griner)

Kirsten: (UF 48:19)

Moderator: Og så et sidste her på falderebet scenarie… vi læste op for jer før at det er mere end hundrede danskere der hvert år får konstateret en sygdom som derfor har behov for en stamcelledonation… og en oplysning vi ikke gav jer var at mange af dem er børn… ændrer det lidt ved en holdning at en stor del af dem der har brug for stamceller er børn der er syge

Kirsten: Det ændrer ikke ved min holdning

Henrik: Nej principielt ikke men det lægger bare et større pres (flere griner) på at man skal sige ja når man bliver matchet

Moderator 2: Om det er en fakta eller ikke i registreringsfasen eller i registreringsbeslutningen

Stina: Alle er jo en eller andens barn alligevel så

Sophia: Altså der er da alligevel et eller andet ved tanken om et barn der ligger.. det gør da et eller andet ved mig kan jeg mærke.. men lige hvad kan jeg ikke lige sætte ord på jeg tror ikke at jeg ville ændre mening .. men der sker da et eller andet oppe i mit hoved når man snakker om et barn der har brug for det

Kirsten: Hvad er det for nogle sygdomme

Moderator: Det kan være leukæmi for eksempel kræft i blodet og immunsygdomme hvor man ikke kan danne stamceller selv faktisk en masse former for kræft.. lymfekræft også og en masse patienter der ikke kan danne nok stamceller af alle mulige forskellige årsager.. men mange kræftpatienter og leukæmi er en af de kræftformer der allerflest børn der får under fem år …. så blandt andet det.. men nu er vil vi lige høre helt til sidst om I har noget i gerne vil tilføje eller noget i lige mangler at få med eller noget I har glemt at spørger om eller et eller andet. så vi vil heller ikke efterlade jer med sådan et hvad var det lige hvad skete der lige der (flere griner) .....

Peter: Jeg tror for mit vedkommende der er det lidt sjovt at man vægter sin arbejdsgiver så højt altså der er et andet liv på spil og alligevel så sidder man og taler om at man mister nogle timer på arbejdet.. som i princippet burde være fuldstændig ligegyldigt når det er et menneskeliv man sidder og snakker om

Kirsten: Fem timer... to dage... en uge

Peter: At det er tiden der er så afgørende.. der bliver jeg lidt overrasket over mig selv

Camilla: Ja du har fuldstændig ret

Kirsten: Ja det er rigtigt

Sophia: Jeg synes og at den du nævnte med hvad nu hvis man så er på ferie... altså skal man så blive hjemme fra sin ferie det tror jeg heller ikke lige at man vil gøre og omvendt skal man så leve med den beslutning at man ikke gør det altså den havde jeg ikke lige overvejet den der med hvis nu... så er det igen så bliver man måske lidt egoistisk ikke eller

Kirsten: Jeg sidder bare lige og tænkte at hvis man er på ferie et eller andet sted og hvis det er den der der tager fire timer kan man vel gøre det der hvor man er

Moderator: Jeg sad faktisk og tænke på da jeg sagde det at jeg var lidt i tvivl det kan god være at man kan det

Kirsten: Så skal man jo også man skal jo gøre noget inden så det kan man nok ikke

Moderator: Ja nogle tjek og så videre så det er nok lidt mere omstændigt end som så

Stina: Med du vil blive kaldt hjem fra en ferie for eksempel fordi der er en nogen der er fundet en der er i registeret men stadig (UF 51:32)

Kirsten: Jeg tænker også at hvis det er man skal til sådan nogle indledende undersøgelser og sådan nogle ting så hvis man kommer tre dage senere så er det måske også okay og så at man gør det når man kommer hjem.. hvis man ikke har været i et karantæneland

Peter: Ja er det nemlig ikke sådan med bloddonor der kan man jo komme i karantæne når man har være ude at rejse det må du også kunne komme her.. så er det jo egentlig bare et no go hvis du er ude at rejse

Camilla: Det er visse lande

Kirsten: Det kommer an på hvad det er for nogle lande

Moderator: Ja det tror jeg for man kan jo sige at hvis vi kan få stamceller.. nu ved jeg det ikke men hvis vi kan få stamceller fra andre lande så ja jeg ved ikke om der er noget der

Moderator 2: Karantæneforholdet er jo blevet lavet for at man sparer alle tjekkene

Kirsten: Ja undersøgelser. Så man kan jo tjekke det

Moderator 2: men hvis der er et behov så kan man tjekke det selvom man lige har været ude at rejse

Peter: Ja okay

Moderator 2: Når man alligevel matcher vævstyperne… men ellers så er der ikke nogen der har noget at tilføje eller nogen spørgsmål… så vil vi bare gerne sige tusind tak fordi i gad at være med og give os noget af jeres tid... det er vi meget meget glade for.

Sophia: Ja det var da egentlig meget fint at blive oplyst omkring

Henrik: Ja

Stina: Ja

Bilag 4: Transskription af fokusgruppeinterview – Aarhus

Fokusgruppeinterview om stamcelledonation

- Aarhus, d. 27/1-18

Moderator: Vi er i gang med at skrive speciale og vi går på Aalborg Universitet i København og har holdt en fokusgruppe i København og skal nu også holde en her i Aarhus.. Vi kommer begge til at snakke lidt.. og det vi skal snakke om det er bloddonor og hvorfor I er blevet det og så skal vi snakke lidt om stamcelledonation… men det skal I nok få mere at vide om… Der er ikke nogle svar der er rigtige eller forkerte.. vi er egentlig bare mere interesseret i jeres holdninger og hvad I sådan umiddelbart tænker til de spørgsmål vi stiller.. så der er ikke noget der er rigtigt eller forkert.. og vi optager for at kunne transskribere det.. vi kan starte med at I lige siger jeres navn og hvorfor I blev bloddonor.. så får I lige introduceret jer til hinanden

Cæcilie: Skal jeg starte

Moderator: Det må du gerne

Cæcilie: Jeg hedder Cæcilie.. og skal jeg sige hvor gammel jeg er.. hvad jeg laver eller..

Moderator: Bare hvorfor du er blevet bloddonor

Cæcilie: Ja øhhm… Jeg tror faktisk det var.. til at starte med var det fordi jeg læste til sygeplejerske og så tænkte jeg at det var sådan en god kombi af at gøre noget mere for nogle andre og … så blev det også sådan vedholdende fordi jeg har en moster der har fået doneret en masse blod og også nogle organer.. så ja

Jonas: Ja.. skal man sige navn jeg hedder Jonas… så er det i hvert fald gjort… øhm jamen grunden til at jeg blev bloddonor .. altså jeg sad og tænkte.. jeg så godt spørgsmålet lige før og så sad jeg og tænkte længe over det.. men jeg tror egentlig bare i bund og grund at jeg tror at det er en borgerpligt…

Moderator: Ja

Jesper: Yes.. jeg hedder Jesper.. og.. jeg blev bloddonor.. ja ja jeg arbejdede som brandmand og så stoppede jeg der og så ville jeg egentlig stadig gerne hjælpe folk… øhm… og så blev jeg faktisk inspireret af Jonas… dengang.... jeg er ikke særlig glad for nåle men jeg tænkte (flere fniser).. ligesom Jonas at det er sgu nok en borgerpligt at ku at kunne hjælpe hinanden

Moderator: Ja

Susan: Øh. Susan….. jeg har det sådan lidt ligesom havde det sådan lidt ligesom med nålene.. dem var jeg også sådan lidt bange for .. øhm valgte at gøre det alligevel.. fordi jeg tænkte kan du bidrage så skal du bidrage

Mia: Jeg hedder Mia.. jeg er jo næsten lige blevet bloddonor.. øhm og jeg ved ikke hvor det kom fra egentlig jeg tror bare at øh.. jeg tror at min mor har været det for lang tid siden og så var det bare en lille samtale hvor vi snakkede om det og så var jeg sådan.. det skal jeg da være der er da ingen grund til ikke at være det.. og så næste dag der meldte jeg mig bare

Lena: Jeg hedder Lena jeg tror at jeg har det lidt som du har det Jonas.. at øh jeg synes at det bør være en borgerpligt.. og så har jeg det måske også sådan lidt at øhm at hvis jeg gerne vil modtage så vil jeg også give… ja så det er sådan det grundlæggende

Moderator: Super… hvad hedder det øhm.. vi skal snakke lidt om stamcelledonation og hvis I har nogle spørgsmål så stil dem endelig.. og også hvis I har noget til hinanden .. øhm spørgsmål til hinanden så må I også gerne spørge hinanden… øhm men jeg kunne godt tænke mig bare lige til at starte med en håndsoprækning på om der er nogle af jer der kender til stamcelledonation…… (Cæcilie og Lena rækker hånden op)… ja.. hvor kender I til det fra

Cæcilie: Jeg blev tilbudt at være det der hvor jeg giver blod

Lena: Jeg ved det kun fordi der er nogle fra vejen der har modtaget det

Moderator: Ja okay… super…. Det vi skal snakke lidt om det er at jeg fortæller jer sådan proceduren for stamcelledonation og hvordan det fungerer øhm.. og så kunne vi egentlig godt tænke os at snakke de barrier der muligvis kan være for at tilmelde sig som stamcelledonor… øhm…

Moderator 2: Der er jo nogen der har nemmere ved at få information hvis de selv kan læse med så I får også lige et papir her hver… og det må I gøre med hvad I vil.. I kan også godt krølle det sammen eller tegne på det.. Så har man i hvert fald muligheden (flere fniser)

Susan: Papirfly..

Moderator 2: Og alle har fået nu

Moderator: Og det skal siges at vi er ikke ude på at hverve stamcelledonorer overhovedet… det er mere bare for at få for og imod og hvad der sådan kunne være af tanker… Men jeg læser det lige højt og så taler vi om det…

*****Der læses information om stamcelledonation*****

Moderator: Det var sådan lige processen for hvis man melder sig som stamcelledonor.. har I nogle spørgsmål til selve proceduren for de to metoder

Jonas: Altså stamcelle det er det samme som knoglemarv… altså

Moderator: Ja

Jonas: Har det heddet det før eller hvad

Moderator: Man kaldte det knoglemarv tidligere men nu kalder man det stamcelle

Jonas: Okay

Moderator 2: Det er fordi stamcellerne er i knoglemarven

Moderator: Er der andre der har nogle spørgsmål…… nej.. ud fra den her information I har fået.. er der så noget der kunne rykke ved jeres holdning til at melde jer som stamcelledonor eller ikke gøre det..

Lena: Altså jeg sidder faktisk og bliver i tvivl om jeg er det

Susan: Ja jeg sidder lidt med samme tanker (Lena og Susan griner).. Jeg kan sgu ikke huske det

Lena: Jamen det er fordi når man kommer derud øhh.. som bloddonor ..så synes jeg.. for et års tid siden så fik man faktisk sådan noget en undersøgelse.. hvor man kunne svare på en masse og nogle gange så tror jeg måske at jeg gør det lidt i blinde.. det beklager jeg (flere griner)… men det er nok fordi jeg dybest set har det sådan at I kan egentlig tage hvad I har brug for ikke… så hvis jeg kan hjælpe med at spørgeskema eller med det ene eller det andet så siger jeg ja… så jeg kunne sagtens være det…. Det er pinligt

Moderator: Men er der nogle af jer

Lena: Men så spørger jeg bare ved I så om jeg kan øhm slå mig slev op et sted.. og finde ud af om jeg dybest set er det

Moderator: Ja du kan se det inde i donorregisteret.. om du er

Lena: På mit… Det hvor jeg booker tid og så videre

Moderator: Registret og sådan

Moderator 2: Man burde være informeret hvis man har registreret sig… så det kan godt være at I er blevet spurgt men så burde man også have fået information om hvad det indebærer efterfølgende…. Men der er mange der har en ide om at det er de fordi det er sikkert en pakke med organdonation.. og hører det ikke med der men det er faktisk et særklit register man skal ind og registrere sig i

Susan: Jeg er også sikker på at jeg har set oplysningerne

Moderator 2: Ja

Susan: Men… jeg tror.. jeg kan simpelthen ikke huske om jeg har…… meldt til… men hvis jeg ikke har fået noget aktivt tilbage så har jeg jo nok ikke .. men jeg er ret sikker på at jeg har set det øhm… de oplysninger tidligere

Jonas: Jeg vil sige jeg var ikke klar over at man kunne få det via via blodet.. jeg troede at det var en øh.. øhm en nål eller et eller andet.. Jeg synes at jeg har hørt at man skulle stikkes i .. i en voldsom grad .. men

Susan: Det har det også været… Jeg har en veninde som har leveret knoglemarv til øh.. til et barn

Jonas: Ja

Moderator: Det har også tidligere været igennem hoftekammen og det kan det som sagt også være i nogle tilfælde men… men de har udviklet den metode så det i princippet er en blodtapning.. så det er den der bliver brugt… men er der nogle af de her informationer der sådan… er der noget der vejer positivt og noget der vejer negativt

Cæcilie: Jeg synes at det lyder lidt.. lidt voldsomt… altså sådan.. men jeg har også haft en snak med dem derude om jeg skulle være det.. men fordi jeg nogle gange har reageret sådan lidt voldsomt bare på at få doneret blod .. så sagde de at så var det ikke en god ide at jeg også meldte mig til det.. fordi jeg havde det nemlig også ligesom dig (peger på Lena) med at man skal da bare give alt det man kan give men øhm… ja fordi jeg så har fået det dårligt de sidste to gange eller så noget.. så har de sagt at jeg ikke skal gøre det

Moderator: Okay… Hvad er det der er voldsomt ved

Cæcilie: Jamen det der med at der ligesom det er flere dage man sådan skal indstille sig på.. det der med ja fire til fem dage inden donationen at man skal have noget medicin og… altså at.. at det kan tage over to dage og.. at man også kan blive syge efterfølgende og….. ja hvis man skal ud i den der.. hvor man skal i fuld narkose så er det så to tre dage man man skal være syge.. sygemeldt

Moderator: Så det tider der er ..

Cæcilie: Ja det tænker jeg

Moderator: Ja… hvad tænker I andre om det tidsmæssige aspekt

Susan: Jeg tænker også godt at der kunne være en arbejdsgiver som måske ville slå sig lidt i tøjet….

Moderator: Ja…. Altså man kan sige at hvis det ender med at være med fuld narkose så er man indlagt i to dage og to tre dage efterfølgende vil man højst sandsynligt heller ikke kunne arbejde… det det.. det er en uge

Susan: En arbejdsuge er det vel

Moderator: Ja

Lena: Men hvem betaler for den.. en arbejdsuge for man kan jo sige… hvis hvis det offentlige betaler for det.. jeg mener.. hvis man har en patient der er indlagt som man i forvejen betaler for.. så er det jo fair nok uden at jeg skal lyde nærig.. så øh.. så at holde en uges ferie ja det er jo meget.. for at gøre det.. hvor det ville jo hjælpe på det hvis det var sådan at det offentlige betalte for den frihed.. ligesom man gør hvis man er hvad er det nu det hedder ombudsmand og… (**person hoster**) Så får man jo også dækket sine omkostninger…

Moderator: Ville det gøre en forskel hvis det var arbejdsgiveren der skulle betale og hvis det var det offentlige…

Lena: Jeg vil sige at jeg er offentligt ansat så jeg tænker at øh .. at at det ville man nok gerne støtte op om.. Men jeg tror det ikke kan man vil se det i (**uforståeligt** 11.52) men jeg ved jo heller ikke hvor tit det er.. altså hvor stor en procentdel bliver kaldt ind.. det synes jeg også hører med til det .. hvis man har risiko for at man skal kaldes ind en gang hvert andet år og man kender mange der er der.. og så tror jeg sgu at arbejdsgiveren til sidst vil sige jamen ved I lige hvad.. nu.. nu stopper festen

Moderator: Ja… Har I andre også sådan i forhold til.. arbejdsgiver er det noget der

Susan: Jeg tænker også en gang imellem at man lige smutter i blodbanken en time.. måske går en time før for at nå derop ikke.. det øh.. det er okay man jeg er.. øhm.. jaa det kommer an på hvor omfangsrigt det er

Jesper: Jeg tænker heller ikke umiddelbart at jeg kan smutte en uge fra mit arbejde.. (flere griner) sådan i ny og næ.. Men som du også nævnte før hvor ofte er det.. øøhh.. man man.. man må.. der skal jo gå tre måneder mellem at man får tappet standaart blod.. blodtapning.. hvad med stamceller

Moderator 2: Altså hvis man er i stamcelleregisteret så bliver man kun kontaktet hvis der er et match hvor man har identiske vævstyper med den patient der har brug for det.. og det sker meget sjældent.. øhm så det ville være en situation hvor der er en patient der er syg også kører de registeret igennem og hvis så det finder dig og finder ud af at det er de rigtige vævstyper så

tester de dem igen for at se med sikkerhed at det er de rigtige.. men det sker ikke særlig tit.. det er rart svært når vævstyperne skal være så præcise som de skal være så det er ikke noget der sker jævnligt og der er mange der er i registeret der aldrig nogen sinde bliver kontaktet fordi der ikke er en patient der har behov ens

Susan: Det lyder som sådan en engangs

Mia: Men når det sker er det så sådan lidt akut agtigt.. er det så noget

Moderator: Det afhænger af sygdom og det kan være forskellige sygdomme man bruger stamceller til.. så det afhænger af sygdommen hvor akut det er.. for den der skal modtage stamcellerne skal også være stabil nok til at kunne modtage dem

Mia: Ja selvfølgelig

Moderator: Så det kan variere meget.. men for lige at svare på dit spørgsmål så er det Sundhedsstyrelsen der dækker.. hvis det er man bliver indkaldt.. og for tabt arbejdsfortjeneste.. så det bliver dækket af det offentlige

Lena: Ja.. altså der er i hvert fald stor forskel på at være på en arbejdsplads med fem ansatte hvor arbejdsgiveren skal udrede.. for at være på en arbejdsplads med femtusinde…

Moderator: Ja… Har I så en positiv negativ holdning til stamcelledonation eller er I sådan for eller imod agtig.. eller hvad man skal sige ud fra de her informationer

Cæcilie: Positiv

Susan: Umiddel umiddelbar positiv

Mia: Mhmm

Jonas: Ja.. Jeg synes jeg synes især den med blodet det er den jeg ville hoppe på hvis det var (flere griner) .. fordi det ikke tager så lang tid .. jeg synes jeg synes en uge.. jeg synes det synes jeg måske bliver.. det er meget tid at ligge i det.. selvom det selvfølgelig er.. du kan også give en nyre det tager vel sikkert også en uge… altså..

Moderator: Ja

Jonas: Øhm så… jeg synes den her med med blodtapning den synes jeg er den den kunne jeg godt være nysgerrig på og melde mig til.. jeg ved ikke om man kan melde sig til kun den ene.. altså man ligesom.. (flere griner)..

Moderator: Nej

Jonas: Jeg tror da ikke man har muligheden for at sige der.. vi har fundet den eneste øh match i øh hundrede tusindevis af mennesker og så synes jeg heller ikke at man kan tillade sig at sige nej.. så

Moderator: Det er en samlet pakke (flere griner)

Jonas: Ja det tænkte jeg nok

Moderator: Fordi det afhænger af patientens sygdom.. hvad for en metode der er bedst egnet

Jonas: Ja okay

Moderator 2: Er der nogen der er negativt stemte overfor stamcelledonation……..

Alle: Nej

Moderator: Okay.. I har fået et stykke papir og vi kunne godt tænke os at I skrev to ting ned som var for stamcelledonation og to ting som var imod … hvad I synes der er positivt eller negativt ved det

Moderator 2: Og det er noget vi kommer til at tale om i plenum så I behøver ikke at udfylde det for os bare at I selv er med på hvad I skriver af punkter

Jesper: Okay

Jonas: Okay

***** ØVELSE: Deltagerne noterer to ting for og to ting imod stamcelledonation *****

Moderator: Super… Hvad har du skrevet

Cæcilie: Jeg har skrevet at det positive ved det det er at man kan hjælpe andre og håbe at der er nogle der ville hjælpe en hvis man selv fik behovet for det... og ja at man er med til at gøre andre raske.. og.. skal jeg også sige det negative

Moderator: Det må du gerne

Cæcilie: Det er at øh jeg kan risikere selv at skulle blive syg.. det der med influenza symptomer og at man skal sygemelde sig på arbejdet

Moderator: Ja.. hvad har du skrevet

Jonas: Jeg har skrevet øhm.. altså man for at for det er at man hjælper altså sjældne syge.. Altså jeg tænker hvis man er syg i blodet.. så det er godt nok.. det lyder bare slemt umiddelbart.. og det var det var den ene.. og så er der den samme der med at det kunne have været mig eller en jeg kender øhm.. så så derfor synes jeg at det taler for det… Øhm jeg synes at tiden den taler imod øhm.. den her donation og så så tænker jeg også at der måske også kan være en en risiko ved øh… den her transplantation det ved jeg ikke.. der er jo altid noget forbundet med hvis man skal være.. man skal jeg ikke er man i narkose

Moderator: Ja

Jonas: Ja

Moderator: Altså hvis det er ind igennem hoftekammen så er man i fuld narkose

Jonas: Okay… Ja.. Så tænker jeg at det indebærer en risiko jeg ved ikke hvor stor den er.. den er sikkert ikke særlig stor men.. det ville også være træls og

Moderator: Ja men der er altid en risiko forbundet med at være i fuld narkose

Jonas: Mhmm…

Jesper: Ja øhm.. lidt ligesom at jeg meldte mig til som bloddonor så .. så skal vi bare.. vi skal hjælpe hinanden… det er sådan en grund for at være donor.. og borgerpligten igen… den anden ting det er I siger jo at der skal være det her nærmest øh specielle match… øhh… på vævstypen og.. nu kan jeg ikke lige huske den sidste ting.. øhh men når det skal være så præcist så behøver vi et øh.. register og vi behøver flere donorer…. Øhm hvem ved hvornår æh sidemakkeren står og kan bruge min hjælp… øhh…. Og ja… så nåede jeg aldrig at tænke over de negative.. (griner).. eller det der skulle tage imod ...

Moderator: Er du med på tiden eller er der noget

Jesper: Det Jonas nævner med med narkose og at der altid er forbundet en hvis øh.. risiko.. det det kan jeg godt følge ham i.. øh…… kroppen reagerer forskellige på på narkose…. Såå..

Moderator: Super

Susan: Jeg har skrevet livredning.. Jeg ved hvor positivt det kan være.. og så den med at bidrage hvor man nu kan og med hvad man kan… bare alle bidrager lidt så.. hjælper det.. jeg har også noteret mig den der ubehag.. og som sagt risikoen ved narkosen altså.. nogle de bliver rigtige dårlige af det og andre de kan bedre klare det… og så igen den med med arbejde og studie.. og hvad man nu ellers.. hvad man nu ellers har

Mia: Ja.. Jeg har skrevet at hjælpe andre øh som det første .. og det er nok det der tæller allermest for.. og så også det her med at det er forholdsvis sjældent så jeg føler ikke altså som sådan at det kræver så meget af en.. men så igen så det dermed at det så alligevel kræver tid hvis det så sker øh.. og så måske de her symptomer som kan være ved det

Moderator: Ja

Lena: Jamen ja.. det bliver sådan lidt en gentagelse (flere fniser).. så er det ikke bare lige meget.. fordi jeg er meget enig med det I siger ikke.. men det vigtigste for mig er det der med at det er livreddende.. hvis man tænker på sine egne.. hvis jeg tænker på mine børn i hvert fald så tænker man jo så ville man gå gennem ild og vand for det.. og derfor synes jeg bare at så må det også gælde den anden vej

Moderator: Mhmm.. ja.. super…. Nu har I nævnt meget med det her med at hjælpe andre og risici med narkose og tid og så videre.. hvad vil I sige hvis I skal finde i fællesskab en for og en imod hvad ville I så vælge… vi kan lige starte med for

(der mumles af flere deltagere)

Susan: Umiddelbart så at den der med at det er livreddende

Lena: Den fangede mig

Cæcilie: Ja

Jesper: Afgjort

Susan: Eller at det kan være det

Jesper: Det er lidt det jeg ser som den essentielle i det hele

Mia: Ja

Cæcilie: Ja

Moderator: Og hvad med den negative.. nu har I både snakket tid og narkose .. er der en

Susan: Så vil jeg sige så er tiden sekundær… det er nok mere den det fysiske ubehag og den lille risiko der er ved at .. at komme i narkose.. jeg vil sige den tænker jeg er….. imod

Lena: Men er det sådan at at hvis man nu ved at man har det dårligt med narkose.. kan man så ikke springe fra i det mellemleje..

Moderator: Altså du kan godt hvis du bliver ringet kan du godt springe fra..

Lena: Nej men jeg tænker kan du ikke blive ringet op og så hvis de kan gøre det som almindelig donation.. altså bloddonation

Moderator: De gør som almindelig.. altså den første hvis det er

Lena: Ja hvis den så mislykkes.. kan man så ikke sige fint så vil jeg gerne stoppe her.. for jeg bliver simpelthen så syg af narkose

Moderator: Men…. Jo man kan godt sige fra.. øh.. det kan man sagtens og man kan sige at den blodtapning er den der blive brugt mest men hvis patient har en sygdom som kræver at det er fuld narkose og det skal ind igennem hoftekammen så dur den anden metode ikke

Lena: Nej det det forstår jeg godt.. men jeg tænker bare måske det er måske vigtigt for nogle at hvis man ved.. det er ikke fordi jeg selv har oplevelsen af det.. men andre kan jo godt have med at de bare bliver dødsyge ved en narkose.. men de vil gerne hjælpe lige indtil det punkt

Moderator: Du er ikke tvunget til noget.. altså hvis du melder dig til så er du ikke tvunget til at gå i fuld narkose

Lena: Nej

Moderator: Det kan man godt sige nej tak til

Lena: Jeg synes da at det er vigtigt at man.. jeg kan godt forstå dem som bliver så dårlige at de siger det melder jeg pas på det her… jeg bliver simpelthen bare så pisse syg af det

Moderator 2: Når man finder matchet så finder de også ud af hvilken metode der er hensigtsmæssig i forhold til patienten.. så hvis det er den der er nummer to igennem hoftekammen så har man mulighed for at sige det kan jeg ikke være med til… men i alle tilfælde hvor at det er muligt så tager man den med blodtapningen..

Lena: Ja

Moderator 2: Og den nye procedure de har fundet der

Moderator: Super… er der nogen af de her negative ting der gør at man måske er.. ikke imod men der gør at man er sådan måske skal overveje det lidt om man vil sig melde eller ej. er der nogen af dem der sådan opvejer de positive

Lena: Personligt er jeg ikke tvivl om jeg gerne vil være stamcelledonor og så tænker jeg lidt at jeg må tage den derfra hvis jeg bliver ringet op den dag jeg har fjorten dages ferie så siger jeg måske nej.. det ved jeg jo godt at jeg ikke gør hvis det nu er min familie vel men det ville jeg måske gøre her.. jeg ville aldrig overveje ikke at sige nej til ikke at være det

Moderator: hvad med jer andre tænker i at der er nogen af imoderne der kunne påvirke

Jonas: Nej det tænker jeg ikke jeg tror at jeg skal have meldt mig til altså jeg var simpelthen ikke klar over det her med bloddelen det synes jeg virkelig ja. for mig har der været lidt en mystik omkring det her med hvordan de tog en knoglemarvstransplantation eller hvad de har kaldt det før jeg tænker på stik i ryggen så. det synes jeg virkelig lød ubehageligt.. så den her information den gør i hvert fald at jeg tror at jeg melder mig til og så har jeg det lidt ligesom dig. hvis man har det sådan at man ikke lige kan lide narkosen så må man tage stilling til det på det tidspunkt. jeg tror chancen eller risikoen eller hvordan man skal kigge på det den er så lille for at blive valgt så jeg tror at det er det er en risiko der er værd at tage (flere siger ja).. altså det er ikke det lyder åndssvagt for man vil jo selvfølgelig gerne hjælpe men man vil jo helst ikke hjælpe hvis man får det skidt af det vel men så

Moderator: Ja

Jesper: Det er to ting jeg lige skal.. fordøje jeg er jo ikke så glad for nåle i forvejen men at sprøjte noget ind i kroppen på mig selv det.. det sidestiller jeg lidt med at stikke i mig selv det er jeg ikke så glad for… igen hvis det er det så skal jeg nok bare lige bruge lidt tid til at fordøje det så det er nok ikke usandsynligt at jeg ville melde mig

Lena: Du vil gerne lige vide hvor tyk nålen er (flere griner)

Jesper: Jeg tror bare at det er en nål.. når det skal ind i mig selv så er jeg sgu ikke så vild med det

Moderator: Nej er det noget der vil gøre at du ikke meldte dig til

Jesper: jeg tror bare lige at jeg skal bruge lidt tid til at tænke over det igen det er tiltalende at man kan gøre det igennem blod (flere siger ja) igennem blodet

Moderator: Synes I generelt at det er noget man skal snakke med folk om før man tager stilling... man kan sige at der kan jo være situationer hvor man enten skal indlægges eller noget andet synes I at det er en beslutning der kræver andres indblanden

Cæcilie: Altså tænker du pårørende

Moderator: Mhmm

Susan: Næh

Cæcilie: Nej ikke nødvendigvis…. jeg tænker at det er ikke lige som for eksempel. jeg har lige snakket med min kæreste om organdonation det synes jeg sådan er ret meget mere voldsomt fordi det er jo noget man skal tage stilling til hvis jeg døde i dag så skal han vide at jeg gerne vil donere fuld plade som jeg siger øhm men sådan noget her det er jo altså en lille ting

Lena & Susan: Ja

Moderator: Ja vi har opstillet nogle forskellige scenarier øhm netop fordi vi skal se hvad der kan være af grunde til ikke at ville være stamcelledonor og hvad der kan være grunde til at man selvfølgelig skulle være det og så vil vi se om mere information kan udfordre nogle af de holdninger i har præsenteret i dag så jeg læser lige nogle af dem op… og en af dem hvis man ligesom jer er overvejene positive det er øhm hvordan I har det med at jeres personlige data egentlig bliver delt internationalt i et internationalt stamcelleregister og at det så også kan være en fra et andet land end Danmark også uden for Europa som kunne have behov for jeres stamceller.. har det nogen betydning

Susan: Hvilke data er det.. er det vævstyper og

Moderator: Vævstyper og så den altså genetiske ja….. hvem du er de kontaktoplysninger de skulle have på dig som selvfølgelig også er i donorregistret i Danmark men vævstype og sådan helt genetisk data om dig

Susan: Okay

Moderator: Har det nogen påvirkning for nogen af jer

Mia: Nej det ændrer ikke rigtig det er ikke sådan noget.. jeg tænker over overhovedet faktisk over det.. heller ikke det der med data men også det der med om det er en uden for Danmark der skulle have stamcellerne

Moderator: Ja er i andre enige eller er (flere siger mhmm) for det betyder jo også at man i Danmark også kan få fra andre lande med de internationale register og øhm.. så har vi nogle lidt mere hvis nu i ikke har lyst til at være det så er det faktisk sådan at de her hundrede danskere der årligt øhh har behov for en stamcelledonation på grund af en alvorlig sygdom der er mange af dem børn øh der har behov for de her transplantationer for at overleve.. om den information har nogen effekt på.. barriererne eller hvorfor imod eller hvorfor for eller noget

Cæcilie: Det tror jeg at det gør jeg overvejer det endnu mere selvom jeg har tænkt at jeg faktisk ikke skulle være det for jeg brænder ret meget for at arbejde med børn og unge jeg er snart pædagoguddannet øhm.. jeg havde bare sådan tænkt at det er alle mennesker der har behov for det mest.. jeg havde ikke sådan tænkt at det var mest børn

Jonas: Nej jeg har det på samme måde jeg synes også at det er det gør det mere væsentligt. Jeg ville også være træt at hvis min nyre blev givet til en gammel mand altså i forhold til en ung lille pige eller what ever der har brug for det.. altså den må godt gøre mest mulig gavn. der er det lige som om at børn virker uskyldige

Cæcilie: Ja også fordi de har et helt liv foran sig

Jonas: Ja lige præcis ja helt nøjagtigt

Cæcilie: Det var noget andet hvis det nu var en mand på det ved jeg ikke firs år og som man vidste kun havde fem år tilbage altså sådan. ikke fordi at jeg så ville sige nej hvis jeg fik den information men hvis man vidste at det var flere gamle mennesker er havde behov for det.. jeg ved det ikke det rykker bare et eller andet i mig

Susan: Det flytter ikke noget ved mig

Cæcilie: Nej okay

Susan: Og det er til trods for at jeg selv har tre halvstore børn.. det er fordi jeg tænker at der kan også stå en nybagt far på tredive år der er dødeligt syg.. han har lige så meget behov for det som en på fem eller på femten ikke

Cæcilie & Jonas: Mhmm

Susan: så for mit vedkommende så flytter det ikke noget

Moderator: hvad med jer andre

Jesper: Jeg har det lidt på samme måde et liv er et liv men så igen det Jonas siger.. en gammel mand på firs år….

Susan: Men ville man kigge på.. ville man sætte sådan en behandling ind på en ældre medborger.. nu siger vi firs år

Moderator: Ja det er jeg rimelig sikker på

Susan: okay. det kunne godt være at der var nogle kriterier for jamen hvad giver det af livskvalitet før man går ind

Lena: Så skal det være fordi der står to ved siden af hinanden det er jo det vi kommer til at diskutere nu. det er at der står en lille purk på tre år og så står der en gammel mand på femogfirs og det er jo egentlig. det vil stort set aldrig ske at vi som donorer vil få at vide øh vil du have skal vi tage lille Peter eller gamle Herman så er vi jo ikke i tvivl vel men når du nævner en på tredive så bliver jo bløde (flere siger mhmm)

Susan: Det gør ingen forskel om de er tre eller de er tredive.. ikke for mit vedkommende

Lena: Det gør det heller ikke for mig men det gør det hvis de er tre eller femogfirs (flere siger ja)

Susan: Der er også et stort spænd imellem (flere siger mhmm)

Jonas: Jamen jeg tror også at du har ret i det med at det væsentlige… ændrer det min holdning til det og det gør det ja

Cæcilie: Ja det gør det også ved mig

Jesper: Det ændrer ikke min holdning

Cæcilie: Får man ikke at vide hvem der får sådan en donation

Susan: Heller ikke mig

Moderator: Nej… det gør man ikke

Lena: Man får ikke at vide at det er gået til en mand på bla bla nej

Susan: I sjældne tilfælde kan du faktisk godt

Moderator: Ja hvis man søger om det og begge parter er indforstået med at man gerne må give informationer så kan man godt men det er ikke en del af proceduren

Lena: Nej

Moderator: Det er særskilt at det sker.. ja.. øhm.. så er der også…. ændrer det jeres holdning til at være stamcelledonor i en positiv retning hvis man fik betaling for det

Susan: Nej

Moderator: Nej. hvorfor ikke

Susan: Jeg er vant til at lave frivilligt arbejde og det får man heller ikke betaling for

Moderator: Nej.. så den har ingen påvirkning

Susan: Nej

Cæcilie: Jeg synes det er sådan lidt forkert at blande sådan nogle ting sammen faktisk.. øhm fordi jeg tænker også at man skal gøre det fordi det er noget man har lyst til at hjælpe andre med.. det skal ikke være fordi man mangler penge at man så lige pludselig skal ud og donere noget og det er så om det er stamceller eller om det er æg eller sæd

Lena: Man får jo penge for at være sæddonor

Cæcilie: Ja det ved jeg godt men jeg har lige læst en artikel omkring at nogle kvinder er begyndt at være ægdonorer fordi de fik rigtig mange penge for det og så gjorde de det faktisk i en forkert eller de havde bare ikke tænkt over konsekvenserne fordi de manglede de penge så meget. Der var sådan et eller andet virkelig træls dilemma ved det.. så jeg tænker ikke at det er noget man skal begynde at give penge for som sådan

Moderator: Er der nogen der synes at det kunne være en god ide med betaling for at registrere sig eller donere

Lena: Altså jeg tænker at det der måske kan tale for det. det er jo at hvis vi faktisk har et stort gab og en stor mangel på donorer (Jonas siger mhmm).. så tænker jeg at det måske er en lille del altså når jeg tænker på hvad et sygehusophold koster i indlæggelse på forholdsvis kort tid det er jo tit og ofte mange hundrede tusinde hvis man så skulle give en donor øhm ja… jeg ved ikke lige hvad jeg skal sige. totusinde så tænker jeg at det er jo peanuts i den her sammenhæng øhm hvis man så samtidig har noget ubehag bagefter så er det måske et plaster på såret men jeg synes at det er væsentligt det er det der med at hvis vi står og mangler donorer hvordan fanden skal vi så få dem ind

Jonas: Man får en ubehagelig snak lige så snart man begynder at sælge ting for penge (flere siger mhmm) men samtidig så er modtageren jo ligeglad altså det koster altså du får titusinde kroner i hånden værsgo og giv dit blod i to timer eller fem timer.. altså hvis det er det der får folk til det jeg synes ikke at det der burde få folk til det men hvis det gør det så har det jo også hjulpet og så synes jeg egentlig at det er en billig nok pris øhm vi får jo ikke betalinger for at være bloddonor eller noget så jeg tror altså jeg har det i hvert fald selv sådan altså jeg synes det er vildt svært det der med at sælge (flere siger mhmm) ting af sin krop men det synes jeg er et etisk dilemma der virkelig er til at føle på fordi den anden i den anden ende er glad nok og ligeglad med at jeg har fået tusinde kroner altså det betyder det noget for donoren eller modtageren.. hvilke overvejelser jeg har gjort for at donere.. det tror jeg at han er ligeglad med eller hun er

Moderator: Så det er det med menneskeliv er vigtigt om det så er med betaling eller uden så er det stadigvæk et menneskeliv

Jonas: Ja hvis der er nogen ja.. altså det er svært at sætte ord på

Jesper: Men kunne det ikke godt tyde på at vi mangler oplysning altså.. spred budskabet fortæl hvad det handler om .. for nogle år tilbage husker jeg at det var jævnligt at der kom organdonationspapir ind igennem brevsprækken. men det har jeg ikke fået de sidste to gange jeg er flyttet.. det må da tyde på at registret er vokset og folk er begyndt at tage stilling automatisk og hvis vi oplyser folk om stamcelledonation og at det rent faktisk ikke er øh jeg havde måske forestillet mig en kanyle op i rygmarven og så bare træk til (flere griner) men hvis vi oplyser folk om hvad der er af gode ting og risici så.. hvordan kan vi hjælpe så tror jeg personligt at vi kan komme et langt stykke vej

Moderator: Så tænker i at hvis den oplysning vi har givet jer i dag hvis i havde fået den et andet sted.. ved tapning eller ind ad brevsprækken så havde det været det der gjorde at i registrerede jer

Susan: Man kan også tage diskussionen med sin familie og venner. jeg har for. hevet min ældste af mine børn med i blodbanken og hun er bloddonor nu og mon ikke også hvis hun fik den her i hånden ville sige selvfølgelig.. og når den næste her lige om lidt bliver gammel nok så prøver jeg også kærligt at pushe lidt til hende. skulle du ikke med op bare at kigge første gang så kan du altid få et chokolade og en cola i hånden og se at det er ikke så farligt det her og så kan du hjælpe nogle andre. så måske skal man også bare når man selv er donor turde tage diskussionen.. når man er med familie og venner

Moderator: Er det noget i snakker om med andre... er det noget der kommer på tale

Susan: Altså jeg var henne og skubbe til en af mine kollegaer da i stod og manglede nogle folk. så vidt jeg kan huske så er du også donor kunne du ikke lige tage med til det her.. det kunne han så ikke få til at passe ind men øh.. men det er det der med at hvis man ved at der er nogen så prøve at sige til dem har du meldt dig hvis man havde informationen og det skal være ret tilgængelig information

Lena: Ved man at når man er bloddonor så er det de samme der også vælger til og fra på de andre ting det er meget sjældent at man finder en der er organdonor eller stamcelledonor som ikke også samtidig er bloddonor..

Moderator: Det ved vi faktisk ikke. altså man skal være bloddonor for at være stamcelledonor

Lena: Jeg tror bare tit at det hænger sammen at når man har taget det ene valg så tager man også de næste valg og jeg synes jo at dem jeg kender selvom jeg er tæt på Skejby og hurtigt kan gå ned og give blod så er det ofte tid.. tiden der gør at folk fravælger det (flere siger mhmm) at hvis man ikke lige er inde for en halv time eller et kvarter så siger man stop og jeg kan ikke lade være med at tænke på.. at for tredive fyrre år siden fra den gang min far der tog man jo rundt på arbejdspladserne

Moderator: Ja det gør man også nu øhm.

Lena: Og det har jeg ikke set en skid reklame for og jeg vil vædde med at hvis det skete på min arbejdsplads jamen så ville man få ti procent eller bare fem procent flere

Susan: Vi snakker også om det ude hos os. jeg er på en stor arbejdsplads her i byen og hvis de kørte bloddonorbus ud til os. vi er hvad ellevehundrede mennesker… altså de kunne godt nok nå at fange nogen der bare lige altså.. fordi der er jo mange der er donorer i forvejen jeg er sikker på at de kunne fange nogle flere hvis bussen holdte der nede. vi havde en ordning hvor man fyldte en taxa op og kørte til Skejby og blev tappet. den har de så droppet så nu tager jeg den så på vej hjem fra arbejde og det ligger relativt praktisk for mig og jeg kan godt se at hvis jeg nu skal syd ud af byen og så er det den gale retning men jeg tror også på at hvis blodbanken kom ud til os.. så tror jeg også på at man kunne fange nogle flere så kunne du også få fat i nogle flere til stamcelledonation

Cæcilie: Eller her nede på studiet her på campus

Susan: Men er der ikke nogen

Cæcilie: Bare sådan en gang om måneden

Lena: Kommer det der

Cæcilie: Nej men det siger jeg bare kunne være en god idé

Lena: Men er det ikke sådan i dag at der er mange færre der er bloddonorer.. i dag har jeg givet plasma og alle.. jeg havde nær sagt firs procent af stolene der ude i dag det er til plasma… det kan jeg jo godt se at vi kan jo ikke sidde her nede altså det laborator der er koblet til.. det er måske lidt mere besværligt jeg tror bare at det er meget afgørende for folk det er hvor let det er for dem i deres hverdag

Moderator: Hvad så med nu snakker i om letheden og tilgængeligheden hvad så i forhold til stamcelledonation som jo er en tilmelding en gang og så skal man egentlig ikke forholde sig til noget med mindre man bliver kontaktet ville det være incitament nok til at.. gøre det

Susan: Man er nødt til at have informationen (flere siger ja) og det er jo alpha omega

Jonas: Jeg skulle have haft den her noget før.. altså der er er ikke noget der er spildt eller det ved jeg jo ikke men altså jeg er ærgerlig over at jeg ikke har fået den her på trods af at jeg er aktiv bloddonor.. det kan jeg godt være forundret over. det kan også bare være at den er fløjet over hovedet på mig øhm det kan det sagtens være men det undrer mig bare at jeg ikke vidste bedre øhm det kan jeg godt undrer mig over

Moderator: Er det noget du har lyst til at tage op med dine venner og familie

Jonas: Ja jeg kommer til at tænke på det her før og jeg ved ikke om man må det her men hvis vi har haft nogle snakke øhm med mine kammerater eller med min familie så og vi har snakket om bloddonor og de har sagt at det kunne jeg egentlig godt tænke mig så er jeg faktisk gået ind og så tilmeldt dem (flere griner) så får de et brev.. jeg har gjort det ved min storebror og ved to af mine andre kammerater og jeg tror at jeg har haft en succesrate på hundrede procent. så får de det her brev ind af døren der siger at du har tilmeldt dig og så skal de ligefrem sige nej

Susan: Ja så skal de forholde sig til det.. aktivt

Jonas: Og det sværeste det er nogen gange det der med at få sig meldt til sådan er det også med organdonation der kommer brevet ind ad døren når du er atten år og det synes jeg er en rigtig god idé jeg synes egentlig bare at man burde være tilmeldt det hele og så kunne man vælge fra men det er en anden snak øhm så ja… det havde da været nemt at melde sig til at det blev man bare automatisk når man meldte sig som bloddonor det ved jeg ikke.. det kunne man vel tænke over

Moderator: Det er faktisk en ret... hvad tænker i andre om det. burde det være noget man blev tilmeldt automatisk når man tilmeldte sig som bloddonor

Jesper: Jeg tænker netop den måde som Jonas gjorde med at tilmelde hans kammerater (flere griner) jeg har oplevet at der er rigtig mange der øh de har nemt med at sige ja men det der med at sige nej og vælge nogen fra og være egoistisk. det er der rigtig mange der ikke kan… øh og nogle gange så følger de ikke deres helt egne holdninger når de siger ja.. og det kunne være en måde at give dem et skub (flere griner og siger ja)

Moderator: Så man skal hjælpe dem lidt på vej måske

Jesper: Jeg synes måske også at det er en lidt forkert måde (flere griner) men med oplysning

Cæcilie: Ja ellers så skulle der efter lidt tid komme sådan en automatisk samtale for man skal jo alligevel ind og sige at man har været rask og man altså ikke har været ude at rejse og der kunne de jo lige spørge har du lyst til at få den her information. det kunne godt være et af de der automatiske spørgsmål

Lena: De kunne godt være lidt mere proaktive når man nu alligevel er der ude

Cæcilie: Ja

Lena: Jeg tænkte også på det i dag det har du ret i man går ind og siger ja ja ja og så går man ind og så ligger man jo dybest set i en time og foretager sig ikke en skid andet end at sidde med sin telefon i den anden hånd. Man kunne godt være sådan lidt mere (flere siger mhmm)

Moderator: Er der nogen af jer der er blevet hvad skal man sige... af sygeplejerskerne der har snakket med jer om det

Lena: Næh

Susan: Altså jeg tror altså godt nok at jeg fik smidt et spørgeskema i hånden på et tidspunkt.. øhm inden for det sidste års tid eller halvandet eller sådan noget som jeg lå og udfyldte med den anden hånd…. Jeg kan ikke huske hvad det var men det er igen den der med kan jeg bidrage med noget så gør jeg det (flere siger mhmm)

Jonas: det gør jeg også en gang i mellem hvis jeg kan hjælpe men jeg har ikke jeg er ikke blevet passet op (flere griner) de har mig jo i deres hule hånd.. jeg render ingen steder med den nål der.. så det kunne de sagtens med fordel have nogen der gik rundt og oplyste om det her for hvis. jeg kan fornemme at der er flere af os der ikke vidste hvad det var og hvis det drejer sig om så lidt så tænker jeg da at det er ja

Moderator: Hvad med da du blev plasmadonor… er det noget du blev spurgt ind til

Lena: ja det blev jeg spurgt ind til og det kan godt være at det er jeg også blev spurgt ind til den gang men så siden så er det det jeg er blevet tappet

Jonas: Ja det gør jeg også kun

Lena: Så giver du ikke blod mere vel

Jonas: Nej

Moderator: Hvad med det her med at man kan sige at når man giver blod så kan ens blod i princippet gå til spilde fordi det ikke bliver brugt.. øhm ved stamcelledonation der ved man at hvis man bliver kontaktet så er det fordi der er en i den anden ende der rent faktisk har brug det.. er det en information der ville opveje. ville det være information man gerne ville have at vide

Susan: Altså jeg vil sige at det gør ikke en forskel om der går en portion tabt det gør der alligevel en gang imellem så jeg vil ikke.. for mit vedkommende ingen forskel (flere siger mhmm) i sådan en proces vil der altid være en vis spild

Moderator: Ej men jeg tænker mere i forhold til hvis det nu var øh.. hvad hedder det hvor man skulle i narkose og så videre at hvis man vidste at eller..

Susan: Om det ville opveje ubehaget

Moderator: Ja om det er noget der ville gøre at man tænkte mindre over de barrierer man har hvis man ved at det. hvis jeg bliver indkaldt jamen så er det fordi jeg ved at der er en der har brug for det

Susan: Nej

Mia: Det tror jeg at ville hjælpe mig.. det tror jeg ville være positivt for mig for så kan jeg godt lige gå igennem den her smerte for jeg ved. så kan jeg nærmest digte personen. se personen for mig okay det er personen her jeg sådan gør det for og ikke bare flere mennesker men det er en person og så bliver det sådan lige pludselig på en eller anden underlig plan personligt og så er man sådan okay .. så kan jeg godt gå igennem narkosen

Moderator: Så aktualiteten har også betydning

Mia: Ja

Jonas: Jeg synes ikke at jeg tænker sådan med bloddonation heller.. jeg tænker ikke at det går til spilde. jeg tænker altid at der er en eller anden der har brug for det (flere siger ja).. så vil jeg hellere have at de ikke fortæller mig at det ikke er blevet brugt.. nu har vi spildt dine liter blod. nej. jeg forestiller mig altid at der er nogen der kan bruge det så det ændrer ikke

Moderator: Og det er meget meget lidt der går til spilde.. så bare rolig

Lena: Ellers bliver det vel brugt til forskning

Moderator: Lige præcis

Jonas: Men jeg ved at de bruger sindssygt meget blod.. min kæreste er også sygeplejerske og der var en der virkelig havde lav han manglede virkelig blod og jeg ved ikke hvor mange poser de fyrede i ham så jeg ved hvor meget altså det var sådan tretten poser over . det var helt vildt det var meget blod så jeg ved at det bliver brugt og jeg ved at det er vigtigt og det er måske det der er vigtigst for mig ikke.. ja

Moderator: Så tror jeg i har hvad vi skal bruge.. men mindre I har nogle spørgsmål

Bilag 5: Tematiske overskrifter og kategorioversigt

Kodning – tematiske og kategorioversigt:

Tematiske overskrifter: (16 i alt)

- Introduktion af deltagerne og hvorfor de blev bloddonor
- Information om hvad stamcelledonation er og hvad en aktuel donation indebærer
- Hvordan deltagerne forholder sig til stamcelledonation og de to procedurer for stamcellehøstning
- Deltagerne spørger ind til behovet for stamceller, patienter og procedurerne og diskuterer synspunkter
- Deltagerne beskriver og forklarer deres tanker om stamcelledonation
- Deltagernes argumenter for og imod registrering som stamcelledonor (ud fra øvelse)
- De udvalgte argumenter for og imod stamcelledonation diskuteres blandt deltagerne
- Om deltagerne vil eller ikke vil tilmelde sig som stamcelledonor
- Deltagerne forholder sig til de opstillede scenarier og dertilhørende nye informationer og faktorer
- Der spørges ind til muligheden for match og tilmeldte donorer
- Deltagerne diskuterer om og hvordan man skal snakke med andre om stamcelledonation
- Forskelle mellem bloddonation og stamcelledonation
- Pres for at skulle donere
- Deltagerne forholder sig til og diskuterer hvordan der kan hverves flere stamcelledonorer (incitamenter)
- Konsekvenser for at skulle donere stamceller
- Deltagernes refleksioner over prioritering og argumenter mod stamcelledonation

Kategorier:

Hjælpe andre/fællesskab

1-1/sjældne match/stamcelle behovet

Tanker om narkose/ubehag

Personligt tidsmæssige aspekt

Arbejde/arbejdsgiver/tabt arbejde

Stamcelleregistrering/positiv + negativ

Personlig oplevelse/erfaring (med/om donationer)

Fremtidige fordele ved stamcelleregistrering

Data følsomhed/hacking af IT-systemer

Vigtigt med snak om stamcelledonation/donation + oplysning/information

Incitament for donation?

Hvem er de syge?

Fravalgt:

Hvad er stamceller?

I tvivl om allerede er registreret

Blodtapning på arbejdsplads eller studie

Hvorfor donor?

Procedurens alder

Tilladelse gennem organdonation?

Bilag 6: Kategorier og underkategorier

Kategorier og deres underkategorier – ud fra begge fokusgruppeinterviews

Hjælpe andre/fællesskab:

Om bloddonation:

- "Nem måde at hjælpe andre på" (4
- "Egoistiske årsager" (1 // hvis jeg vil modtage skal jeg også give (4
- Ikke bange for nåle så det var nemt
- Læste sygeplejerske og kunne på den måde gøre noget mere
- "I bund og grund at jeg tror at det er en borgerpligt" (2
- Vil gerne hjælpe folk
- "Jeg er ikke særlig glad for nåle…det er sgu nok en borgerpligt at kunne hjælpe andre"
- Kan ikke lide nåle – "fordi jeg tænkte kan du bidrage så skal du bidrage"
- "Bør være en borgerpligt"

Om stamcelledonation:

- "Det faktum at du ved at du hjælper en person"
- Man hjælper ved at være tilmeldt
- Man mister ikke noget ved at hjælpe – som eksempelvis med en nyre
- "Hvis jeg gerne vil have må jeg også prøve at give"
- Hvis der ikke er ulemper må jeg tilmelde mig
- "Man skal da bare give alt det man kan"
- "Man kan hjælpe andre og håbe på at der er nogle der ville hjælpe en"
- "Vi skal hjælpe hinanden"
- Borgerpligt
- "Bidrage hvor man kan og med hvad man kan"
- Hjælpe andre
- Men det vigtigste for mig er det der med at det er livreddende.. hvis man tænker på sine egne.. hvis jeg tænker på mine børn i hvert fald så tænker man jo så ville man gå gennem ild og vand for det.. og derfor synes jeg bare at så må det også gælde den anden vej
- "Man vil jo selvfølgelig gerne hjælpe men man vil jo helst ikke hjælpe hvis man får det skidt" (procedure 2)

1-1/sjældne match/stamcelle behovet:

Sjældent match:

- "Især når det virker til at være forholdsvis nemt.. og.. netop også det her med.. at det faktisk er rigtig rigtig svært at finde en der kan sådan.. kan passe til"
- "Altså man kan jo sammenligne det lidt med hvis der er en der skal have en nyretransplantation og du er den eneste der har nyren ikke"
- "men stod jeg i situationen hvor jeg ikke kunne prioritere det så ville jeg nok have det rigtigt skidt med at sige nej fordi jeg ved at det er så sjældent.. så der er

måske en lille forskel men.. moralsk så tænker jeg bare det bliver man bare nødt til"

- "Ja jeg ville få det dårligt også fordi det er så svært at få et match jeg tænkte bare hvis mine børn havde brug for det så ville jeg da blive ked af det hvis der var en der sag fordi man var på ferie eller et eller andet åndssvagt på arbejde altså det er jo ligegyldigt for mig" (2
- "Ligger et yderligere pres på en altså hvis der endelig kommer et match netop fordi du ved der er kun dig måske.. der kan matche det her (…) så det ligger et ekstra pres på at man skal så også sige ja når tilfældet dukker op selvom det måske aldrig nogensinde gør"
- Det er noget man kun skal en gang – hvis man overhovedet skal
- Det taler for at man muligvis er den ene der kan hjælpe
- Der er behov for et større register når chancerne for et match er så små

<u>1-1 forholdet:</u>

- "Så man ved simpelthen at det går til en (…) Så tror jeg at jeg ville være mere positivt stemt for det for så ved man at det går til noget"
- "Men som Kirsten også nævner så det der med at der rent faktisk er en der sidder en ude i den anden ende og rent faktisk får gavn af det… selv der tror jeg egentlig at jeg vil sige.. jamen så vil jeg egentlig gerne"
- det gør en væsentlig forskel (3
- "Så er der rent faktisk en mening med at man tager sygedage og alle de her ting"
- "Jamen jeg synes også den der en til en.. altså det det betyder meget ikke"(3
- "Altså det faktum at du ved at du hjælper en person.. som sidder og har brug for" (4
- "Jeg har også det samme som folk siger med at hjælpe en anden person og specielt når det handler om overlevelse.. så er det jo svært at sige at det ville man ikke"
- Enighed om 1-1 er en overvejende grund for at melde sig
- 1-1 overtrumfer om man vil melde sig ift. procedure 2
- procedure 2: "men det er også svært for hvis der er en der ligger og har brug for en eller ligger (...) så er det også helt vildt svært at sige nej fordi man har travlt med arbejde ikke så vil man også få det dårligt over det det er sådan...
- det gør ikke noget ved beslutningen om det er 1-1
- kan godt se igennem narkosen, når det er 1-1 "det tror jeg ville være positivt for mig for så kan jeg godt lige gå igennem den her smerte"
- 1-1 trumfer alt – enighed om at narkosen er okay

<u>Stamcellebehovet:</u>

- livredning (5 // man kan redde et andet liv // det er det essentielle

Tanker om narkose/ubehag:

<u>Selve narkosen:</u>

- Kan godt holde en tilbage – det er nemmere med blodtapningen
- "(…) at underlægge sig en narkose.. altså selvfølgelig langt hen ad vejen er det jo sikkert at komme i narkose men der er jo trods alt nogle ting der kan være.. altså

det kan jo være farligt en gang i mellem.. hvis nu der skulle gå et eller andet galt" (2
- imod en registrering er narkosen og de ting der kan være forbundet med det
- det er voldsomt (2
- har ikke haft dårlige erfaringer med det
- har haft gode erfaringer med det
- bange for narkose
- man har ikke kontrol (2
- narkose er nummer et for imod (3
- alle bliver enige om at narkose er det største imod
- 1-1 trumfer narkosen
- risici ved narkose – ved ikke hvor stor den risiko er men det er træls (4
- man kan springe fra hvis man ikke er for narkosen // man kan altid sige nej tak hvis de ringer til en
- værd at risikere en narkose – chancerne er alligevel så små for at man bliver valgt, og den anden metode bliver mest brugt
- igennem blodet er ok, men narkose osv. skal lige fordøjes

Ubehag:
- "Øhm og der var det nemlig .. et ret stort indgreb og det var årsagen til at jeg ikke valgte at gøre det dengang"
- Havde en ide om at det var igennem rygmarven og derfor ubehageligt
- "Det tror jeg at jeg overlever"
- "(…) det er et større indgreb den her hoftekam… den skræmmer mig rigtig meget faktisk"
- procedure 1: ikke et farligere indgreb så det kan man godt klare
- procedure 2: smerter og ubehag med denne procedure er imod
- "Det kommer også til at lyde lidt egoistisk hvis det er omkring overlevelse men lige nu med et lille barn for eksempel så det at have influenza synes jeg er ekstremt hårdt altså"
- Smerterne og indgrebet ville give udfordringer i ens hverdag // eksempelvis hvis man har børn (2
- Man risikerer selv at blive syg – influenza (2
- Ubehag ved indgreb
- Fysiske ubehag
- Er ikke glad for nåle

Personlig oplevelse/erfaring (med/om donationer):

Hørt om stamcelledonation:
- "Det er fordi min veninde har sklerose og har talt om det"
- Kirstens søn giver plasma og derfor har de også talt om stamceller
- Blev tilbudt at være stamcelledonor til en tapning – men får det dårligt ved blodtapninger nogle gange
- "Jeg har en veninde som har leveret knoglemarv til øh.. til et barn"
- "Jeg ved det kun fordi der er nogle fra vejen der har modtaget det"

Hvorfor bloddonor:
- "jeg har en veninde som har været donor i rigtig mange år"

- Snak og påvirkning af forældre – så ingen grund til ikke at være det
- "Jeg har en moster der har fået doneret en masse blod og også nogle organer"

Deltager skal fordøje tanken om at blive yderligere stukket med nål ved stamcellehøstning. Har ikke gode erfaringer med nåle og er ikke så god til nåle: "Jeg tror bare at det er en nål.. når det skal ind i mig selv så er jeg sgu ikke så vild med det"

Stamcelleregistrering/positiv + negativ:

Positiv:

- Deltagerne har positiv eller umiddelbar positiv holdning til stamcelledonation
- "Personligt er jeg ikke tvivl om jeg gerne vil være stamcelledonor og så tænker jeg lidt at jeg må tage den derfra"
- "jeg tror at jeg skal have meldt mig til altså jeg var simpelthen ikke klar over det her med bloddelen (…) så den her information den gør i hvert fald at jeg tror at jeg melder mig til"
- "så skal jeg nok bare lige bruge lidt tid til at fordøje det så det er nok ikke usandsynligt at jeg ville melde mig"
- " jeg har lige snakket med min kæreste om organdonation det synes jeg sådan er ret meget mere voldsomt fordi det er jo noget man skal tage stilling til hvis jeg døde i dag så skal han vide at jeg gerne vil donere fuld plade som jeg siger øhm men sådan noget her det er jo altså en lille ting" (to er enige i dette – Susan og Lena)
- Deltager synes at hoftekammen er et ret stort indgreb og har derfor ikke sagt ja til det for 7 år siden, da han blev introduceret for den anden metode med siger nu: "men jeg kunne da sagtens finde på at gøre den nye der"
- Moderator spørger: Er I overvejende positive eller negative? – Alle svarer: Positive (KBH)
- "jeg synes at det er mere overskueligt den nye metode.. hvor du får noget medicin og så tager det fire fem timer.. og det ville jeg sagtens kunne overkomme.. hvis man kan sige det på den måde men de ville i hvert fald ikke.. det ville ikke tage livet af mig på nogen måde… eller min arbejdsgiver .. øhm og så det faktum at man har mulighed for at hjælpe uden for landets grænser det synes jeg også er at stort plus"
- Moderator spørger efter for og imod gennemgang, deltagerne svarer at de stadig er positive og en til en vejer højere end frygten for narkose og tidstab
- Moderator spørger igen om deltagerne ville have lyst til at tilmelde sig; Alle svarer ja (KBH)
- Moderator spørger: Hvis de blev matchet og det skulle være gennem hoftekammen, ville de så melde fra: Nogle siger nej, andre tror det ikke og en ville måske tippe lidt på grund af frygt for narkose og lang tid

Negativ:

- Deltager om donation ved hoftekams metoden: "men jeg ved ikke om jeg ville sige nej hvis det kom dertil", fordi personen synes at en eventuel narkose lyder lidt voldsomt
- Moderator spørger: Kunne presset ved at der er så direkte behov for en, gøre at man undgik at tilmelde sig for at undgå det pres. To deltagere svarer: "Det tror

jeg" og "For mig ja" begge med begrundelsen af de så ikke kan få dårlig samvittighed, hvis man ender i en situation hvor man bliver nødt til at sige fra – En deltager tilføjer: "Jeg ville nok stadigvæk melde mig

Ved information om børn i antallet af syge:

- "Det ændrer ikke ved min holdning" -
- "Alle er jo en eller andens barn alligevel så"
- "Nej principielt ikke men det lægger bare et større pres (flere griner) på at man skal sige ja når man bliver matchet"
- "Altså der er da alligevel et eller andet ved tanken om et barn der ligger det gør da et eller andet ved mig kan jeg mærke.. men lige hvad kan jeg ikke lige sætte ord"
- "jeg synes også at det er det gør det mere væsentligt.
- "jeg overvejer det endnu mere selvom jeg har tænkt at jeg faktisk ikke skulle være det for jeg brænder ret meget for at arbejde med børn og unge jeg er snart pædagoguddannet øhm.. jeg havde bare sådan tænkt at det er alle mennesker der har behov for det mest.. jeg havde ikke sådan tænkt at det var mest børn"

- Deltager mener ikke at informationen om bør ændrer noget hos hende – selvom hun har børn selv

Arbejde/arbejdsgiver/tabt arbejde:

Arbejdsgiver + tabt arbejde:

- "Jeg tænker også godt at der kunne være en arbejdsgiver som måske ville slå sig lidt i tøjet" – over det tidsmæssige i at være stamcelledonor
- "Jeg tænker også en gang imellem at man lige smutter i blodbanken en time (…) det er okay man jeg er.. øhm.. jaa det kommer an på hvor omfangsrigt det er
- Der er fokus på hvem der betaler det tabte arbejde - om det er muligt at få det betalt, så arbejdspladsen ikke står med problemet (i begge fokusgruppeinterviews)
- Snak om fond eller betalingsmetode til arbejdsgiver: "Det kunne være at man skulle have noget kompensation hvis arbejdsgiverne ikke vil betale den frihed"
- "Jeg tænker heller ikke umiddelbart at jeg kan smutte en uge fra mit arbejde.. (flere griner) sådan i ny og næ.. Men som du også nævnte før hvor ofte er det"
- "Ja.. altså der er i hvert fald stor forskel på at være på en arbejdsplads med fem ansatte hvor arbejdsgiveren skal udrede.. for at være på en arbejdsplads med femtusinde"
- "gå på arbejde og sige nu er jeg lige væk i fire dage ikke… selvom alle måske godt ville kunne forstå formålet og synes at det er acceptabelt .. så ved man aldrig lidt ude i krogene.. arg nu er han afsted igen ikke" – sladder om fravær og dårligt ry på arbejdsplads
- Tanker om arbejdsgivers irritation, men med 1-1 er der et formål: "Nu ved man jo også at alle har jo travlt nu her ikke og det kan også godt være en arbejdsgiver synes at det er træls at man skal ligge sig syg på grund af det.. men så er der rent faktisk et formål med det"
- Imod: "Så igen også tidsaspektet altså.. det kan være mega vanskeligt i forhold til arbejde

- POINTE: ”Jeg tror for mit vedkommende der er det lidt sjovt at man vægter sin arbejdsgiver så højt altså der er et andet liv på spil og alligevel så sidder man og taler om at man mister nogle timer på arbejdet.. som i princippet burde være fuldstændig ligegyldigt når det er et menneskeliv man sidder og snakker om” – flere er enige i denne iagttagelse af at ens arbejdsgiver ophøjes

Personligt tidsmæssige aspekt:

Tid i hverdagen:

- ”Man kan sige at tidsperspektivet er måske mere omfattende end det bare at være bloddonor.. øhm så det ville måske være nogle af de overvejelser man gjorde sig og man kan blive lidt mere ramt af det og skal tage fridage og de der ting”
- Helst tapningen gennem blodet, da den tid er 4-5 timer, for det kan være ubelejligt ”Hvis man skal hive det der fire dage ud.. selvom om man kan blive sygemeldt og andet”
- ”altså fire fem timer det er også meget i en hverdag.. men øhm to tre dage det er rigtig meget i en travlt hverdag”
- ”men bare to til tre eller fire til fem dage ude det er altså lang tid”
- Mange mener at tidsaspektet ved høstning gennem hoftekam taler imod og er negativt
- ”hvis man så skulle være indlagt og det var igennem hoften ikke .. så der synes jeg lige pludselig er meget i min hverdag.. og så skulle også være mor og alt det der”
- ”Fire til fem timer er jo også lang tid det er jo en hel dag der ryger sort set”
- Stamcelledonation stilles op mod bloddonation: Som bloddonor vælger du selv hvornår du vil tappe og ” her der skal man ligesom være klar når de skal bruge det..”
- Beskrives som ”voldsomt” at det tager så meget tid (både med medicin inden og at det kan tage iver to dage) og man kan blive syg efterfølgende
- Det er lang tid at ligge i donationen – at man måske skal bruge en uge – men høstning gennem blodet er bedre i forhold til tid
- Tiden taler imod (både i forhold til hver dag og arbejde og studie)
- I forhold til ubehag, der er tiden sekundær
- Folk kan fravælge at være bloddonor på grund af den tid det tager i hver dagen
- ”jeg tror bare at det er meget afgørende for folk det er hvor let det er for dem i deres hverdag”

Udfordringer/betænkning:

- ”Ja det tænker jeg også hvis man skal bruge fridage på det .. altså det er jo noget der vægter noget i den anden ende”
- Det kan skabe udfordringer, hvis det tager lang tid: ”Det er mere tiden i det for hvis nu man står og for eksempel har hamrende travlt i en eller anden periode og hvor lang tid går der fra man får en indkaldelse til nu er der en der har brug for dig så”
- ”Jeg kunne godt forestille mig at det var afgørende for hvis man så fandt ud af okay nu er det med fuld indlæggelse i tre dage og man står måske med store afleveringer på arbejde der vil gøre at man siger det er bare ikke en mulighed for mig”

- Der snakkes om udfordringer, hvis man bliver matchet og man er på ferie – kan man så få foretaget indledende undersøgelser andre steder og hvordan fungerer det med karantæne
- Udfordringer hvis det er akut

Hvem er de syge?

- Nogle deltagere ønsker hellere at deres stamceller går til børn, og har haft tankerne at hvis de skulle donorer organer, ville de helst se dem ende hos børn eller yngre
- De kunne godt bruge nogle kriterier for livskvalitet forinden donationen, så det ikke er en 80 årig der får en nyre
- Nogle deltagere mener at et liv er et liv, som de er ikke interesserede i hvem den syge er
- Nogle deltagere har interesse i hvem de syge er og hvilke sygdomme der gør, at man skal have stamceller
- Informationen om det store antal af børn, der er syge og har behov for stamceller, mener flere af deltagerne kan sætte et større pres på registrering og gør noget inde i dem

Data følsomhed/hacking af IT-systemer:

- Flere deltagere har svært ved at forestille sig, hvad den form for data kan bruges til, så det bekymrer dem ikke
- De ved ikke hvilken data der bliver sat ind i det internationale register
- "Jeg synes at det er lidt svært at forholde sig til når man ikke rigtig ved hvad det er for nogen data der ligger i den database og hvad det kan bruges til og ditten og datten"
- "Selvfølgelig er der noget IT sikkerhed som du også snakkede om men det er ikke nok til at jeg synes at det overtrumfer alt så vil jeg overhovedet ikke være en del af det altså så tror jeg rent faktisk at jeg ville tage chancen hvis man kan kalde det det eller den lille risiko der i forhold til at jeg jo heller ikke ved hvad for noget data"
- "Nej det ændrer ikke rigtig det er ikke sådan noget.. jeg tænker over overhovedet faktisk heller ikke det der med data" – (alle er enige i dette – Aarhus)

Fremtidige fordele ved stamcelleregistrering:

- For registrering og stamcelledonation: "Kunne det her så også være en platform til i fremtiden til at bruge de her stamceller til at finde kure til og til sygdomme og så noget lignende .. vil man gå med på det.. hvis man først går ind i det her kunne det så være næste step.. det er for mig i hvert fald en fordel der vil andre nok sige at det er en ulempe" – flere deltager anser dette som et godt argument for og mener, at "så ville det jo også give god mening hvorfor at man skal stå i nogle registre og så noget netop for.. Altså så er det jo også så er det jo ikke bare for at stå i et register så er det rent faktisk for at man kan benytte sig af nogle af tingene også

Incitamenter for donation?:

<u>Betaling for donation:</u>

- Deltagernes holdning til stamcelledonation ændres ikke i en positiv retning ved snak om betaling (begge fokusgrupper)

- ”Jeg er vant til at lave frivilligt arbejde og det får man heller ikke betaling for”
- ”Jeg synes det er sådan lidt forkert at blande sådan nogle ting sammen faktisk.. øhm fordi jeg tænker også at man skal gøre det fordi det er noget man har lyst til og hjælpe andre med. det skal ikke være fordi man mangler penge at man så lige pludselig skal ud og donere noget og det er så om det er stamceller eller om det er æg eller sæd”
- Potentiel positiv virkning ved betaling, er at få donorer nu når der er så stort en mangel – så hvis en mindre betaling er et plaster på såret, så får vi reddet flere billigt
- ”Man får en ubehagelig snak lige så snart man begynder at sælge ting for penge (flere siger mhmm) men samtidig så er modtageren jo ligeglad altså det koster altså du får titusinde kroner i hånden værsgo og giv dit blod i to timer eller fem timer.”
- Folk burde ikke ville donorer på grund af penge – men hvis det får folk til at donorer, så er en sjat penge en billig pris i forhold til et menneskeliv
- ”Ja for mig selv jeg behøver ikke betaling det er mere.. hvis der er en masse andre i Danmark der høster nogle penge eller et eller andet på det for udlandet så.. så tænker jeg at der kan være noget i det men jeg har ikke behov for at få penge for det selv”
- Det skal ikke være en forretning
- Betaling kan ske, hvor man gennemfører donation

Kompensation i form af tabt arbejdsfortjeneste eller børnepasning – hvis det tidsmæssige aspekt er en udfordring

Vigtigt med snak om stamcelledonation/donation + oplysning/information:

- Det er vigtigt med oplysning om stamcelledonation – lidt med organdonationer, der kom med post når man flyttede
- ”men hvis vi oplyser folk om hvad der er af gode ting og risici så.. hvordan kan vi hjælpe så tror jeg personligt at vi kan komme et langt stykke vej”
- Vi skal snakke om at donere: ”Man kan også tage diskussionen med sin familie og venner. jeg har for. hevet min ældste af mine børn med i blodbanken og hun er bloddonor nu og mon ikke også hvis hun fik den her i hånden ville sige selvfølgelig”
- Tilgængelig information og en hver donors ansvar at skubbe lidt til dem de kender: ”hvis man ved at der er nogen så prøve at sige til dem har du meldt dig hvis man havde informationen og det skal være ret tilgængelig information”
- Flere deltagere ville gerne have haft information om stamcelledonation før
- Flere af deltagerne har forsøgt at påvirke venner, familie og kolleger, der har givet udtryk for, at de gerne ville være donor – hjælpe så de forholder sig aktivt til det
- Det kan være en forkert måde at så flere donorer ved at tilmelde dem selv, men en deltager har haft stor succes med det – måske har folk brug for et skub
- Oplysning og et skub hos dem man kender er vejen frem, for at få folk til at tage stilling
- Nogle deltagere mener at det er en god ide at snakke med sine nærmeste om ens beslutning om at være stamcelledonor: ”Altså jeg tror da jeg ville snakke med min kæreste om det og generelt familie altså dem man er i husstand med”

- Dialogen om stamcelledonation og en registrering som stamcelledonor, men det er ens egen beslutning

<u>Proaktivt sundhedspersonale:</u>

- Deltagerne mener, at hvervningen til stamcelledonorer kunne være mere proaktiv og tydelig
- ”De kunne godt være lidt mere proaktive når man nu alligevel er der ude”
- ”Ja ellers så skulle der efter lidt tid komme sådan en automatisk samtale for man skal jo alligevel ind og sige at man har været rask og man altså ikke har været ude at rejse og der kunne de jo lige spørge har du lyst til at få den her information. det kunne godt være et af de der automatiske spørgsmål”

”jeg er ikke blevet passet op (flere griner) de har mig jo i deres hule hånd.. jeg render ingen steder med den nål der.. så det kunne de sagtens med fordel have nogen der gik rundt og oplyste om det her for hvis. jeg kan fornemme at der er flere af os der ikke vidste hvad det var og hvis det drejer sig om så lidt så tænker jeg da at det er ja”

Bilag 7: Transskription af telefoninterview med overlæge Helle Bruunsgaard

Transskription af telefoninterview med Helle Bruunsgaard

- d. 21/2.18

Telefoninterview med Helle Bruunsgaard, Overlæge på Danske Stamcelledonorer Øst, Transplantationsimmunologi, Klinisk Immunologisk Afdeling, Rigshospitalet

Interviewer: Det første er i forhold til hvor længe man har brugt den procedure hvor man høster stamceller gennem blodet?

Helle: Øhm ved du hvad.. der bliver jeg dig faktisk et svar skyldigt… det var nemlig noget af det jeg skulle have lavet research på men det er… i hvert fald mindst ti år.. man har

Interviewer: Hvad hvad siger du undskyld

Helle: Det er i hvert fald mindst ti år at man har gjort det øhm.. men det er jo noget man gør mere og mere.. men helt præcist så bliver jeg lige nødt til at følge lidt op på hvornår man lavede det første gang …. for faktisk det øh.. det har jeg ikke forstand på

Interviewer: Det er faktisk også helt fint…. Det næste det er så der der i forhold til hvis man så får et match.. hvor lang tid går der så fra man.. hvad skal man sige .. maks skal gå i gang.. det er fordi vi har afholdt en fokusgruppe i forbindelse med vores speciale og der var de sådan lidt jamen hvad hvis man er på længere ferie eller et eller andet og der bliver ringet og er man så tvunget til at sige nej fordi man ikke kan nå det eller.. eller hvor lang tid kan der ligesom maks gå

Helle: Der kan gå .. øh der kan gå øh alt fra uger til til øh måneder… øh så øh så det vi gør i praksis er at hvis der er et øh et match øhm.. så øh så spørger vi som regel donor om de sådan planlægger rejser eller noget andet for så vil vi gerne vide det… Altså vi vi har ligesom to roller her.. Dels så er vi et transplantationscenter men vi er så også (*uforståeligt*) … vi formidler jo både donorer til patienter i vores eget center eller til patienter i andre centre.. øh så så det vi gør når vi vi er i kontakt med en donor hvor vi siger okay du kunne passe.. øh jamen så siger vi okay altså planlægger du sådan en større verdens.. rejse.. og hvis du gør det så vil vi til enhver tid sige at så skal man gøre det.. vi vil bare gerne vide perioden.. og det gør alle de internationale registre .. de noterer jo ned hvis man allerede ved på forhånd hvornår donor ikke er tilgængelig .. og så derudover så øhm så hvis at at tiden går jamen så opfordrer vi donor til at de meget gerne må kontakte os hvis de skal et eller andet altså.. noget ferie eller arbejdsmæssigt

Interviewer: Okay øhm men det er kun hvis der er et match…... eller hvad eller gør man automatisk det

Helle: Ja.. for hvis man bare står almindeligt i registeret så skal man jo bare leve som man ville

Interviewer: Okay

Helle: Men det her med hvis man ligesom er blevet udvalgt.. det er jo sådan at vi laver jo øhm donorsøgninger for mange meget forskellige patienter.. så nogle gange er det sådan nogle hastesager hvor at det skal gå tjuhej og i løbet af.. altså jo før jo bedre.. og der kan vi jo sådan i bedste fald gøre det i løbet af en måned eller så noget men.. men andre gange så øh. så skal det også passe med sygdomsfaser for patienten.. altså det kan altså.. det er enten at patientens

grundsygdom ikke er (*uforståeligt* 5.57)... og så skal man vente på at det sker.. det kan også være at patienten får tilbagefald .. altså i en cancersygdom.. leukæmi.. og så kan det være også at patienten er for syg øhm.. simpelthen så derfor.. det det kan gøre at det tager kortere eller længere tid.. så er det jo også sådan når vi øh finder leder efter en donor så vil vi jo helst finde flere mulige donorere og sådan se hvem er den bedst tænkelige donor.. og jeg vil sige nogle gange der kan man ligesom godt være være reservedonor.. det det siger vi jo ikke .. altså så reserverer vi donoren i tre måneder.. men det er det man gør generelt for alle donorere.. altså man reserverer dem to tre måneder og det er det man gør.. (*uforståeligt* - afbud? 6.51) man bliver altså aldrig for gammel og det vil sige at man kan altså også have nogle gange nogle hvor at at patients sygdom bliver bragt til ro og så kan der være at man efter nogle år finder ud af at .. hmm kan vi lige spørge den der donor igen.. så man er altså hvis man står i registeret er man aldrig ligesom helt sikker (Helle fniser).. men der er nogle gange hvor man følger lidt mere i (*uforståeligt* 7.12) end andre gange

Interviewer: Okay nå men helt fint…. så er det i forhold til.. der var faktisk rigtig mange der spurgte ind til det her med tabt arbejdsfortjeneste.. og nu kan vi se at det bliver jo dækket af fuldt ud men hvem er det der dækker det.. er det en fond eller er det arbejdsgiver eller er det fagforening eller hvem øhh…

Helle: Det er Sundhedsstyrelsen

Interviewer: Det er Sundhedsstyrelsen der dækker det…… okay.. super.. jamen Helle ved du hvad det var faktisk bare lige det jeg skulle have svar på

Bilag 8: Bloddonorerne i Danmarks oversigt over fordelingen af bloddonorer 2017

Statistik – Opgørelse af bloddonorer 2017

Fig. 1. Antal aktive bloddonorer (ikke frameldt, tappet mindst 1 gang de tre seneste år) fordelt på region, ultimo 2016 og ultimo 2017

Region	2016	2017
Nordjylland	21.680	20.051
Midtjylland	43.261	41.092
Syddanmark	53.905	54.748
Sjælland	22.584	23.092
Hovedstaden	67.780	65.743
I alt	209.210	204.726

Fig. 2. Antal aktive bloddonorer (ikke frameldt, tappet mindst 1 gang de tre seneste år) fordelt på region og alder, ultimo 2017

Alder	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden	I alt
17-19	1.214	1.372	2.561	1.147	1.619	7.913
20-24	5.142	6.238	8.674	2.702	9.244	32.000
25-29	3.269	6.620	7.788	2.066	11.464	31.207
30-34	1.942	4.343	6.005	2.020	8.901	23.211
35-39	1.780	4.105	5.433	2.314	6.954	20.586
40-44	1.582	3.966	5.428	2.763	6.788	20.527
45-49	1.504	4.029	5.304	2.825	6.345	20.007
50-54	1.440	4.097	5.497	2.835	6.384	20.253
55-59	1.160	3.310	4.177	2.244	4.353	15.244
60-64	1.016	2.350	2.939	1.582	2.806	10.693
65-70	(inkl i 60-64)	662	942	594	885	3.083
I alt	20.051	41.092	54.748	23.092	65.743	204.726

Fig. 3. Antal aktive bloddonorer (ikke frameldt, tappet mindst 1 gang de tre seneste år) fordelt på region og køn, ultimo 2017

Region	Kvinder	Mænd	I alt
Nordjylland	10.827	9.224	20.051
Midtjylland	22.265	18.827	41.092
Syddanmark	30.683	24.065	54.748
Sjælland	12.511	10.581	23.092
Hovedstaden	35.910	29.833	65.743
I alt	112.196	92.530	204.726

Fig. 4. Antal aktive bloddonorer (ikke frameldt, tappet mindst 1 gang de tre seneste år) fordelt på region, alder og køn, kvinder i procent, ultimo 2017

Alder	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden	I alt
17-19	71 %	73 %	72 %	69 %	69 %	71 %
20-24	62 %	68 %	65 %	66 %	66 %	65 %
25-29	55 %	58 %	60 %	57 %	60 %	59 %
30-34	51 %	50 %	57 %	53 %	53 %	53 %
35-39	48 %	50 %	54 %	53 %	52 %	52 %
40-44	47 %	50 %	52 %	53 %	51 %	51 %
45-49	48 %	48 %	53 %	49 %	50 %	50 %
50-54	49 %	49 %	50 %	50 %	50 %	49 %
55-59	44 %	49 %	49 %	51 %	47 %	49 %
60-64	43 %	47 %	47 %	49 %	46 %	47 %
65-70	n.a.	43 %	42 %	45 %	47 %	44 %
I alt	54 %	54 %	56 %	54 %	55 %	55 %

Fig. 5. Antal tapninger i 2016 og 2017 fordelt på region og tappetype

Region	Fuldblod mm.		Plasma		Tapninger i alt	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Nordjylland	20.425	19.812	6.368	6.410	26.793	26.222
Midtjylland	44.776	45.273	10.383	10.534	55.159	55.807
Syddanmark	44.489	43.966	18.296	19.287	62.785	63.253
Sjælland	30.987	29.085	8.414	11.848	39.401	40.933
Hovedstaden	76.583	70.753	16.807	15.083	93.390	85.836
I alt	217.260	208.889	60.268	63.162	277.528	272.051

Fig. 6. Tilmeldinger via bloddonor.dk, 2016 og 2017

Tilmeldinger	2016	2017
Bloddonor	20.083	31.682
Stamcelledonor	1.400	2.599

Bilag 9: Bloddonorerne i Danmarks pjece om stamcelledonation 2017

Stamceller kan lyde som den rene science fiction, men for rigtigt mange i Danmark er det virkeligt livsnødvendigt, når de har brug for stamcelletransplantation.

Giver du blod, kan du også give stamceller, og det er der brug for. Hvert år får flere end 100 danskere en sygdom, hvor de har brug for en stamcelletransplantation.

Den største gruppe er patienter med kræft i blodet eller i knoglemarven, og der er mange børn imellem dem.

Tidligere kunne man kun få stamceller fra knoglemarven. I dag kan man ved hjælp af medicin få stamceller til at gå over i blodbanen og høste dem fra blodet.

I Danmark skal du være bloddonor for at kunne melde dig som stamcelledonor. Det er, fordi blodbankerne allerede kender din helbredstilstand og ved, at du er motiveret for at hjælpe andre.

Danmark samarbejder med det internationale stamcelledonorregister, så danske donorer kan give stamceller til patienter i udlandet og omvendt.

Selv om der er mere end 25 mio. tilmeldte stamcelledonorer i verden, er der stadig nogle patienter, som der aldrig bliver fundet en donor til.

For at lave en stamcelletransplantation skal donorens vævstype nemlig være fuldstændigt identisk med patientens. Det kan være vanskeligt at finde, da der findes tusinde forskellige vævstyper.

Jo flere der tilmelder sig, desto større er chancen for, at det er muligt at finde en egnet stamcelledonor til en patient.

I 2006 donerede Jan Dal knoglemarv til en ukendt patient. Han ville gøre det igen på stedet.
Jan Dal meldte sig som donor, da blodbanken gjorde ham opmærksom på muligheden.
- Jeg valgte at blive donor for at hjælpe andre. Jeg vil jo også gerne selv have hjælp, hvis jeg skulle komme i den situation, fortæller han og tilføjer:
- Jeg synes, at hvis du har mulighed for at give, så skal du gøre det.
Året efter at han havde meldt sig, havde en patient brug for hans knoglemarv. Jan blev kaldt til hospitalet i Skejby for at få lavet nogle ekstra prøver, der kunne bekræfte, at der var et match.
Om tirsdagen blev Jan indlagt, dagen efter havde han doneret knoglemarven og allerede om torsdagen kunne han køre hjem til huset i Randers i en taxa. Jan ved ikke, hvem der fået knoglemarven, udover at det er mand på Sjælland af samme statur som ham selv.
Alligevel satte donationen tanker i gang hos ham:
- Jeg tænkte da på, om han overlevede.
Jan er klar til at donere igen på stedet: - De ringer bare, slutter han.

Bilag 10: Informationspapir om stamcelledonation til forstudie

Stamcelledonation

Procedure for stamcellehøst

Mere end hundrede danskere får hvert år konstateret en sygdom, som kræver at de får en stamcelletransplantation for at overleve. Stamceller bliver brugt til behandling af patienter, der har en sygdom, som gør, at de ikke kan danne blodceller på normal vis. En stamcelletransplantation kan igangsætte en udvikling af nye celler, som kan erstatte de syge eller manglende celler hos patienten. Men donorens og patientens vævstyper skal være identiske.

Tidligere kunne man kun få stamceller fra knoglemarven. I dag kan man høste dem fra blodet, med et apparat, der opsamler stamcellerne og sender resten af blodet tilbage. 4-5 dage forud for donationen får donoren medicin i form af et stof, der normalt findes i kroppen, som gives for hurtigere at få knoglemarvscellerne til at løsne sig fra marven og gå over i blodbanen. Dette kan give anledning til en smule ubehag, som kan lindres med almindelig smertestillende. Tapningen tager 4-5 timer og foregår typisk over to dage. Donoren kan i nogle tilfælde få influenzalignende symptomer.

Det kan være nødvendigt at transplantationen er med knoglemarv fra hoftekammen. Det afhænger af patientens sygdom. I det tilfælde foregår donationen i fuld narkose, hvor man suger knoglemarv ud lige under hoftekammen. Dette kræver indlæggelse i to dage. I de første døgn efter donationen er der ømhed ved stikstederne, men smerterne fortager sig hurtigt og kan lindres med smertestillende. Efter 2-3 dage kan man genoptage arbejde.

Det er et krav, at man er registreret som bloddonor, før man kan tilmelde sig som stamcelledonor, da blodbanken kender din helbredstilstand. Ens vævstype bliver registeret i både et nationalt og et internationalt register. Begge registre er beskyttet mod misbrug af oplysninger, og man kan altid fortryde og blive slettet fra registrene.

Bilag 11: Kontrolprodukt

Stamcelledonation

Mere end 100 danskere får hvert år konstateret en sygdom, som kræver, at de får en stamcelletransplantation for at overleve. Stamceller bliver brugt til behandling af patienter, der har en sygdom, som gør, at de ikke kan danne blodceller på normal vis. En stamcelletransplantation kan igangsætte en udvikling af nye celler, som kan erstatte de syge eller manglende celler hos patienten. Men donor og patients vævstyper skal være identiske.

Der er to procedurer for stamcelletransplantation. Den ene er en specialtapning, hvor der høstes stamceller gennem blodet via et apparat, der opsamler stamcellerne og sender resten af blodet tilbage til donoren. 4-5 dage forud for donationen får donoren medicin i form af et stof, der normalt findes i kroppen, som gives for hurtigere at få knoglemarvscellerne til at løsne sig fra marven og gå over i blodbanen. Dette kan give anledning til en smule ubehag, som kan lindres med smertestillende håndkøbsmedicin. Tapningen tager 4-5 timer og foregår typisk over to dage. Donoren kan opleve influenzalignende symptomer.

Den anden procedure indebærer udtagning af knoglemarv fra hoftekammen. Dette foregår i fuld narkose, hvor lægen stikker 8-10 gange og suger knoglemarv ud lige under hoftekammen. Denne procedure kræver indlæggelse i to dage. I de første døgn efter transplantationen er der ømhed ved stikstederne, men smerterne fortager sig hurtigt, og kan lindres med smertestillende håndkøbsmedicin. 2-3 dage efter donationen kan donor genoptage sit arbejde. Ved fuld narkose er følgende risici; dødsfald 1:250.000, fejlmedicinering 1:1000, at komme til bevidsthed under operation 1:645 og aspiration (optagelse af væske/faste stoffer i lungerne) 1:7000. Denne procedure anvendes kun, såfremt patientens sygdom kræver det.

I 2016 foregik 76% af transplantationerne ved en specialtapning, og 24% ved en udtagning af knoglemarv i hoftekammen. En rask donor har et overskud af stamceller, og ved en donation fjernes mindre en 1%.

Det er et krav, at være registreret som bloddonor, for at kunne tilmelde sig som stamcelledonor, og ens vævstype bliver registeret i både et nationalt og et internationalt register. I Danmark er der ca. 50.000 stamcelledonorer, og sidste år tilmeldte 2.600 bloddonorer sig som stamcelledonor. Du kan tilmelde dig på Bloddonorerne i Danmarks hjemmeside.

Bilag 12: Interventionsprodukt

bloddonorerne
bloddonor.dk

Mange bloddonorer er allerede stamcelledonor - Skal du også være det?

Hej bloddonor

Du tænker måske ikke over det, men du er en af hverdagens helte. Ved hver blodtapning gør du en god og uselvisk gerning. Men som bloddonor kan du faktisk være med til at redde endnu flere alvorligt syge patienter - både i Danmark og andre steder i verden. Du kan nemlig tilmelde dig som stamcelledonor og donere stamceller til en patient med identisk vævstype som dig, der har brug for dine stamceller for at overleve. Mange danske bloddonorer har tilmeldt sig som stamcelledonor, og flere og flere tilmelder sig.

Det sjældne match mellem donor og patients vævstype gør, at chancen for at finde den rette donor er meget lille. Så jo flere bloddonorer der er tilmeldt, jo flere mennesker kan vi redde! En tilmelding som stamcelledonor kræver ikke noget af dig i din hverdag. Hvis du er heldig, bliver du måske matchet én gang i dit liv, hvor du får mulighed for at hjælpe en alvorligt syg patient - men måske bliver du aldrig matchet. Ved et match er der altså et andet menneske, der har direkte brug for dig og dine stamceller.

Hvem mangler stamceller?

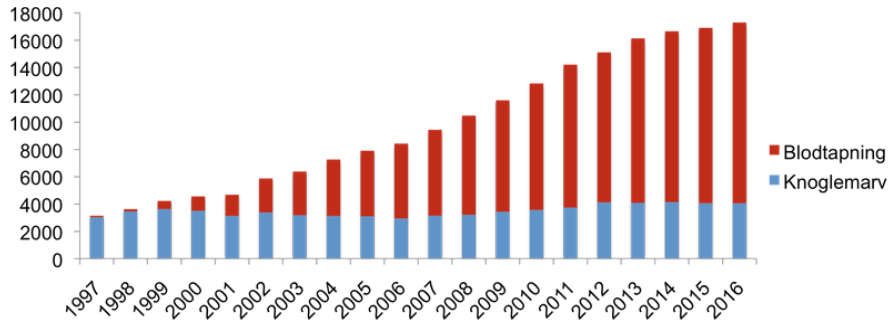
Over 100 danskere får hvert år konstateret en sygdom, som kræver, at de får en stamcelledonation for at overleve. Stamceller bliver brugt til behandling af patienter, der har en sygdom, som gør, at de ikke kan danne blodceller på normal vis. En stamcelle-transplantation kan igangsætte en udvikling af nye celler, som kan erstatte de syge eller manglende celler hos patienten.

Hvordan foregår en stamcelledonation?

I dag kan man ved hjælp af medicin, få stamcellerne til at gå over i blodbanen, så de kan høstes direkte fra blodet med en blodtapning. Et apparat opsamler stamcellerne, og sender resten af blodet tilbage i kroppen, hvilket tager 4-5 timer. Få donorer kan føle en smule ubehag efter blodtapningen, som fortager sig hurtigt.

I meget sjældne tilfælde kan patientens sygdom og tilstand medføre, at donationen foregår ved udtagning af knoglemarv. Udtagningen sker under narkose og ved indlæggelse i to dage. I de første døgn efter donationen kan der være lidt ømhed, der hvor der er blevet stukket, men det fortager sig hurtigt. Efter et par dage er du tilbage til en normal hverdag, og har samtidig været med til at redde et andet menneskes liv!

I tabellen nedenfor kan du se, hvor ofte de to metoder for stamcelledonation hver især bliver brugt på verdensplan.



Kilde: World Marrow Donor Association, årsrapport 2016

Så hvis du er en af dem, der bliver matchet, så er der meget stor sandsynlighed for, at donationen vil foregå ved en blodtapning.

Kommer du til at mangle stamceller?

Du kommer ikke til at mangle stamceller. For alle raske mennesker har et betydeligt overskud af stamceller. Du får fjernet mindre end 1%, og de gendannes i løbet af få uger.

Er du klar til at redde menneskeliv?

"Der er stadig patienter, som vi ikke kan finde en egnet donor til, og som kunne være helbredt, hvis vi havde kunnet finde en." - udtaler professor og overlæge i blodbank.

Tilmeld dig på www.bloddonor.dk - Efter din tilmelding behøver du ikke at foretage dig yderligere. Hvis der bliver brug for dig og dine stamceller, vil du blive kontaktet.

bloddonorerne
bloddonor.dk

Bilag 13: Danmarks Statistik 2018

Alder	Grundskole	Gymnasiale uddannelser	Erhvervsfaglige udd.	Adgangsgivende udd. forløb	Kort videregående udd
15-19 år	323.980	22.054	721	4	308
20-24 år	102.102	178.626	51.572	619	9.820
25-29 år	63.803	45.956	89.183	613	17.329
30-34 år	51.998	20.287	93.773	388	18.093
35-39 år	52.381	19.054	117.056	313	22.986
40-44 år	62.629	22.959	141.758	333	27.167
45-49 år	72.787	23.330	160.458	349	25.839
50-54 år	82.474	22.887	167.600	340	22.097
55-59 år	88.253	15.561	137.237	323	17.972
60-64 år	88.677	11.745	131.970	401	13.913

Alder	Mellemlang udd.	Bachelorudd.	Lang videregående udd.	Ph.d. forskerudd.	Uoplyst mv.
15-19 år	39	3	5	4	3.846
20-24 år	11.000	15.661	1.300	44	16.005
25-29 år	54.864	33.676	41.660	805	14.094
30-34 år	56.315	10.360	58.389	4798	8.767
35-39 år	63.435	8.837	54.022	6072	6.269
40-44 år	70.479	7.903	49.048	5744	5.500
45-49 år	67.255	5.355	38.468	4410	5.388
50-54 år	65.451	4.140	30.560	3671	6.554
55-59 år	60.101	2.607	25.326	2331	9.763
60-64 år	60.910	2.013	23.173	1351	2.706

Folketal den 1. i kvartalet efter område, tid, alder og køn

Alder	I alt	Mænd	Kvinder
18 år	69.962	35.591	34.371
19 år	71.209	36.557	34.652
20 år	74.220	37.919	36.301
21 år	76.698	39.111	37.587
22 år	78.992	40.608	38.384
23 år	81.970	41.634	40.336
24 år	79.552	40.549	39.003
25 år	80.844	41.279	39.565
26 år	79.000	40.210	38.790
27 år	78.218	39.837	38.381
28 år	76.919	39.231	37.688
29 år	74.172	37.932	36.240
30 år	71.675	36.624	35.051
31 år	70.132	36.002	34.130
32 år	68.488	34.840	33.648
33 år	65.426	33.419	32.007
34 år	64.686	32.825	31.861
35 år	64.556	32.870	31.686
36 år	65.586	32.923	32.663
37 år	66.812	33.814	32.998
38 år	69.451	34.796	34.655
39 år	70.941	35.666	35.275
40 år	70.382	35.369	35.013
41 år	72.184	36.394	35.790
42 år	78.135	38.987	39.148
43 år	78.157	39.052	39.105
44 år	77.445	38.665	38.780
45 år	80.189	40.120	40.069
46 år	80.875	40.844	40.031
47 år	76.946	38.662	38.284
48 år	75.200	37.807	37.393
49 år	77.492	39.334	38.158
50 år	82.028	41.269	40.759
51 år	88.829	44.905	43.924
52 år	86.983	43.797	43.186
53 år	84.050	42.470	41.580
54 år	82.873	41.808	41.065
55 år	77.703	38.998	38.705
56 år	75.478	37.775	37.703
57 år	74.174	37.150	37.024
58 år	71.126	35.479	35.647
59 år	70.717	35.241	35.476
60 år	70.294	35.021	35.273

Bilag 14: Oversigt over kontrolproduktets resultater

Køn	Alder	Postnummer	Beskæftigelse	Uddannelse	Ja/Nej
Kvinde	28	1677	Projektleder	Lang Udd.	Ja
Mand	36	1722	Lærer	Mel. Lang	Ja
Kvinde	37	1757	Kunstner	Mel. Lang	Nej
Mand	42	1958	Konsulent	Lang Udd.	Ja
Mand	49	2000	Lokomotivfører	Faglært	Nej
Kvinde	28	2100	Skolelærer	Mel. Lang	Ja
Kvinde	32	2100	Postdoc KU	Lang Udd.	Ja
Kvinde	24	2100	Studerende	Ung. udd.	Ja
Kvinde	30	2100	Operations manager	Mel. Lang	Ja
Kvinde	27	2100	Kommunikationskonsulent	Lang Udd.	Ja
Kvinde	25	2100	Aktvar	Lang Udd.	Nej
Kvinde	20	2100	Studerende	Ung. udd.	Ja
Mand	45	2100	Indkøbschef	Lang Udd.	Ja
Mand	29	2100	Robotic konsulent	Kort udd.	Ja
Mand	45	2100	Indkøbschef	Lang Udd.	Ja
Mand	32	2100	Advokatsekretær	Lang Udd.	Nej
Mand	28	2100	Ph.d Studerende	Lang Udd.	Nej
Mand	40	2100	Tømrer	Faglært + ung. Udd.	Nej
Kvinde	34	2200	Yogainstruktør	Kort udd.	Nej
Kvinde	29	2200	Studerende	Mel. Lang	Ja
Kvinde	20	2200	Studerende	Ung. udd.	Nej
Kvinde	33	2200	Kommunikationsmedarbejder	Lang Udd.	Nej
Kvinde	25	2200	Studerende	Mel. Lang	Nej
Mand	59	2200	Slagter	Faglært	Nej
Mand	25	2200	Key account manager	Faglært	Nej
Mand	28	2200	Studerende	Mel. Lang	Nej
Mand	29	2200	Gymnasielærer + AC medarbejder	Lang Udd.	Nej
Mand	31	2200	Fysioterapeut	Mel. Lang	Ja
Mand	27	2200	Studerende	Mel. Lang	Nej
Mand	60	2200	Kontorfunktioner	Faglært	Nej
Kvinde	52	2300	Flymedarbejder	Ufaglært	Ja
Kvinde	37	2300	Leder	Mel. Lang	Nej
Kvinde	58	2300	Økonomimedarbejder	Mel. Lang	Nej
Kvinde	46	2300	Kontorfunktionær/fuldmægtig	Ung. udd.	Ja
Kvinde	40	2300	Læge	Lang Udd.	Ja
Kvinde	30	2300	Ledig	Mel. Lang	Ja
Mand	24	2300	Studerende	Mel. Lang	Nej

Mand	31	2300	Politibetjent	Mel. Lang	Nej
Kvinde	20	2400	Studerende	Ung. udd.	Nej
Mand	29	2400	Filminstruktør	Lang Udd.	Ja
Mand	33	2400	Journalist	Mel. Lang	Nej
Mand	21	2400	Studerende	Ung. udd.	Ja
Mand	28	2400	Fysiker	Lang Udd.	Ja
Kvinde	21	2450	Studerende	Ung. udd.	Nej
Mand	22	2450	Studerende	Ung. udd.	Nej
Kvinde	45	2500	Tolk/oversætter/turistguide	Lang Udd.	Nej
Kvinde	55	2680	Socialpædagog	Mel. Lang	Nej
Kvinde	18	2700	Gymnasieelev	Ufaglært	Ja
Mand	46	2720	Bogholder/kasserer	Mel. Lang	Ja
Kvinde	22	2800	Studerende	Ung. udd.	Nej
Mand	44	2800	Konsulent	Mel. Lang	Nej
Kvinde	19	2830	Studerende	Ufaglært	Nej
Mand	60	2860	IT-direktør	Lang Udd.	Nej
Mand	44	2860	Head of costumer care	Mel. Lang	Nej
Kvinde	26	8000	Pædagog	Mel. Lang	Nej
Kvinde	23	8000	Studerende	Ung. udd.	Nej
Kvinde	22	8000	Studerende	Ung. udd.	Nej
Kvinde	24	8000	Financial controller	Mel. Lang	Ja
Mand	26	8000	Funktionær	Mel. Lang	Nej
Mand	22	8000	Elektrikker	Faglært	Ja
Mand	23	8000	Studerende	Ung. udd.	Nej
Mand	39	8000	Advokat	Lang Udd.	Nej
Mand	39	8000	IT-kontor	Ung. udd.	Ja
Kvinde	23	8200	Sabbatår	Ung. udd.	Nej
Kvinde	23	8200	Studerende	Mel. Lang	Ja
Kvinde	53	8200	Kontorassistent	Kort udd.	Ja
Kvinde	27	8200	Dyrepasser	Faglært + ung. Udd.	Ja
Mand	24	8200	Studerende	Mel. Lang	Ja
Mand	28	8200	Studerende	Ung. udd.	Ja
Mand	29	8200	Pædagog	Mel. Lang	Nej
Mand	43	8200	IT-sikkerhedskonsulent	Kort udd.	Nej
Mand	22	8200	Studerende	Mel. Lang	Nej
Mand	60	8200	IT-specialist	Lang Udd.	Nej
Kvinde	20	8210	Studerende	Ung. udd.	Nej
Kvinde	52	8210	Advokatsekretær	Mel. Lang	Nej
Mand	19	8210	Studerende	Ung. udd.	Nej
Mand	37	8220	Selvstændig	Kort udd.	Nej
Mand	26	8230	Studerende	Mel. Lang	Ja

Mand	47	8230	Konsulent	Lang Udd.	Ja
Kvinde	34	8240	Projektkoordinator	Lang Udd.	Nej
Kvinde	40	8240	Sekretær	Mel. Lang	Nej
Kvinde	47	8240	Skolelærer	Mel. Lang	Ja
Mand	41	8240	Speditør	Ung. udd.	Ja
Mand	55	8250	Salgsledelse	Lang Udd.	Nej
Mand	22	8260	Studerende	Ung. udd.	Ja
Kvinde	26	8270	Studerende	Ung. udd.	Ja
Mand	45	8270	Teamleder - projektgruppe	Mel. Lang	Nej
Kvinde	37	8310	Indkøbsassistent	Kort udd.	Nej
Mand	40	8320	Speditør	Faglært + ung. Udd.	Ja
Kvinde	49	8340	Kontor	Kort udd.	Ja
Kvinde	37	8361	Tekniskassistent	Mel. Lang	Nej
Mand	57	8361	Salgsassistent	Faglært + ung. Udd.	Ja
Kvinde	43	8381	Tandklinikassistent	Faglært	Nej
Kvinde	39	8381	Advokatsekretær	Ung. udd.	Nej
Kvinde	55	8382	Kontor	Kort udd.	Ja
Mand	42	8382	Direktør, Finance	Lang Udd.	Nej
Mand	38	8382	Speditør	Mel. Lang	Nej
Kvinde	45	8464	Advokatsekretær	Ung. udd.	Ja
Kvinde	50	8464	Forsikringsmægler	Ung. udd.	Nej
Kvinde	46	8471	Kontor	Ung. udd.	Ja
Mand	53	8543	IT-koordinatør	Kort udd.	Ja
Mand	33	8543	Politibetjent	Ung. udd.	Nej
Kvinde	35	8544	Salgsassistent	Ung. udd.	Nej
Mand	37	8653	Industriarbejde	Faglært	Nej
Kvinde	24	8660	Elektrikker	Faglært + ung. Udd.	Nej
Kvinde	19	8680	HHX i Viby	Ufaglært	Ja
Mand	55	8722	Ingeniør	Mel. Lang	Nej
Kvinde	50	8930	Revisor	Lang Udd.	Nej

Bilag 15: Oversigt over interventionsproduktets resultater

Køn	Alder	Postnummer	Beskæftigelse	Uddannelse	Ja/Nej
Kvinde	30	1300	Projektleder	Lang Udd.	Ja
Mand	54	1306	Lektor i UC	Lang Udd.	Ja
Kvinde	53	1364	Selvstændig	Lang Udd.	Ja
Kvinde	28	1551	Post doc	Lang Udd.	Ja
Kvinde	25	1754	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	26	2100	Studerende	Mel. Lang	Ja
Kvinde	51	2100	Konsulent	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	25	2100	Studerende	Mel. Lang	Ja
Kvinde	31	2100	Fuldmægtig	Lang Udd.	Nej
Kvinde	40	2100	Salgskoordinator	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	38	2100	Projektleder	Lang Udd.	Ja
Kvinde	44	2100	Underviser	Lang Udd.	Ja
Mand	21	2100	Studerende	Ung. Udd.	ja
Mand	27	2100	Studerende	Mel. Lang	Ja
Mand	28	2100	Studerende	Mel. Lang	Ja
Mand	35	2100	Fuldtid for Movia	Ung. Udd.	Ja
Mand	42	2100	Kontor	Faglært	Ja
Mand	50	2100	Product manager	Lang Udd.	Ja
Kvinde	27	2200	Studerende	Lang Udd.	Ja
Mand	26	2200	Fuldtidsarbejde	Ung. Udd.	Nej
Mand	27	2200	Idrætpædagog	Lang Udd.	Ja
Mand	30	2200	Ingeniør	Lang Udd.	Nej
Mand	35	2200	Projektleder	Lang Udd.	Ja
Mand	36	2200	Ingeniør	Lang Udd.	Ja
Kvinde	22	2300	Studerende	Ung. Udd.	Nej
Kvinde	30	2300	Projektkoordinator	Kort Udd.	Ja
Kvinde	22	2300	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	31	2300	Beredskabs- og arbejdsmiljørådgiver	Mel. Lang	Ja
Kvinde	38	2300	Digital product manager	Mel. Lang	Ja
Mand	18	2300	Elektriker	Faglært	Ja
Mand	29	2300	Fuldmægtig	Lang Udd.	Ja
Mand	47	2300	Selvstændig/partner	Mel. Lang	Ja
Kvinde	51	2400	Ingeniør + projektleder	Mel. Lang	Ja
Kvinde	23	2400	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Mand	23	2400	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Mand	25	2400	Studerende	Mel. Lang	Ja
Mand	29	2400	Studerende	Mel. Lang	Ja
Mand	47	2400	Socialpædagog	Mel. Lang	Ja

Mand	27	2450	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	35	2500	Illustrator	Kort Udd.	Ja
Kvinde	41	2600	Regnskabschef	Kort Udd.	Ja
Mand	60	2600	Portør	Faglært	Ja
Mand	55	2610	Selvstændig	Lang Udd.	Ja
Mand	41	2650	Sælger/teknisk salg	Faglært + Ung. Udd.	Ja
Mand	46	2670	Bager	Faglært	Ja
Kvinde	22	2720	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Mand	31	2720	Køkkenchef	Faglært	Ja
Kvinde	35	2800	Kontorfuldmægtig	Mel. Lang	Ja
Mand	57	2820	Konsulent	Lang Udd.	Ja
Kvinde	23	2860	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	19	3060	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	36	3200	Salgsassistent + selvstændig designer	Lang Udd.	Ja
Kvinde	46	3220	Kontor	Mel. Lang	Ja
Mand	57	4330	Ingeniør	Mel. Lang	Ja
Kvinde	29	8000	Revisor	Lang Udd.	Ja
Kvinde	56	8000	Vagtassistent	Faglært	Ja
Kvinde	21	8000	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	29	8000	Salgsassistent	Lang Udd.	Ja
Mand	25	8000	Studerende	Lang Udd.	Nej
Mand	48	8000	Indkøber	Kort Udd.	Ja
Mand	26	8000	Jurist	Lang Udd.	Ja
Kvinde	31	8200	Studerende	Mel. Lang	Ja
Kvinde	21	8200	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	29	8200	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	23	8200	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Mand	35	8200	Pædagog	Mel. Lang	Ja
Mand	25	8200	Ph.d. Studerende	Lang Udd.	Ja
Kvinde	38	8210	Cost controller	Kort Udd.	Ja
Kvinde	44	8210	Administration	Lang Udd.	Ja
Mand	26	8210	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Mand	30	8210	Bygningskonstruktør	Mel. Lang	Ja
Mand	23	8210	Studerende	Mel. Lang	Ja
Mand	36	8210	Software ingeniør	Lang Udd.	Ja
Mand	25	8210	Studerende	Mel. Lang	Ja
Mand	21	8210	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Mand	59	8230	Pædagog	Mel. Lang	Ja
Kvinde	24	8240	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Kvinde	21	8250	Studerende	Ung. Udd.	Nej
Kvinde	59	8260	Projektleder	Kort Udd.	Nej

Kvinde	21	8260	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Mand	52	8260	Havnearbejder	Faglært	Ja
Kvinde	46	8270	Socialpædagog	Mel. Lang	Ja
Kvinde	19	8270	Studerende	Ung. Udd.	Nej
Mand	20	8270	Studerende	Ung. Udd.	Ja
Mand	45	8270	Tekniker	Kort Udd.	Ja
Mand	57	8320	Selvstændig	Mel. Lang	Ja
Kvinde	53	8361	Pædagog	Mel. Lang	Nej
Kvinde	49	8370	Koordinator	Kort Udd.	Ja
Kvinde	40	8370	Sygeplejerske	Mel. Lang	Ja
Mand	42	8370	Lastvognsmekaniker	Faglært	Ja
Mand	42	8381	Kontorudvikler	Mel. Lang	Ja
Kvinde	34	8382	Bioanalytiker	Mel. Lang	Ja
Mand	30	8382	Forsikringsrådgiver	Kort Udd.	Ja
Kvinde	38	8410	Handikaphjælper	Faglært + Ung. Udd.	Ja
Kvinde	57	8450	Kontorassistent	Ung. Udd.	Ja
Mand	39	8464	Speditør	Ung. Udd.	Ja
Mand	49	8464	IT-konsulent	Mel. Lang	Nej
Kvinde	52	8471	Kontor	Kort Udd.	Ja
Mand	57	8520	Arkitekt	Lang Udd.	Ja
kvinde	60	8530	Lærer	Mel. Lang	Ja
Mand	37	8541	Programchef	Lang Udd.	Ja
Mand	35	8541	Konsulent i finanssektor	Mel. Lang	Ja
Kvinde	42	8543	Sygeplejerske	Mel. Lang	Ja
Kvinde	19	8660	Gymnasieelev	Ufaglært	Ja
Kvinde	19	8660	Gymnasieelev	Ufaglært	Ja
Mand	35	8660	Studerende	Mel. Lang	Ja
Mand	55	8660	Vicevært	Faglært	Ja
Mand	25	8870	Afregning/leverandørskifte medarbejder	Mel. Lang	Ja