



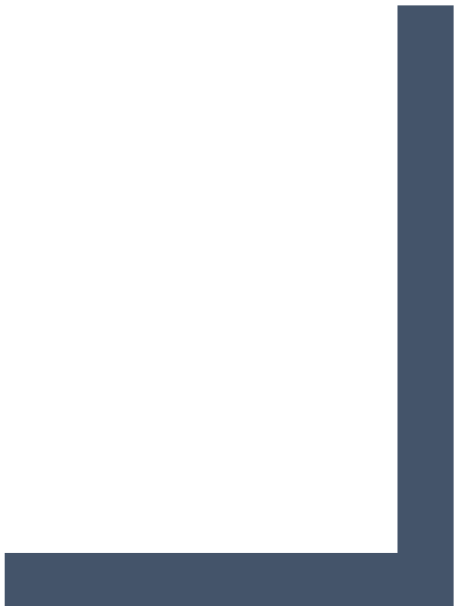
Forslag til forandring af udbredelsesstrategien for det danske børneundersøgelsesprogram

Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Gruppe 20gr10301
Maja T. Albrechtsen
Laura H. Hjørnholm
Sara Jacobsen

Vejleder: Lone Jørgensen, Ph.D, cand.cur

Afleveringsdato: 2. juni 2020
Referencesystem: Harvard 10. udgave
Antal anslag: 262.082



Forord

Dette speciale er forfattet i perioden februar til juni 2020 på 4. semester af kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet, af Maja T. Albrechtsen, Laura H. Hjørnholm og Sara Jacobsen.

Vi vil i denne forbindelse gerne rette en stor tak til vores vejleder Lone Jørgensen, der med kyndig, fleksibel og ærlig vejledning har gjort specialeperioden til en god oplevelse.

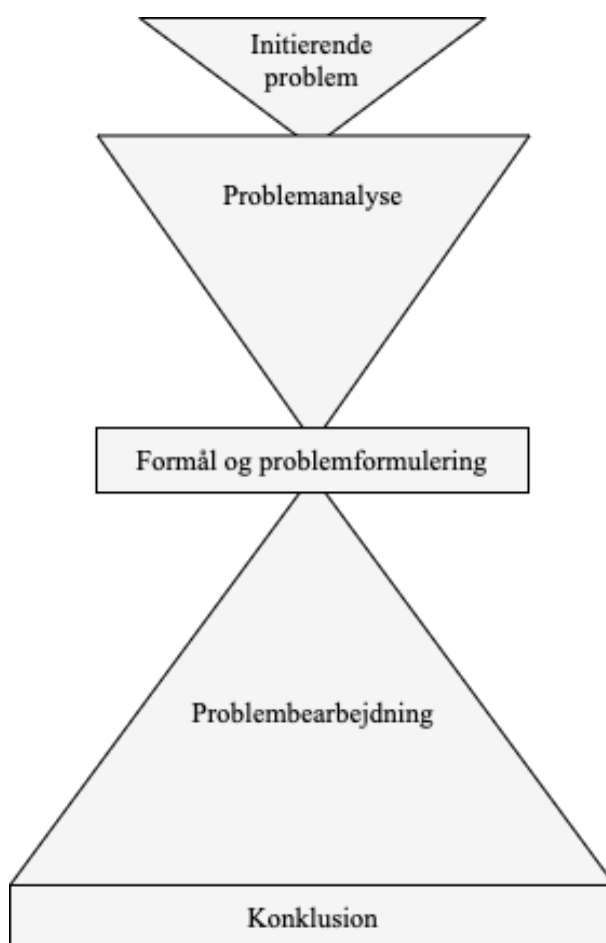
Derudover skal der lyde en tak til børnehavedere for at facilitere kontakt til respondenter, til forældre for overvældende respons på vores spørgeskemaundersøgelse, og til de informanter, der stillede op til interview.

Maja, Laura og Sara

Læsevejledning

Specialet er struktureret med afsæt i Aalborg-modellen, der er udarbejdet ud fra princippet om problembaseret læring som facilitator for kompetenceudvikling på tværs af vidensområder (Aalborg Universitet, 2020b; Holgaard *et al.*, 2020).

Nedenstående figur 1 illustrerer opbygningen af Aalborg-modellen. Heraf fremgår det, at det initierende problem danner baggrund for problemanalysen, hvori problemfeltet udfoldes og analyseres. På baggrund heraf formuleres formål og problemformulering, som er styrende for den metodologiske fremgangsmåde i den efterfølgende problembearbejdning. Her præsenteres og diskuteres specialets metode og resultater, hvilket munder ud i forandringsforslag til udbredelsesstrategien af det danske børneundersøgelsesprogram, som endeligt danner baggrund for konklusionen.



Figur 1: Aalborg modellen, opstillet med afsæt i Aalborg Universitet (2020b)

Resumé

Titel: Forslag til forandring af udbredelsesstrategien for det danske børneundersøgelsesprogram

Baggrund: Det danske børneundersøgelsesprogram har til hensigt at sikre de bedste betingelser for en sund opvækst. Til trods for høj tilslutning til undersøgelserne i barnets første leveår, er der lav tilslutning til særligt 2-, 3- og 4-års undersøgelserne. I et forsøg på at øge tilslutningen, og reducere den sociale ulighed heri, indførte Region Nordjylland ultimo 2016 en påmindelsesordning. Denne har dog ikke haft den tilsigtede virkning, hvorfor der er behov for andre og flere understøttende foranstaltninger.

Formål: Formålet med specialet er at opstille forslag til forandring af udbredelsesstrategien for det danske børneundersøgelsesprogram mhp. at øge den generelle tilslutning til undersøgelserne efter barnets første leveår og reducere den social ulighed heri.

Metode: En systematisk litteratursøgning afdækker eksisterende evidens for interventioner, som relaterer sig til udbredelse af forebyggende børneundersøgelser. Hertil foretages to empiriske undersøgelser i form af en spørgeskema- og en interviewundersøgelse med forældre bosat i Region Nordjylland. Undersøgelserne har til hensigt at bidrage med forståelse af barrierer og fremmende faktorer for deltagelse.

Resultater: På baggrund af den indsamlede empiri findes der behov for udvikling af en kompleks intervention, som intervenserer på flere niveauer. Overordnet er der en række barrierer for deltagelse, som primært har karakter af praktiske vanskeligheder, idet forældrene kan overkomme dem. Dog fremkommer det, at der er behov for tiltag, som imødegår barrierer forbundet med glemsel og manglende oplevelse af relevans af undersøgelserne. Endvidere bør der implementeres tiltag, som understøtter personlig kontakt til sundhedsprofessionelle samt dannelse af uformelle sociale netværk, idet det kan være fremmende for deltagelse.

Konklusion: På baggrund af resultaterne er der opstillet en række praksisrettede anbefalinger til forandring af den nuværende udbredelsesstrategi, som overordnet omhandler øget tilgængelighed og kvalificering af information og kommunikation omkring børneundersøgelserne samt påmindelse om forestående undersøgelser. Implementering af disse anbefalinger kan potentielt bidrage til at øge tilslutningen til børneundersøgelserne og reducere den sociale ulighed heri.

Abstract

Title: Proposed changes to the dissemination strategy for the Danish preventive child health examinations

Background: The Danish preventive child health examinations have been established to ensure the best conditions for a good upbringing for all children. Despite high participation rates in the first three examinations, participation rates in the following examinations are low. This trend has been sought countered by the North Denmark Region by implementation of a reminder system. However, this has not been successful, thereby indicating a need for other supportive measures.

Aim: The aim of this study is to propose changes to the dissemination strategy of the Danish preventive child health examination program, in order to raise the participation rates and lower the social inequality in participation.

Method: A systematic literature search reveals existing evidence of interventions related to dissemination of preventive child health examinations. In addition, two empirical studies are conducted in the form of a questionnaire and interviews with parents residing in the North Denmark Region. The empirical studies contribute to an in-depth understanding of barriers and promoting factors for participation in preventive child health examinations.

Results: The results reveal a need for a complex intervention that intervenes on multiple levels if the problems related to participation are to be addressed. Several barriers to participation are primarily of a practical nature in that the parents are able overcome them. However, there is a need for initiatives that address the barriers associated with obliviousness to and lack of experienced relevance of the preventive child health examinations. Moreover, initiatives should support the personal contact between parents and health professionals as well as the formation of social networks, as this may promote participation.

Conclusion: Based on the results, this study proposes changes to the dissemination strategy, by focusing on increased accessibility and qualification of information and communication about preventive child health examination as well as reminders of upcoming examinations. Implementation of these recommendations could potentially help increase participation in the Danish preventive child health examinations and reduce the social inequality herein.

Indholdsfortegnelse

1 INITIERENDE PROBLEM	1
2 PROBLEMANALYSE.....	3
2.1 BØRNEUNDERSØGELSESPROGRAMMET SOM FOLKESUNDHEDSARBEJDE	3
2.1.1 Type af indsats	4
2.2 BØRNEUNDERSØGELSESPROGRAMMETS RELEVANS	5
2.2.1 Fysisk sundhed	6
2.2.2 Psykisk og social sundhed	7
2.2.3 Et positivt og bredt sundhedssyn	7
2.3 TILSIGTEDE OG UTILSIGTEDE KONSEKVENSER	8
2.4 TILSLUTNING TIL BØRNEUNDERSØGELSESPROGRAMMET	9
2.4.1 Tilslutning til de forskellige undersøgelser.....	9
2.4.2 Tilslutning over tid	10
2.4.3 Familiestrukturens betydning for tilslutning	11
2.4.4 Social ulighed i tilslutningen	12
2.5 FAKTORER AF BETYDNING FOR TILSLUTNINGEN	13
2.5.1 Bekymring og tryghed.....	13
2.5.2 Social kapital.....	13
2.5.3 Åbnings- og arbejdstider.....	14
2.5.4 Afstand og transport.....	15
2.5.5 Digitalisering og sundhedskompetencer	15
2.5.6 Påmindelser	17
2.6 PROPORTIONEL UNIVERSALISME.....	18
3 AFGRÆNSNING OG FORMÅL	20
4 PROBLEMFORMULERING	21
5 DESIGN	22
5.1 FORSKNINGSSPØRGSMÅL	23
5.2 MÅL.....	23
5.3 BEGREBSLIG KONTEKST.....	24
5.3.1 Erfaring og forforståelse	24
5.3.2 Videnskabsteori og paradigmer	24
5.3.3 Litteratur og teori.....	26
5.4 METODE	27
5.4.1 Systematisk litteratursøgning	27
5.4.2 Spørgeskema.....	34
5.4.3 Telefoninterview	49
5.5 VALIDITET.....	55
6 RESULTATER.....	56
6.1 SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING	56
6.1.1 Sammenfatning af studierne resultater	62
6.1.2 Opsummering	66
6.2 SPØRGESKEMA	67
6.2.1 Studiepopulationens karakteristika	67
6.2.2 Barrierer for deltagelse	69
6.2.3 Fremmede faktorer for deltagelse	73
6.2.4 Opsummering	76
6.3 INTERVIEW	77
6.3.1 Barnets sundhed	78
6.3.2 Udbytte	79
6.3.3 Fleksibilitet og praktiske vanskeligheder	80
6.3.4 Information	82
6.3.5 Opsummering	83

7 DISKUSSION	84
7.1 RESULTATDISKUSSION	84
7.1.1 Skriftlig information	84
7.1.2 Påmindelse.....	86
7.1.3 Hjemmebesøg	89
7.1.4 Situationsbestemt fleksibilitet.....	91
7.1.5 Socialt netværk	93
7.1.6 Indhold	94
7.1.7 Praxisrettede anbefalinger til forandring.....	95
7.2 METODEDISKUSSION	101
7.2.1 Systematisk litteratursøgning	101
7.2.2 Spørgeskema.....	104
7.2.3 Telefoninterview	107
8 KONKLUSION	109
9 LITTERATURLISTE	111
10 BILAG	121

1 Initierende problem

Alle børn har ret til syv forebyggende børneundersøgelser hos deres alment praktiserende læge i løbet af de fem første leveår (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019b). Undersøgelserne har til hensigt at sikre de bedste betingelser for en sund opvækst i form af fysisk, psykisk og social trivsel (Michelsen *et al.*, 2007). Den seneste nationale opgørelse viser dog, at tilslutningen til undersøgelserne efter barnets første leveår er relativt lav (Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013). Tilslutningen til 2-, 3- og 4-års undersøgelsen var således mellem 62 og 70 % i 2007-2009, hvilket står i kontrast til, at den for samme periode var omkring 90 % til de første tre undersøgelser (Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013). Samme tendens fremkommer i en nyere regional opgørelse fra Nordjylland, hvor deltagelsen i de sidste fire undersøgelser er markant lavere (54-69 %) end deltagelsen i de første tre (88-91 %) (Buhelt *et al.*, 2017). Den lave tilslutning er problematisk, idet den tidlige barndom har afgørende betydning for barnets sproglige (Yoshinaga-Itano *et al.*, 1998; Pimperton og Kennedy, 2012; Ching, 2015), fysiske (Kvarnström, Jakobsson og Lennerstrand, 2001; Lobstein, Baur og Uauy, 2004; Singh *et al.*, 2008; Gordon-Larsen, The og Adair, 2010), psykiske (Costello, Egger and Angold, 2005; Karantanos, 2012) og sociale (Umberson and Montez, 2010; Umberson, Crosnoe and Reczek, 2010) udvikling. Manglende tidlig opsporing og reaktion på begyndende problematikker relateret til barnets sundhed og trivsel kan således have konsekvenser for det enkelte barns udvikling såvel som for folkesundheden på længere sigt.

Problemet relateret til den lave tilslutning forstærkes yderligere af, at der er social ulighed i hvilke familier, der gør brug af børneundersøgelserne, hvor lavere uddannelsesniveau hos forældre er forbundet med mindre tilbøjelige til at deltage (Michelsen *et al.*, 2007; Søndergaard *et al.*, 2008; Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013; Region Nordjylland, 2019). Forældrenes socioøkonomiske status har samtidig betydning for barnets sundhed og trivsel (Galobardes, Lynch og Smith, 2004, 2008; Lawlor *et al.*, 2006; Johansen *et al.*, 2007; Cohen *et al.*, 2010; Vukojević *et al.*, 2017), og de, der er i størst risiko for negative sundhedsudfald, er således også de, som er mindst tilbøjelige til at benytte tilbuddet.

I et forsøg på at øge den generelle tilslutning og reducere den sociale ulighed indførte Region Nordjylland ultimo 2016 en elektronisk påmindelsesordning (Region Nordjylland, 2019). Overordnet har indsatsen dog ikke haft den tilsigtede virkning, idet der fortsat er lav tilslutning til undersøgelserne efter barnets første leveår og udpræget social ulighed i deltagelsen (Region Nordjylland, 2019). Dette indikerer, at glemsel ikke er den primære barriere for deltagelse, men at der er flere og andre årsager hertil, hvorfor der er behov for yderligere understøttende foranstaltninger. Der mangler dog viden om, hvordan udbredelsesstrategien for det danske børneundersøgelsesprogram mest hensigtsmæssigt kan forandres mhp. at imødegå den folkesundhedsmæssige problematik i den lave og socialt skævt fordelte tilslutning.

2 Problemanalyse

For at kunne forstå problemet relateret til den lave og socialt skævt fordelte tilslutning udfoldes det indledningsvist, hvad børneundersøgelserne er, og hvilken betydning de har for det enkelte barns sundhed og deraf for folkesundheden. Nedenstående indeholder ydermere en analyse af både tilsigtede og potentielle utilsigtede konsekvenser af børneundersøgelsesprogrammet og de tiltag, som relaterer sig til udbredelsen heraf. Derudover vil problemets omfang blive belyst ud fra en analyse af tilslutningen til børneundersøgelserne, som har til hensigt at understrege behovet for forandring af den nuværende tilgang til udbredelse. Tilslutningen er et resultat af forældres til- eller fravalg, men valget påvirkes af faktorer på både interpersonelt, organisatorisk, samfundsmæssigt og politisk niveau. For at kunne omfatte denne kompleksitet er problemanalysen inspireret af Sallis, Owen og Fishers (2008) socioøkologiske model for sundhedsadfærd, der sætter fokus på betydningen af konteksten for individets adfærd. Denne model danner således rammerne for forståelse af de forskellige og interagerende determinanter for sundhedsadfærd, der gør sig gældende ift. tilslutningen til de forebyggende børneundersøgelser.

2.1 Børneundersøgelsesprogrammet som folkesundhedsarbejde

I henhold til Sundhedsloven tilbydes alle børn under den undervisningspligtige alder syv vederlagsfri, forebyggende helbredsundersøgelser hos deres alment praktiserende læge (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019b). Undersøgelserne tilbydes i alderen 5 uger, 5 og 12 mdr. samt én gang årligt herefter, indtil barnet er fyldt 5 år (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019a). Formålet med børneundersøgelserne er at give barnet de bedste betingelser for en sund opvækst og udvikling ved tidligt at opspore problematikker, der kan påvirke barnets sundhed og trivsel negativt (Sundhedsstyrelsen, 2011). De forebyggende børneundersøgelser er således en del af folkesundhedsarbejdet i Danmark, der ifølge Vallgård, Diderichsen og Jørgensen (2014) kan karakteriseres som en bestræbelse på at forbedre befolkningens sundhed.

Ved børneundersøgelserne foretages en lægefaglig vurdering af barnets fysiske, psykiske og sociale udvikling og trivsel gennem samtale med forældrene og forskellige undersøgelser (Sundhedsstyrelsen, 2011; Sundheds- og Ældreministeriet, 2019b). Mens samtalerne tager udgangspunkt i forældrenes subjektive oplevelse samt bekymringer og glæder relateret til barnets udvikling og trivsel (Sundhed.dk, 2019), udgør undersøgelserne mere objektive mål for barnets

sundhed. Som et eksempel herpå får barnet ved alle undersøgelser vurderet sit syn samt bliver målt og vejret (Sundhedsstyrelsen, 2011). Yderligere relevante undersøgelser foretages afhængigt af barnets alder, herunder f.eks. om barnet kan gå, hoppe og kaste, som udtryk for om det har kontrol over kroppens bevægelser (Sundhed.dk, 2019). Hvorvidt barnets udvikling er alderssvarende vurderes bl.a. ud fra en række opstillede milepæle, som er retningsgivende for, hvor langt i udviklingen barnet bør være ved de enkelte undersøgelser (Lissauer *et al.*, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2015). Ifm. vurderingen af barnets udvikling har de alment praktiserende læger forpligtelse til at henvise til andre fagpersoner inden for sundheds- og socialsektoren, hvis der er mistanke om problemer, som rækker ud over deres kompetenceområde (Sundhedsstyrelsen, 2011). Yderligere tilbydes der ifm. 5-måneders samt 1-, 4- og 5-års undersøgelserne vaccinationer i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2009, 2011; Sundheds- og Ældreministeriet, 2019b).

2.1.1 Type af indsats

De forebyggende børneundersøgelser er et tilbud til alle børn i Danmark uafhængigt af sygdomshistorik, hvorfor indsatsen umiddelbart efterlever kravet om, at alle skal have “[...] *let og lige adgang til sundhedsvæsenet*” (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019a). Børneundersøgelser kan således betegnes som et populationsbaseret forebyggelsestiltag, der ifølge Vallgård, Diderichsen og Jørgensen (2014) er kendetegnet ved at være rettet mod befolkningsgrupper, hvor den enkeltes risikostatus ikke er kendt. Ifølge epidemiolog G. Rose er fordelene ved en populationsbaseret forebyggelsesstrategi, at den giver mulighed for at reducere befolkningens samlede risiko for negative sundhedsudfald ved at forskyde sundheden i en mere gunstig retning gennem en minimering af det gennemsnitlige niveau af risikofaktorer (Rose, 2001). Dette står i modsætning til en strategi, der alene fokuserer på individer, som er i højrisiko (Rose, 2001), og som derved bærer præg af et sisyfosarbejde, idet der kontinuerligt vil være nye individer, som bevæger sig ind i højrisikozonen. Det er således fordelagtigt, at de forebyggende børneundersøgelser er rettet mod hele populationen, idet det i udgangspunktet giver alle børn samme mulighed for tidlig opsporing af sundhedsrelaterede problemer. Omvendt er en af ulemperne ved en populationsbaseret forebyggelsesstrategi ifølge Rose, at ikke alle vil finde tiltaget nødvendigt, fordi de ikke er eksponeret for de risikofaktorer, der søges forebygget (Rose, 2001). Der er således risiko for ikke-deltagelse, hvis forældrene f.eks. oplever, at barnet har en sund udvikling og trives i hverdagen. Dette afspejler det forebyggende fokus, som kan indebære, at forældre ikke ser behovet for at søge hjælp til problemer, som endnu ikke er opstået,

og de nedprioriterer det derfor ift. andre konkurrerende behov (Hackworth *et al.*, 2018). Alle børn kan dog have nytte af børneundersøgelserne, idet de foruden forebyggelse rummer et element af sundhedsfremme (Michelsen *et al.*, 2007). Der er således ikke alene fokus på tidlig opsporing og reaktion på begyndende problematikker, men også på at fremme sundheden hos børn, som trives.

Foruden at kunne karakteriseres som en populationsbaseret forebyggelsesstrategi og en sundhedsfremmende indsats, kan børneundersøgelserne ifølge Det Ethiske Råd også betegnes som screening (Det Ethiske Råd, 1998). Dette understøttes af, at der er sammenfald mellem børneundersøgelserne og størstedelen af de ti kriterier for screening, der er opstillet af lægerne J. Wilson og G. Jungner (1968). Sammenfaldene omfatter bl.a., at der undersøges for væsentlige sundhedsproblemer, at der er detekterbare symptomer, og at screeningsprocessen er kontinuert for den relevante population og ikke blot en engangsføreteelse (Wilson og Jungner, 1968). Selvom børneundersøgelserne ikke formelt er en del af de nationale screeningsprogrammer (Sundhedsstyrelsen, 2019), kan de således betegnes som en form for systematisk screening. At screeningen er systematisk henviser til, at en udvalgt befolkningsgruppe undersøges mhp. identifikation af personer med risiko for udvikling af sundhedsproblemer (Vallgård, Diderichsen og Jørgensen, 2014), hvor befolkningsgruppen i dette tilfælde er alle børn under den undervisningspligtige alder i Danmark.

2.2 Børneundersøgelserprogrammets relevans

Børneundersøgelserne muliggør tidlig identificering af børn og familier med særlige behov samt opsporing af sygdom, risikofaktorer og udviklingsforstyrrelser hos barnet (Michelsen *et al.*, 2007). Den tidlige opsporing giver mulighed for hurtigere reaktion på begyndende problemer mhp. at bremse sygdomsudvikling og optimere barnets udviklingsmuligheder (Sundhedsstyrelsen, 2011). Ifølge epidemiolog M. Marmot er tidlig opsporing ydermere hensigtsmæssigt, da positive såvel som negative indvirkninger på sundhed og trivsel akkumulerer i løbet af individets levetid (Marmot *et al.*, 2010). Forhold, som har en negativ indvirkning på et individs sundhed, kan således mindskes gennem forebyggelse med fokus på tidlig opsporing. Endvidere skabes fundamentet for såvel den fysiske som den kognitive og følelsesmæssige menneskelige udvikling allerede i den tidlige barndom (Serdula *et al.*, 1993; Singh *et al.*, 2008; Marmot *et al.*, 2010), hvor særligt de fem første leveår er essentielle ift. at sikre, at barnet har de bedst mulige vilkår for udvikling (Committee on Integrating the Science of Early Childhood

Development, 2000). De første leveår kan således have langsigtet betydning for individets sundhed og trivsel, hvilket understreger vigtigheden af, at dets udvikling følges nøje, og at der foretages tidlig opsporing og handling. Ydermere er det vanskeligere at påvirke børns udvikling, jo ældre de bliver (Waldfoegel, 2004), og det største potentiale for at skabe gode betingelser for en sund opvækst og udvikling findes således i den tidlige barndom. Selvom indsatser målrettet befolkningens sundhed er essentielle i alle livets faser, kan de tidlige indsatser derfor være af særlig væsentlig karakter.

Relevansen af børneundersøgelserne understreges yderligere i det følgende, hvor problemer relateret til hhv. fysisk, social og psykisk sundhed er fremhævet for at præcisere betydningen af den tidlige opsporing og reaktion. Den lægefaglige undersøgelse indebærer en række tests og undersøgelser, som har betydning for forskellige aspekter af barnets sundhed, hvoraf nedenstående blot skal opfattes som eksempler herpå.

2.2.1 Fysisk sundhed

Som et led i den fysiske undersøgelse af barnet foretages en række undersøgelser og målinger mhp. at vurdere, om barnets vækst og funktionsevne er alderssvarende (Sundhedsstyrelsen, 2011). De alment praktiserende læger har i den forbindelse en vigtig position ift. at opspore bl.a. overvægt såvel som manglende vægtøgning hos barnet. Overvægt hos førskolebørn (Singh *et al.*, 2008; Gordon-Larsen, The og Adair, 2010) og børn helt ned til seks måneders alderen (Taveras *et al.*, 2009; McCormick *et al.*, 2010) fortsætter ofte ind i voksenlivet, og er associeret med en øget risiko for bl.a. kardiovaskulær sygdom, hypertension og diabetes (Lobstein, Baur og Uauy, 2004). På samme måde kan manglende vægtøgning hos børn resultere i bl.a. forsinket kognitiv udvikling samt nedsat immunfunktion (Homan, 2016). Ydermere kan det være et tegn på omsorgssvigt, underernæring eller underliggende medicinske tilstande (Homan, 2016). Det er således vigtigt, at både over- og undervægt opspores tidligt, da det kan medføre irreversible konsekvenser.

Af yderligere fysiske undersøgelser foretager den alment praktiserende læge f.eks. en vurdering af barnets hørelse (Sundhedsstyrelsen, 2011), idet nedsat hørelse bl.a. kan have en negativ indvirkning på barnets sproglige udvikling (Yoshinaga-Itano *et al.*, 1998; Pimperton og Kennedy, 2012; Ching, 2015). Sen påvisning af og reaktion på høretab kan således resultere i forsinkelser i udviklingen af barnets sprog, som kan påvirke dets læsefærdigheder negativt og

deraf have sociale og uddannelsesmæssige konsekvenser for barnet (Pimperton *et al.*, 2016). Således har den fysiske screening ikke alene betydning for somatiske forhold men også for barnets fremtidige uddannelsesmuligheder og deraf socioøkonomiske status.

2.2.2 Psykisk og social sundhed

Ligesom fysiske vanskeligheder kan også psykiske vanskeligheder forekomme i en meget tidlig alder (Karantanos, 2012), og indikatorer for senere psykiske lidelser kan identificeres helt ned til 1½ års alderen (Olsen *et al.*, 2019). Dette understøttes af reviews, som viser, at en stor del af senere diagnosticerede psykiske lidelser har rod i den tidlige barndom (Costello, Egger og Angold, 2005; Karantanos, 2012), hvorfor der kan være potentiale i at opspore og forebygge disse lidelser i en tidlig alder.

Såvel barnets psykiske som sociale udvikling og trivsel undersøges bl.a. gennem samtale med forældrene om barnets interaktion med andre samt eventuelle tegn på psykosociale udfordringer i hverdagen (Sundhedsstyrelsen, 2011). Endvidere observerer den alment praktiserende læge interaktionen mellem barn og forælder ved undersøgelsen for at opspore eventuelle indikatorer på adfærdsmæssige eller psykiske vanskeligheder (Sundhedsstyrelsen, 2011). Denne interaktion er særlig vigtig, idet tilknytningen og relationen mellem barnet og dets primære omsorgspersoner i de tidlige leveår har betydning for barnets emotionelle udvikling og mentale sundhed senere i livet (Winston og Chicot, 2016). Psykoanalytiker J. Bowlby argumenterer bl.a. for, at de intime bånd, der skabes i barndommen, fungerer som prototyper for senere sociale relationer (Bowlby, 1994). Dårlig tilknytning til primære omsorgspersoner kan således påvirke barnets evne til at vedligeholde sociale relationer senere i livet. Med afsæt i socialepidemiolog L. Berkman's konceptuelle model af sociale relationers indvirkning på individets sundhed (Berkman *et al.*, 2000) kan tætte personlige relationer til f.eks. forældre endvidere have betydning for barnets generelle helbred, sundhedsadfærd og psykiske sundhed på længere sigt.

2.2.3 Et positivt og bredt sundhedssyn

Af ovenstående fremgår det, at de danske børneundersøgelser kan have betydning for både fysiske, psykiske og sociale aspekter af barnets sundhed og trivsel gennem tidlig opsporing. Som tidligere beskrevet har undersøgelserne dog ikke alene til hensigt at forebygge sygdom men også at fremme barnets sundhed og trivsel, hvorfor børneundersøgelserprogrammet læner

sig op ad World Health Organizations (2020) positive sundhedsbegreb. Ud fra et positivt sundhedssyn handler sundhed ikke udelukkende om fravær af sygdom men i høj grad også om trivsel (Bruun-Jensen, 2011).

Foruden et positivt syn på sundhed beror børneundersøgelserne på en bred forståelse af årsager til sundhed og sygdom. Det er f.eks. ikke udelukkende familiens livsstil, der er omdrejningspunkt for samtalen mellem forældre og alment praktiserende læge, men også barnets levekår. Af hyppige samtaleemner til børneundersøgelserne er således både kost og motion men også barnets tarv og trivsel i hverdagen samt søskendeforhold og sociale relationer generelt (Michelsen *et al.*, 2007). Børneundersøgelsesprogrammet afspejler således både et positivt og bredt sundhedssyn (Bruun-Jensen, 2011).

2.3 Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser

Som udfoldet i ovenstående forventes deltagelse i børneundersøgelsesprogrammet at have en positiv betydning for barnets fysiske, sociale og psykiske sundhed samt trivsel. Hertil viser evalueringer af det danske børneundersøgelsesprogram, at undersøgelserne i mange tilfælde bidrager til opsporing af og reaktion på sundhedsproblemer hos barnet, som sandsynligvis ville blive overset ved almindelige lægekonsultationer (Almind, 1984; Michelsen *et al.*, 2007). Programmet opfylder således formålet om at bidrage til at sikre de bedste betingelser for sund opvækst og udvikling gennem tidlig opsporing (Sundhedsstyrelsen, 2011). De positive indvirkninger rækker dog ud over denne tilsigtede konsekvens, idet programmet også kan have positive utilsigtede konsekvenser. På samfunds niveau kan tidlig opsporing og reaktion potentielt nedbringe fremtidige omkostninger til behandling og pleje samt tabt produktion gennem understøttelse af en sund og arbejdsdygtig befolkning. Der er således også et samfundsøkonomisk incitament til at tilbyde de forebyggende og sundhedsfremmende børneundersøgelser.

Børneundersøgelsesprogrammet er dog også forbundet med potentielle negative utilsigtede konsekvenser. Herunder er den subjektive lægefaglige vurdering af barnets udvikling bl.a. forbundet med en risiko for fejlvurdering. Dette kan føre til falsk positive eller falsk negative fund, hvilket også fremhæves af WHO som værende en risiko ved screeningsprogrammer (WHO Regional Office for Europe, 2020). Falske undersøgelsesresultater skønnes at kunne påvirke barnet og dets familie på både kort og lang sigt, hvor falsk negative fund kan føre til manglende relevant behandling (WHO Regional Office for Europe, 2020), mens falsk positive fund

potentielt kan medføre overbehandling og skabe unødigt bekymring. Sandt positive resultater formodes dog også at være forbundet med bekymringsskabelse, der betegner processen i at gøre folk opmærksomme på problemer, de ikke selv er bevidste om (Folker *et al.*, 2009). Som et eksempel herpå fremgår det af en evaluering af børneundersøgelsesprogrammet, at selvom forældrene ikke umiddelbart har bekymringer ift. barnets udvikling, fremkommer der ofte fund ifm. den lægefaglige undersøgelse (Michelsen *et al.*, 2007).

Risikoen for fejlvurderinger og bekymringsskabelse skal dog ses i lyset af potentialet for indfrielse af de positive konsekvenser - tilsigtede såvel som utilsigtede - da disse kan have betydning for både folkesundheden og samfundsøkonomien. Betragtet fra et nytteetisk perspektiv (Husted, 2014) kan der argumenteres for, at summen af positive konsekvenser overstiger de potentielle negative, og risikoen for de få opvejes således af nytten for de mange. Med afsæt i et nytteetisk perspektiv har børneundersøgelserne derfor fortsat deres berettigelse trods eventuelle negative utilsigtede konsekvenser.

2.4 Tilslutning til børneundersøgelsesprogrammet

Deltagelse i børneundersøgelserne er frivillig (Sundhedsstyrelsen, 2011), hvorfor tiltaget opfylder kravet om, at sundhedsvæsenet skal sikre respekt for individets selvbestemmelse (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019a). Denne tilgang til forebyggelse tager afsæt i et liberalt menneskesyn, hvor individet opfattes som selvforvaltende og i stand til at træffe rationelle valg og handle derefter (Vallgård, Diderichsen og Jørgensen, 2014). Dette medfører dog en risiko for ikke-deltagelse, hvilket vil blive udfoldet i det følgende mhp. at nuancere problemet og belyse dets omfang.

2.4.1 Tilslutning til de forskellige undersøgelser

Nationale opgørelser viser, at tilslutningen varierer mellem de syv undersøgelser, hvor de tre undersøgelser i barnets første leveår har en tilslutning på omkring 90 %, mens undersøgelserne ved 2-, 3- og 4-års alderen har en lavere tilslutning (Michelsen *et al.*, 2007; Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013). I 2007-2009 var tilslutningen til disse undersøgelser hhv. ca. 70, 63 og 62 %, mens den steg igen ved 5-års undersøgelsen, hvor den i samme periode var ca. 84 % (Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013). Et lignende mønster fremgår af

en nyere opgørelse fra Region Nordjylland, hvor tilslutningen til undersøgelserne i barnets første leveår er mellem 88 og 91 %, mens den til de efterfølgende undersøgelser er markant lavere, idet den varierer fra 54-69 % (Buhelt *et al.*, 2017).

Efter barnets første leveår er tilslutningen størst ved de undersøgelser, som falder samtidig med vaccinationer (Juhl, Schmidt Morgen og Nybo Andersen, 2005). I de nyeste opgørelser er særligt tilslutningen til 2- og 3-års undersøgelserne således lav (Region Nordjylland, 2019), da der ikke er sammenfald mellem disse og børnevaccinationsprogrammet. Årsagen til den relativt lave deltagelse i 4-års undersøgelsen i de tidligere nationale opgørelser (Michelsen *et al.*, 2007; Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013) kan muligvis findes i ændringen af børnevaccinationsprogrammet. MFR2-vaccinen, som er en del af børnevaccinationsprogrammet, blev i 2008 flyttet fra 12-års til 4-års alderen (Statens Serum Institut, 2016), hvilket potentielt forklarer, hvorfor tilslutningen til 4-års undersøgelsen er højere i den nyeste opgørelse fra Region Nordjylland (Region Nordjylland, 2019). Trods stigende deltagelse i 4-års undersøgelsen er tilslutningen til børneundersøgelserne, som ligger efter barnets første leveår, dog fortsat lav ift. tilslutningen til de første tre undersøgelser. Den lave tilslutning til undersøgelserne placeret efter barnets første leveår er særligt problematisk, idet henvisning til behandling eller undersøgelse uden for praksis er hyppigst ved 2-, 3- og 4-års undersøgelserne, hvor mere end hvert tiende barn viderehenvises (Michelsen *et al.*, 2007). Dette er et udtryk for, at der gøres væsentlige fund af betydning for barnets sundhed. Fundene er overvejende somatiske, men kan også være af social eller psykisk karakter, og kan føre til henvisning til speciallæge, sygehus eller i sjældnere tilfælde socialforvaltning (Michelsen *et al.*, 2007). Det tyder således på, at 2-4-årsalderen er særlig kritisk ift. barnets udvikling, hvorfor den lave tilslutning til undersøgelserne i denne periode er forbundet med en risiko for, at problemer hos børn ikke opspores på et tidligt stadie.

2.4.2 Tilslutning over tid

Foruden forskel i deltagelsen til de enkelte børneundersøgelser ses der en tendens til fald i tilslutningen til børneundersøgelserprogrammet over tid. Nationale opgørelser viser f.eks., at tilslutningen til 2-års undersøgelsen var 88 % i år 2000, 75 % i år 2004 (Michelsen *et al.*, 2007) og blot 70 % i år 2008 (Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013). Lignende negative udvikling fremgår af opgørelser fra Region Nordjylland, hvor der fra 2012 til 2016 ses et fald fra 69 % til 64 % for 2-års undersøgelsen,

mens deltagelsen i 3-års undersøgelsen faldt fra 60 % til 54 % (Buhelt *et al.*, 2017). Samlet set fremkommer der således et fald i tilslutningen til undersøgelserne, hvilket kan være et udtryk for behov for forandring af tilgangen til udbredelse af børneundersøgelserprogrammet mhp. at vende den negative udvikling.

2.4.3 Familiestrukturens betydning for tilslutning

Tilslutningen til børneundersøgelserprogrammet er ydermere associeret med familiestruktur, herunder bl.a. forældrenes samlivsstatus, hvor tilbøjeligheden til ikke at deltage er statistisk signifikant højere for enlige forældre (Michelsen *et al.*, 2007; Søndergaard *et al.*, 2008). Associationen gælder for både enlige mænd og kvinder, hvor odds for ikke-deltagelse i f.eks. 5-års undersøgelsen er hhv. 3,9 og 1,6 sammenlignet med husstande med to voksne efter justering for demografiske og socioøkonomiske karakteristika (Michelsen *et al.*, 2007). En lignende association findes i et studie af Gorman og Braverman (2008), som viser, at tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser er højere hos børn, der bor med to gifte forældre, sammenlignet med børn, der bor med en enig forælder. Det er uvist, hvad denne association skyldes, men det kan hænge sammen med, at enlige forældre skal udfylde flere roller og derfor ikke nødvendigvis kan finde tid til at indhente information om og deltage i børneundersøgelser (Gorman og Braverman, 2008). Et studie af Søndergaard *et al.* (2008) viser, at tilslutningen til det danske børneundersøgelserprogram ydermere er associeret med antallet af søskende, hvor flere søskende er forbundet med en mindre sandsynlighed for deltagelse. Sammenhængen mellem deltagelse i forebyggende børneundersøgelser og antallet af ældre søskende understøttes af international forskning (Tessler, 1980; Horwitz, Morgenstern og Berkman, 1988; Hagelin, Jackson og Wikblad, 1998) og kan muligvis forklares med, at forældre oplever vanskeligheder med at få passet andre børn (Mendez *et al.*, 2009). En anden mulig forklaring på denne association er, at førstegangsforældre er mere usikre på rollen som forældre. Det understøttes af et dansk studie af Lass *et al.* (2018), som viser, at det førstefødte barn forårsager flere bekymringer og mere usikkerhed hos forældrene. Det skyldes bl.a. begrænset erfaring med børnesygdomme og en generelt mindre tryghed ved forælderrollen (Lass *et al.*, 2018). Børneundersøgelserne er dog relevante uafhængigt af antallet af søskende, da alle børn kan drage nytte af tidlig opsporing af og reaktion på begyndende problemer. Selvom forældre har oparbejdet en større erfaring ved f.eks. barn nummer to, er det ikke ensbetydende med, at de kan identificere alle problemer relateret til barnets sundhed og udvikling, og den lægefaglige vurdering er således relevant uanset antallet af søskende.

Ovenstående kan muligvis bidrage til at forklare den lave tilslutning til børneundersøgelsesprogrammet. Antallet af søskende kan dog formentlig ikke forklare den faldende tilslutning over tid, idet antallet af flergangsfødende ikke er steget markant de senere år (Danmarks Statistik, 2019).

2.4.4 Social ulighed i tilslutningen

Som beskrevet er tilslutningen til børneundersøgelserne efter barnets første leveår overordnet set lav ift. til de første tre undersøgelser. Hertil er der social ulighed i tilslutningen, hvilket kendetegnes ved en social gradient, hvor forekomsten af et givent udfald følger individets socioøkonomiske status, udtrykt ved f.eks. indkomst og/eller uddannelsesniveau (Diderichsen, 2011; Bak og Vardinghus-Nielsen, 2018). Den sociale ulighed i tilslutningen afspejles både i national (Søndergaard *et al.*, 2008; Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut and Sundhedsstyrelsen, 2013) og regional kontekst (Region Nordjylland, 2019), hvor deltagelsen ved alle syv undersøgelser falder med lavere uddannelsesniveau hos enten moderen eller begge forældre.

Social ulighed i tilslutning til forebyggende børneundersøgelser synes dog ikke udelukkende at være et dansk problem, idet der også i internationale studier findes en sammenhæng mellem deltagelse i lignende tilbud og forældrenes socioøkonomiske status (Navarro-Rubio, Jovell og Schor, 1995; Freed *et al.*, 1999; Yu *et al.*, 2002; Hughes og Wingard, 2008; Berra *et al.*, 2009). Denne sociale ulighed i tilslutningen til børneundersøgelserne øger potentielt risikoen for, at sundhed og sygdom allerede i den tidlige barndom fordeles forskelligt mellem forskellige socialgrupper. Problemet relateret til den sociale ulighed i deltagelsen forværres yderligere af, at der i forvejen er en social ulighed i sundhed (Galobardes, Lynch og Smith, 2004, 2008; Lawlor *et al.*, 2006; Johansen *et al.*, 2007; Braveman og Barclay, 2009; Cohen *et al.*, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2011). De børn, som er mindst tilbøjelige til at deltage i forebyggende tilbud, er således også de børn, som i forvejen er i størst risiko for negative sundhedsudfald (Yu *et al.*, 2002; Oberklaid, 2014).

En mulig forklaring på den sociale ulighed i tilslutningen kan findes i teorien om fundamentale årsager til sygdom af sociologerne B. Link og J. Phelan (1995). Af denne fremgår, at forskellige individer og befolkningsgrupper har forskellige mængder af ressourcer og deraf også forskellige forudsætninger for bl.a. at benytte sig af sundhedsrelaterede tilbud og handle ud fra

informationer omhandlende sundhed (Link og Phelan, 1995). Tilslutningen til børneundersøgelserne kan således afhænge af forældrenes ressourcer, hvor ressourcer ikke udelukkende omfatter økonomiske midler men f.eks. også viden og interpersonelle ressourcer (Link og Phelan, 1995).

2.5 Faktorer af betydning for tilslutningen

Som nævnt er der flere forhold, som knytter sig til tilslutningen til børneundersøgelserne, herunder sammenfald med børnevaccinationsprogrammet, familiestruktur og socioøkonomisk status. Dette er i tråd med Sallis, Owen og Fishers (2008) socioøkologiske model, hvoraf det fremgår, at individets sundhedsadfærd er påvirket af faktorer på forskellige niveauer. I det følgende vil andre faktorer af potentiel betydning for deltagelse blive udfoldet og sat i relation til niveauerne i denne model mhp. at tydeliggøre, at tilslutningen og den sociale ulighed heri er et resultat af komplekse forhold, som rækker ud over individets kontrol.

2.5.1 Bekymring og tryghed

En faktor, som knytter sig til det intrapersonelle niveau, er forældrenes udbytte af undersøgelserne. For nogle forældre har undersøgelserne og den lægefaglige vurdering af barnets sundhed og udvikling en beroligende effekt (Almind, 1984; Michelsen *et al.*, 2007), hvilket kan skyldes, at deres bekymringer for barnet ofte afkræftes af sundhedsprofessionelle (Reijneveld *et al.*, 2008). En evaluering af børneundersøgelsesprogrammet viser hertil, at 5-7 % af forældre forud for en undersøgelse har bekymringer relateret til barnets sundhed og udvikling, hvorfor det “lægelige tjek” udgør en vigtig motivationsfaktor for deltagelse (Michelsen *et al.*, 2007). I evalueringen afspejles denne holdning også hos de adspurgte læger, hvoraf hovedparten mener, at tryghed hos forældrene udgør et vigtigt udbytte af undersøgelserne (Michelsen *et al.*, 2007). Forældrenes vurdering af barnets helbred og eventuelle bekymringer knyttet hertil har således betydning for, om de deltager i de forebyggende børneundersøgelser. Lignende fund fremkommer i et studie af Janicke, Finney og Riley (2001), som viser, at mødres opfattelse af og bekymring for deres børns sundhed er en prædiktør for, om de opsøger sundhedstilbud til børn.

2.5.2 Social kapital

På det interpersonelle niveau kan social kapital muligvis have betydning for deltagelsen i børneundersøgelserne, hvor social kapital refererer til de ressourcer, der findes i sociale relationer (Bourdieu, 1986; Putnam, 2000). Et systematisk review viser, at større social kapital er

associeret med nemmere adgang til sundhedsydelse, herunder også anvendelse af forebyggende ydelser (Derose og Varda, 2009). Associationen afhænger dog af kvaliteten af de sociale relationer samt af normerne og holdningerne i netværket (Derose og Varda, 2009). Ift. børneundersøgelserne er det forældrenes mængde af social kapital, der har betydning for tilslutningen, idet børns adgang til sundhedsydelser i denne alder afhænger af deres forældre. Med afsæt i ovenstående kan der således være en øget risiko for ikke-deltagelse, hvis der f.eks. er en negativ holdning til undersøgelserne i forældrenes sociale netværk, eller hvis der blot er kutyme for ikke at deltage. Ydermere kan kvaliteten af forældrenes sociale relationer have betydning for deltagelsen, hvor nære relationer potentielt kan udgøre en ressource, som forældre kan trække på til f.eks. pasning af deres andre børn i tidsrummet for børneundersøgelsen. Dette er relevant, idet pasning af andre børn kan udgøre en barriere for deltagelse i forebyggende børneundersøgelser (Arai *et al.*, 2014).

Social kapital kan potentielt også bidrage til at forklare den sociale ulighed i deltagelsen i børneundersøgelsesprogrammet, idet denne ressource ifølge Lin (2000) er socialt ulige fordelt. Den sociale ulighed i tilslutningen kan således være et udtryk for forskellig mængde af social kapital og dermed forskel i tilgængeligheden af forebyggende sundhedsydelser.

2.5.3 Åbnings- og arbejdstider

En anden faktor, som kan have betydning for tilslutningen til børneundersøgelsesprogrammet, er de alment praktiserende lægers åbningstider, der kan være mere eller mindre sammenfaldende med det tidsrum, hvori majoriteten af forældrene arbejder. I mange tilfælde forudsætter deltagelse derfor, at forældrene kan få fri fra arbejde, hvilket for nogle udgør en barriere (Jhanjee *et al.*, 2004; Garfield og Isacco, 2006; Michelsen *et al.*, 2007; Hamman, 2011; Hackworth *et al.*, 2018). Ydermere knytter frihed fra arbejde sig til en økonomisk faktor, hvor nogle ansættelsesformer er forbundet med en mulighed for frihed fra arbejde med løn (f.eks. ved brug af omsorgsdage), mens fravær ved andre ansættelsesformer er forbundet med egenbetaling (Medarbejder- og Kompetencestyrelsen, 2020). Selvom børneundersøgelserne er vederlagsfri (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019b), kan de således være forbundet med indirekte økonomiske omkostninger for nogle familier, hvilket potentielt kan have betydning for deres deltagelse. Ovenstående er eksempler på, at faktorer på organisatorisk niveau i form af åbnings- og arbejdstider spiller en rolle for tilslutningen til børneundersøgelsesprogrammet.

2.5.4 Afstand og transport

En anden faktor, som kan have betydning for tilslutningen, er praksisstrukturen, der bl.a. indvirker på afstanden til nærmeste lægepraksis og deraf tilgængeligheden af børneundersøgelserne. Herved spiller forhold på organisationsniveau en rolle for det omgivende fysiske miljø, hvor større afstand stiller større krav til transportmuligheder og er forbundet med øget transporttid, hvilket sammenlagt kan udgøre en barriere for deltagelse (Jhanjee *et al.*, 2004; Michelsen *et al.*, 2007; Frasso, 2012; Arai *et al.*, 2014; Hesson *et al.*, 2017; Hackworth *et al.*, 2018). Dette kan potentielt være et stigende problem, idet praksisstrukturen i Danmark er under udvikling, hvor stadig flere enmandspraksisser lukker til fordel for flermandspraksisser (Pedersen, Andersen og Søndergaard, 2012; Sundheds- og Ældreministeriet, 2017). Det medfører, at der særligt i landdistrikterne og yderkommunerne bliver længere til nærmeste lægepraksis (Pedersen, Andersen og Søndergaard, 2012; Sundheds- og Ældreministeriet, 2017). Færre praksisser og deraf øget afstand er ydermere en konsekvens af, at antallet af alment praktiserende læger er faldet (Nexøe, 2019), hvilket bl.a. skyldes forhold på politisk niveau, idet regeringen fastsætter antallet af studiepladser på medicinuddannelserne og deraf antallet af nyuddannede læger.

Den stigende afstand til nærmeste lægepraksis i yderkommunerne kan endvidere have betydning for den sociale ulighed i tilslutningen til børneundersøgelsesprogrammet, idet befolkningen i disse områder har lavere gennemsnitlige indkomst- og uddannelsesniveauer (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017). De familier, som potentielt har størst nytte af undersøgelserne, er således også de, som har længst til den nærmeste lægepraksis.

2.5.5 Digitalisering og sundhedskompetencer

Et aktivt og reflekteret til- eller fravalg af børneundersøgelserne forudsætter, at forældrene har et tilstrækkeligt vidensgrundlag, som de kan træffe beslutningen ud fra. Informationskilden hertil har ændret sig i takt med den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi, som har medført en udvikling hen mod en mere digital offentlig sektor, hvor en stadig større del af den offentlige service, information og kommunikation digitaliseres (Digitaliseringsstyrelsen, Finansministeriet, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, 2016). Hvor nye forældre tidligere modtog denne information i form af bl.a. trykte pjecer findes der i dag kun skriftlig information om børneundersøgelserne på Aalborg Kommunes hjemmeside (Aalborg

Kommune, 2020). Kommende og nye forældre bliver stadig informeret og påmindet om børneundersøgelser mundtligt af bl.a. sundhedsplejersker ifm. hjemmebesøg og diverse forældrekurser, men for yderligere information bliver de henvist til kommunens hjemmeside.

Et andet eksempel på stigende digitalisering er den fællesoffentlige sundhedsportal, Sundhed.dk, som giver borgere adgang til information om sundhed og sygdom samt undersøgelser og behandling (Sundhed.dk, 2018), som de ikke tidligere havde samme adgang til. Her kan forældre, og borgere i øvrigt, bl.a. tilgå information om børneundersøgelserne (Sundhed.dk, 2019), som kan være med til at begrunde et aktivt til- eller fravalg. I takt med den stigende digitalisering stiller et velfunderet valg således større krav til forældres sundhedskompetencer, idet de i højere grad selv skal opsøge nødvendige informationer. Af WHO defineres sundhedskompetencer som:

“[...] the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.” (World Health Organization, 1998).

Sundhedskompetencer omfatter således individets forudsætninger og motivation for samt evne til at opsøge, forstå og anvende sundhedsrelateret viden. Studier viser hertil, at et lavt niveau af sundhedskompetencer er associeret med utilstrækkeligt brug af sundhedsydelser (Levy og Janke, 2016) og reduceret engagement i forebyggende aktiviteter (Miller *et al.*, 2007). Endvidere mindsker lavt sundhedskompetenceniveau sandsynligheden for, at individer opsøger sundhedsvæsenet rettidigt (Levy og Janke, 2016). Lavt sundhedskompetenceniveau hos forældrene kan således være en risikofaktor for ikke-deltagelse i børneundersøgelserne. Hertil er der en social gradient i niveauet af sundhedskompetencer, hvor et lavere niveau er forbundet med lavere socioøkonomisk status (Sørensen *et al.*, 2015; Larsen *et al.*, 2018), hvilket potentielt kan bidrage til at forklare den sociale ulighed i tilslutningen til børneundersøgelserprogrammet. De forældre, som har det laveste niveau af sundhedskompetencer, er således de forældre, som har de dårligste forudsætninger for at handle på sundhedsinformation, og de kan derfor være mindre tilbøjelige til at deltage i børneundersøgelserne. Samtidig er det børn af disse forældre, som er i størst risiko for at udvikle sundhedsproblemer (Yu *et al.*, 2002; Oberklaid, 2014), og derfor potentielt har størst nytte af at deltage i børneundersøgelserne.

2.5.5.1 E-sundhedskompetencer

Den stigende digitalisering, hvor information i høj grad forventes fremsøgt på internettet, stiller nye og stadig større krav til borgerne, som muligt overstiger deres sundhedskompetencer. Disse

inkluderer bl.a. computer-, informations- og mediekompetencer (Norman og Skinner, 2006). Overordnet kan disse kompetencer og sundhedskompetencer samles under begrebet e-sundhedskompetencer (Norman og Skinner, 2006). Dette begreb minder på væsentlige punkter om sundhedskompetencer, men i modsætning hertil skal det ses i relation til det moderne informationssamfund, hvor digitale medier spiller en central rolle (Norman and Skinner, 2006). E-sundhedskompetencer omhandler således individets evne til at anvende digitale værktøjer og online platforme til at tilgå og anvende sundhedsinformation (World Health Organization, 2013), hvilket er essentielt ift. at kunne drage nytte af de digitale platforme, som indeholder information om børneundersøgelserne.

I lighed med sundhedskompetencer er e-sundhedskompetencer også socialt skævt fordelt i befolkningen (Weiss *et al.*, 2018). Uafhængigt af adgangen til internetbaserede værktøjer varierer kompetencerne til søgning, vurdering og anvendelse af sundhedsinformationer således med socioøkonomisk status, hvor højere uddannelsesniveau er forbundet med større udbytte (Perez *et al.*, 2016). Bestemte befolkningsgrupper kan derfor have begrænset mulighed for at drage nytte af de digitale landvindinger, hvorfor e-sundhedskompetencer kan have betydning for både den generelle tilslutning til børneundersøgelserprogrammet og den sociale ulighed i deltagelsen.

2.5.6 Påmindelser

En yderligere faktor, som potentielt kan have betydning for deltagelse, er påmindelser, idet en evaluering af børneundersøgelserprogrammet fra 2007 viser, at en hyppig årsag til ikke-deltagelse er, at forældrene glemmer undersøgelsen (Michelsen *et al.*, 2007). Med afsæt heri iværksatte Sundhedskoordinationsudvalget i Region Nordjylland ultimo 2016 en digital påmindelsesordning, som har til hensigt at øge tilslutningen (Region Nordjylland, 2019). Mødre i Region Nordjylland, som har overskredet tidspunktet for at tage deres barn til en given børneundersøgelse, får således en påmindelse i e-Boks (Region Nordjylland, 2019). Statens Serum Institut har på lignende vis indført en påmindelsesordning, som knytter sig til børnevaccinationsprogrammet, hvor forældrene får tilsendt en digital påmindelse forud for vaccinationstidspunktet, samt hvis tidspunktet overskrides (Statens Serum Institut, 2019). Vaccinerne i børnevaccinationsprogrammet falder i de fleste tilfælde på samme tid som børneundersøgelserne, hvorfor Region Nordjylland siden ultimo 2019 kun har sendt påmindelser ud ifm. 2- og 3-års undersøgelserne (Region Nordjylland, 2019).

Adgang til påmindelserne forudsætter dog, at forældrene kan bruge en computer, smartphone eller lignende i kombination med NemID, hvortil deres forudsætninger for at forstå og handle på påmindelserne også spiller en rolle for udbyttet heraf. Set i lyset af den sociale ulighed i e-sundhedskompetencer (Perez *et al.*, 2016; Weiss *et al.*, 2018) kan det således virke paradoksalt, at påmindelsesordningen i Region Nordjylland, foruden at øge den generelle tilslutning til børneundersøgelserne, har til hensigt at reducere den sociale ulighed heri (Region Nordjylland, 2019). Uligheden var da stort set også uændret i perioden 2014-2017 på nær ved 3-års undersøgelsen, hvor den sociale ulighed blev reduceret (Region Nordjylland, 2019). Her steg deltagelsesprocenten fra 45-63 % for mødre med grundskole som højest gennemførte uddannelse, mens den steg fra 64-74 % for erhvervsuddannelse og fra 72-79 % for lang videregående uddannelse (Region Nordjylland, 2019). Ved de øvrige undersøgelser efter barnets første leveår var der i 2017 stadig signifikant forskel i deltagelsen i børneundersøgelserne afhængig af mødrenes højest gennemførte uddannelse, hvortil der ikke forekom en betydelig stigning i den generelle tilslutning (Region Nordjylland, 2019). Den begrænsede effekt af tilsendte påmindelser understøttes bl.a. af et studie af McCaul og Wold (2002), som viser, at denne tilgang er ineffektiv ift. at øge tilslutningen til screeningsprogrammer. Et studie af O'Leary *et al.* (2018) viser endvidere, at påmindelser kan være forbundet med barrierer, som knytter sig til det faktum, at det er op til modtageren selv at handle herpå. Disse barrierer udgøres bl.a. af manglende motivation og forståelse for de opgaver, som modtagerne bliver mindet om at udføre, herunder eksempelvis tidsbestilling (O'Leary *et al.*, 2018). Det tyder således på, at der må iværksættes flere og andre tiltag, hvis den generelle tilslutning til børneundersøgelsesprogrammet skal øges, og den sociale ulighed heri skal reduceres.

2.6 Proportionel universalisme

Den fremstillede problematik relateret til tilslutningen til undersøgelserne efter barnets første leveår medfører et potentiale for forandring af den nuværende udbredelsesstrategi. Udbredelsesstrategi skal her forstås som de tiltag, der er iværksat mhp. at øge tilslutningen til børneundersøgelserne. For at imødegå problemet i den generelt lave tilslutning såvel som den sociale ulighed heri bør forandringen indebære understøttende foranstaltninger for hele befolkningen uanset socioøkonomisk status, men omfanget og intensiteten heraf bør stige i takt med behovet. En sådan strategi kaldes proportionel universalisme og indebærer, at jo flere sociale og økonomiske udfordringer et individ har, jo mere støtte skal det modtage (Marmot *et al.*, 2010). Ifølge Marmot er proportionel universalisme fordelagtigt, fordi forebyggende strategier, der

udelukkende fokuserer på højriskogrupper, kun håndterer en mindre del af problemet (Marmot *et al.*, 2010). I henhold til børneundersøgelserprogrammet er der lav deltagelse i undersøgelserne efter barnets første leveår uafhængigt af socioøkonomisk status, hvilket er et udtryk for, at hele befolkningen har behov for understøttende foranstaltninger. Hvis der udelukkende tilbydes støtte til familier med lav socioøkonomisk status, vil der således fortsat være mange andre familier, som ikke deltager. En forandring af udbredelsesstrategien bør dog samtidig sigte mod reduktion af den sociale ulighed, hvorfor det kan være fordelagtig med yderligere understøttende foranstaltninger til forældre med særligt behov herfor.

3 Afgrænsning og formål

Dette speciale omhandler tilslutningen til det danske børneundersøgelsesprogram, hvor den lave deltagelsesprocent indikerer et potentiale for forandring af udbredelsesstrategien. Selve indholdet af børneundersøgelserne er ikke fokus for specialet, da det har den tilsigtede virkning i form af fund og handlinger af betydning for barnets udvikling og trivsel (Michelsen *et al.*, 2007). Forandringen af udbredelsesstrategien tager afsæt i Marmots begreb om proportionel universalisme (Marmot *et al.*, 2010), hvormed der ikke alene er fokus på at udligne den sociale gradient men også på at øge den generelle tilslutning. Der vil i den forbindelse være særligt fokus på undersøgelserne efter barnets første leveår, idet de har lavere tilslutning end de første tre undersøgelser (Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013; Region Nordjylland, 2019). Gennem problemanalysen er faktorer af betydning for tilslutningen til børneundersøgelsesprogrammet blevet belyst, men der mangler fortsat viden herom. Idet den afgørende beslutning om deltagelse tilfalder forældrene, belyses barrierer og fremmende faktorer for deltagelse i specialet ud fra deres perspektiv. Indsamlingen af kontekstspecifik empiri i specialet afgrænses til Region Nordjylland, idet det er det eneste sted i Danmark, hvor der er indført en påmindelsesordning i et forsøg på at øge tilslutningen til børneundersøgelserne. Den geografiske afgrænsning muliggør således belysning af hvilke faktorer, udover påmindelser, der har betydning for tilslutningen.

Formålet med specialet er dermed at opstille forandringsforslag til udbredelsesstrategien for det danske børneundersøgelsesprogram mhp. at øge den generelle tilslutning til undersøgelserne efter barnets første leveår og reducere den sociale ulighed heri. Forandringsforslaget tager afsæt i forældres oplevelse af barrierer og fremmende faktorer for deltagelse i det danske børneundersøgelsesprogram samt i eksisterende tiltag implementeret i relevante kontekster.

4 Problemformulering

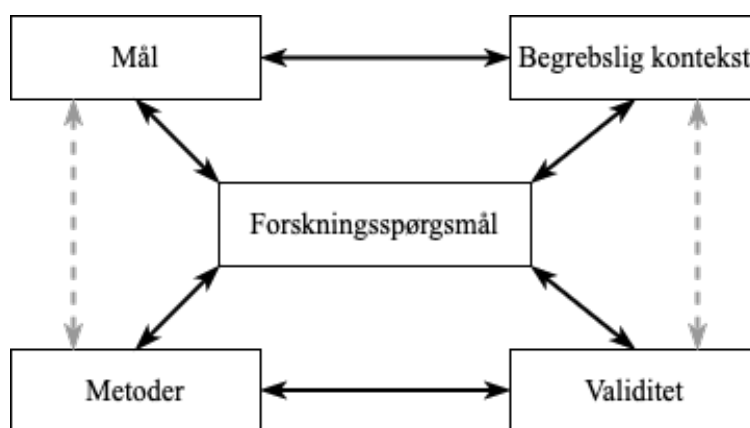
Hvordan kan udbredelsesstrategien for det danske børneundersøgelsesprogram forandres mhp. at øge tilslutningen til undersøgelserne efter barnets første leveår og reducere den sociale ulighed heri?

Fokuserede underspørgsmål:

1. Hvilken evidens foreligger om tiltag relateret til udbredelse af forebyggende børneundersøgelser?
2. Hvem deltager i børneundersøgelsesprogrammet i Region Nordjylland, og hvilke barrierer og fremmende faktorer for deltagelse forekommer hos forældrene i denne population?
3. Hvordan oplever forældre i Region Nordjylland, at barrierer og fremmende faktorer for deltagelse påvirker deres tilslutning til det danske børneundersøgelsesprogram?

5 Design

Til at skabe kohærens mellem problemformuleringen og problembearbejdningen anvendes antropolog J. Maxwells (2005) interaktive model for forskningsdesign. Et forskningsdesign er måden, hvorpå undersøgelser overordnet tilrettelægges (Launsø, Rieper og Olsen, 2017), og Maxwells model anvendes her som et styringsredskab til at sikre systematik i identificeringen og behandlingen af centrale overvejelser, som relaterer sig til de forskellige dele af specialet. Maxwells interaktive model er udviklet til at strukturere kvalitative forskningsdesign, men kan også anvendes til kvantitativ forskning (Maxwell, 2005), og den gør således op med den traditionelle opdeling mellem kvalitativ og kvantitativ forskning. I specialet er der derfor fokus på, hvordan forskellige paradigmer og metodiske tilgange kan kombineres og komplimentere hinanden og herved bidrage med forskellige styrker til undersøgelsen og perspektiver på problemstillingen. Maxwells interaktive model består af fem komponenter: *forskningsspørgsmål*, *mål*, *begrebslig kontekst*, *metode* og *validitet* (Maxwell, 2005) (figur 2).



Figur 2: Maxwells interaktive model for forskningsdesign (Maxwell, 2005). Egen gengivelse

Pilene i modellen illustrerer den interaktive proces, som tillader, at komponenterne kontinuerligt revurderes og justeres ift. hinanden (Maxwell, 2005), efterhånden som specialet udarbejdes. Specialet følger derfor i udgangspunktet ikke et rigidt og lineært forløb men derimod en fleksibel og dynamisk proces, hvor de forskellige komponenter kan ændres i takt med, at der frembringes ny viden og forståelse. Den interaktive proces i Maxwells model afspejler dog modellens kvalitative oprindelse, og i specialet tages der derfor højde for, at det er andre retningslinjer, som gælder inden for kvantitativ forskning.

5.1 Forskningsspørgsmål

Forskningsspørgsmålet udgør den centrale komponent i Maxwells interaktive model (Maxwell, 2005), og består i denne sammenhæng af specialets problemformulering. Med afsæt i den interaktive proces, bør forskningsspørgsmålet formuleres efter klarlæggelse af studiets mål og begrebslige kontekst (Maxwell, 2005). Idet specialet er opbygget efter Aalborg-modellen (Aalborg Universitet, 2020b) er problemformuleringen dog tekstmæssigt placeret før de øvrige komponenter, selvom den i praksis revurderes kontinuerligt.

Forskningsspørgsmålet afspejler ifølge Maxwell (2005) formålet med studiet og det videnshul, som søges belyst. I specialet afdækker de fokuserede underspørgsmål forskellige aspekter af dette videnshul, og besvarelse af disse skal i samspil reflektere den overordnede problemformulering. Det første fokuserede underspørgsmål anvendes til at belyse virkningen af eksisterende tiltag relateret til tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser. Disse tiltag er dog ikke nødvendigvis kontekstspecifikke for det danske børneundersøgelsesprogram, hvorfor deres relevans vurderes i forhold hertil. Det andet fokuserede underspørgsmål bidrager med viden om hvem, der deltager i børneundersøgelsesprogrammet, hvortil både andet og tredje underspørgsmål anvendes til at opnå kontekstspecifik viden om barrierer og fremmede faktorer for deltagelse hos forældre bosat i Region Nordjylland. Samlet skal besvarelsen af disse spørgsmål danne afsæt for forslag til forandring af udbredelsesstrategien, som har til hensigt at imødegå de barrierer, som forældre oplever, mhp. at øge den generelle tilslutning og reducere den sociale ulighed heri.

5.2 Mål

Komponenten *mål* i Maxwells interaktive model omhandler undersøgelsens faglige og samfundsmæssige relevans samt formålet med dens resultater (Maxwell, 2005). Af problemanalysen fremgår det, at børneundersøgelsesprogrammet kan bidrage til at forbedre sundheden i befolkningen, hvorfor det har folkesundhedsmæssig relevans. Den lave tilslutning til undersøgelserne efter barnets første leveår samt den sociale ulighed heri kan have betydning for den generelle sundhed i befolkningen samt for fordelingen af sundhed og sygdom mellem forskellige befolkningsgrupper. Som belyst i problemanalysen kan udeblivelse ydermere medføre øgede omkostninger til behandling og pleje samt tabt produktion. Den lave tilslutning har således både folkesundheds- og samfundsmæssige konsekvenser, hvorfor der vurderes at være potentielle for forandring af udbredelsesstrategien. Specialet har derfor både et eksplorativt sigte i

form af frembringelse af viden om problemfeltet samt et anvendelsesorienteret sigte bestående af forslag til forandring af den eksisterende praksis.

5.3 Begrebslig kontekst

Den begrebslige kontekst udgøres af forhold som personlige erfaringer, forforståelse, videnskabsteori, paradigmer samt eksisterende litteratur og teori, som samlet understøtter og informerer forskningen (Maxwell, 2005). Valg af og argumentation for anvendelse af disse forhold ekspliciteres i det følgende, da de former beslutningerne, som træffes ifm. udarbejdelsen af specialet.

5.3.1 Erfaring og forforståelse

Specialegruppen har ikke personlig erfaring med hverken aktivt eller passivt til- eller fravalg af deltagelse i det danske børneundersøgelsesprogram. Inspirationen til specialet udspringer således ikke af erfaring men derimod af det oplevede forandringspotentiale, som belyst gennem problemanalysen. Specialegruppens forforståelse er præget af den faglige tradition inden for både deres respektive bacheloruddannelser i hhv. Idræt, Sociologi og Medicin og kandidatuddannelse i Folkesundhedsvidenskab, hvor sidstnævnte har særligt fokus på forebyggelse og sundhedsfremme. Dette har betydning for det anlagte perspektiv på problemstillingen, hvilket særligt afspejles i specialets formål, som beror på et ønske om at øge tilslutningen til det forebyggende børneundersøgelsesprogram. Specialegruppens uddannelsesmæssige baggrund har ligeledes betydning for forforståelsen af barrierer og fremmende faktorer for deltagelse. Her er der fokus på, at barrierer og fremmende faktorer kan have afsæt i forskellige niveauer, som afspejlet i Sallis, Owen og Fishers (2008) socioøkologiske model. Ansvar for deltagelse hviler således ikke alene på forældrene, men er forbundet med langt større kompleksitet. Hertil har udarbejdelsen af problemanalysen udvidet og nuanceret forforståelsen, hvilket samlet har betydning for den tilgang, der er anlagt i specialet.

5.3.2 Videnskabsteori og paradigmer

Specialet tager afsæt i pragmatismen som videnskabsteoretisk position, idet pragmatismen retter sig mod behandlingen af praktiske problemer i virkeligheden (Bacon, 2012), og derfor understøtter specialets anvendelsesorienterede sigte bestående af forandringsforslag. Ydermere er der inden for pragmatismen fokus på de praktiske konsekvenser af forskningen (Denzin, 2007) og deraf på de formodede konsekvenser forbundet med en forandring af den nuværende

udbredelsesstrategi. Dette inkluderer såvel tilsigtede som utilsigtede konsekvenser af de opstillede forandringsforslag.

Et essentielt element i pragmatismen er, at problemformuleringen afgør, hvilken metodisk tilgang, der skal anvendes i undersøgelsen heraf (Johnson og Onwuegbuzie, 2004; Dahler-Larsen og Krogstrup, 2009). Valget af metode styres derfor af de forskellige metoders relevans ift. besvarelse af problemformuleringen, og er dermed i overensstemmelse med, at forskningsspørgsmålet er det centrale element i Maxwells interaktive model (Maxwell, 2005). Flere metoder kan således kombineres uanfægtet, at de traditionelt knytter sig til forskellige paradigmer (Johnson and Onwuegbuzie, 2004; Fredriksen, 2014). I forlængelse heraf er eksplicitering af det paradigmatisk bagland centralt, idet grundlæggende antagelser, der styrer centrale beslutninger i processen, tydeliggøres (Maxwell, 2005; Launsø, Rieper og Olsen, 2017).

Det første fokuserede underspørgsmål kan besvares ud fra både det empirisk-analytiske paradigme og det fortolkningsvidenskabelige paradigme, idet eksisterende evidens om tiltag relateret til udbredelse af forebyggende børneundersøgelser kan fremkomme ved forskellige forskningsdesigns og dertilhørende metoder. På baggrund af testning og empirisk iagttagelse, som sigter mod værdineutralitet (Launsø, Rieper og Olsen, 2017), kan det empirisk-analytiske paradigme anvendes til at afdække virkningen af eksisterende tiltag målrettet tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser. Dog kan eksisterende evidens om tiltag relateret til udbredelse af forebyggende børneundersøgelser også være fremkommet på baggrund af forståelse af menneskelige handlinger, hvilket afspejles i det fortolkningsvidenskabelige paradigme (Launsø, Rieper og Olsen, 2017). I dette paradigme er det en grundlæggende anskuelse, at viden og indsigt i sociale forhold baseres på forståelse og indlevelse i de sociale fænomener, som undersøges, samt at værdier og forståelser er kontekstafhængige (Launsø, Rieper og Olsen, 2017).

Det andet fokuserede underspørgsmål omhandler, hvem der deltager i børneundersøgelsesprogrammet i Region Nordjylland, og hvilke barrierer og fremmende faktorer for deltagelse, der forekommer hos forældre i denne population. I besvarelsen af dette spørgsmål gøres brug af det empirisk-analytiske paradigme, idet anvendelsen af dette paradigme gør det muligt at be- eller afkræfte associationer gennem empiriske iagttagelser (Launsø, Rieper og Olsen, 2017). Hertil anvendes den beskrivende forskningstype, da det herigennem er muligt at få indblik i, hvor udbredte givne tendenser er blandt studiepopulationen (Launsø, Rieper og Olsen, 2017).

Det tredje fokuserede underspørgsmål omhandlende hvordan forældre i Region Nordjylland oplever, at barrierer og fremmede faktorer for deltagelse påvirker deres tilslutning til det danske undersøgelsesprogram, besvares ud fra det fortolkningsvidenskabelige paradigme. Under dette paradigme kan sproglig interaktion anvendes til at skabe forståelse af menneskelige handlinger (Launsø, Rieper og Olsen, 2017), hvor dialog med forældre i specialet bidrager til at generere viden om barrierer og fremmede faktorer for deltagelse. Hertil gøres brug af den forstående forskningstype, der ifølge Launsø, Rieper og Olsen (2017) kan anvendes til at afdekke den udforskedes oplevelser gennem indlevelse, forståelse og fortolkning af dennes subjektive adfærd.

Kombinationen af det empirisk-analytiske paradigme og det fortolkningsvidenskabelige paradigme bidrager til en nuanceret besvarelse af problemformuleringen. Opstillingen af forandringsforslag beror således dels på principper om empirisk testning og kvantificering med intenderet værdineutralitet og dels på subjektiv og kontekstafhængig viden. Denne kombination mellem objektiv og subjektiv viden er i overensstemmelse med, at pragmatismen ikke skelner herimellem (Dahler-Larsen og Krogstrup, 2009).

5.3.3 Litteratur og teori

I specialet anvendes teori og eksisterende litteratur til at analysere, fortolke og diskutere det felt, der undersøges. Teori og eksisterende litteratur kan ifølge Maxwell (2005) bidrage til erkendelse af fænomener og forhold, som ellers kunne være udforskede og uforståelige, hvorfor det medvirker til at opnå en større indsigt i problemfeltet. I problemanalysen er forskningslitteratur og teori således anvendt som forståelsesramme i udforskningen af problematikken relateret til den lave og socialt skæve tilslutning til det danske børneundersøgelsesprogram. Eksempelvis anvendes Sallis, Owen og Fishers (2008) socioøkologiske model til at tydeliggøre kompleksiteten i problemfeltet, idet det fremanalyseres, hvordan faktorer på forskellige niveauer kan have betydning for deltagelse i børneundersøgelserne.

Idet specialet har et eksplorativt sigte, er inddragelsen af teori og eksisterende litteratur i problembearbejdningen i udgangspunktet styret af den indsamlede empiri, hvorfor der er anvendt en induktiv tilgang (Morgan, 2007). Samtidig er eksisterende forskningslitteratur med til at kvalificere og fokusere de empiriske undersøgelser i specialet. Selvom tidligere forskningsresultater ikke direkte efterprøves i konteksten af det danske børneundersøgelsesprogram, bærer problembearbejdningen således også præg af en deduktiv tilgang (Morgan, 2007). Dette er i

overensstemmelse med det videnskabsteoretiske afsæt, idet pragmatismen foreskriver brug af både induktion og deduktion (Morgan, 2007).

5.4 Metode

Med afsæt i pragmatismen og Maxwells interaktive model søges problemformuleringens fokuserede underspørgsmål besvaret ud fra de metodiske tilgange, som vurderes bedst egnet hertil. Til at besvare det første fokuserede underspørgsmål foretages en systematisk afsøgning af eksisterende forskningslitteratur, idet denne tilgang muliggør identificering af evidens på området i form af relevante studier. Eksisterende evidens er dog ikke nødvendigvis kontekstspecifik for specialets fokusområde, hvorfor der må suppleres med viden om hvilke faktorer, der har betydning for deltagelse i den konkrete kontekst, hvori der ønskes forandring. Det andet fokuserede underspørgsmål sigter derfor mod at frembringe viden om hvem, der deltager, og hvilke barrierer og fremmende faktorer for deltagelse, der forekommer, hvorfor der udføres en spørgeskemaundersøgelse. Det tredje fokuserede underspørgsmål retter sig mod forældrenes oplevelse af, hvordan disse faktorer påvirker deres deltagelse i det danske børneundersøgelsesprogram. Dette forudsætter en kvalitativ tilgang, der kan give et uddybende og mere nuanceret indblik i betydningen af de identificerede barrierer og fremmende faktorer, hvorfor der i specialet gøres brug af interview. De tre metodiske tilgange, som anvendes i specialet, bidrager således med forskellige perspektiver på problemstillingen, som alle har relevans for besvarelse af den overordnede problemformulering.

Den interaktive proces i Maxwells (2005) model afspejles i metodeafsnittet ved, at de tre tilgange er forbundet, hvor den systematiske litteratursøgning bl.a. anvendes til at kvalificere både spørgeskemaundersøgelsen og telefoninterviewene. Dertil bidrager resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen til at fokusere interviewguiden. I det følgende udfoldes den konkrete anvendelse af de valgte metoder.

5.4.1 Systematisk litteratursøgning

En systematisk litteratursøgning øger sandsynligheden for at relevant litteratur identificeres (Frandsen *et al.*, 2014), hvor formålet med den systematiske søgning i specialet er at opnå viden om tiltag, som relaterer sig til tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser. Denne viden kan bero på forskellige paradigmer og studiedesigns, hvor kvalitative studier kan belyse subjektive oplevelser af tiltagene, mens kvantitative studier kan bidrage til at vurdere effekten på

deltagelsen. Kvalitative og kvantitative studier kan således bidrage med forskellige perspektiver, som begge har relevans for besvarelse af det fokuserede underspørgsmål, hvorfor begge typer af studier er velegnede jf. den pragmatiske tilgang.

5.4.1.1 Søgestrategi

Indledningsvist opstilles overordnede kernebegreber fra det fokuserede underspørgsmål i tre blokke (tabel 1), hvorved der gøres brug af bloksøgning (Buus *et al.*, 2008). Denne strategi bidrager til at sikre overskuelighed og giver mulighed for gentagelse af litteratursøgningen (Kristiansen og Hjørland, 2014).

Tabel 1: Kernebegreber i bloksøgningen

Blok A	Blok B	Blok C
Forældre	Børneundersøgelse	Tilslutning

Med afsæt i disse begreber er forskellige databaser indledningsvist afsøgt for relevante thesaurus-termer og fritekstord inden for hver blok. Fordelen ved at identificere relevante thesaurus-termer er, at søgningens genfinding øges, idet alle artikler, som er indekseret under det givne term, fremsøges, uanset hvilket begreb forfatterne anvender i det givne studie (Buus *et al.*, 2008; Lund *et al.*, 2014). Søgningens genfinding refererer til antallet af fundne relevante artikler ud af det totale antal relevante artikler i databasen (Lund *et al.*, 2014), og højnes endvidere ved brugen af synonyme fritekstord, som sikrer, at relevante studier, der ikke er indekseret under de identificerede thesaurus-termer, også fremsøges (Buus *et al.*, 2008). Ydermere består den indledende søgning af kædesøgninger, hvor der med udgangspunkt i relevante artikler findes frem til yderligere relevante referencer og thesaurus-termer, som artiklerne er indekseret under (Buus *et al.*, 2008). Samlet set sikrer den indledende søgning identificering af præcise søgetermer, hvilket bidrager til at øge præcisionen i den endelige systematiske søgning (Buus *et al.*, 2008). Søgningens præcision henviser til forholdet mellem antallet af identificerede relevante referencer og det samlede antal referencer i søgningen (Buus *et al.*, 2008; Lund *et al.*, 2014), og er således den reciprokke værdi af søgningens genfinding. Søgningens præcision søges desuden højnet gennem udvælgelse af relevante databaser.

Idet thesaurus-termer og fritekstord er tilpasset de enkelte databaser, varierer den endelige søgning fra database til database, men repræsenterer overordnet samme søgestrategi. Eksempelvis

er kernebegrebet *Tilslutning* i PubMed bl.a. operationaliseret til thesaurus-termet *Facilities and Services Utilization*, mens det i CINAHL ikke har et indekseret thesaurus-term, og derfor i stedet indgår som fritekst-søgning på ordet *Utilization*.

Tabel 2: Udsnit af eksempel på søgning i PubMed. * Angiver trunkering, [] angiver thesaurus-termer, “ ” angiver frasesøgning

AND OR	Blok A: Forældre	Blok B: Børneundersøgelse	Blok C: Tilslutning
Thesaurus-termer	Parents [MeSH Terms] (110.223)	Child health service [MeSH Terms] (23.933)	Dissemination, information [MeSH Terms] (16.268) Utilization Review [MeSH Terms] (13.225) Facilities and Services Utilization [MeSH Terms] (538)
Fritekst-ord	Parent:ab,ti (134.431) Parents:ab,ti (165.446) Mother:ab,ti (118.549) ...	“Child health care”:ab,ti (1.769) “Developmental screening”:ab,ti (888) “Well-child visit*”:ab,ti (861) ...	Utilization:ab,ti (182.833) Utilisation:ab,ti (16.602) Attendance:ab,ti (25.104) ...
	Hits: 492.054	Hits: 26.734	Hits: 561.224

I den endelige systematiske søgning anvendes den boolske operator “OR” til at udvide søgningen for at opnå foreningsmængden ved at kombinere søgetermerne inden for hver blok, mens “AND” bruges til at indsnævre søgningen, hvormed fællesmængden opnås (Buus *et al.*, 2008; Lund *et al.*, 2014). De inkluderede fritekstord er afsøgt i titel og abstract i databaserne for at mindske støj i søgningen (Lund *et al.*, 2014), idet det antages, at relevante studier vil have de inkluderede fritekstord i titel og/eller abstract.

Den systematiske litteratursøgning er afsluttet d. 27. marts 2020, og nærmere struktureret beskrivelse af fremgangsmåde for hver enkelt database fremgår af bilag 1. Søgebilaget bidrager

til øget reproducerbarhed af litteraturstudiet, idet søgningen kan gentages af andre forskere (Frandsen *et al.*, 2014).

5.4.1.2 Databasevalg

For at sikre en omfattende og stringent søgning, som kan danne grundlag for en adækvat besvarelse af det fokuserede underspørgsmål, søges der i relevante videnskabelige databaser. Søgning i flere databaser resulterer ifølge Lund *et al.* (2014) i et tværfagligt evidensgrundlag, hvilket findes fordelagtigt ift. at omfatte kompleksiteten i problemfeltet.

Den systematiske litteratursøgning foretages i Embase, PubMed, CINAHL, PsycINFO og Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR). Søgningen foretages i Embase og PubMed, fordi det er de største videnskabelige databaser inden for folkesundhed, sundhed samt klinisk og eksperimental humanforskning (Lund *et al.*, 2014), og er således relevante til besvarelse af det fokuserede underspørgsmål. Endvidere inddrages databasen CINAHL, idet den omfatter litteratur inden for det sygeplejefaglige område (Lund *et al.*, 2014), hvor forebyggende børneundersøgelser i nogle lande foretages af syge- eller sundhedsplejersker (Sundhedsstyrelsen, 2017b). PsycINFO inddrages for at afspejle de psykologiske mekanismer på individniveau (Lund *et al.*, 2014), som kan have indflydelse på forældrenes beslutningstagen om deltagelse. Slutteligt afsøges CDSR for systematiske reviews (Lund *et al.*, 2014). Eventuelle relevante systematiske reviews vil imidlertid ikke indgå i den endelige udvælgelse, idet de ikke udgør primærlitteratur og derfor har et lag af fortolkning i form af forfatterens analyse af resultaterne. Kædesøgning i de systematiske reviews kan dog potentielt bidrage til identificering af relevant primærlitteratur, som ikke er fremkommet gennem litteratursøgningen. Kædesøgning i systematiske reviews kan på den måde udgøre en form for kontrol af kvaliteten af litteratursøgningen, selvom det forventes, at al relevant primærforskning fremkommer på baggrund af den anvendte søgestrategi.

5.4.1.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

Som et led i den systematiske litteratursøgning opstilles en række inklusions- og eksklusionskriterier (Lund *et al.*, 2014). Ifølge Lund *et al.* (2014) er tydeliggørelse af kriterierne fordelagtigt, fordi det skaber fokus i gennemlæsningen af de fremkomne studier, og fordi udvælgelsesprocessen bliver transparent for andre. I de fremkomne studier udvælges kun studier, som efterlever de opstillede inklusionskriterier, hvorfor disse kriterier således har en ekskluderende

funktion. Der er alligevel suppleret med eksplicitte eksklusionskriterier, idet der i den indledende søgning fremkom en række studier, som efterlever inklusionskriterierne, men som af andre årsager ikke er relevante, herunder f.eks at de udelukkende omhandler økonomiske evalueringer. De opstillede inklusions- og eksklusionskriterier, samt begrundelserne herfor, fremgår af tabel 3.

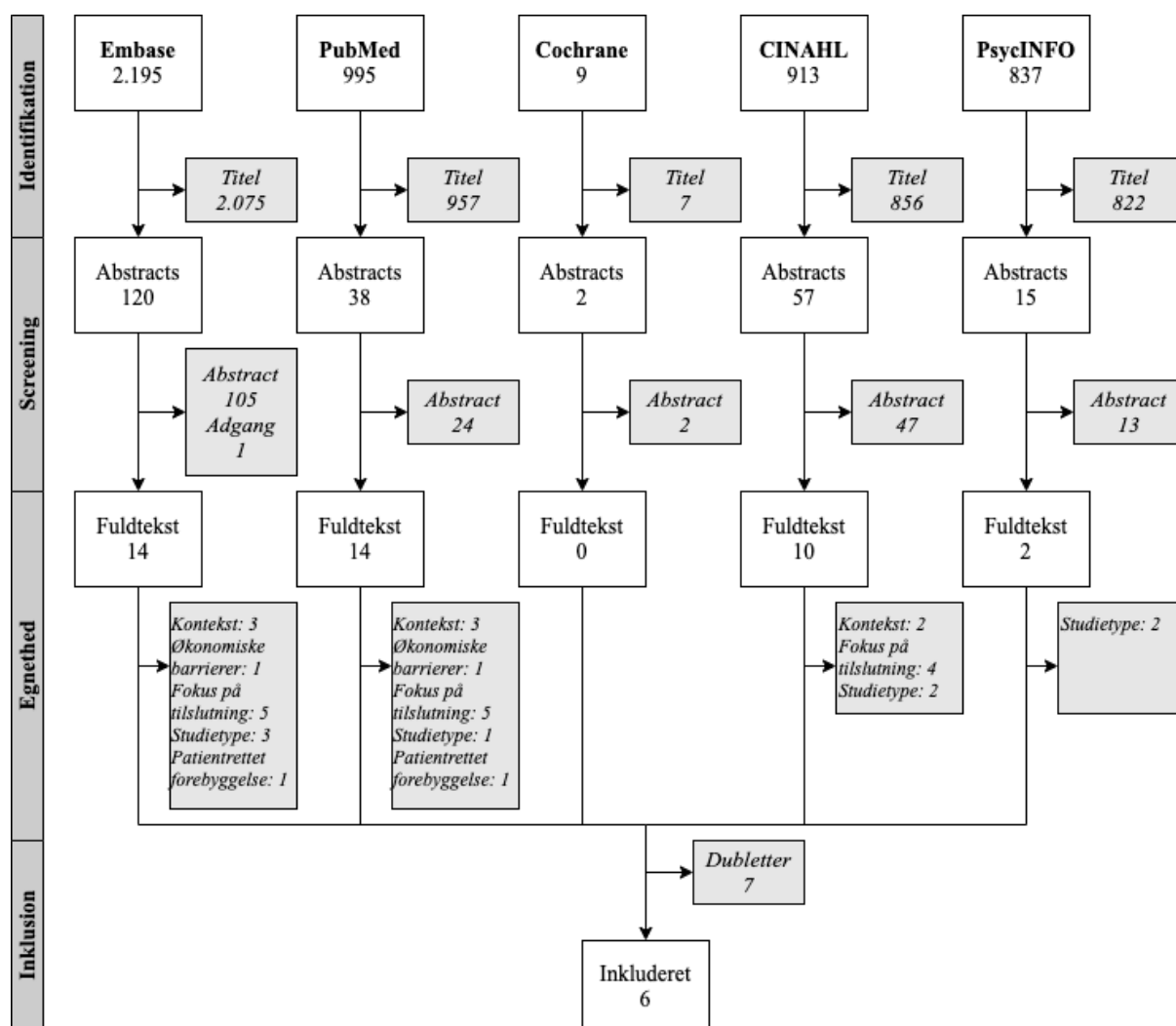
Tabel 3: Inklusions- og eksklusionskriterier samt begrundelser herfor

	Begrundelse	
In-klusions-kriterier	Forebyggende undersøgelser målrettet børn ≤ 12 år	Studier med denne population vil på væsentlige punkter være aldersmæssigt sammenlignelige med målpopulationen. Dvs. de børn, som tilbydes det danske børneundersøgelsesprogram < 12 år er valgt som øvre grænse, idet børn herefter overgår til ny livsalder; teenagealderen
	Tiltag som øger eller sigter mod at øge tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser	Studiet skal omhandle en intervention, som er relevant ift. udbredelse af forebyggende børneundersøgelser. Uanfægtet om tiltaget medfører øget tilslutning kan det bidrage med relevant viden om, hvad der virker, eller hvad der evt. ikke virker
	Kulturel kontekst som er sammenlignelig med den nuværende danske kontekst for børneundersøgelsesprogrammet	Stor diskrepans mellem kulturelle kontekster vil forringe overførbareheden til den danske kontekst, som dette speciale er situeret i
	Forfattet på engelsk, dansk, svensk eller norsk	Disse sprog kan læses og forstås specialegruppens medlemmer
Eks-klusions-kriterier	Bøger, kapitler, ph.d.-afhandlinger, protokoller, rapporter, anbefalinger, ekspertvurderinger, narrative eller scoping reviews	Grå litteratur udelukkes, således der kun inkluderes peer-reviewed primærlitteratur Endvidere udelukkes reviews med en subjektivt udvalgt mængde litteratur, hvormed der tillægges lag af fortolkning gennem både udvælgelse og udlægning af primærlitteratur
	Tiltag som udelukkende søger at imødegå økonomiske barrierer forbundet med egenbetaling for sundhedsydelser	Det danske børneundersøgelsesprogram er vederlagsfrit, hvorfor studier der udelukkende søger at imødegå økonomiske barrierer, ikke er relevante i dansk kontekst

	Patientrettede forebyggende tiltag	Studier omhandlende tilslutning til børneundersøgelser, som er målrettet specifikke diagnosegrupper såsom neonatalt indlagte børn ekskluderes, da de antages at have barrierer eller fremmende faktorer, som adskiller sig fra brede populationsbaserede forebyggende tiltag
--	------------------------------------	--

5.4.1.4 Udvælgelse af studier

Udvælgelsen af studier er udført af to gruppemedlemmer uafhængigt af hinanden, idet denne fremgangsmåde ifølge Mulrow *et al.* (1997) potentielt reducerer antallet af fejlvurderinger. Endvidere øger det sandsynligheden for, at alle relevante studier identificeres. Hertil tilstræbes en objektiv udvælgelse, der ikke er påvirket af et enkelt subjekts vurdering Mulrow *et al.*, (1997). Udvælgelsen af studier sker med inspiration fra PRISMA's (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) flowdiagram, der indeholder fire faser: *identifikation*, *screening*, *egnethed* og *inklusion* (Moher *et al.*, 2009). Figur 3 illustrerer flowdiagrammet for udvælgelsesprocessen.



Figur 3: Flowdiagram over udvælgelsesprocessen for den systematiske litteratursøgning. Inspireret af PRISMA-flowdiagram (Moher *et al.*, 2009). Grå kasser med horisontale pile angiver eksklusion af studier

For alle faser i udvælgelsesprocessen gælder, at der tages højde for de opsatte inklusions- og eksklusionskriterier. I flowdiagrammet ovenfor illustreres, hvordan der efter gennemlæsning af 4.949 titler er identificeret 232 relevante studier fordelt på de fem databaser. I screeningsfasen læses de relevante studiers abstracts, hvorefter studier, hvis abstract ikke opfylder kriterierne, ekskluderes. Endvidere ekskluderes studier, hvor det ikke er muligt at tilgå publikationen. Herefter gennemlæses udvalgte studier i egnethedsfasen, hvorefter studier, som er irrelevante for besvarelsen af problemstillingen, ekskluderes. I denne fase er studier bl.a. ekskluderet fordi de udelukkende fokuserer på økonomiske barrierer, eller fordi de er udført i en kontekst, som ikke er sammenlignelig med den danske. Ved diskrepans i udvælgelsen inddrages tredje gruppe-medlem, og der træffes en beslutning på baggrund af en faglig diskussion Mulrow *et al.*,

(1997). Endeligt samles studierne på tværs af databaserne, og der sorteres for dubletter, hvormed det endelige antal udvalgte studier er seks.

5.4.1.5 Kvalitetsvurdering af studier

Der foretages en kritisk kvalitetsvurdering af de udvalgte studier, hvortil der anvendes en tjekliste fra Joanna Briggs Institute passende til designet i det respektive studie, hvilket sikrer systematik og transparens i vurderingen (Joanna Briggs Institute, 2020). Vurderingen har til formål at klarlægge den metodologiske kvalitet (Lund *et al.*, 2014), og fungerer således som et afsæt for en vurdering af studiernes kvalitet. Kvalitetsvurderingen foretages endvidere ud fra kriterier, der afhænger af studiets design, hvor kvantitative studier vurderes ud fra begreberne intern og ekstern validitet samt reliabilitet (Lund *et al.*, 2014) og kvalitative studier vurderes ud fra troværdighed, bekræftbarhed og overførbare (Thagaard, 2004). Den kritiske kvalitetsvurdering gør det lettere at sammenligne studierne fund, hvilket er væsentligt ift. at vurdere, hvordan studierne resultater skal syntetiseres (Sundhedsstyrelsen, 2007) mhp. at bidrage til forandringsforslaget. Vurderingen udføres uafhængigt af to gruppemedlemmer for at mindske risikoen for fejlvurdering (Mulrow *et al.*, 1997; Sundhedsstyrelsen, 2007). Herefter sammenlignes vurderingerne af de enkelte studier, og i tilfælde af diskrepans inddrages det tredje gruppemedlem i den faglige diskussion, indtil konsensus opnås. På baggrund af kvalitetsvurderingen ekskluderes ét af de seks studier, idet det vurderes ikke at være af tilstrækkelig metodisk kvalitet. Kvalitetsvurderingen af dette såvel som af de fem endeligt udvalgte studier fremgår af bilag 2.1-2.6.

5.4.2 Spørgeskema

Det andet fokuserede underspørgsmål har til formål at identificere hvem, der deltager i børneundersøgelserprogrammet i Region Nordjylland, og dermed også hvem der ikke gør, samt at afdække udbredelsen og fordelingen af barrierer og fremmende faktorer i disse grupper. Til opfyldelse af dette formål findes det fordelagtigt at indhente information fra relativt mange forældre. Et design, som er velegnet til dette, er et beskrivende survey (Launsø, Rieper og Olsen, 2017), hvorunder en tværsnitsundersøgelse gør det muligt at udlede associationer (De Vaus, 2001) mellem udvalgte eksempelvis baggrundsvariable og deltagelse i børneundersøgelserne. Til tværsnitsundersøgelser knytter sig en standardiseret udspørgningsmetode til indsamling af data (Aday og Cornelius, 2006), hvor der i specialet anvendes et selvadministreret spørgeskema, som udsendes til forældre med børn i alderen 2-5 år. De identificerede barrierer og

fremmende faktorer for deltagelse samt udbredelsen og fordelingen heraf i studiepopulationen skal bidrage til at opstille kontekstspecifikke forslag til forandring, som har til hensigt at imødegå de barrierer, som findes hos målpopulationen.

5.4.2.1 Dataindsamlingsform

Forud for det praktiske arbejde med at formulere de enkelte spørgsmål må der træffes valg om dataindsamlingsformen, da den har betydning for udformningen af spørgeskemaet (Olsen, 2006). I specialet gøres der brug af et selvadministreret online spørgeskema opsat i programmet SurveyXact (Rambøll, 2020). Et selvadministreret spørgeskema er anvendt for at undgå, at besvarelsene påvirkes af tilstedeværelsen af en interviewer og samspillet mellem denne og respondenteren. Deltagelse i de forebyggende børneundersøgelser kan muligvis opfattes som en "socialt ønsket" handling, og ifølge Olsen (2006) overrapporteres denne type handlinger ofte, når svarene skal afgives direkte til en interviewer. Hermed er der risiko for at introducere såkaldt *social desirability bias* (Phillips og Clancy, 1972). Denne risiko mindskes dog ved anvendelse af et selvadministreret spørgeskema, idet respondenteren har mulighed for at være fuldkommen anonym. Ulempen ved denne dataindsamlingsform er, at spørgeskemaet skal være selvforklarende, hvorfor det er særligt vigtigt at undgå vanskelige begreber og formuleringer (Olsen, 2006).

5.4.2.2 Udarbejdelse af spørgeskema

Ved udarbejdelse af et spørgeskema må litteraturen afsøges for, hvorvidt der allerede foreligger et udviklet spørgeskema, som måler på det, der ønskes undersøgt (de Vet *et al.*, 2011). Her har det været muligt at identificere et enkelt relevant spørgeskema, som er udviklet til evaluering af det danske børneundersøgelserprogram i 2007 (Michelsen og Nybo Andersen, 2007). Formålet med spørgeskemaet udarbejdet ifm. evalueringen er dog ikke sammenfaldende med formålet med det fokuserede underspørgsmål, som ønskes besvaret i specialet, hvorfor der udvikles et nyt spørgeskema (bilag 3). Der er imidlertid enkelte items i det eksisterende spørgeskema, som tilpasses og anvendes i udarbejdelsen af det nye, da disse items måler på barrierer og fremmende faktorer for deltagelse i børneundersøgelserprogrammet. Der udvikles dog også helt nye items for at spørgeskemaet kan danne afsæt for en fyldestgørende besvarelse af det fokuserede underspørgsmål. Både tilpasningen af eksisterende og udviklingen af nye items og

svarkategorier er baseret på viden fra problemanalysen og fund fra den systematiske litteratursøgning samt yderligere forskningslitteratur på området.

I fremstillingen af et spørgeskema skal centrale begreber defineres og operationaliseres (Olsen, 2006). De centrale begreber udgøres i denne sammenhæng af *barrierer* og *fremmende faktorer*, der skal betragtes som faktorer, der kan have betydning for hhv. deltagelse og ikke-deltagelse hos forældre. For at gøre begreberne målbare må de operationaliseres til noget, som respondenterne kan forholde sig til (Olsen, 2006). I det nedenstående beskrives udformningen af spørgeskemaet med afsæt i Olsen (2006) terminologi.

Spørgsmål bør ifølge Olsen (2006) være fokuserede, relevante og neutrale. At spørgsmålene er fokuserede, vil sige, at de kun sigter mod genkaldelse af én information (Olsen, 2006), og i spørgeskemaet spørges der således ikke ind til flere ting på én gang, ligesom det er søgt undgået at stille tvetydige spørgsmål. Relevante spørgsmål opnås bl.a. ved at sikre, at respondenterne har personlige erfaringer med det, de bliver spurgt ind til (Olsen, 2006). Dette er søgt imødekommet gennem anvendelsen af såkaldte filterspørgsmål (Olsen, 2006), som på baggrund af besvarelsen leder respondenterne hen til næste relevante spørgsmål. F.eks. er det ikke relevant for respondenterne at svare på, hvilke undersøgelser de *ikke* er kommet til, hvis de har svaret *nej* til filterspørgsmålet "*Er der én eller flere børneundersøgelser, som dit barn ikke har været til?*". I stedet føres de blot videre til næstkommende relevante spørgsmål. Neutralitet i spørgsmålene henviser til, at der ikke tilskyndes til bestemte svar for at mindske risikoen for, at svarene skævvrides (Olsen, 2006). I udarbejdelsen af spørgeskemaet har der f.eks. været særligt fokus på ordvalget i item 3.10 (bilag 3), som omhandler ikke-deltagelse. I spørgeskemaet fra evalueringen spørges der ind til ikke-deltagelse på følgende måde: *Har du nogensinde undladt at komme til børneundersøgelse med dit barn/dine børn?*" (Michelsen og Nybo Andersen, 2007). Begrebet "undladt" er konnoteret med et "fravalg", hvormed ikke-deltagelse fremkommer som en bevidst og aktiv beslutning. Det lader således til, at der i evalueringen ikke tages højde for, at ikke-deltagelse kan være en konsekvens af barrierer, som ligger uden for individets kontrol. Dette kan muligvis tilskynde respondenterne til at svare, at de har været til alle undersøgelser, selvom dette ikke er sandfærdigt. Det vurderes således, at ordvalget i det tidligere item kan påvirke den interne validitet (Juul *et al.*, 2017) af besvarelsenerne negativt. I det udviklede spørgeskema er det derfor søgt at formulere spørgsmålet om ikke-deltagelse på en mere neutral måde: "*Er der én eller flere børneundersøgelser, som dit barn ikke har været til?*".

5.4.2.2.1 Baggrundsspørgsmål

I spørgeskemaet gøres der primært brug af faktuelle spørgsmål, idet denne type spørgsmål er fordelagtige at anvende, når målet er at opnå oplysninger om, hvordan noget reelt forholder sig (Olsen, 2006). De faktuelle spørgsmål anvendes således til at identificere, hvem der deltager, og hvilke barrierer og fremmende faktorer for deltagelse, der forekommer i studiepopulationen. De indledende spørgsmål (item 1.1-2.3, bilag 3) anvendes til indsamling af baggrundsoplysninger om både respondenterne og deres børn. Baggrundsspørgsmål vedrører personlige karakteristika og påviselige forhold, der principielt kan efterprøves eller påvises, hvorfor de er af typen faktiskt-generelle spørgsmål (Olsen, 2006). Det er ifm. udarbejdelsen af specialet dog ikke muligt få adgang til f.eks. registeroplysninger om respondenterne og deres børn, hvorfor det ikke er muligt at efterprøve de angivne baggrundsoplysninger. Baggrundsspørgsmålene anvendes bl.a. til at undersøge, hvor udbredte forskellige barrierer og fremmende faktorer for deltagelse hos forældre med forskelligt uddannelsesniveau. Det gør det muligt at identificere barrierer og fremmende faktorer, som divergerer på tværs af socioøkonomisk status, hvilket understøtter den proportionelt universalistiske tilgang. Hensigten hermed er, at forandringsforslaget skal imødegå generelle barrierer for deltagelse, men at der skal være særligt fokus på at understøtte de familier, som har størst behov for det. Baggrundsspørgsmålene giver ydermere mulighed for at kontrollere for potentielle confoundere.

Der er ingen forskrifter for, hvilke baggrundsspørgsmål, der bør stilles i et spørgeskema (Olsen, 2006), hvorfor de valgte baggrundsspørgsmål i det udarbejdede spørgeskema begrundes med henvisning til tidligere forskning og litteratur på området. Som beskrevet i problemanalysen har bl.a. socioøkonomisk status (Navarro-Rubio, Jovell og Schor, 1995; Freed *et al.*, 1999; Yu *et al.*, 2002; Søndergaard *et al.*, 2008), antallet af ældre søskende (Tessler, 1980; Horwitz, Morgenstern and Berkman, 1988; Hagelin, Jackson and Wikblad, 1998; Søndergaard *et al.*, 2008) og forældrenes vurdering af barnets helbred (Janicke, Finney og Riley, 2001) betydning for deltagelsen i forebyggende børneundersøgelser, hvorfor der spørges ind til disse faktorer i baggrundsspørgsmålene.

5.4.2.2.2 Spørgsmål om barrierer og fremmende faktorer

De øvrige items sigter mod identificering af barrierer og fremmende faktorer for deltagelse, og der anvendes primært lukkede spørgsmål med to eller flere definerede svarkategorier. Spørgsmålene og svarkategorierne kan dels begrundes ud fra den tidligere evaluering af tilbuddet (Michelsen *et al.*, 2007) og dels ud fra fund fra litteraturstudiet samt anden relevant forskningslitteratur, som bl.a. er anvendt i udarbejdelse af problemanalysen. Studier fremhæver bl.a.

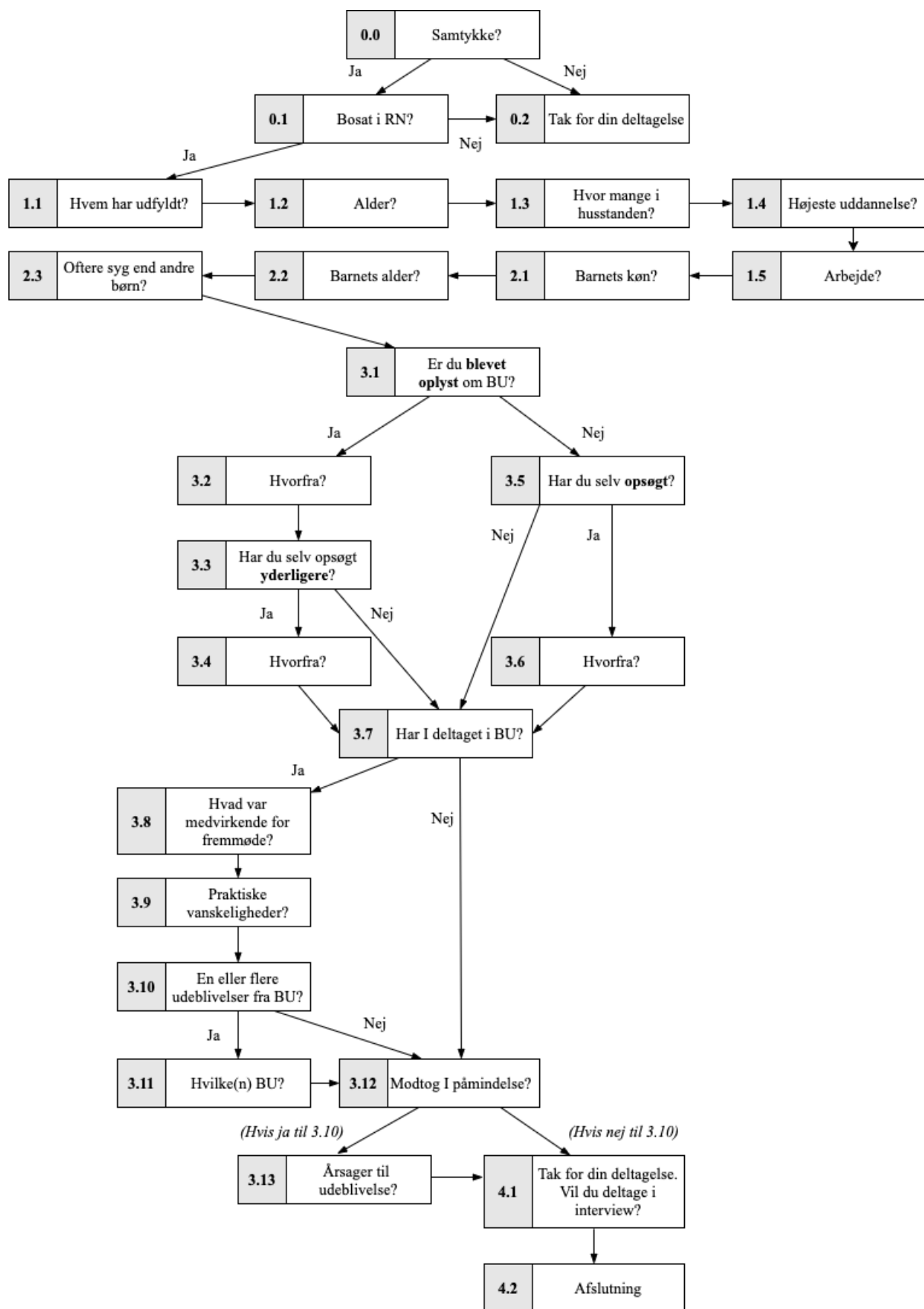
vanskeligheder relateret til transport (Jhanjee *et al.*, 2004; Frasso, 2012; Arai *et al.*, 2014; Hesson *et al.*, 2017; Hackworth *et al.*, 2018), arbejdstid (Jhanjee *et al.*, 2004; Garfield og Isacco, 2006; Hamman, 2011; Hackworth *et al.*, 2018) og pasning af andre børn (Arai *et al.*, 2014) som barrierer for deltagelse i forebyggende børneundersøgelser. Derudover er forældre mindre tilbøjelige til at møde op, hvis de tidligere har haft en dårlig oplevelse hos den alment praktiserende læge (Michelsen *et al.*, 2007; Hesson *et al.*, 2017; Rossiter *et al.*, 2019), hvis de ikke føler, at de har haft udbytte af tidligere undersøgelser (Michelsen *et al.*, 2007; Hackworth *et al.*, 2018; Rossiter *et al.*, 2019), eller hvis de vurderer, at barnet er helt raskt (Pesata, Pallija og Webb, 1999; Michelsen *et al.*, 2007; Rossiter *et al.*, 2019). Disse faktorer udgør derfor nogle af svarmulighederne, der knytter sig til spørgsmålet om barrierer for deltagelse. Ligesom ved barrierer tager svarkategorierne relateret til spørgsmålet om fremmende faktorer afsæt i eksisterende forskning. Her viser studier bl.a., at mulighed for at stille spørgsmål til og få rådgivning af lægen (Radecki *et al.*, 2009; Rossiter *et al.*, 2019), bekymring for barnets helbred (Janicke, Finney og Riley, 2001), påmindelse (Kelaher *et al.*, 2009) og sammenfald med vaccination af barnet (Jhanjee *et al.*, 2004; Radecki *et al.*, 2009; Rossiter *et al.*, 2019) er medvirkende til, at familier kommer til forebyggende børneundersøgelser.

De lukkede svarkategorier er i flere items suppleret med en åben svarkategori for at sikre, at respondenterne kan identificere sig med mindst én svarmulighed. Under den åbne svarkategori, som i de fleste tilfælde går under betegnelsen “*Andet, beskriv gerne*”, har respondenterne mulighed for selv at formulere et svar, hvis de ikke oplever de definerede svarkategorier som fyldestgørende. Det er dog søgt at begrænse antallet af åbne svarmuligheder mest muligt, da åbne spørgsmål i udgangspunktet strider imod spørgeskemaets kvantitative logik (Olsen, 2006). Endvidere kan fortolkningen af åbne spørgsmål kræve kvalitativ analyse, hvilket er tidskrævende (Sundhedsstyrelsen, 2007). Det er imidlertid muligt at undersøge, om der er bestemte tendenser i form af fællestræk på tværs af de åbne besvarelser, hvorfor eventuelle tendenser kategoriseres og behandles kvantitativt i databehandlingen.

5.4.2.2.3 Layout

I udarbejdelsen af spørgeskemaet er der fokus på, at layoutet skal være kort, overskueligt og sammenhængende, da det kan have betydning for, om respondenterne ønsker at medvirke (Kelley *et al.*, 2003; Sundhedsstyrelsen, 2007; Hibberts, Johnson og Hudson, 2012; Gut og Fuglsang, 2015). Spørgeskemaet er lavet så kort som muligt ved, at det kun indeholder items, som er relevante for besvarelse af det fokuserede underspørgsmål. Overskuelighed er opnået gennem et visuelt simpelt og ensartet layout, hvor der bl.a. er gjort brug af afdæmpede farver,

en klassisk skrifttype, kortfattede spørgsmål og højrejusterede svarkategorier. Derudover er der tilføjet instruktioner til, hvordan spørgeskemaet skal udfyldes (f.eks. *“Sæt gerne flere krydser”*), samt korte beskrivelser af spørgeskemaets opbygning (f.eks. *“De første spørgsmål handler om jeres husstand samt om dig/jer som forældre. Spørgsmålene skal besvares ud fra den forælder, der udfylder spørgeskemaet”*). Sidstnævnte bidrager endvidere til at skabe sammenhæng i spørgeskemaet. Derudover er sammenhæng opnået ved at strukturere spørgsmålene, så de kommer i en logisk rækkefølge. Rækkefølgen er illustreret i figur 4, der endvidere indikerer, hvilke items filterspørgsmålene fører til.



Figur 4: Opbygning af spørgeskema. Pile angiver rækkefølge samt hvilket item respondenter føres til på baggrund af besvarelsen af et givet filterspørgsmål. For uddybning af de enkelte items se bilag 3

Spørgeskemaet er suppleret med en følgebeskrivelse (bilag 3), hvori undersøgelsens formål, forventet svaretid, sikring af fortrolighed og afsenderens navne og kontaktoplysninger kort specificeres. Følgebeskrivelsen fungerer som en introduktion til spørgeskemaet og har til formål at motivere respondenterne til at deltage i undersøgelsen (Kelley *et al.*, 2003; Hibberts, Johnson og Hudson, 2012; Gut og Fuglsang, 2015). Sidstnævnte kan bl.a. opnås ved at overbevise den enkelte respondent om, at vedkommendes respons har værdi for undersøgelsen (Hibberts, Johnson og Hudson, 2012). Følgende sætning er derfor inkluderet i følgebeskrivelsen: “[...] *det vil være en stor hjælp, hvis du vil bruge 5 minutter på at besvare vores spørgeskema*”, hvor brug af pronomenet *du* retter sig direkte mod den enkelte respondent.

Afslutningsvist indeholder spørgeskemaet et felt, hvor respondenterne har mulighed for at notere deres kontaktoplysninger, hvis de ønsker at deltage i et uddybende interview. Denne del af spørgeskemaet udgør således første led i rekrutteringen af informanter til besvarelse af det tredje fokuserede underspørgsmål.

5.4.2.3 Pilottest

Inden udsendelse foretages en pilottestning af spørgeskemaet mhp. at reducere risikoen for måleproblemer (Olsen, 2006). Pilottestningen er opdelt i to faser, og den tidlige fase består i, at vejleder læser spørgsmålene igennem, samt at gruppemedlemmerne tester alle potentielle svarkategorier efter at spørgeskemaet er sat op i SurveyXact for at sikre, at filterspørgsmålene fungerer som intenderet. Endvidere afprøver en testperson spørgeskemaet. Testpersonen har kendskab til opsætning af spørgeskemaer, hvorfor vedkommende har forudsætninger for at identificere fejl og mangler relateret til dette.

Den sene fase af pilottesten består af en kvalitativ validering af spørgeskemaet, som har til hensigt at sikre, at spørgsmålene er selvforklarende, og svarmulighederne er passende og dækkende, hvilket samlet er med til at øge de indsamlede datas validitet og reliabilitet (Olsen, 2006). I den kvalitative validering gøres brug af såkaldt *cognitive interviewing*, hvormed formålet er at identificere kilder til måleproblemer i spørgeskemaer (Willis, 1999). I interviewet er der fokus på informantens oplevelse af spørgeskemaet, hvor der spørges ind til de kognitive processer og sondringer, som informationen anvender i sin besvarelse (Willis, 1999). Til at undersøge dette anvendes teknikken *verbal probing*, hvortil der anlægges et retrospektivt perspektiv. Denne tilgang indebærer, at informanten adspørges (*probes*) om sine sondringer ift. de forskellige items og afgivne svar efter, at vedkommende har besvaret spørgeskemaet i sin helhed (Willis, 1999). Yderligere giver tilgangen et indtryk af, om informanten kan gennemføre

spørgeskemaet uden hjælp og forklaring fra interviewer (Willis, 1999). Det indikerer således, om spørgeskemaet er selvforklarende, eller om der skal forfattes yderligere forklarende tekst i spørgeskemaet.

Interviewet foretages med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide (tabel 4), der er udviklet med inspiration fra Willis (1999) og Gut og Fuglsang (2015). Interviewguiden er opbygget med spørgsmål, der har til formål at belyse forskellige former for sonddringer ift. bestemte spørgsmål, informationer og indholdsvaliditet. Endvidere undersøges ikke-kognitive fejl (Willis, 1999) ved at spørge ind til længden af spørgeskemaet, layout, og hvorvidt spørgsmålene stilles i logisk rækkefølge.

Tabel 4: Interviewguide til validering af spørgeskema udviklet med inspiration fra Willis (1999) samt Gut og Fuglsang (2015)

Formål	Lægmandsspørgsmål
Undersøge helhedsindtryk	Hvad er dine overordnede tanker om spørgeskemaet?
Undersøge forståelse/opfattelse probe	Indledende i spørgeskemaet skriver vi, at det danske børneundersøgelsesprogram udgøres af syv gratis undersøgelser, som tilbydes alle børn i løbet af deres fem første leveår hos deres alment praktiserende læge. Føler du, at det er nok information omkring, hvad en børneundersøgelse er i forhold til, at du kan besvare spørgeskemaet?
Undersøge recall probe	Hvordan/hvorfor kan du huske, hvor du har fået oplysningerne om børneundersøgelserne fra? Hvordan/hvorfor kan du huske, hvor du har opsøgt informationer om børneundersøgelserne? Hvordan/hvorfor kan du huske, hvad der var medvirkende til, at dit barn kom til børneundersøgelse? Hvordan/hvorfor kan du huske, at der har været praktiske vanskeligheder, når dit barn har været til børneundersøgelse? Hvordan/hvorfor kan du huske, hvad der var årsag til, at dit barn ikke kom til de(n) pågældende undersøgelse(r)? <i>Ovenstående spørgsmål følges op med:</i> ○ Var det let/svært at svare på? Hvorfor/hvorfor ikke? ○ Var der en svarmulighed, som passede til det svar, du ønskede at give? ○ Hvordan er du kommet frem til det svar, du har givet? ○ Hvilke overvejelser gjorde du dig, før du svarede?

Undersøge ikke-kognitive fejl i spørgeskemaet	Hvad synes du om længden af spørgeskemaet? Bliver spørgsmålene stillet i logisk rækkefølge? Hvorfor/hvorfor ikke? Hvad synes du om spørgeskemaets layout?
Undersøge indholdsvaliditet	Er der spørgsmål og svarmuligheder, som ikke indgår i spørgeskemaet, som du mener, vi bør inkludere? Hvad synes du, er væsentligt i forhold til, at du deltager/ikke deltager i børneundersøgelserne?

Interviewguiden suppleres med *spontane probes*, som tager afsæt i informantens reaktioner under besvarelsen af spørgeskemaet, så som tøven og undren. Intervieweren noterer reaktionerne og spørger ind til disse i det efterfølgende cognitive interview. Ifølge Willis (1999) medfører kombinationen af spontane og på forhånd formulerede probes det mest virksomme interview. Det bestræbes således, at interviewet udføres så fleksibelt som muligt, mens der fortsat opnås indsigt i centrale elementer i spørgeskemaet.

Der foretages ét interview af ca. 25 minutters varighed med en forælder til et barn, der er inden for den aldersmæssige målgruppe for børneundersøgelserne, og som er bosat i Region Nordjylland. Interviewet foretages over Google Hangouts, som er en kommunikations-app med mulighed for skærmdeling og videoopkald (Google Inc., 2020). Informanten har sundhedsfaglig baggrund, hvilket kan have indflydelse på forståelsen af spørgsmålene og svarmulighederne. Informanten fortæller dog, at denne ikke har beskæftiget sig med børneundersøgelserprogrammet som led i sin uddannelse, hvorfor denne sandsynligvis ikke har bedre kendskab til disse end andre forældre. På baggrund af interviewet foretages mindre ændringer i form af specificering af, hvilke spørgsmål det er muligt at vælge flere svarmuligheder ved. Endvidere foretages en præcisering i beskrivelsen af, hvilket barn besvarelsen skal baseres på, såfremt respondenter har flere børn i børnehaven.

5.4.2.4 Rekruttering af respondenter og udsendelse

Rekruttering af respondenter udføres med afsæt i gruppemedlemmernes netværk, hvortil der gøres brug af *gatekeeper* og *snowball sampling* (Merriam og Tisdell, 2016). Gennem netværk har det være muligt at etablere kontakt til børnehavedere i kommunale børnehaver, som har indvilliget i at udsende spørgeskemaet via forældreintra til forældre, hvis børn går i de respektive institutioner. Børnehavederne har således fungeret som gatekeepere. Børnehaver er valgt som kontaktflade til rekruttering af respondenter på baggrund af det fremanalyserede behov for

at øge deltagelsen til børneundersøgelserne placeret i 2-5-års alderen, hvilket er i overensstemmelse med børnehvealderen i Danmark. Ved rekruttering gennem børnehavelederne har det endvidere være muligt at sikre, at den geografiske afgrænsning til Region Nordjylland overholdes.

Ydermere rekrutteres respondenter gennem det sociale medie Facebook (Facebook Inc, 2020), hvor hvert gruppemedlem deler et opslag på sin private profil med en forklarende tekst, et link til spørgeskemaet og en opfordring til at dele opslaget. I denne rekrutteringsstrategi anvendes elementer fra snowball sampling (Merriam og Tisdell, 2016), idet gruppemedlemmernes netværk videresender spørgeskemaet til personer i deres eget netværk. Rekrutteringen via gatekeeper suppleres med denne rekrutteringsstrategi for at nå ud til flere potentielle respondenter. Hertil er Facebook fordelagtigt, idet dette medie faciliterer hurtig kontakt til en bred skare af brugere, og dermed er god til erhvervelse af deltagere til studier omhandlende sundhed (Whitaker, Stevelink og Fear, 2017). I spørgeskemaet som deles på Facebook er spørgsmålet *“Er du bosiddende i Region Nordjylland”* tilføjet for at sikre, at den geografiske afgrænsning opretholdes.

Spørgeskemaerne er distribueret til forældre i de respektive børnehaver og slået op på gruppe-medlemmernes private Facebookprofiler den 6. april 2020. Der er lukket for besvarelse den 20. april 2020.

5.4.2.5 Databehandling

Efter lukning af besvarelser eksporteres de indsamlede data fra SurveyXact til Microsoft Excel (Microsoft Corporation, 2020). Her adskilles data, således hver svarmulighed udgør en selvstændig variabel og er i en separat kolonne. Efterfølgende importeres datasættet i Stata 15, der er et statistisk analyseprogram (Stata, 2020). Databehandlingen og den statistiske analyse i Stata dokumenteres i en do-fil (bilag 4.1) og en log-fil (bilag 4.2). I databehandlingen ekskluderes respondenter, som kun delvist har udfyldt spørgeskemaet, mhp. at kunne lave *complete case analyse* (Bennett, 2001).

5.4.2.5.1 Kodning af data

Det næste trin i databehandlingen består af kodning af data. I kodningsprocessen oversættes respondenternes besvarelser til numeriske værdier, da dette letter den efterfølgende statistiske analyse (Aday og Cornelius, 2006). Ved lukkede og delvist lukkede spørgsmål tildeles de definerede svarmuligheder en talværdi, som i tilfælde, hvor data kan rangordnes, følger en logisk

rækkefølge (f.eks. inddeles respondenternes alder i intervallerne ≤ 29 , 30-39 og ≥ 40 år, og disse kodes hhv. 1, 2 og 3. Ved spørgsmål, hvor det er muligt at vælge flere svar, kodes de enkelte svarmuligheder som dummyvariable. Dvs., at hvis en respondent f.eks. har angivet transportmulighed som en barriere, kodes denne svarmulighed 1, mens de svarmuligheder, som respondenterne ikke har valgt, kodes 0. Åbne svarkategorier, hvor respondenterne har mulighed for selv at formulere et svar, oversættes ligeledes til en talværdi (Aday og Cornelius, 2006). Såfremt et åbent svar reflekterer én af de opstillede svarmuligheder, tildeles svaret en talværdi, som svarer til den givne lukkede svarmulighed. Eksempelvis kan der under “Andet” i spørgsmålet om respondentens uddannelsesniveau være angivet en uddannelsesitel, som tilsvarende en kort videregående uddannelse, og svaret vil derfor omkodes til dette.

For at minimere risikoen for fejltolkning af resultaterne tilføjes labels til de forskellige svarmuligheder, således der i outputtet i log-filen f.eks. står “Kort videregående uddannelse” i stedet for blot den talværdi, som dette svar er kodet under. Kodebogen for anvendte variable i de statistiske analyser fremgår af bilag 4.3.

5.4.2.6 Statistiske analyser

For at kunne besvare *hvem*, der deltager i de forebyggende børneundersøgelser i Region Nordjylland, og dermed også hvem der ikke gør, foretages der en række deskriptive analyser. Heri sammenlignes de respondenter, som har deltaget i *alle* undersøgelser, med de respondenter, som har deltaget i *nogle* eller *ingen* undersøgelser. Ved inddelingen i de to grupper tages der højde for barnets alder, således at en respondent med et barn på fire år f.eks. ikke markeres som ikke-deltagende i 5-års undersøgelsen. Dvs. at det ikke er en forudsætning, at respondenterne har deltaget i alle syv forebyggende børneundersøgelser for at indgå i gruppen, der har deltaget i alle undersøgelser, men at de skal have deltaget i det antal børneundersøgelser, som knytter sig til barnets alder.

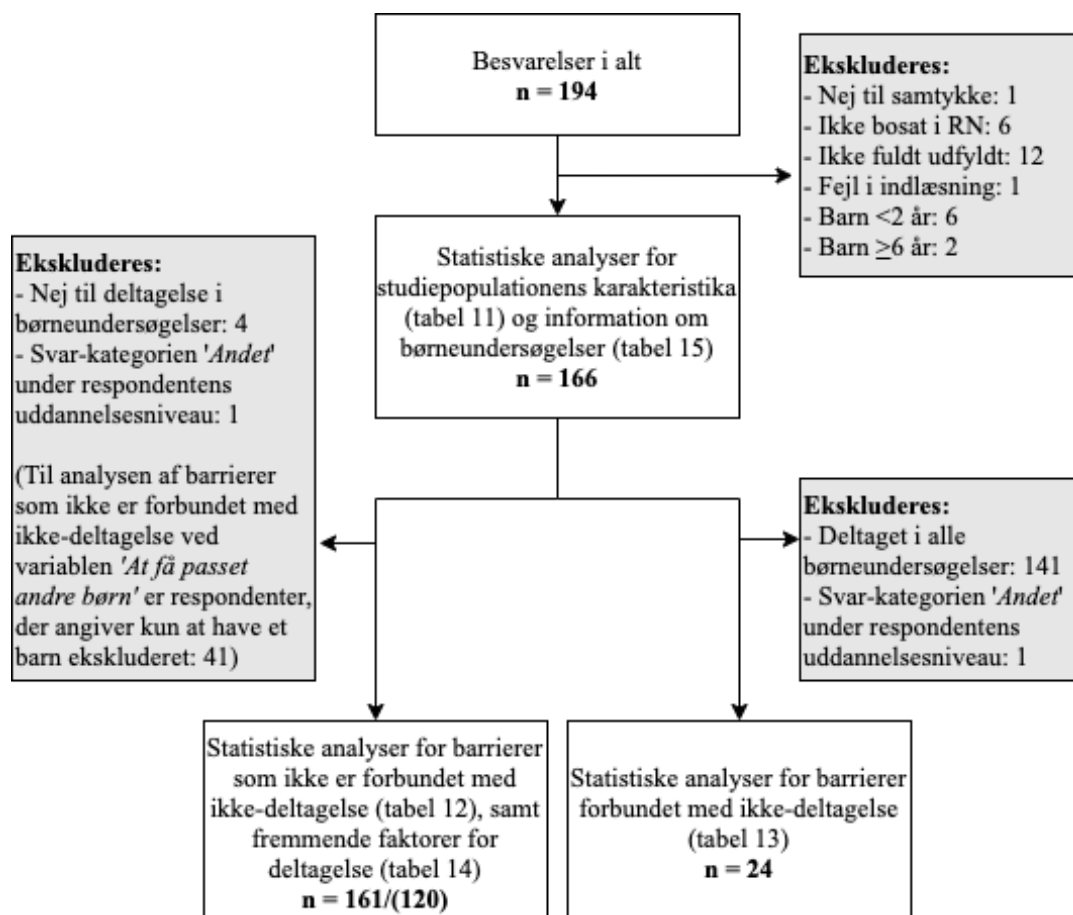
I de deskriptive analyser undersøges det vha. frekvenser og procentsatser (Kirkwood og Sterne, 2003), hvordan de to grupper fordeler sig ift. de indsamlede baggrundsoplysninger for at opnå forståelse for studiepopulationens karakteristika. F.eks. opgøres det hvor mange respondenter, der har et givent uddannelsesniveau i hver af de to grupper, samt hvor stor en andel af respondenterne med en given uddannelse, der har deltaget i hhv. alle og nogle eller ingen undersøgelser. Mhp. at kunne vurdere, om der er statistisk signifikant forskel på de respondenter, som

deltager, og de, som ikke gør, sammenlignes fordelingerne i de to grupper. Den afhængige variabel (deltagelse eller ikke-deltagelse) er dikotom, og størstedelen af de uafhængige variable (baggrundsoplysningerne) er enten nominelle eller ordinale, mens de øvrige er grupperede diskrete variable. En test, som kan anvendes til at undersøge, om der er sammenhæng mellem disse typer af afhængige og uafhængige variable, er en χ^2 -test (Kirkwood og Sterne, 2003), hvorfor der gøres brug af denne til at sammenligne de to grupper. Hertil anvendes et signifikansniveau på 5 % (Kirkwood og Sterne, 2003).

Til at undersøge hvilke faktorer, der kan have betydning for deltagelse i de forebyggende børneundersøgelser, anvendes deskriptive analyser ligeledes til at beregne frekvensen af de identificerede barrierer og fremmende faktorer. For at kunne undersøge faktorerne ud fra en proportionel universalistisk tilgang beregnes endvidere odds ratio (OR). Her udgør de uddannelsesniveau den uafhængige variabel, mens de enkelte barrierer og fremmende faktorer udgør de afhængige variable. Samlet gør disse statistiske analyser det muligt at undersøge odds for en bestemt barriere eller fremmende faktorer hos forældre med et givent uddannelsesniveau, hvor lang videregående uddannelse udgør referencekategorien. Hertil gør multipel logistisk regression det muligt at kontrollere, om der er confounding i associationerne, og evt. justere herfor (Kirkwood og Sterne, 2003).

5.4.2.6.1 Flowdiagram over studiepopulation

Der er afgivet 193 besvarelser i alt. Ifm. databehandlingen ekskluderes nogle besvarelser, da de af forskellige årsager ikke skal indgå i de statistiske analyser. Eksklusionsprocessen fremgår af figur 5.



Figur 5: Flowdiagram over databehandling for studiepopulationen

5.4.2.7 Etiske overvejelser

Som ved al anden forskning skal der i forbindelse med en spørgeskemaundersøgelse tages højde for en række etiske problemstillinger for at sikre, at undersøgelsen er menneskelig og videnskabelig forsvarlig, samt at den er i overensstemmelse med gældende lovgivning (Williams, 2008). Væsentlige problemstillinger vedrører bl.a. informeret samtykke, fortrolighed, databeskyttelse og mulige konsekvenser for respondenterne (Kelley *et al.*, 2003; Hibberts, Johnson og Hudson, 2012).

For at kunne afgive et informeret samtykke må respondenterne være bekendt med undersøgelsens formål og anvendelsen af de informationer, de afgiver (Kelley *et al.*, 2003; Hibberts, Johnson og Hudson, 2012), hvilket fremgår af både følgebeskrivelsen og de første sider i spørgeskemaet. Respondenterne informeres dog ikke om, at formålet med det samlede speciale er at øge tilslutningen til de forebyggende børneundersøgelser, idet det vurderes, at denne information øger risikoen for social desirability bias.

Endvidere er det centralt, at respondenterne er informeret om, at deltagelse er frivillig, og at de har mulighed for at udgå af undersøgelsen (Kelley *et al.*, 2003; Hibberts, Johnson og Hudson, 2012; Datatilsynet, 2019), hvorfor dette er tydeligt beskrevet i samtykkeerklæringen (bilag 3). Grundet en fastsat deadline for aflevering af specialet, gives respondenterne en tidsbegrænset mulighed for at trække deres samtykke og besvarelse tilbage.

Fortrolighed indebærer, at respondenterne ikke er genkendelige som enkeltindivider i afrapporteringen (Hibberts, Johnson og Hudson, 2012). Dette opnås gennem den statistiske behandling og præsentation af besvarelserne, som sikrer at respondenterne ikke kan identificeres. Fortrolighed relaterer sig desuden til anonymitet, som betyder, at data ikke indeholder nogle personidentificerbare data (Hibberts, Johnson og Hudson, 2012). I sidste del af spørgeskemaet har respondenterne mulighed for at opgive deres kontaktoplysninger, hvis de ønsker at deltage i et uddybende interview, som udgør den sidste del af dataindsamlingen i specialet. Muligheden for opgivelse af kontaktoplysninger medfører dog, at ikke alle respondenter opnår fuld anonymitet. De personidentificerbare data bør slettes tidligst muligt (Hibberts, Johnson og Hudson, 2012), hvorfor de fjernes fra datamaterialet straks efter udførelse af det ønskede antal interview.

En anden etisk problemstilling vedrører opbevaring og fortolkning af data. Efter lukning for besvarelser udtrækkes data fra SurveyXact til Microsoft Excel, hvorefter de i overensstemmelse med den gældende lovgivning (Datatilsynet, 2020) opbevares på et krypteret usb-stik, hvorfra databehandlingen også foregår. Analysen af data skal være transparent, og præsentationen af resultaterne skal være tro mod respondenternes besvarelser (ALLEA - All European Academies, 2017). Dette opnås i specialet gennem en udførlig beskrivelse af databehandlingen, valg af relevante statistiske analyser samt en korrekt afrapportering. Efter aflevering af specialet slettes de indsamlede rådata, således de kun lagres så længe, det er nødvendigt.

I forbindelse med en spørgeskemaundersøgelse er det endvidere vigtigt at overveje, hvilke konsekvenser undersøgelsen kan have (Kelley *et al.*, 2003; Hibberts, Johnson og Hudson, 2012). Det vurderes, at undersøgelsen overordnet ikke har væsentlige konsekvenser for respondenterne - hverken positive eller negative. Dog er der en risiko for, at nogle forældre bliver bevidste om, at der er én eller flere undersøgelser, som deres barn ikke har været til, hvilket kan medføre en form for skyldfølelse. I et makroetisk perspektiv (Brinkmann, 2015) kan undersøgelsen potentielt bidrage til at øge tilslutningen til det danske børneundersøgelserprogram, da besvarelserne udgør en del af grundlaget for forandringsforslaget.

5.4.3 Telefoninterview

Det tredje fokuserede underspørgsmål besvares vha. interview med forældre bosat i Region Nordjylland. Interview kan anvendes til at frembringe viden om menneskers oplevelser og holdninger (Kvale og Brinkmann, 2009) samt til at forstå et fænomen ud fra deres synspunkter og livsverdener (Tanggaard og Brinkmann, 2015). I specialet har interviewene til hensigt at bidrage med et dybere og mere nuanceret indblik i, hvordan forældre i Region Nordjylland oplever forskellige barrierer og fremmende faktorer for deltagelse. Interview supplerer således spørgeskemaundersøgelsen, hvor begge metoder frembringer kontekstspecifik viden om faktorer, som har betydning for tilslutningen til det danske børneundersøgelserprogram.

Der findes flere forskellige former for interview (Kvale og Brinkmann, 2009), hvor der i specialet gøres brug af telefoninterview. Dette gør det muligt at interviewe personer, som ellers kan være vanskelige at nå, f.eks. mødre, der går hjemme med små børn (Opdenakker, 2006), hvilket er mere udbredt end normalt i perioden for dataindsamlingen grundet COVID-19 pandemien. Dertil er telefoninterview mindre tidskrævende for informanterne end ansigt-til-ansigt interview (Carr og Worth, 2001), hvilket er en fordel i en periode, hvor mange familiers hverdag er ekstra travl grundet COVID-19. Derudover er en afgørende faktor for valget af denne type interview, at der ifm. med et telefoninterview ikke er risiko for at udsætte informanterne for smittefare.

5.4.3.1 Rekruttering af informanter

Informanterne til telefoninterview rekrutteres blandt de respondenter, som i spørgeskemaet har angivet, at de gerne vil deltage i et opfølgende interview. I alt har 40 respondenter opgivet deres kontaktoplysninger mhp. at de må kontaktes til et interview, hvorfor der må foretages en udvælgelse. Hertil gøres brug af maximum variation sampling, som er en undertype til formålsbestemt udvælgelse (Merriam og Tisdell, 2016). Ved formålsbestemt udvælgelse foretages en kvalificeret overvejelse over, hvem det er mest meningsfuldt at interviewe ift. at kunne opfylde undersøgelsens formål (Ingemann et al., 2018). I forlængelse heraf sigtes der ved maximum variation sampling mod at udvælge informanter, der repræsenterer et bredt spekter af karakteristika, som er af betydning for undersøgelsen (Merriam og Tisdell, 2016). I specialet søges det at belyse faktorer af betydning for deltagelse hos forældre med forskellig socioøkonomisk status, hvorfor der sigtes mod at udvælge informanter med forskelligt uddannelsesniveau. Hertil tilstræbes det at udvælge informanter, som har forskellig tilslutning, idet det

forventes, at de kan bidrage med forskellige perspektiver ift. barrierer og fremmende faktorer for deltagelse.

Indledningsvist er det søgt at tage kontakt til tre potentielle informanter, der hhv. har folkeskole, ungdomsuddannelse og mellemlang videregående uddannelse som højeste gennemførte uddannelse, og er forskellige ift. karakteristika som bl.a. køn, alder og civilstand. Derudover adskiller de tre potentielle informanter sig ift. deres deltagelse i de forebyggende børneundersøgelser, hvor de hhv. har deltaget i ingen, nogen og alle undersøgelser. Det har dog ikke været muligt at få kontakt til forælderen, som har angivet ikke at have deltaget i nogle af undersøgelserne. Det er derfor søgt at få kontakt til en anden potentiel informant, der ikke har deltaget i nogle af undersøgelserne, men dette har heller ikke været muligt. Der er derfor kun foretaget interview af to forældre, men det vurderes at deres karakteristika (tabel 5) varierer tilstrækkeligt til at kunne bidrage med et nuanceret perspektiv på barrierer og fremmende faktorer for deltagelse i børneundersøgelserprogrammet. Fælles for dem er, at de har oplevet barrierer ifm. deltagelsen i form af bl.a. praktiske vanskeligheder, men at de alligevel har været til nogle eller alle undersøgelserne. Informanterne kan således potentielt belyse både barrierer og fremmende faktorer for deltagelse.

Tabel 5: Informanternes karakteristika

Pseudonym	F1	F2
Karakteristika		
Relation til barnet	Far (biologisk eller ikke-biologisk)	Mor (biologisk eller ikke-biologisk)
Alder	30-39 år	≤29 år
Uddannelsesniveau	Mellemlang videregående uddannelse	Ungdomsuddannelse
Deltagelse i forebyggende børneundersøgelser	Deltaget i nogle	Deltaget i alle

Respondenter, som i spørgeskemaet har angivet deres kontaktoplysninger, men som ikke er udvalgt til et telefoninterview, informeres om dette via SMS eller mail, og der takkes i samme ombæring for ulejligheden.

5.4.3.2 Udformning af interviewguide

Telefoninterviewene opbygges efter en semistruktureret interviewguide. Den semistrukturerede tilgang indebærer, at der forud for interviewene formuleres en række spørgsmål, men at det under interviewet er muligt at afvige fra guiden (Ingemann *et al.*, 2018). Denne type interviewguide er valgt, idet strukturen bidrager til at sikre, at der bliver spurgt ind til det planlagte, mens åbenheden giver plads til at stille uddybende spørgsmål og forfølge relevante emner, som udspringer af interviewet (Ingemann *et al.*, 2018).

Interviewguiden udgør et vigtigt hjælpemiddel for interviewerens i interviewsituationen (Ingemann *et al.*, 2018), hvorfor det er vigtigt, at den er overskuelig og nem at navigere i. Interviewguiden er derfor opstillet i en tabel inddelt efter temaer (bilag 5.2). Hertil er der udarbejdet to versioner af interviewguiden, som grundlæggende er opbygget på samme måde, men som er tilpasset de enkelte informanter. Dette er gjort for at sikre, at interviewguiden stemmer overens med informantens besvarelse af spørgeskemaet.

Interviewene indledes med en *briefing* (Ingemann *et al.*, 2018), hvor interviewerens præsenterer sig selv og sikrer sig, at informanterne har forstået den samtykkeerklæring, de har fået tilsendt. Dernæst følger selve interviewspørgsmålene (Ingemann *et al.*, 2018), som er inddelt i temaerne *barrierer* og *fremmede faktorer*. Opdelingen i temaer sikrer, at der i interviewet er en vis

sammenhæng mellem de spørgsmål, der stilles (Ingemann *et al.*, 2018). Under temaerne stilles der indledningsvist åbne spørgsmål, som giver informanterne mulighed for at fremhæve de barrierer og fremmede faktorer for deltagelse, som de finder mest betydningsfulde, uafhængigt af om disse indgår som svarmuligheder i spørgeskemaet. Denne induktive tilgang bidrager til, at informanterne ikke styres af deres besvarelser fra spørgeskemaet, hvorved der potentielt kan fremkomme nye emner, som bidrager til en mere nuanceret forståelse af problemfeltet. Der stilles dog også spørgsmål, som tager direkte afsæt i informanternes besvarelser fra spørgeskemaet, idet det ønskes at få uddybet disse. Interviewene afsluttes med en *debriefing* (Ingemann *et al.*, 2018), hvor informanterne spørges ind til, om der er nogle relevante emner, der ikke er berørt i interviewet, som de gerne vil supplere med. Ydermere anvendes debriefingen til at takke informanterne for ulejligheden.

5.4.3.3 Udførsel af interview

Telefoninterviewene er á 10-15 minutters varighed og foretages af samme gruppemedlem, som har tidligere erfaring med at udføre både kvalitative interview generelt, og telefoninterview specifikt. Interviewene lyddoptages på telefonen vha. appen Cube ACR (Cube ACR, 2019). Sidstnævnte sikrer, at interviewer har frihed til at koncentrere sig om dynamikken i samtalen og de berørte emner (Kvale og Brinkmann, 2009), idet vedkommende ikke samtidig skal nedskrive samtalen. Endvidere bidrager optagelsen til en mere nøjagtig transskription af samtalen, hvor også intonation af informantens udtalelser er af stor vigtighed, idet interviewer ikke har mulighed for at aflæse informantens kropssprog som ved et ansigt-til-ansigt interview (Kvale og Brinkmann, 2009). Tidspunktet for udførelse af interviewene tager afsæt i informanternes ønsker, for at tilgodese deres daglige skema, og interviewene er forløbet uden afbrydelser for hverken interviewer eller informant.

5.4.3.4 Transskription

Lyddoptagelserne transformeres til skriftsprog ved brug af programmet InqScribe 2.5 (Inquirium LLC, 2018). Transskriptionen indebærer en række fortolkningsmæssige beslutninger (Kvale og Brinkmann, 2009), hvorfor der indledningsvist fastsættes en transskriptionsprocedure, som indeholder skriftlige instruktioner. Dette gøres for at sikre systematik og gennemsigtighed i oversættelsen fra tale- til skriftsprog, idet der ikke findes rigide regelsæt for, hvordan interview skal transskriberes, da det afhænger af, hvad dette skal bruges til (Kvale og Brinkmann, 2009). For at indfange dynamiske aspekter af talesproget og nuancer i udsagnene

(Kvale og Brinkmann, 2009), som kan have betydning for fortolknings- og analyseprocessen, transskriberes interviewene ordret, hvortil eksempelvis pauser og følelsesudtryk angives. Endvidere sløres identiteten af personer og begivenheder omtalt i interviewene for at sikre anonymitet af informanterne. Den fulde transskriptionsprocedure fremgår af tabel 5.

Tabel 5: Transskriptionsprocedurer udviklet med inspiration fra Kvale og Brinkmann (2009)

Lydoptagelse	Transskription
Beskrivelser	(()) ○ f.eks: <i>Nej ikke udover samarbejdet ((griner))</i>
Kort ophold i tale	, ○ f.eks: <i>Jamen øh, da vi så havde glemt det, der gik der jo cirka tre måneder inden vi kom i tanke om det</i>
Pauser	... ○ f.eks: <i>Ja, ja det var ... Det var sundhedsplejersken i eget hjem</i>
Angivelse af stednavn	(stednavn) ○ f.eks: <i>Da boede vi i (stednavn)</i>
Afbrydelser	] [○ f.eks: ○ <i>Ja, det skal det]</i> ○ <i>[Lidt mere end hvis det bare var fem minutter</i>
Refererer til andres udtalelser	“ “ ○ f.eks: <i>Næh, ikke, ikke noget der stikker ud, udover vacciner og lige sige “Hej og du ser sund og rask ud” og sådan</i>

For at højne troværdigheden af transskriptionerne transskriberer samme gruppemedlem de to interview, hvorefter et andet gruppemedlem læser transskriptionen igennem samtidig med, at interviewet lyttes igennem. Ved uoverensstemmelser omkring hvordan det talte sprog er omsat til skriftsprog, diskuteres dette mellem de to gruppemedlemmer. Identificerede uoverensstemmelser skyldtes dårlig lyd kvalitet, som havde medført fejlfortolkninger af det sagte.

5.4.3.5 Tematisk analysestrategi

Analysen af telefoninterviewene foretages med afsæt i (Braun og Clarke, 2006) tematiske analysestrategi, idet denne analysestrategi muliggør refleksion over underliggende temaer i informanternes udtalelser på en overskuelig og systematisk måde. Den tematiske analysestrategi indeholder seks faser (Braun og Clarke, 2006), som udføres ved brug af forskertriangulering. Således gennemføres og diskuteres alle faser af flere gruppemedlemmer for at styrke gennemsigtheden, troværdigheden og kvaliteten af analysen (Kvale og Brinkmann, 2009).

Første fase består i at blive fortrolig med empirien (Braun og Clarke, 2006), hvorfor lydoptagelserne høres og transskriptionerne gennemlæses af alle gruppemedlemmer. Herved sikres et dybdegående kendskab til empirien forud for analysen, hvorudfra der identificeres mulige mønstre og temaer (Braun og Clarke, 2006). I anden fase genereres indledende koder, hvor empirien organiseres i meningsfulde grupper (Braun og Clarke, 2006). Organiseringen sker ved brug af det kvalitative kodningsprogram NVivo 12 Pro (QSR International, 2020) og foretages med både deduktiv og induktiv tilgang til empirien. Den skiftende tilgang foretages for at sikre åbenhed over for empirien, samtidig med at det er muligt, at anvende forforståelsen. De indledende deduktive koder dannes på baggrund af gruppens forforståelse om barrierer og fremmende faktorer for deltagelse samt fund i problemanalysen, litteraturstudiet og spørgeskemaundersøgelsen. Der gøres således brug af begrebsstyret kodning, idet der udvikles koder på baggrund af allerede eksisterende litteratur, inden kodning af empirien påbegyndes (Kvale og Brinkmann, 2009). I den induktive kodning er der fokus på empiriens egne temaer. Formålet hermed er at opnå en dybere forståelse og sikre, at interviewene tilgås åbent og reflektivt (Kvale og Brinkmann, 2009).

I tredje fase af den tematiske analysestrategi organiseres koderne i potentielle temaer, og det overvejes således, hvilke koder der er passende som overordnede temaer, og hvilke koder der danner undertemaer (Braun og Clarke, 2006). Herefter følger fjerde fase, hvor citaterne tilhørende hvert over- og undertema gennemgås for at sikre et sammenhængende mønster i deres tematiske placering (Braun og Clarke, 2006). Såfremt citaterne tilsammen ikke danner et sammenhængende mønster i overensstemmelse med det tema, de er placeret under, flyttes afvigende citater til andre temaer eller navnet på temaet ændres (Braun og Clarke, 2006). Endvidere diskuteres temakortets repræsentativitet ift. dybden og bredden af interviewene (Braun og Clarke, 2006). Femte fase handler om at identificere essensen i hvert tema (Braun og Clarke, 2006), hvorfor der her er fokus på, hvordan hvert tema kan anvendes til at belyse det fokuserede underspørgsmål. Ydermere navngives de endelige temaer således det ud fra titlen er muligt at få en idé om, hvad temaet omhandler. I sjette fase forfattes analysen på en sådan måde, at citaterne anvendes til at opbygge et argument (Braun og Clarke, 2006) til besvarelse af det fokuserede underspørgsmål.

5.4.3.6 Etiske overvejelser

Jf. Helsinki Deklarationens påbud om eksplicit informeret samtykke ved deltagelse i undersøgelser (Williams, 2008), er der forud for interviewene fremsendt oplysninger om specialet samt informeret samtykke til informanterne (bilag 5.1). Samtykket indeholder informationer om frivillig deltagelse, anonymisering, opbevaring af data jf. gældende GDPR-lovgivning (Datatilsynet, 2020), samt offentliggørelse af specialerapporten på Aalborg Universitets online projektbibliotek (Aalborg Universitet, 2020a). I briefingen i interviewet sikres det, at informanter er indforståede hermed, inden de giver samtykke.

5.5 Validitet

Resultaterne, som fremkommer på baggrund af de valgte metoder, kan være behæftet med fejl, hvilket kan true specialets *validitet*. Med afsæt i Maxwells interaktive model (Maxwell, 2005) søges det derfor at adressere disse trusler. Dette gøres bl.a. ved at integrere resultaterne fra de forskellige metodiske tilgange, som udspringer af forskellige paradigmer - en strategi, der er kendt som metodetriangulering (Denzin, 2007). Metodetriangulering reducerer risikoen for, at konklusionen reflekterer en enkelt metodes begrænsninger (Maxwell, 2005), idet de forskellige metoder kompletterer hinanden. Således benyttes metodetriangulering dels til at opnå en dybdegående forståelse af problemfeltet, og dels til at øge validiteten gennem en krydsvalidering af resultaterne fra de forskellige metodiske tilgange.

Hertil søges det at øge validiteten af de enkelte metodiske tilgange, hvor den systematiske literatursøgnings validitet øges ved gennemsigtighed i søgestrategien (bilag 1), og endvidere ved brug af eksplicite inklusions- og eksklusionskriterier samt kritisk kvalitetsvurdering vha. tjeklister og kvalitetskriterier. Spørgeskemaundersøgelsens validitet øges bl.a. ved, at spørgsmålene er baseret på eksisterende spørgeskema (Michelsen *et al.*, 2007) og forskningsartikler, samt ved brug af kvalitativ validering af spørgeskemaet. Slutteligt øges interviewundersøgelsens validitet gennem fokus på ikke at stille ledende spørgsmål samt gennem ordrette transskriptioner. Samlet bidrager validiteten af de enkelte metodiske tilgange til at øge den overordnede validitet af specialets resultater.

6 Resultater

6.1 Systematisk litteratursøgning

Resultaterne af den systematiske litteratursøgning har til formål at afdække eksisterende evidens omhandlende tiltag relateret til udbredelse af forebyggende børneundersøgelser. Tabellerne 6-10 indeholder en oversigt over relevante oplysninger fra de fem inkluderede studier. Idet alle studierne er baseret på kvantitative studiedesigns, vurderes de ud fra kvalitetsbegreberne *intern* og *ekstern validitet* samt *reliabilitet*. Intern validitet handler om resultaternes gyldighed for den konkrete målpopulation og påvirkes af informations- og selektionsbias samt confounding, mens ekstern validitet vurderes ud fra, om studiets resultater kan generaliseres til en eller flere eksterne målpopulationer (Juul *et al.*, 2017). Den eksterne validitet vurderes i specialet ud fra studiernes generaliserbarhed til dansk kontekst. Reliabilitet handler om, hvor pålideligt et mål, der anvendes, til at indsamle information om eksempelvis eksponering, outcome og demografiske oplysninger (Juul *et al.*, 2017).

Tabel 6: Præsentation og vurdering af studiet af Coker *et al.* (2016)

<i>A Parent Coach Model for Well-Child Care Among Low-Income Children: A Randomized Controlled Trial af Coker et al. (2016), Pediatrics. USA</i>	
Formål	At undersøge effekten af interventionen <i>the Parent-focused Redesign for Encounters, Newborns to Toddlers</i> (PARENT) på kvaliteten og brugen af forebyggende børneundersøgelser blandt mindre-bemidlede familier
Design og metode	Randomiseret kontrolleret studie (RCT) Demografiske oplysninger om barnet, forældrene og husstanden ved baseline indsamles vha. interview forud for implementering af interventionen Interventionsgruppen modtager PARENT-interventionen, mens kontrolgruppen følger det sædvanlige børneundersøgelserprogram. Halvvejs i interventionen udføres et kort survey med ¼ af interventionsgruppen for at fremme fastholdelse af deltagerne Efter interventionen deltager forældrene i et survey, hvor kvaliteten og indholdet af interventionen evalueres
Studiepopulation	Mindre-bemidlede forældre med børn op til 1 år, bosat i Los Angeles County, USA Familierne er overvejende af latinamerikansk herkomst, har high school som højeste gennemførte uddannelse og har lav indkomst Randomiseres til enten interventions- (n= 126) eller kontrolgruppe (n=125) PARENT tilbydes i to uafhængige pædiatriske praksisser, der primært tjener Medicaid forsikrede patienter
Tiltag	PARENT består af: 1) En forældervejleder, som er forældrenes primære kontaktperson, og som foretager psykosocial og udviklingsmæssig screening ved hver undersøgelse, 2) et internetbaseret screeningsværktøj, hvor forældre kan udvælge prioriteter, som lægen skal have fokus på ved undersøgelse, 3) en autogenereret SMS-service med aldersspecifikke sundhedsoplysninger og påmindelser om snarlige aftaler i praksis og 4) selve børneundersøgelsen, hvor forældervejlederen først screener barnet for sundheds- og udviklingsrelaterede problemer, og lægen dernæst foretager en lægefaglig undersøgelse samt gennemgår eventuelle fund noteret af forældervejlederen
Relevante resultater	Chi ² -test viser, at der ikke er statistisk signifikant forskel (p=0,876) mellem interventions- og kontrolgruppen ift., om de er mødt op til det anbefalede antal børneundersøgelser (hhv. 74,8 og 75,7 %)
Kvalitetsvurdering	Vurderet vha. Joanna Briggs Institutes tjekliste til kritisk vurdering af RCT'er (Tufanaru <i>et al.</i>, 2017b) (bilag 2.1) Intern validitet: • Styrker: confounding håndteres metodisk ved randomisering; intention-to-treat analyse; flow chart over frafald og årsager hertil • Svagheder: deltagere med og uden fuld follow-up sammenlignes ikke statistisk Ekstern validitet: • Styrker: tydelige inklusions- og eksklusionskriterier • Svagheder: studiepopulations leveforhold og udfordringer er ikke direkte overførbare til forældre med lav socioøkonomisk status i Danmark Reliabilitet: • Styrker: valideret spørgeskema • Svagheder: selvrapporteret outcome

Tabel 7: Præsentation og vurdering af studiet af El-Mohandes *et al.* (2003)

<i>The Effect of a Parenting Education Program on the Use of Preventive Pediatric Health Care Services Among Low-Income, Minority Mothers: A Randomized, Controlled Study</i> af El-Mohandes <i>et al.</i> (2003), Pediatrics. USA	
Formål	At undersøge, om en samfundsbase­ret intervention med fokus på forældreuddannelse påvirker tilslutningen til børneundersøgelser blandt mindre­bemidlede minoritets­mødre
Design og metode	Randomiseret kontrolleret studie (RCT) Deltagerne blok­randomiseres til kontrol- eller interventionsgruppen Interview om deltagelse i børneundersøgelser foretages ved baseline og derefter med 16-ugers intervaller. Selvrap­porterede data verificeres vha. journaler
Studiepopulation	286 mor-spædbarn-par, som ikke modtager tilstrækkelig fødselspleje, fordeles i interventions­gruppe (n=146) og kontrol­gruppe (n=140) Mødrene tilhører en socialt udsat gruppe, og majoriteten er afroamerikanere, ugifte, lavtuddannede og lever under amerikansk fattigdomsgrænse
Tiltag	I supplement til vanlig behandling modtager interventionsgruppen: 1) ugentlige hjemmebesøg indtil barnet er 5 mdr., 2) herefter gruppesessioner på hospitalet hver anden uge, 3) månedlige telefonopkald fra en specialist Hjemmebesøgene foretages af en lægperson, som har deltaget i et 9-ugers oplæringsprogram. Personen støtter og samarbejder med mødrene mhp. at imødekomme deres individuelle behov, samt informerer og rådgiver dem ift. deres børns sundhed og udvikling Gruppesessionerne består af lege­gruppe med fokus på børnenes udvikling samt støtte­gruppe for mødrene, hvor de kan sparre med hinanden og en sundhedsprofessionel med speciale i børns udvikling Specialisten har faglig indsigt i familiens ressourcer og kan henvise mødrene til social- og sundheds­ydelse og andre tilbud
Relevante resultater	Spædbørn i interventions­gruppen kommer til deres første børneundersøgelse i en tidligere alder end børn i kontrol­gruppen (hhv. 62,5 og 50 % har været til første undersøgelse ved 6-ugers alderen) Børn i interventions­gruppen deltager oftere i børneundersøgelser sammen­lignet med børn i kontrol­gruppen (hhv. 3,5 og 2,7 undersøgelser ved 1-års alderen) Fishers eksakte test viser, at der ikke er statistisk signifikant forskel ($p=0,098$) mellem interventions- og kontrol­gruppe ift., hvor mange, der har været til minimum fire undersøgelser ved 1-års alderen (hhv. 52,7 og 41,6 %). Der er statistisk signifikant ($p=0,007$) flere i interventions- end i kontrol­gruppen, der har været til minimum tre undersøgelser ved samme alder (hhv. 71,4 og 51,9 %)
Kvalitetsvurdering	Vurderet vha. Joanna Briggs Institutes tjekliste til kritisk vurdering af RCT'er (Tufanaru <i>et al.</i> , 2017b) (bilag 2.2) Intern validitet: • Styrker: confounding håndteres metodisk ved blok­randomisering; frafaldsanalyse, som viser at der ikke er forskel mellem grupperne • Svagheder: ikke anvendt intention-to-treat-analyse; relativt stort frafald Ekstern validitet: • Styrker: tydelige inklusions- og eksklusionskriterier • Svagheder: studiepopulations leveforhold og udfordringer er ikke direkte overførbare til forældre med lav socioøkonomisk status i Danmark Reliabilitet: • Styrker: selvrapporteret outcome verificeres af journaler

Tabel 8: Præsentation og vurdering af studiet af Kelaher *et al.* (2009)

<i>The Effects of an Area-Based Intervention on the Uptake of Maternal and Child Health Assessments in Australia: A Community Trial</i> af Kelaher <i>et al.</i> (2009), BMC Health Services Research. Australien	
Formål	At undersøge, om interventionen <i>Best Start</i> , der er en intervention rettet mod at forbedre børns sundhed, øger tilgængeligheden af sundhedsydelser for børn og mødre. Derudover undersøges det gennem hvilke mekanismer, ændringen finder sted
Design og metode	Quasi-eksperimentelt studie Der udsendes to spørgeskemaer til forældre med 3-årige børn hhv. før og efter implementering af Best Start i udvalgte områder i staten Victoria, Australien. Der indsamles selvrapporterede data om forældrenes tilgængelighed til information om relevante ydelser samt deres selvtillid ift. forældrerollen Deltagelsesprocenten til 3,5 års børneundersøgelsen sammenholdes med deltagelsesprocenten blandt alle børn i Victoria, som er berettiget hertil
Studiepopulation	Best Start er implementeret i 11 områder, hvor der overvejende bor udsatte familier med lav socio-økonomisk status I 2001/02 og 2004/05 besvares hhv. 1.666 og 1.838 spørgeskemaer, hvilket udgør en svarprocent på hhv. ca. 37 og 35 %. Karakteristika hos de, der besvarer er sammenlignelige med resten af populationen I 2001/02 og 2004/05 er hhv. 1.739 og 1.437 børn berettigede til 3,5 års undersøgelsen i Best Start områderne (interventionsgruppe), mens det er hhv. 45.497 og 45.953 i resten af staten (kontrolgruppe)
Tiltag	Best Start sigter mod at forbedre sundhed, trivsel, udvikling og læring hos alle børn i Victoria, hvortil der er særligt fokus på at forbedre tilgængeligheden af sundhedsydelser hos udsatte grupper. Der implementeres samfundsbaseede tiltag, som har til hensigt at øge koordinering og samarbejde på tværs af forskellige instanser, lokale udbydere og ydelser. Konkrete tiltag omfatter bl.a. legegrupper for børn fra socialt udsatte familier samt udsendelse af påmindelser og information om undersøgelsen til forældrene
Relevante resultater	Baseret på multipel logistisk regression er der en signifikant øget deltagelse i 3,5-års undersøgelsen fra 2001/02 til 2004/05 i Best Start områderne sammenlignet med resten af staten (OR=1,69, $p<0,05$) Ifølge forfatterne kan den øgede deltagelse muligvis tilskrives en påvist forbedring i forældrenes tilgængelighed til information om ydelser for børn og mødre samt øget selvtillid ift. forældrerollen
Kvalitetsvurdering	Vurderet vha. Joanna Briggs Institutes tjekliste til kritisk vurdering af quasi-eksperimentelle studier (Tufanaru <i>et al.</i>, 2017a) (bilag 2.3) Intern validitet: • Styrker: confounding håndteres statistisk Ekstern validitet: • Styrker: stor studiepopulation • Svagheder: manglende angivelse af inklusions- og eksklusionskriterier Reliabilitet: • Styrker: deltagelse i børneundersøgelse er baseret på registerdata • Svagheder: en del selvrapporteret outcome; manglende nøjagtig måling af svarprocent

Tabel 9: Præsentation og vurdering af studiet af Lever og Moore (2005)

<i>Home Visiting and Child Health Surveillance Attendance</i> af Lever og Moore (2005), Community Practitioner, England	
Formål	At undersøge, om tilslutningen til <i>Sure Start</i> og særligt til forebyggende børneundersøgelser hos alment praktiserende læge øges, hvis familier modtager et hjemmebesøg forud for undersøgelserne
Design og metode	Randomiseret kontrolleret studie (RCT) Deltagerne er tilfældigt allokeret til interventions- (n=114) og kontrolgruppe (n=129) Der udformes to spørgeskemaer bestående af kategoriske og åbne spørgsmål, som besvares vha. interview
Studiepopulation	Forældre til 243 børn, som ifm. deres 3-års fødselsdag tilbydes en rutinemæssig forebyggende børneundersøgelse. Rekrutteres blandt familier bosat i et socialt udsat boligområde i Leicester, England, som er kendetegnet ved lavt uddannelses- og indkomstniveau samt høj arbejdsløshed
Tiltag	Sure Start er et program, som søger at forbedre skolegang, sundhed og sociale forhold for børn <5 år i socialt udsatte områder af England. Interventionen søger at højne tilslutningen til dette program, hvor interventionsgruppen modtager hjemmebesøg af en forskningsassistent forud for en forebyggende børneundersøgelse. Forskningsassistenten forklarer formålet med børneundersøgelsen og drøfter mulige udfordringer ifm. deltagelse med familien. Kontrolgruppen modtager ikke besøg forud for undersøgelsen Efter tidspunktet for børneundersøgelsen besøger en forskningsassistent både interventions- og kontrolgruppen mhp. at evaluere på deltagelse i og opfattelse af undersøgelsen samt virkning af hjemmebesøget
Relevante resultater	Lidt over halvdelen af børnene kommer til undersøgelsen. Der er ikke statistisk signifikant forskel i deltagelse mellem interventions- og kontrolgruppe baseret på intention-to-treat-analyse og chi ² -test Det er ikke muligt at foretage så mange hjemmebesøg, som intenderet, men der er heller ikke statistisk signifikant forskel i deltagelsen mellem den del af interventionsgruppen, der reelt modtager hjemmebesøget, og den del, der ikke kan etableres kontakt til Forældre til børn, som deltager i 3-års undersøgelsen, angiver i højere grad, at undersøgelserne er "meget vigtige" ift. "vigtige / ikke vigtige" (OR=2,89, p=0,05) Syn på hjemmebesøget og problemer relateret til deltagelse i børneundersøgelsen er ikke forskellig blandt de, som deltager i undersøgelsen, og de, som ikke gør
Kvalitetsvurdering	Vurderet vha. Joanna Briggs Institutes tjekliste til kritisk vurdering af RCT'er (Tufanaru <i>et al.</i> , 2017b) (bilag 2.4) Intern validitet: • Styrker: confounding håndteres metodisk ved randomisering; intention-to-treat-analyse; flowchart over studiepopulationen, frafaldsanalyse; forskellige forskningsassistenter leverer og evaluerer indsatsen i interventionsgruppen (mindsker risiko for informationsbias) • Svagheder: manglende sammenligning af karakteristika hos kontrol- og interventionsgruppe Ekstern validitet: • Styrker: tilnærmelsesvis samme opbygning af sundhedssystem som i Danmark • Svagheder: inklusions- og eksklusionskriterier fremgår ikke; generaliserbarhed er begrænset til populationer, der er svært socialt udsatte Reliabilitet: • Svagheder: outcome er selvrapporteret

Tabel 10: Præsentation og vurdering af studiet af Margolis *et al.* (2001)

<i>From Concept to Application: The Impact of a Community-Wide Intervention to Improve the Delivery of Preventive Services to Children</i> af Margolis <i>et al.</i> (2001), Pediatrics. USA	
Formål	At forbedre måden hvorpå de forebyggende sundhedsundersøgelser leveres til alle børn indenfor et geografisk afgrænset område. Dette med særligt fokus på sundhedsmæssige udfald for mindrebemidlede mødre og deres småbørn. Hertil er der fokus på ændringer i antallet af udførte børneundersøgelser
Design og metode	Analytisk, historisk kohortestudie Mødre i eksponeringsgruppen interviewes ved indskrivelse i studiet og ved 12 måneders follow-up. Her spørges ind til demografiske karakteristika samt medicinsk historie. Ved follow-up indsamles data for outcome i form af indikatorer for moderens og barnets sundhed, herunder også deltagelse i børneundersøgelser. Yderligere anvendes patientjournaler til at verificere de selvrappede data
Studiepopulation	Eksponeringsgruppen (n=103) udgøres af kvinder, som opsøger prænatale ydelser tilbudt til mindrebemidlede kvinder på et offentligt sundhedscenter. De rekrutteres i perioden april 1995 til marts 1996 til at deltage i et intensivt hjemmebesøgsprogram Den ikke-eksponerede gruppe (n=105) udgøres af mindrebemidlede kvinder, der har opsøgt prænatale ydelser i de sidste 9 mdr. inden interventionens opstart i perioden november 1994 til marts 1995
Tiltag	Interventionen <i>The Linkages for Prevention project</i> intervenserer på tre niveauer: 1) Samfunds niveau: a) gennemføre politiske ændringer, som resulterer i en ændring af tilgængelige ressourcer i sundhedsvæsenet, b) engagere forskellige organisationer i samfundet i interventionen for at nå så mange familier som muligt, c) forbedre kommunikationen internt og eksternt mellem offentlige og private organisationer for at forbedre koordinering og undgå duplikation af services 2) Organisationsniveau: overkomme specifikke barrierer for forebyggende sundhedsydelser i måden, hvorpå praksisser tilbyder ydelserne ved at udvikle processer og strategier til at screene, rekruttere og indskrive familier 3) Familieniveau: intensive hjemmebesøg tilbydes fattige gravide kvinder og deres småbørn mhp. at håndtere risikofaktorer for uønskede sundhedsudfald. Består af 2-4 besøg per måned i barnets første leveår. Formålet er at a) give forælderundervisning i spæd- og småbørns sundhed og udvikling, b) forbedre forældres uformelle støttenetværk og c) forbinde forældre med relevante programmer for social- og sundhedsydelser. Hjemmebesøgene udføres af en sundhedsplejerske og en underviser med speciale i børns udvikling
Relevante resultater	Baseret på multipel logistisk regression er mødre i interventionsgruppen mere tilbøjelige til at have haft deres barn til ≥ 4 forebyggende børneundersøgelser i barnets første leveår sammenlignet med kontrolgruppen (OR=2,2, p=0,02)
Kvalitetsvurdering	Vurderet vha. Joanna Briggs Institutes tjekliste til kritisk vurdering af kohortestudier (Moola <i>et al.</i>, 2017) (bilag 2.5) Intern validitet: • Styrker: confounding håndteres statistisk; angivelse af årsager til frafald; den eksponerede gruppe behandles ens i den statistiske analyse uafhængigt af, hvor lang tid de har modtaget interventionen • Svagheder: karakteristika hos eksponerede og ikke-eksponerede sammenlignes ikke statistisk Ekstern validitet: • Svagheder: mangel på eksplicite inklusions- og eksklusionskriterier Reliabilitet: • Styrker: selvrapporeret outcome verificeres af journaler; validerede spørgeskemaer

6.1.1 Sammenfatning af studierne resultater

I alle de inkluderede studier undersøges det, hvorvidt en given intervention har indvirkning på tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser i form af øget deltagelse. I det følgende præ-senteres de overordnede karakteristika for studiepopulationerne, idet det har betydning for, hvilke befolkningsgrupper interventionerne potentielt kan øge tilslutningen hos, og dermed hvem resultaterne kan generaliseres til. Dernæst følger en analyse af, hvilke niveauer (jf. Sallis, Owen og Fishers (2008) socioøkologiske model), der interverneres på i studierne, idet det kan bidrage til en vurdering af hvilke niveauer, det er mest hensigtsmæssigt at sætte ind på.

6.1.1.1 Studiepopulationernes karakteristika

Interventionerne i de inkluderende studier er alle målrettet forældre med lav socioøkonomisk status (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003; Lever og Moore, 2005; Coker *et al.*, 2016), hvilket udtrykkes ved, at de respektive studiepopulationer er karakteriseret ved at være lavtuddannede (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003; Lever og Moore, 2005; Coker *et al.*, 2016) og have lav indkomst (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003; Lever og Moore, 2005; Coker *et al.*, 2016). I studiet af Kelaher *et al.* (2009) er inklusions- og eksklusionskriterierne for studiepopulationen ikke specificeret, men det fremgår, at interventionen *Best Start* er målrettet socialt dårligt stillede familier, hvorfor studiepopulationen antages at have nogle af de samme karakteristika som i de øvrige studier. De inkluderede studier afspejler således, at der i eksisterende forskningslitteratur er et særligt fokus på at implementere og af-dække virkningen af tiltag rettet mod forældre med lav socioøkonomisk status.

6.1.1.2 Komplekse interventioner

Størstedelen af de inkluderede studier er baseret på multikomponente interventioner, som intervernerer på flere niveauer (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003; Kelaher *et al.*, 2009; Coker *et al.*, 2016). Tiltagene omhandler særligt ændringer på organisatorisk niveau i form af implementering af nye tilbud og forbedret kommunikation på tværs af praksisorganisationer (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003; Kelaher *et al.*, 2009). Dertil retter flere af studierne sig mod det interpersonelle niveau, hvor der er fokus på at styrke det sociale netværk blandt forældre (El-Mohandes *et al.*, 2003; Kelaher *et al.*, 2009) og skabe en forbedret kontakt og relation mellem familie og sundhedsprofessionel (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003). I studierne af Margolis *et al.* (2001) og Kelaher *et al.* (2009) foretages ydermere ændringer på samfundsniveau, hvor forskellige instanser engageres i tiltaget mhp. at

nå flere forældre (Margolis *et al.*, 2001), og relevante ydelser for udsatte mødre og deres børn promoveres og koordineres (Kelaher *et al.*, 2009). Kun i studiet af Margolis *et al.* (2001) implementeres tiltag på politisk niveau i form af ændring af de tilgængelige ressourcer i sundhedsvæsenet. I studiet af Lever og Moore (2005) intervenseres kun på interpersonelt niveau i form af oplysende hjemmebesøg, dog øger tiltaget ikke tilslutningen til børneundersøgelserne.

Studierne, som intervenserer på flere niveauer, finder alle, med undtagelse af Coker *et al.* (2016), at de respektive tiltag øger deltagelsen i forebyggende børneundersøgelser (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003; Kelaher *et al.*, 2009), hvorfor det tyder på, at multikomponente interventioner, der intervenserer på flere niveauer, er virkningsfulde. De enkelte komponenter i interventionerne er ikke analyseret separat i studierne, og de kan derfor muligvis ikke stå alene. Uanfægtet, at komponenterne skal ses i samspil, behandles de i det følgende separat, hvor de inddeles i temaer, som går på tværs af flere studier. Fælles for temaerne er, at de repræsenterer tiltag, som potentielt kan have indvirkning på tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser. Der er i de inkluderede studier identificeret fire overordnede temaer: *påmindelse, information, personlig kontakt til sundhedsprofessionelle og socialt netværk*.

6.1.1.3 Påmindelse

I tre af studierne er der inkorporeret påmindelser om kommende børneundersøgelser (Lever og Moore, 2005; Kelaher *et al.*, 2009; Coker *et al.*, 2016). Her gør Coker *et al.* (2016) brug af en autogenereret SMS-service, som foruden en påmindelse indeholder aldersspecifikke sundhedsoplysninger, mens Lever og Moore (2005) benytter hjemmebesøg til at minde familierne om forestående undersøgelser. Ingen af disse interventioner har dog en statistisk signifikant effekt på deltagelsen i de forebyggende børneundersøgelser (Lever and Moore, 2005; Coker *et al.*, 2016).

I studiet af Kelaher *et al.* (2009) er der ligeledes inkorporeret en påmindelsesfunktion, men denne beskrives ikke i detaljer, hvorfor det ikke er muligt at udlede, hvad den reelt indebærer. I modsætning til de andre studier, som inkorporerer påmindelser, har tilgangen i denne intervention dog statistisk signifikant indvirkning på tilslutningen i form af øget deltagelse Kelaher *et al.* (2009). Der er således ikke en entydig effekt af påmindelser, hvilket skal ses i lyset af, at interventionerne er implementeret i forskellige kontekster, og at der er forskel i påmindelsernes form og den måde, hvorpå de søger at nå ud til forældrene. Hertil er særligt interventionerne af

Coker *et al.* (2016) og Kelaher *et al.* (2009) komplekse og består af flere elementer, som hver især kan have betydning for deltagelsen. Det kan således være vanskeligt at udlede, om ændringen i deltagelsen i én kontekst (Kelaher *et al.*, 2009) såvel som manglen på samme i en anden (Coker *et al.*, 2016) kan tilskrives påmindelsesordninger. Det tyder dog på, at påmindelser som et led i en samfundsbase ret indsats, hvor forskellige lokale udbydere samarbejder om at skabe et godt miljø for børn (Kelaher *et al.*, 2009), har en positiv effekt på deltagelsen i forebyggende børneundersøgelser.

6.1.1.4 Information

I studiet af Lever og Moore (2005) besøger en forskningsassistent forældrene i hjemmet og informerer dem om formålet med 3-års undersøgelsen, idet det formodes, at oplysning har betydning for deltagelsen. Studiets resultater viser dog ikke en statistisk signifikant forskel i tilslutningen, uagtet om kontrolgruppen sammenlignes med dem, som reelt modtager interventionen, eller om interventionsgruppen analyseres efter intention-to-treat (Lever og Moore, 2005). Det tyder således ikke på, at information om børneundersøgelser forud for disse har indvirkning på tilslutningen.

Information indgår ligeledes som et centralt element i interventionen *PARENT*, hvor forældre periodisk modtager en SMS, der foruden en påmindelse om forestående børneundersøgelser indeholder aldersspecifikke sundhedsoplysninger (Coker *et al.*, 2016). Der er således anvendt en anden tilgang end i studiet af Lever og Moore (2005), hvor informationen for det første ikke overleveres mundtligt men skriftligt, og hvor indholdet i informationen ligeledes adskiller sig. I studiet af Lever og Moore (2005) oplyses forældrene direkte om formålet med undersøgelsen, hvorimod studiet af Coker *et al.* (2016) beror på en mere indirekte tilskyndelse til deltagelse i form af aldersspecifik information om sundhed hos børn. Fælles for de to tilgange er dog, at de formentlig har til hensigt at få forældrene til at forstå vigtigheden af undersøgelserne, således deltagelse prioriteres højere. I studiet af Coker *et al.* (2016) ses der ej heller en statistisk signifikant forskel i tilslutningen mellem kontrol- og interventionsgruppen.

I modsætning til ovennævnte studier, finder Kelaher *et al.* (2009). en statistisk signifikant øget deltagelse efter implementering af interventionen *Best Start*, der ligeledes indebærer et informationselement. Som en del af denne intervention øges forældres tilgængelighed til information om børneundersøgelser ved bl.a. at tilsende dette (Kelaher *et al.*, 2009). Studiet viser, at

forældres tilgængelighed til denne type information er signifikant forbedret i områder, hvor *Best Start* er implementeret, ift. samme periode i andre områder inden for samme stat (Kelaher *et al.*, 2009). Forfatterne angiver på baggrund heraf, at den påviste øgede deltagelse potentielt kan tilskrives en øget tilgængelighed af information (Kelaher *et al.*, 2009). Dette indikerer, at information og oplysning muligvis har en positiv effekt på tilslutningen, hvis det kombineres med bl.a. påmindelse og indgår som en del af en større samfundsbaseeret indsats.

6.1.1.5 Personlig kontakt til sundhedsprofessionelle

Flere af de inkluderede studier er baseret på interventioner, som øger den personlige kontakt mellem forældre og repræsentanter for sundhedsvæsenet. I studierne af El-Mohandes *et al.* (2003), Lever og Moore (2005) og Margolis *et al.* (2001) modtager familierne hjemmebesøg af sundhedsprofessionelle, som informerer, støtter og vejleder dem. Det giver bl.a. forældrene mulighed for at drøfte barnets sundhed og udvikling med en sundhedsprofessionel (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003) samt modtage information om forebyggende børneundersøgelser og andre relevante sundhedsydelse (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003; Lever og Moore, 2005). Den personlige kontakt kan potentielt bidrage til at skabe forbindelse mellem forældrene og sundhedsvæsenet og derigennem facilitere tilgængeligheden af sundhedsydelser. Hertil kan hjemmebesøg i kombination med andre tiltag være effektive til at øge deltagelsen i forebyggende børneundersøgelser blandt lavtuddannede og socialt udsatte (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003). I studiet af Lever og Moore (2005), hvor hjemmebesøget ikke kombineres med andre understøttende foranstaltninger, er der dog ikke statistisk signifikant forskel i deltagelsen mellem kontrol- og interventionsgruppen, hvorfor denne type tiltag muligvis ikke kan stå alene.

I studiet af Coker *et al.* (2016) er der ligeledes fokus på den personlige kontakt i form af en forældevejleder, der fungerer som forældrenes primære kontaktperson. Forældevejlederen står bl.a. til rådighed, hvis forældrene har spørgsmål relateret til barnets sundhed (Coker *et al.*, 2016). Derudover faciliterer forældevejlederen kontakten mellem forældrene og lægen (Coker *et al.*, 2016) og udgør på den måde et bindeled mellem de enkelte familier og sundhedsvæsenet. Interventionen, som desuden omfatter påmindelser per SMS og et digitalt screeningsværktøj, har dog ikke statistisk signifikant effekt på deltagelsen i forebyggende børneundersøgelser blandt familier med lav socioøkonomisk status (Coker *et al.*, 2016).

Der er således ikke en entydig effekt af personlig kontakt mellem forældre og sundhedsprofessionelle på familiers deltagelse i forebyggende børneundersøgelser. Der er dog forskelle mellem interventionerne, som sammenlignes, hvorfor nogle former for personlig kontakt kan formodes at have større effekt på tilslutningen end andre. Ydermere er flere af studierne multikomponente, hvorfor en øget tilslutning ikke nødvendigvis afspejler den entydige effekt af personlig kontakt, men kan være et udtryk for den kombinerede effekt af flere samtidige tiltag.

6.1.1.6 Socialt netværk

Foruden den personlige kontakt til sundhedsprofessionelle vedrører to af studierne betydningen af deltagernes sociale netværk, hvortil der i studierne af Kelaher *et al.* (2009) og El-Mohandes *et al.* (2003) arrangeres legegrupper for børnene i interventionsgrupperne. I studiet af El-Mohandes *et al.* (2003) finder legegrupperne sted på et hospital, og de styres af en sundhedsprofessionel med ekspertise inden for spædbørns udvikling, som bl.a. faciliterer forælder-barn-interaktionen. Ydermere danner legegrupperne forum for interaktion mellem mødre i form af udveksling af bekymringer og glæder samt mulighed for sparring med andre, som er i lignende situation (El-Mohandes *et al.*, 2003). Herigennem kan mødre potentielt opbygge et nyt socialt netværk, hvorigennem de kan opnå social støtte (El-Mohandes *et al.*, 2003). I studiet af Margolis *et al.* (2001) er der ligeledes fokus på betydningen af forældrenes sociale støtte fra uformelle netværk. Her er det dog ikke beskrevet, hvordan den implementerede intervention skaber rammerne for opbygning af sociale relationer, men af resultatafsnittet fremgår det, at de mødre, som modtager interventionen, rapporterer et højere niveau af social støtte (Margolis *et al.*, 2001).

Studierne af El-Mohandes *et al.* (2003), Kelaher *et al.* (2009) og Margolis *et al.* (2001) finder alle en øget deltagelse i forebyggende børneundersøgelser efter implementering af de pågældende interventioner. Selvom studierne adskiller sig på en række punkter, tyder det således på, at der kan være en gavnlig effekt af interventioner, som understøtter opbygning af uformelle sociale netværk.

6.1.2 Opsummering

Opsummerende kan det for litteraturstudiet udledes, at øget tilslutning til forebyggende børneundersøgelser fordrer komplekse interventioner, idet der ikke er en entydig effekt af de enkelte komponenter. Af resultaterne tyder det på, at information og påmindelser har en positiv effekt på tilslutningen, hvis det implementeres som del af en multikomponent indsats, som

intervenerer på flere niveauer. Hertil kan hjemmebesøg af en sundhedsprofessionel potentielt være fremmende for deltagelse hos familier med lav socioøkonomisk status, idet forældrene kan få informationer, støtte og vejledning fra de sundhedsprofessionelle. Desuden kan understøttelse af forældres uformelle sociale netværk bidrage til oplevelsen af social støtte, hvilket kan have en positiv indvirkning på tilslutningen. På baggrund af den systematiske litteratursøgning kan det konkluderes, at der er sparsom evidens på området, hvortil den eksisterende forskningslitteratur omhandler forældre med lav socioøkonomisk status. Der er således behov for yderligere forskning, som bl.a. fokuserer på, hvordan tilslutningen kan øges hos den øvrige befolkning.

6.2 Spørgeskema

I det følgende præsenteres resultaterne af specialets spørgeskemaundersøgelse, hvor fokus er på at undersøge, hvem der deltager i børneundersøgelserprogrammet i Region Nordjylland, samt hvilke barrierer og fremmende faktorer for deltagelse, der forekommer i studiepopulationen. Det er ikke muligt at beregne en svarprocent for spørgeskemaet, da det grundet rekrutteringsstrategien er uvist, hvor mange forældre spørgeskemaet reelt er nået ud til. I alt har 194 forældre besvaret spørgeskemaet, hvoraf 27 besvarelser er fra børnehaver og 167 er fra Facebook. Den største andel af besvarelserne er således udgjort af respondenter rekrutteret gennem Facebook. Forud for de følgende statistiske analyser er 28 besvarelser ekskluderet, idet de opfylder eksklusionskriterierne (se figur 5, afsnit 5.4.1.6.1).

6.2.1 Studiepopulationens karakteristika

Tabel 11 sammenligner karakteristika for de 166 respondenter fordelt på deltagelse i hhv. alle eller nogle/ingen børneundersøgelser. Karakteristikaene er inddelt i tre overordnede kategorier: *respondent*, *husstand* og *barn*, som de to grupper sammenlignes ud fra vha. Chi²-test.

Tabel 11: Studiepopulationens karakteristika fordelt på deltagelse i alle eller nogle/ingen børneundersøgelser

	Deltaget i alle BU, n (%) ^A	Deltaget i nogle el- ler ingen BU, n (%) ^A	Chi ²	Samlet, N (%) ^B
<i>Respondent</i>				
Relation til barnet			$p = 0,973$	
Far (biologisk eller ikke-biologisk)	11 (84,62)	2 (15,38)		13 (7,83)
Mor (biologisk eller ikke-biologisk)	130 (84,97)	23 (15,03)		153 (92,17)
Alder			$p = 0,908$	
≤29 år	47 (83,93)	9 (16,07)		56 (33,73)
30-39 år	85 (85,86)	14 (14,14)		99 (59,64)
≥40 år	9 (81,82)	2 (18,18)		11 (6,63)
Civilstand			$p = 0,652$	
Ikke-samlever	8 (80,00)	2 (20,00)		10 (6,02)
Samlever	133 (85,26)	23 (14,74)		156 (93,98)
Uddannelsesniveau			$p = 0,023^*$	
Folkeskole	0 (0,00)	1 (100,00)		1 (0,60)
Ungdomsuddannelse	15 (83,33)	3 (16,67)		18 (10,84)
Kort videregående	16 (80,00)	4 (20,00)		20 (12,05)
Mellemlang videregående	62 (84,93)	11 (15,07)		73 (43,98)
Lang videregående	48 (90,57)	5 (9,43)		53 (31,93)
Andet	0 (0,00)	1 (100,00)		1 (0,60)
<i>Husstand</i>				
Arbejde			$p = 0,133$	
Respondent i job (ingen samlever)	5 (100,00)	0 (0,00)		5 (3,01)
Respondent ikke i job (ingen samlever)	3 (60,00)	2 (40,00)		5 (3,01)
Respondent <i>eller</i> samlever i job	32 (78,05)	9 (21,95)		41 (24,70)
Respondent <i>og</i> samlever i job	101 (87,83)	14 (12,17)		115 (69,28)
Børn i alt			$p = 0,261$	
1	33 (78,57)	9 (21,43)		42 (25,30)
2	84 (87,50)	12 (12,50)		96 (57,83)
3	20 (90,91)	2 (9,09)		22 (13,25)
≥4	4 (66,67)	2 (33,33)		6 (3,61)
<i>Barn</i>				
Køn			$p = 0,912$	
Dreng	75 (85,23)	13 (14,77)		88 (53,01)
Pige	66 (84,62)	12 (15,38)		78 (46,99)

Helbred ift. jævnaldrende			<i>p= 0,056</i>	
Syg oftere	8 (88,89)	1 (11,11)		9 (5,42)
Ikke syg oftere	133 (85,26)	23 (14,74)		156 (93,98)
Ved ikke	0 (0,00)	1 (100,00)		1 (0,60)
I alt	141 (84,94)	25 (15,06)		166

*P<0,05

A Angiver procentuering horisontalt

B Angiver procentuering vertikalt

Af tabel 11 fremgår det overordnet, at majoriteten af respondenterne er mødre (biologiske eller ikke-biologiske) (92,17 %), er mellem 30-39 år (59,64 %), bor med en samlever (93,98 %) og har gennemført en mellemlang (43,98 %) eller lang videregående uddannelse (31,93 %). Endvidere fremgår, at i størstedelen af husstandene (69,28 %) er både respondent og samlever i job. Størstedelen af respondenterne angiver desuden at have mere end ét barn i husstanden, mens omtrent lige mange respondenter har besvaret spørgeskemaet ud fra om barnet er dreng eller pige (hhv. 53,01 % og 46,99 %). Ydermere vurderer majoriteten, at deres barn ikke er oftere ramt af sygdom end andre jævnaldrende (93,98 %).

Opdeles de forskellige karakteristika for studiepopulationen på deltagelse i hhv. alle eller nogle/ingen børneundersøgelser, fremgår det, at majoriteten af respondenterne har deltaget i alle børneundersøgelser (84,94 %). Baseret på ovenstående karakteristika fremkommer der overordnet ikke statistisk signifikant forskel på de to grupper, hvilket kan skyldes studiepopulationens størrelse. Dette med undtagelse af uddannelsesniveau, hvor der er statistisk signifikant forskel i deltagelse i børneundersøgelserne ($p=0,023$). Her har særligt respondenter med lang videregående uddannelse deltaget i alle børneundersøgelserne (90,57 %), mens der ses en tendens til et fald i deltagelsesprocenten med lavere uddannelsesniveau. Endvidere bemærkes, at der fremkommer en nær-signifikant association mellem deltagelse i børneundersøgelser og forældrenes vurdering af barnets helbred ($p=0,056$). Her ses således en tendens til, at forældre der ikke vurderer, at deres barn oftere er ramt af sygdom end jævnaldrende, hyppigere udebli-
ver fra børneundersøgelser (14,74 %), end forældre der vurderer, at deres barn oftere er sygt end jævnaldrende (11,11 %).

6.2.2 Barrierer for deltagelse

I de følgende statistiske analyser belyses barrierer for deltagelse i børneundersøgelserne vha. logistisk regression. I analyserne udgør de givne barrierer de afhængige variable, mens

uddannelsesniveau udgør den uafhængige. Den uafhængige variabel præsenteres med fire kategorier for uddannelsesniveau, hvor folkeskole og ungdomsuddannelse er lagt sammen grundet antallet af respondenter. Analyserne afspejler den proportionel universalistiske tilgang, idet de gør det muligt at vurdere, om en given barriere primært optræder uafhængigt af uddannelsesniveau og dermed socioøkonomisk status, eller om den primært optræder hos forældre med et bestemt uddannelsesniveau.

6.2.2.1 Barrierer som ikke er forbundet med ikke-deltagelse

Tabel 12 er baseret på de 161 respondenter, som har deltaget i nogle/alle børneundersøgelser. I tabellen præsenteres barrierer for deltagelse i børneundersøgelserne, som *ikke* er forbundet med ikke-deltagelse. Blot to forældre har angivet *transportmuligheder* som barriere for deltagelse, hvilket ikke er tilstrækkeligt datagrundlag til at udføre den planlagte statistiske analyse, hvorfor barrieren ikke fremgår af tabellen.

Tabel 12: Barrierer som *ikke* er forbundet med ikke-deltagelse

	OR (95 % CI) ^A n (%) ^B				
	Folkeskole eller ungdomsuddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse	I alt, N (%)
At få fri fra arbejde	1,53 (0,34-6,90)	2,74 (0,72-10,34)	1,24 (0,42-3,65)	1	24 (14,91)
	3 (16,67)	5 (26,32)	10 (13,89)	6 (11,54)	
At få passet andre børn	6,73 (0,56-81,39)	6,73 (0,56-81,39)	1,37 (0,12-15,67)	1	7 (5,83)
	2 (15,38)	2 (15,38)	2 (3,57)	1 (2,63)	
At få tid ved lægen	0,80 (0,15-4,28)	1,71 (0,44-6,60)	1,42 (0,52-3,84)	1	26 (16,15)
	2 (11,11)	4 (21,05)	13 (18,06)	7 (13,46)	
Transporttid	6,38 (0,54-75,09)	-	1,46 (0,13-16,52)	1	5 (3,11)
	2 (11,11)	0 (0,00)	2 (2,78)	1 (1,92)	
Ingen vanskeligheder	0,94 (0,26-3,43)	0,46 (0,15-1,45)	0,65 (0,28-1,51)	1	118 (73,30)
	14 (77,78)	12 (63,16)	51 (70,83)	41 (78,85)	
I alt	18 (11,18)	19 (11,80)	72 (44,72)	52 (32,30)	161

A Logistisk regression

B Antal besvarelser samt procentvis andel ud af totalen inden for det givne uddannelsesniveau

Af tabel 12 fremgår overordnet, at majoriteten af studiepopulationen ingen vanskeligheder har ifm. deltagelse i børneundersøgelserne (73,30 %). De barrierer, som respondenterne har angivet, er overvejende at få tid ved lægen (16,15 %) samt at få fri fra arbejde (14,91 %). Eftersom disse barrierer ikke er forbundet med ikke-deltagelse i børneundersøgelserne, kan de have karakter af mere praktiske vanskeligheder end reelle hindringer for deltagelse.

Baseret på de logistiske regressioner er der ikke statistisk signifikant sammenhæng mellem de forskellige barrierer og respondenternes uddannelsesniveau, hvilket illustreres ved, at alle konfidensintervaller indeholder værdien ét. Ift. at få fri fra arbejde fremkommer der dog en tendens til, at respondenter med kortere uddannelsesniveau har højere odds for at angive dette som barriere for deltagelse end respondenter med længere uddannelsesniveau. Her har respondenter med folkeskole/ungdomsuddannelse og kort videregående uddannelse hhv. 1,5 og 2,7 gange større odds for at have problemer relateret til at få fri fra arbejde sammenholdt med respondenter med lang videregående uddannelse. Det tyder således på, at arbejdstider er af særlig stor betydning for deltagelsen for forældre med et lavere uddannelsesniveau, selvom der ikke er en statistisk signifikant sammenhæng. I forlængelse heraf er der 6,7 gange så stor odds for at have vanskeligheder med at få passet andre børn for respondenter med folkeskole, ungdomsuddannelse eller kort videregående uddannelse, sammenlignet med respondenter med lang videregående uddannelse. Dog har blot 5,83 % af respondenterne angivet dette som en barriere for deltagelse, hvorfor det ikke tyder på at være et prævalent problem. Slutteligt forekommer, at respondenter med lang videregående uddannelse har større odds for ikke at have vanskeligheder forbundet med deltagelse.

6.2.2.2 Barrierer som er forbundet med ikke-deltagelse

Tabel 13 er baseret på de 24 respondenter, der har deltaget i nogle eller ingen børneundersøgelser, og den afspejler således barrierer, som er forbundet med ikke-deltagelse.

Idet ingen respondenter har angivet svarmulighederne *at få fri fra arbejde*, *at få passet andre børn*, *manglende transportmuligheder*, *transporttid*, og *glemte at møde op* præsenteres disse ikke i tabellen. Endvidere har blot to respondenter angivet *tidligere dårlig oplevelse hos lægen*, *manglende information* samt *ønsker ikke at deltage i børneundersøgelserne* som barrierer forbundet med ikke-deltagelse, hvilket ikke er tilstrækkeligt datagrundlag for de statistiske analyser. Disse fremgår derfor heller ikke af tabellen. Det samme gælder for barrieren *manglende udbytte af tidligere undersøgelser*, idet blot én forælder har angivet dette som barriere knyttet til ikke-deltagelse.

Tabel 13: Barrierer forbundet med ikke-deltagelse

	OR (95 % CI) ^A n (%) ^B				
	Folkeskole eller ungdomsuddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse	I alt, N (%)
Barnet var helt rask	1,33 (0,57-31,12)	4,00 (0,21-75,66)	1,5 (0,12-19,44)	1	7 (29,17)
	1 (25,00)	2 (50,00)	3 (27,27)	1 (20,00)	
Glemte at bestille tid	1,33 (0,57-31,12)	-	2,86 (0,19-28,18)	1	6 (25,00)
	1 (25,00)	0 (0,00)	4 (36,36)	1 (20,00)	
Sygdom i husstanden	-	-	1,50 (0,12-19,44)	1	4 (16,67)
	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (27,27)	1 (20,00)	
I alt	4 (16,67)	4 (16,67)	11 (45,83)	5 (20,83)	24

A Logistisk regression

B Antal besvarelser samt procentvis andel ud af totalen inden for det givne uddannelsesniveau

Af tabellen fremgår det, at de primære barrierer forbundet med ikke-deltagelse er, at barnet er helt rask (29,17 %), samt at respondenterne glemmer at bestille tid (25,00 %). Baseret på de logistiske regressioner er der ikke statistisk signifikant sammenhæng mellem disse barrierer og uddannelsesniveau, hvilket illustreres ved, at konfidensintervallerne overlapper værdien ét. Dog fremgår det, at forældre med kort videregående uddannelse har fire gange større odds (OR 4,00 (95 % CI 0,21-75,66)) for at have angivet, at barnet var helt rask som barriere forbundet med ikke-deltagelse, sammenlignet med respondenter med lang videregående uddannelse. Her til har respondenter med hhv. mellemlang videregående uddannelse og folkeskole/ungdomsuddannelse hhv. 1,5 (95 % CI 0,12-19,44) og 1,3 (95 % CI 0,57-31,12) gange større odds for at have angivet denne barrierer, sammenlignet med respondenter med lang videregående uddannelse. Således følger sandsynligheden for angivelse af denne barriere ikke uddannelsesniveau, hvorfor barrieren potentielt kan forekomme hos alle forældre uafhængigt af socioøkonomisk status. Endvidere fremgår det, at respondenter med folkeskole/ungdomsuddannelse eller mellemlang videregående uddannelse har hhv. 1,3 og 2,9 gange højere odds for at glemme at bestille tid, sammenlignet med forældre med lang videregående uddannelse. Slutteligt har tre forældre anvendt den åbne svarkategori, hvori de har angivet aflysninger ved lægen grundet COVID-19 som begrundelse for ikke-deltagelse. Overordnet kan fraværet af statistisk signifikans i analyserne skyldes det forholdsvis lave antal respondenter (N=24), som gør det vanskeligt at påvise signifikante sammenhænge.

6.2.3 Fremmende faktorer for deltagelse

Ligesom ved barrierer belyses fremmende faktorer for deltagelse i børneundersøgelserne vha. logistisk regression, hvor uddannelsesniveau er den uafhængige variabel og fremmende faktorer udgør de afhængige variable. De fremmende faktorer afspejles i tabel 14, og er baseret på de 161 respondenter, som har deltaget i nogle eller alle børneundersøgelser. Hertil er alle mulige svarmuligheder anvendt i et omfang, som gør det muligt at lave logistiske regressioner.

Tabel 14: Fremmende faktorer for deltagelse

	OR (95 % CI) ^A n (%) ^B				
	Folkeskole eller ungdomsuddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse	I alt, N (%)
Bekymring for barnets helbred og/eller udvikling	-	5,54 (1,36-22,60)*	0,90 (0,23-3,51)	1	15 (9,32)
	0 (0,00)	6 (31,58)	5 (6,94)	4 (7,69)	
Undersøgelse foretaget ifm. vaccination	1,67 (0,33-8,60)	0,59 (0,17-2,04)	1,47 (0,54-3,99)	1	136 (84,47)
	16 (88,89)	14 (73,68)	63 (87,50)	43 (82,69)	
Mulighed for at stille spørgsmål til og få rådgivning fra lægen	0,31 (0,06-1,51)	1,14 (0,36-3,55)	0,54 (0,23-1,27)	1	36 (22,36)
	2 (11,11)	6 (31,58)	13 (18,06)	15 (28,85)	
Lægefaglig bekræftelse af, at barnet har det godt	0,56 (0,18-1,67)	0,61 (0,21-1,81)	0,52 (0,24-1,11)	1	96 (59,63)
	11 (61,11)	11 (57,89)	39 (54,17)	36 (69,23)	
Opbygning af relation mellem barn og læge	0,70 (0,20-2,49)	0,46 (0,12-1,82)	0,31 (0,12-0,80)	1	30 (18,63)
	4 (22,22)	3 (15,79)	8 (11,11)	15 (28,85)	
Påmindelse i e-Boks	1,29 (0,29-5,61)	1,71 (0,44-6,68)	1,04 (0,37-2,93)	1	24 (14,91)
	3 (16,67)	4 (21,05)	10 (13,89)	7 (13,46)	
Indkaldelse fra egen læge	4,67 (0,93-23,36)	4,36 (0,88-21,68)	1,76 (0,43-7,15)	1	18 (11,18)
	4 (22,22)	4 (21,05)	7 (9,72)	3 (5,77)	
I alt	18 (11,18)	19 (11,80)	72 (44,72)	52 (32,30)	161

A Logistisk regression

B Antal besvarelser samt procentvis andel ud af totalen inden for det givne uddannelsesniveau

*P<0,05

Tabel 14 viser at over halvdelen af respondenterne angiver, at lægefaglig bekræftelse af at barnet har det godt (59,63 %), samt at undersøgelsen foretages ifm. vaccination (84,47 %) er fremmende for deltagelse i børneundersøgelserne. Sammenfald med børnevaccinationsprogrammet har således potentielt betydning for respondenternes deltagelse i børneundersøgelserne.

Baseret på logistisk regression fremkommer det, at respondenter med kort videregående uddannelse har statistisk signifikant øget odds (OR 5,54 (95 % CI 1,36-22,60)) for at vurdere bekymring for barnets helbred og/eller udvikling som en fremmende faktor for deltagelse, sammenlignet med respondenter med lang videregående uddannelse. Endvidere fremkommer en tendens til, at respondenter med lang videregående uddannelse har højere odds for at angive, at lægefaglig bekræftelse af at barnet har det godt er fremmende for deltagelse, sammenlignet med de øvrige uddannelsesniveauer. Lignende tendens er gældende ift. at have angivet opbygning af en god relation mellem barn og læge som en fremmende faktor. Omvendt fremkommer en tendens til, at forældre med lang videregående uddannelse er mindre tilbøjelige til at vurdere påmindelse i e-Boks og indkaldelse fra egen læge som fremmende for deltagelse, sammenlignet med øvrige uddannelsesniveauer. Her fremgår det eksempelvis, at respondenter med folkeskole/ungdomsuddannelse eller kort videregående uddannelse har mere end fire gang så stor sandsynlighed (hhv. OR 4,67 (95 % CI 0,93-23,36) og OR 4,36 (95% CI 0,88-21,68)) for at have angivet indkaldelse fra egen læge som fremmende faktor, sammenlignet med respondenter med lang videregående uddannelse. Der synes således at være en tendens til, at påmindelser og indkaldelser har størst betydning for deltagelse hos forældre med lavere uddannelsesniveau. Slutteligt har nogle respondenter benyttet sig af den åbne svarmulighed, hvoraf tre bl.a. har givet udtryk for, at de selv har husket børneundersøgelserne, og at deres deltagelse derfor ikke udspringer af eksterne fremmende faktorer. Hertil angiver en respondent, at deltagelse skyldes en gængs holdning om, at forældre bør tage deres børn til børneundersøgelserne, hvilket er et udtryk for en internalisering af normer i samfundet.

6.2.3.1 Information om børneundersøgelser

Da det formodes, at forældre er nødt til at kende til børneundersøgelsesprogrammet for at kunne deltage heri, kan information og oplysning betragtes som en potentiel fremmende faktor for deltagelse. Af tabel 15 fremgår det derfor, om respondenterne er blevet oplyst og/eller selv har opsøgt information om undersøgelserne, samt hvilke informationskilder de har anvendt hertil. I forlængelse heraf fremgår det, om de har modtaget en påmindelse om undersøgelserne i e-

Boks, idet det også kan udgøre en potentiel fremmede faktor. For at vurdere om der er sammenhæng mellem deltagelse og information samt påmindelse foretages χ^2 -test.

Tabel 15: Information og påmindelse om børneundersøgelser

	Deltaget i alle BU, n (%)	Deltaget i nogle eller ingen BU, n (%)	Chi ² -test	I alt, N (%)
Oplyst om børneundersøgelser			$p=0,231$	
Ja	131 (86,18)	21 (13,82)		152 (91,57)
Nej	10 (71,43)	4 (28,57)		14 (8,43)
Opsøgt information om børneundersøgelser			$p=0,828$	
Ja	71 (85,54)	12 (14,46)		83 (50,00)
Nej	70 (84,34)	13 (15,66)		83 (50,00)
<i>Kilder, som de har modtaget og/eller opsøgt information fra</i>				
Familie, venner og/eller mødre-/fædregruppe			$p=0,068$	
Ja	55 (91,67)	5 (8,33)		60 (36,14)
Nej	86 (81,13)	20 (18,87)		106 (63,86)
Fødselsforberedelse og/eller jordemoder			$p=0,141$	
Ja	36 (92,31)	3 (7,69)		39 (23,49)
Nej	105 (82,68)	22 (17,32)		127 (76,51)
Egen læge og/eller sundhedsplejerske			$p=0,438$	
Ja	126 (85,71)	21 (14,29)		147 (88,55)
Nej	15 (78,95)	4 (21,05)		19 (11,45)
Internetsider, bøger og/eller pjecer			$p=0,224$	
Ja	75 (88,24)	10 (11,76)		85 (51,20)
Nej	66 (81,48)	15 (18,52)		81 (48,80)
<i>Påmindelse i e-Boks</i>				
Ja	52 (83,87)	10 (16,13)	$p=0,905$	62 (37,35)
Nej	74 (85,06)	13 (14,94)		87 (52,41)
Ved ikke	15 (88,24)	2 (11,76)		17 (10,24)

Tabel 15 viser, at størstedelen af respondenterne er blevet informeret om undersøgelserne (91,57 %), mens halvdelen selv har opsøgt information (50,00 %). Hertil har 88,55 % modtaget og/eller opsøgt information fra egen læge og/eller sundhedsplejerske, hvorfor dette udgør den primære informationskilde. Ift. påmindelser har lidt over halvdelen (52,41 %) af respondenterne angivet, at de ikke har modtaget en påmindelse i e-Boks.

Inddelt på deltagelse i alle eller nogle/ingen børneundersøgelser fremgår det, at flere respondenter, som er blevet oplyst om børneundersøgelsesprogrammet, har deltaget i alle undersøgelserne, end respondenter, der ikke er blevet oplyst herom (hhv. 86,18 % og 71,43 %). Hertil fremkommer en tendens til, at information fra familie, venner og/eller mødre-/fædregrupper er associeret med deltagelse ($p=0,068$), hvorfor det tyder på, at være en væsentligt informationskilde ift. forældres deltagelse i børneundersøgelsesprogrammet. I modsætning hertil er der ikke en sammenhæng mellem deltagelse og påmindelse i e-Boks, idet en tilnærmelsesvis lige stor andel af respondenterne deltager uafhængigt af, om de har modtaget en påmindelse eller ej (hhv. 83,87 og 85,06 %).

6.2.4 Opsummering

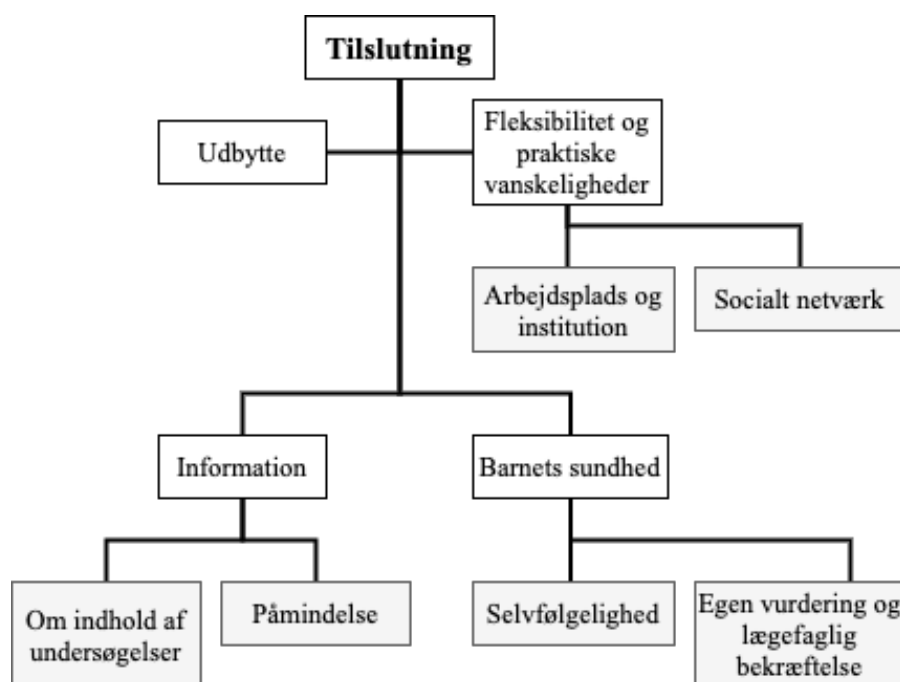
Opsummerende fremgår det af resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen, at de forældre, som har deltaget i alle børneundersøgelserne, overordnet set ikke er forskellige fra de, som har deltaget i nogle/ingen undersøgelser, når de sammenlignes på en række karakteristika. Dog er der en tendens til, at lavere uddannelsesniveau hos respondenterne er forbundet med en større forekomst af ikke-deltagelse. Endvidere tyder det på, at forældrenes vurdering af barnets helbred har betydning for deltagelse, hvor forældre, der vurderer, at deres barn er sygt oftere end jævnaldrende, har større tilbøjelighed til at deltage i børneundersøgelserne.

Af resultaterne fremgår det endvidere, at der er en række barrierer for deltagelse, som ikke er forbundet med ikke-deltagelse, hvorfor det har været muligt for forældrene at overkomme disse. De kan derfor betegnes som praktiske vanskeligheder, og indbefatter bl.a. at få fri fra arbejde og få tid ved lægen. Modsat er der også barrierer, som knytter sig til ikke-deltagelse, og disse omfatter bl.a. at forældrene glemmer at bestille tid, eller at de vurderer, at barnet er helt raskt. Der er dog også en række faktorer, som kan være fremmende for deltagelse i børneundersøgelsesprogrammet. Disse omfatter bl.a. bekymring for barnets helbred og/eller udvikling, hvilket særligt forekommer hos forældre med kort videregående uddannelse, samt lægefaglig bekræftelse af at barnet har det godt, der er en fremmende faktor uafhængigt af uddannelsesniveau. Hertil er der en tendens til, at indkaldelse og påmindelse er associeret med deltagelse hos særligt forældre med lavere uddannelsesniveau. Slutteligt synes der at være en sammenhæng mellem deltagelse og sammenfald med børnevaccinationsprogrammet samt

oplysning om undersøgelserne, hvor særligt information fra venner, familie og mødre-/fædregrupper kan have en betydning.

6.3 Interview

Analysen af interviewene tager afsæt i Braun og Clarke (2006) tematiske analysestrategi, hvorudfra der er fremkommet fire temaer: *barnets sundhed*, *udbytte*, *fleksibilitet og praktiske vanskeligheder* samt *information*. Temaerne er opstået på baggrund af en kombination af en deduktiv og induktiv tilgang, men de afspejler primært tidligere identificerede potentielle barrierer og fremmende faktorer for deltagelse. Temaerne er dog blevet nuanceret yderligere gennem interviewene, og der er således opnået en bredere og dybere forståelse af, hvordan forældre oplever at barrierer og fremmende faktorer for deltagelse påvirker deres tilslutning til børneundersøgelserprogrammet. Opstillingen af temaerne, samt deres indbyrdes forhold til tilslutningen til børneundersøgelserprogrammet, fremgår af nedenstående temakort.



Figur 6: Temakort for telefoninterview. Alle temaer er relateret til oplevelser af barrierer og fremmende faktorer forbundet med tilslutning. Hvid baggrund indikerer overtema, mens grå baggrund indikerer undertema

6.3.1 Barnets sundhed

Et fremkommet tema i interviewene er, at fremmødet til børneundersøgelserne betragtes som en selvfølgelighed. Dette fremgår af F1s svar, når adspurgt om de har været i tvivl om, hvorvidt de ville deltage i børneundersøgelserne:

”Nej overhovedet ikke, det har været en del af pakken” (F1)

Italesættelsen af børneundersøgelserne som *”en del af pakken”* kan være udtryk for internalisering af en samfundsnorm om, at børneundersøgelserne er vigtige for barnets udvikling, og at forældre derfor bør tage deres barn med hertil. Således er der en selvfølgelighed i deltagelsen. Dette eksemplificeres endvidere i F2s begrundelse for, hvorfor informanten synes det er vigtigt at komme til undersøgelserne:

”Jamen øh, de får jo vacciner og sådan noget [...] Altså under de der, og dem synes jeg, at det er vigtigt [...] Jeg ville ikke kunne tilgive mig selv, hvis mine børn døde af røde hunde eller en eller anden ting. Mæslinger eller sådan noget” (F2)

For F2 synes sammenfald med børnevaccinationsprogrammet således at være den primære årsag til fremmøde, mens selve undersøgelsen er sekundær. Dette fremgår ved, at F2 ikke nævner undersøgelserne direkte, men i det ovenstående citat betegner dem som *”sådan noget”* og *”de der”*. Frygten for, at F2s børn skulle blive syge, som følge af ikke at have modtaget de anbefalede vaccinationer, virker således til at være den primære fremmende faktor for deltagelse i børneundersøgelserne, idet det er hvad F2 først og fremmest påtaler. Dog giver F2 gentagne gange udtryk for, at den lægefaglige bekræftelse også har indflydelse på fremmødet til børneundersøgelser:

”Jamen det er jo det der med at de vokser som de skal og de er sunde og raske, og de fejler ingenting, og så for at, det får man lidt bekræftet på en eller anden måde, eller hvad skal man sige [...] Altså jeg kan godt se på dem, at de ser sunde og raske ud, men det er jo også en ... læges ord, eller hvad skal man sige, for at tjekke op” (F2)

Af citatet fremgår det således, at F2 tillægger børneundersøgelserne værdi, fordi der her er mulighed for, at den alment praktiserende læge kan bekræfte F2s egen vurdering af, at børnene er sunde og raske. Den lægefaglige vurdering af barnets sundhed fungerer således som en motiverende faktor for tilslutningen til programmet. Yderligere påvirkes informantens deltagelse af, at lægen muligvis kan se tegn på sygdom, som umiddelbart ikke er synlige:

“[...] Og han ser måske nogle andre ting end jeg ville gøre, altså [...] Han kunne måske se hvis der var et eller andet” (F2)

Hermed er den alment praktiserende læges bekræftelse vigtig, og F2 anerkender vedkommen- des lægefaglige kompetencer til at kunne diagnosticere eventuelle problemer relateret til bar- nets sundhed og udvikling, som F2 ikke selv ville lægge mærke til. Således synes den lægefag- lige bekræftelse også at medføre en følelse af sikkerhed for F2, idet informanten har tiltro til, at den alment praktiserende læge kan opspore eventuelle ikke-synlige sygdomme og udvik- lingsvanskeligheder.

6.3.2 Udbytte

Hvor F2 motiveres af lægens faglige vurdering af barnets helbred og udvikling har F1 et andet forhold hertil. Dette forhold er baseret på tidligere oplevelser med børneundersøgelserne, hvor- til informanten fortæller, at de udeblev fra 3-års undersøgelsen grundet manglende udbytte af 2-års undersøgelsen. Om oplevelsen til 2-års undersøgelsen fortæller informanten:

”[...]Egentlig så gad min datter på det tidspunkt ikke at være med til undersøgelsen, så vi fik ikke ... særligt meget ud af det [...] Vi endte med selv at veje og måle hende, og, så skulle hun vise nogle forskellige ting så vidt jeg husker, og det ville hun heller ikke være med til da vi kom ind til lægen og det var umiddelbart okay med lægen, at vi ikke viste noget som helst ...”
(F1)

I citatet giver informanten således udtryk for, at familien oplevede udbyttet af undersøgelsen som begrænset, og at undersøgelsens reelle forløb var anderledes end forventet, idet forældrene selv skulle udføre de fleste af lægens opgaver ifm. børneundersøgelsen. Ydermere lader det til, at informanten efterlades med en oplevelse af, at den alment praktiserende læge muligvis ikke har anset undersøgelsen som vigtig, idet vedkommende lod forældrene foretage dele af under- søgelsen selv og endvidere gav udtryk for, at det var “okay”, at barnet ikke blev undersøgt for det planlagte. Denne erfaring synes at have påvirket informantens motivation for at deltage i fremtidige børneundersøgelser, idet forældrene efterlades med et indtryk af, at de selv kan fo- retage den lægefaglige vurdering af barnets helbred. Dette kommer også til udtryk, da infor- manten fortæller om årsagen til, at de ikke deltog i 3-års undersøgelsen:

”Jamen øh, da vi så havde glemt det, der gik der jo cirka tre måneder inden vi kom i tanke om det [...] Øh, og så var det at vi skulle vurdere om vi synes det var relevant at tage til den 3-års undersøgelse tre måneder for sent, og så var en af parametrene for at vi ikke gjorde at hun var sund og rask og trives og [...] Alt det der, ja” (F1)

Deltagelsen i 3-års undersøgelsen synes således at være påvirket af glemsel, men ligeledes af, at informanten på baggrund af tidligere børneundersøgelser, har oplevelsen af, at de som for- ældre selv kan vurdere, om barnet er “sund og rask og trives”. Således har F1s egen vurdering af barnets helbred ført til, at familien ikke kontaktede deres alment praksiterende lægen mhp.

forsinket udførelse af 3-års undersøgelsen, hvormed tidligere erfaringer kan anses som værende en barriere for deltagelse. Det synes således, at uopfyldte forventninger til og udbytte af tidligere børneundersøgelser kan være en barriere for deltagelse i fremtidige undersøgelser.

F2 angiver i spørgeskemabesvarelsen at udbytte i form af en god relation mellem barn og læge er et incitament for fremmøde, hvortil informanten uddyber i interviewet:

”Ja, fordi at det er jo ikke, øh første gang de skal ind til lægen, så det er jo også det der med, at det er den samme læge hver gang og, i løbet af årene som de går [...] Så skal de også have en form for tillid til ham” (F2)

Hermed kommer det til udtryk, at F2s motiveres til at deltage, fordi børneundersøgelserne ikke blot giver mulighed for en lægefaglig vurdering af barnets sundhed, men ligeledes, at barnet har mulighed for at opbygge tillid til den alment praktiserende læge. Hertil supplerer informanten med, at børneundersøgelserprogrammet bidrager til dette gennem regelmæssigheden, hvormed barnet interagerer med lægen, idet barnet ellers ikke ville møde lægen udover ved sygdom.

6.3.3 Fleksibilitet og praktiske vanskeligheder

Da der under interviewene spørges ind til, hvorvidt informanterne har oplevet vanskeligheder ifm. deltagelse i børneundersøgelserne, fortæller de om forskellige oplevelser. Hvor F1 kun angiver at have oplevet vanskeligheder i form af de ovennævnte problemer med barnets samarbejdsvillighed under undersøgelsen, fortæller F2, at familien altid oplever vanskeligheder forbundet med at få fri fra arbejde, idet børneundersøgelserne er placeret i et tidsrum, hvor forældrene normalvis er på arbejde:

”Jo jo altså det er der altid hvis man skal have fri fra arbejde og sådan noget for at få det til at passe ind, og alle de der, altså det er der altid. Men ellers så ikke...” (F2)

Af citatet fremkommer det således, at arbejdstider opleves som en barriere for deltagelse i børneundersøgelserne. I forlængelse heraf giver F2 udtryk for, at det er muligt at overkomme denne barriere pga. fleksibilitet fra arbejdsgiverens side. F2 påtaler dog først denne barriere efter, at interviewer har forklaret, hvad der menes, når der spørges ind til *”praktiske vanskeligheder”*. Dette kan skyldes, at F2 formår at overkomme denne barriere, idet informanten angiver at have deltaget i alle de anbefalede børneundersøgelser. Ydermere giver F2 udtryk for, at daginstitutionernes åbningstider i kombination med fleksibilitet i familiens dagligdag er en fremmede faktor for deltagelse i børneundersøgelserne:

”Ja men nu synes jeg egentlig at daginstitutionen at de har sådan, lange åbningstider og sådan noget. Så i bund og grund altså får man en eftermiddagstid så må det så være sådan det er den dag, altså den anden er lidt senere i institution end den ellers ville være” (F2)

Hvilket suppleres med:

“ [...] eller også så får jeg mormor eller moster til at hente, eller ... ” (F2)

F2 oplever således ikke problemer med at få passet sit andet barn, hvortil vedkommende i nogle tilfælde benytter sig af sit sociale netværk. Pasning af informantens andet barn tyder således ikke på at være en hindring for deltagelse. Endvidere beretter F2 om at have svært ved at koncentrere sig om undersøgelsen af sit ene barn, hvis informanten er nødsaget til at have sit andet barn med til undersøgelsen. Baseret på F2s fortællinger om, hvordan forskellige oplevede barrierer overkommes, fremkommer det, at informanten er motiveret til at finde løsninger på disse, idet det er vigtigt for informanten, at børnene deltager i børneundersøgelserne.

Den specifikke handling, hvor informanten tager kontakt til sit sociale netværk for at bede om hjælp med børnepasning, således deltagelse i en børneundersøgelse bliver mulig, illustrerer endvidere den vigtighed, som F2 tillægger børneundersøgelserne. Omkring brugen af socialt netværk udtaler F2 endvidere:

“Jeg tænker, at hvis man, hvis man har et rimelig fastlagt skema på arbejdet og øh, ikke sådan fri i hverdagene en gang imellem eller, og hvis man ikke har så stort et netværk, nu har jeg jo et stort netværk her omkring i form af familie, så det er ikke sådan et problem for mig, men jeg kan godt se, at hvis man er enlig eller et eller andet ... ” (F2)

Hermed giver F2 udtryk for et tænkt eksempel, hvor manglende socialt netværk potentielt kunne udgøre en barriere for at deltage i børneundersøgelserne. Dette er ikke et problem for F2s vedkommende, men kan illustrere hvilke barrierer, der muligt eksisterer for andre forældre.

I spørgeskemaundersøgelsen har F2 angivet transporttid som en praktisk vanskelighed ifm. deltagelse i undersøgelserne, hvilket i interviewet uddybes med:

“Nu har vi en halv times kørsel og sådan noget, så det skal selvfølgelig planlægges lidt mere end hvis det bare var fem minutter [...]” (F2)

Hermed udgør transporttiden ikke en barriere, der fører til ikke-deltagelse, idet F2 angiver at overkomme denne gennem planlægning. Transporttiden er således nærmere en faktor, som besværliggør deltagelse, men ikke direkte hindrer det. Transporttiden til undersøgelserne har ligeledes ikke været en barriere for F1, hvilket kan skyldes, at familien fik foretaget børneundersøgelserne til og med 1-års undersøgelsen i eget hjem:

“Det var sundhedsplejersken i eget hjem [...] Da boede vi i (stednavn), jeg ved ikke om det på nogen måde er relevant, men øh. Men de undersøgelser blev ... blev foretaget fordi der var en der ringede til os og spurgte om hun skulle komme forbi, så der var ikke nogen problemer i det” (F1)

Således angiver informanten, at deltagelse ikke var afhængig af, at familien skulle bevæge sig uden for eget hjem eller selv opsøge tilbuddet, idet den sundhedsprofessionelle kontaktede familien. Dermed antages det, at potentielle barrierer for deltagelse er imødegået fra børneundersøgelsesprogrammets side, idet deltagelse ikke forudsætter tidsbestilling eller transportmuligheder til lægepraksis. Disse undersøgelser er dog foretaget i en anden region, idet informanten angiver først at være tilflyttet Region Nordjylland efter barnets første leveår.

6.3.4 Information

F1 uddyber sin ovenfor beskrevne manglende deltagelse i 3-års undersøgelsen med at have glemt denne, og kommenterer:

“Det var vel egentlig den største årsag” (F1)

Selvom F1 således fremhæver glemsel af børneundersøgelsen som *“den største årsag”*, synes der dog at være andre årsager til udeblivelsen, hvilket yderligere kommer til udtryk, da informanten spørges ind til, hvad der skulle til for, at de havde deltaget i 3-års undersøgelsen:

“Øh jamen det kunne ... hvis nu at der var noget, en vigtighed af det der blev understreget, og så selvfølgelig en reminder [...] Det ville hvertfald gøre at det ligesom blev understreget at det her, det bør I komme til. Lige nu er det jo noget man selv skal huske på” (F1)

Informanten giver her udtryk for, at familien muligvis ville have deltaget i 3-års undersøgelsen, såfremt de var blevet oplyst om vigtigheden af undersøgelsen, samt var blevet mindet om denne. Dette begrundes med, at de har gode erfaringer med påmindelser til andre undersøgelser, som deres barn tilbydes at deltage i:

“Som der er ved tandlægen eksempelvis [...] Ja jeg kan ikke huske eller om det er e-Boks eller mail eller hvad det var, men vi fik, jo det var e-Boks. Det var sådan en formel indkaldelse” (F1)

Foruden mangel på information var manglende påmindelse således også en barriere for deltagelse. Hertil giver F1 udtryk for et ønske om, at påmindelser udsendes forud for børneundersøgelserne og ikke bagudrettet, hvilket kan udledes af, at familien er udeblevet fra 3-års undersøgelsen, fordi de ikke vurderede, at det var relevant at komme til, da de *“kom i tanke om”*, at de havde glemt den pågældende undersøgelse. Således fremgår det, at F1 ønsker en påmindelse udsendt forud for børneundersøgelsen, som ved indkaldelser til tandlægen, snarere end at modtage en påmindelse, hvori der oplyses om, at familien er udeblevet fra en undersøgelse. Samlet giver informanten udtryk for, at:

“Anbefalinger om at tage til de undersøgelser der, det er nok, øh, det ville nok være det vigtigste” (F1)

Den bagvedliggende barriere for deltagelse synes således at være, at familien mangler information omkring vigtigheden af, at barnet deltager i børneundersøgelserne i kombination med en indkaldelse til forestående børneundersøgelser eller påmindelse herom. Den manglende viden omkring børneundersøgelserne fremtræder ligeledes, da F1 spørges ind til, hvorvidt de har planer om, at deres barn skal deltage i 4- og 5-års undersøgelserne, hvortil informanten svarer:

“Er det noget man gør?” (F1)

Informanten giver således udtryk for ikke på nuværende tidspunkt at være oplyst om de forestående undersøgelser, og når adspurgt, hvorvidt vedkommende har fået oplysninger om, at børneundersøgelserne også foretages ved denne alder svares følgende:

“Det har jeg garanteret af en sundhedsplejerske ja, for tre år siden ... Men ellers ikke noget” [...] *“Altså jeg tænker at det er det der har den største konsekvens for deltagelse i det her. Det er sådan set at man ikke bliver mindet om det” (F1)*

Af citatet kan det udledes, at informanten ved eftertanke mindes at have fået information om de syv børneundersøgelser af en sundhedsplejerske i perioden omkring barnets fødsel, men at der ikke senere er fulgt op på disse informationer. Ydermere giver informanten udtryk for, at de som forældre ikke bør bære det fulde ansvar for at huske på forestående børneundersøgelser, hvorfor informanten efterspørger påmindelser fra en ekstern instans.

6.3.5 Opsummering

Overordnet kan det af interviewene udledes, at der er flere faktorer, som har indflydelse på, om forældre deltager i børneundersøgelserprogrammet. Her giver den ene informant udtryk for et ønske om at modtage påmindelser forud for en given undersøgelse, samt et behov for information om undersøgelseernes vigtighed, idet udbyttet af tidligere undersøgelser ikke har efterlevet forventningerne. Det har medført, at informanten ikke har taget barnet til 3-års undersøgelsen, idet vedkommende vurderede, at barnet var sundt og raskt, og at den lægefaglige undersøgelse derfor ikke var nødvendig. I modsætning hertil tillægger den anden informant børneundersøgelserne og den lægefaglige bekræftelse stor værdi, hvorfor informanten er motiveret for at deltage og derfor overkommer de praktiske vanskeligheder, der er forbundet med deltagelse. Grundet oplevet relevans af undersøgelserne er denne informant således fleksibel ift. at planlægges hverdagen efter, at de kan deltage i børneundersøgelserne, og praktiske vanskeligheder opleves derfor ikke som hindringer for deltagelse. Her benytter informanten sig bl.a. af sit sociale netværk ift. at få passet sit ene barn, mens det andet barn er til børneundersøgelse. Samlet set oplever forældre således, at barrierer og fremmede faktorer for deltagelse påvirker deres tilslutning til børneundersøgelser på forskellig vis.

7 Diskussion

7.1 Resultatdiskussion

I det følgende sammenholdes og diskuteres resultaterne fra litteraturstudiet, spørgeskema- og interviewundersøgelsen med inddragelse af fund fra problemanalysen samt anden eksisterende forskningslitteratur og teori. Ydermere holdes resultaterne op imod den nuværende udbredelsesstrategi for børneundersøgelsesprogrammet mhp. at vurdere, hvor der er potentiale for forandring. Dette skal desuden bidrage til at vurdere, hvor der ikke findes tilstrækkeligt belæg for en ændring, eller hvor resultaterne understøtter den nuværende praksis. Diskussionen resulterer i en række praksisrettede forslag til forandring af udbredelsesstrategien, som potentielt kan øge tilslutningen til børneundersøgelserne efter barnets første leveår og reducere den sociale ulighed heri.

7.1.1 Skriftlig information

Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at langt størstedelen af de adspurgte forældre er blevet oplyst om børneundersøgelserne på forskellig vis. En mindre del af respondenterne angiver dog, at de aldrig er blevet oplyst, hvilket kan være en barriere for deltagelse, idet kendskab til børneundersøgelsesprogrammet antages at være en forudsætning for at kunne benytte sig af tilbuddet. At oplysning kan have betydning for deltagelse understøttes af, at to af respondenterne angiver manglende information som barriere for deltagelse ved de børneundersøgelser, som de ikke har været til. Betydningen af oplysning underbygges endvidere af fund fra litteraturstudiet, hvor interventionen *Best Start*, der indebærer udsendelse af information om undersøgelserne, øger tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser (Kelaher *et al.*, 2009). I tråd hermed fremgår det af interviewundersøgelsen, at der er behov for udsendelse af information, som understreger vigtigheden af at deltage i børneundersøgelserne. Dette understøttes af, at den ene informant har fravalgt at deltage i 3-års undersøgelsen, fordi barnet synede raskt, hvilket indikerer, at informanten ikke er vidende om børneundersøgelsesernes forebyggende sigte. Begyndende problemer relateret til et barns sundhed og udvikling kan ikke nødvendigvis ses af lægpersoner, hvorfor lægefaglig viden og kompetence kan være en forudsætning for tidlig opsporing af og reaktion herpå. At der er behov for information om undersøgelsernes vigtighed understreges af spørgeskemaundersøgelsen, som viser, at ikke-deltagelse ofte er forbundet med, at forældre vurderer deres barn som værende raskt. Hvis forældrene ikke oplever problemer relateret til barnets sundhed og

udvikling, kan de således mangle incitament til at deltage i børneundersøgelserne. Med afsæt i psykologerne R. Ryan og E. Deci (2000) selvbestemmelsesteori kan disse familier være *amotiverede*, idet de ikke vurderer, at det er vigtigt at deltage i undersøgelserne, eller at de har udbytte heraf. Manglende motivation er ifølge Rose (2001) en generel risiko ved populationsbaserede forebyggelsesstrategier som børneundersøgelsesprogrammet, fordi den tilsigtede målgruppe ikke nødvendigvis oplever, at de er eksponeret for de risikofaktorer, der søges forebygget mod.

På baggrund af ovenstående vurderes det, at der er behov for udsendelse af information om børneundersøgelsesprogrammet, som fremhæver vigtigheden af dette forebyggende tilbud. Informationen kan potentielt internaliseres i en sådan grad, at forældre oplever den som en form for indre motivation. Det vil i så fald kunne medføre, hvad Ryan og Deci (2000) betegner som *identificeret regulering*. Her er deltagelse er forbundet med et bevidst tilvalg, som udspringer af, at individet tillægger undersøgelserne værdi. Hvis forældrene identificerer sig med informationen, vil deltagelse således være forbundet med selvbestemmelse, selvom informationen i udgangspunktet udgør en ydre motivation. Der er dog også risiko for, at informationen opleves som moraliserende og i stedet medfører såkaldt *introjiceret regulering* (Ryan og Deci (2000), hvor deltagelse i børneundersøgelserne snarere kan anses som et forsøg på at undgå dårlig samvittighed, end som et resultat af, at undersøgelserne opleves som betydningsfulde.

I modsætning hertil er der risiko for, at information slet ikke medfører deltagelse, idet viden om sundhedsmæssige sammenhænge ikke nødvendigvis er tilstrækkelig til at ændre menneskers sundhedsadfærd til trods for ydre motiverende faktorer (Jensen og Johnsen, 2001; Kelly og Barker, 2016). Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det f.eks., at der er flere respondenter, som har modtaget information om børneundersøgelserne, men som alligevel kun har deltaget i nogle eller slet ingen. Det er dog uvist hvilken information, de har modtaget, men blot at den ikke er associeret med fuld deltagelse. Manglende virkning af information kan særligt udgøre et problem blandt grupper med lav socioøkonomisk status, som grundet færre ressourcer kan have dårligere forudsætninger for at ændre adfærd på baggrund af ny viden (Diderichsen, 2011). Et eksempel herpå er, at lav socioøkonomisk status er associeret med et lavere niveau af sundhedskompetencer (Sørensen *et al.*, 2015; Larsen *et al.*, 2018), der handler om evnen til at forstå og anvende sundhedsrelateret viden (World Health Organization, 1998). På baggrund heraf, kan udsendelse af information om børneundersøgelserne potentielt øge den

sociale ulighed i tilslutningen, idet familier med højere socioøkonomisk status har bedre forudsætninger for at forstå og handle på informationen. At information ikke har en effekt på sundhedsadfærden hos individer med lav socioøkonomisk status understøttes af litteraturstudiet. Her finder Coker *et al.* (2016) ikke en ændring i tilslutningen til børneundersøgelser hos familier med lav socioøkonomisk status efter implementering af en indsats, som indebærer udsendelse af sundhedsinformation. Studiepopulationen i studiet er dog homogen, hvad angår socioøkonomisk status (Coker *et al.*, 2016), og det er derfor uvist, om indsatsen ville have haft en effekt på familier med højere socioøkonomisk status. Interviewundersøgelsen understøtter dog teorien om, at ydre motivation i form af information potentielt kan påvirke sundhedsadfærden hos personer med højere socioøkonomisk status, idet informanten, som efterspørger information, har en mellemlang videregående uddannelse.

Med afsæt i ovenstående tyder det på, at der både kan være fordele og ulemper forbundet med udsendelse af information. Resultaterne af litteraturstudiet samt spørgeskema- og interviewundersøgelsen indikerer dog, at vigtigheden af at deltage i børneundersøgelsesprogrammet ikke er tydeligt for alle forældre, hvorfor det vurderes, at der er behov for yderligere information herom. For at imødegå den potentielt differentierede virkning af udsendelse af information må sundhedskompetencer medtænkes i dette forandringsforslag. Dette stiller dog krav til de *organisatoriske sundhedskompetencer*, som er defineret ved at være den måde, organisationer gør information og sundhedstilbud tilgængelige for mennesker uanset deres niveau af sundhedskompetencer (Aaby *et al.*, 2019).

7.1.2 Påmindelse

Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at en relativ stor andel af de respondenter, som ikke har deltaget i alle børneundersøgelserne, angiver glemsel som barriere for deltagelse. Dette understøttes af interviewundersøgelsen, hvor glemsel fremkommer som den primære årsag til, at den ene informant ikke har deltaget i 3-års undersøgelsen. Hertil giver informanten udtryk for et ønske om at modtage en påmindelse om børneundersøgelserne fra en ekstern instans, således at forældrene ikke selv har det fulde ansvar for at huske undersøgelserne. Dette til trods for, at familien er bosat i Region Nordjylland, som siden ultimo 2016 har udsendt påmindelser om børneundersøgelserne (Region Nordjylland, 2019). Familien skulle således have modtaget en påmindelse senest fire mdr. efter, at barnet fyldte tre år. Påmindelserne sendes dog i udgangspunktet kun til mødre (Region Nordjylland, 2019), og den mandlige informant har

derfor ikke nødvendigvis kendskab hertil, hvilket kan bidrage til at forklare hans ønske om påmindelse. Af interviewundersøgelsen fremgår det endvidere, at forældrene blev bevidste om undersøgelsen tre måneder efter barnet fyldte tre år, men at de vurderede, at undersøgelsen ikke længere var relevant på dette tidspunkt. Der kan således være et problem forbundet med, at påmindelserne i Region Nordjylland udsendes op til fire måneder efter tidspunktet for en given undersøgelse (Region Nordjylland, 2019), idet undersøgelsen kan opleves som mindre relevant på dette tidspunkt. Det tyder derfor på, at der er et behov for, at påmindelser også udsendes forud for børneundersøgelserne og ikke blot ved eventuel ikke-deltagelse, hvilket også fremkommer som et eksplicit ønske i interviewundersøgelsen.

Eftersom spørgeskemaundersøgelsen viser, at glemsel er en udbredt barriere, tyder det på, at der er flere familier, som ikke har hæftet sig ved påmindelserne, og at påmindelsesordningen i Region Nordjylland derfor ikke har den tilsigtede virkning. Dette understøttes af problemanalysen, hvoraf det fremgår, at påmindelsesordningen kun har haft begrænset effekt på tilslutningen til børneundersøgelserprogrammet (Region Nordjylland, 2019), samt at denne tilgang til udbredelse er ineffektiv (McCaul og Wold, 2002; O'Leary *et al.*, 2018). I overensstemmelse hermed viser to af de inkluderede studier fra litteratursøgningen, at påmindelser af forskellig karakter ikke har statistisk signifikant indvirkning på tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser (Lever og Moore, 2005; Coker *et al.*, 2016). Dog viser det inkluderede studie af Kelaher *et al.* (2009), at påmindelser om forestående børneundersøgelser har en positiv effekt på deltagelsen hos familier med lav socioøkonomisk status, hvis de implementeres som et led i en multikomponent samfundsaseret indsats. Dette understøttes af, at flere respondenter i spørgeskemaundersøgelsen har angivet påmindelse i e-Boks som en fremmede faktor for deltagelse. Selvom der ikke er en statistisk signifikant association mellem påmindelse og deltagelse, tyder det således på, at nogle familier drager nytte af påmindelsesordningen.

Ydermere viser et systematisk review, at påmindelse er effektivt til at øge tilslutningen til børnevaccinationer i ilande, uanfægtet om de sendes forud for eller efter vaccinationstidspunktet (Jacobson Vann og Szilagyi, 2005). Samme tendens er også påvist i dansk kontekst, hvor påmindelser har øget tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet (Statens Serum Institut, 2017). Hertil fremgår det af resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen, at vaccination er en udbredt fremmede faktor for deltagelse i børneundersøgelserne, hvorfor øget tilslutning til børnevaccinationsprogrammet potentielt kan øge tilslutningen til de

undersøgelser, som er tidsmæssigt sammenfaldende hermed. Påmindelser har dog ikke kun potentiale til at øge tilslutningen til børneundersøgelser, som sammenfalder med vaccinationer. Som eksempel har påmindelsesordningen i Region Nordjylland, trods en overordnet lav effekt, medført en stigning i tilslutningen til 3-års undersøgelsen (Region Nordjylland, 2019), som ikke foretages samtidig med en vaccine.

På baggrund af ovenstående anbefales det, at der fortsat udsendes påmindelser om børneundersøgelserne mhp. at imødegå problematikken i, at flere forældre glemmer dem. Hertil anbefales det, at påmindelserne både sendes før tidspunktet for en given børneundersøgelse og efter, hvis barnet ikke har været til undersøgelsen. For at minimere mængden af beskeder, der udsendes til forældre, anbefales det hertil, at påmindelserne inkoopereres som en del af den skriftlige information om undersøgelserne. Herved vil forældrene i samme ombæring blive mindet om forestående børneundersøgelser, og informeret om, hvorfor det er vigtigt, at deltage i disse. Foruden denne ændring kan den nuværende påmindelsesordning med fordel udvides til også at omfatte fædre, således det ikke kun er mødre, der modtager påmindelserne. Dette tænkes endvidere at kunne bidrage til øget ligestilling mellem forældre, idet størstedelen af informationer omhandlende børn på nuværende tidspunkt tilsendes barnets moder, hvilket organisationer som f.eks Foreningen Far arbejder på at forandre for at mindske kønsdiskrimination forældrene imellem (Foreningen Far, 2020b).

I tillæg til anbefalingen om udsendelse af påmindelser og information følger overvejelser om, hvem der har ansvaret for denne opgave. Ifølge en rapport fra Region Nordjylland (2019) varetager Statens Serum Institut for nuværende påmindelser om børneundersøgelser, som sammenfalder med børnevaccinationsprogrammet. Dette fremgår dog ikke af Statens Serum Instituts hjemmeside, hvor det blot er beskrevet, at de udsender påmindelser om vaccinationer (Statens Serum Institut, 2019). I lighed hermed er det uklart, hvem der har ansvaret for at sende påmindelser ud om 2- og 3-års undersøgelserne. Det fremgår blot, at Sundhedskoordinationsudvalget har iværksat påmindelsesordningen i Region Nordjylland (Buhelt *et al.*, 2017), men det er ikke beskrevet, om det er regionen, kommunerne, de alment praktiserende læger eller en fjerde instans, der skal varetage opgaven. Det anbefales derfor, at der udarbejdes klare retningslinjer for hvem, der har ansvaret for at udsende påmindelser og information, hvis dette ikke allerede foreligger, således ansvarsfordelingen er tydelig for de involverede instanser.

De ansvarlige instanser bør endvidere gøre sig overvejelser om alternative udsendelsesformer, idet ikke alle individer besidder samme niveau af e-sundhedskompetencer (Perez *et al.*, 2016; Weiss *et al.*, 2018). Således er der risiko for, at anvendelsen af e-Boks som platform for udsendelse af påmindelser (Region Nordjylland, 2019) har indflydelse på, hvilke forældre der kan tilgå informationerne om børneundersøgelserne. Det bør derfor sigtes mod, at gøre påmindelser og information lettere at tilgå for modtagerne.

7.1.3 Hjemmebesøg

Et tema, som går igen i litteraturstudiet, er betydningen af den personlige kontakt mellem sundhedsprofessionelle og forældre (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003; Lever og Moore, 2005). Her viser studierne af Margolis *et al.* (2001) og El-Mohandes *et al.* (2003), at hjemmebesøg kan øge tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser hos forældre med lav socioøkonomisk status, hvis de indebærer information om børneundersøgelser samt dialog om barnets sundhed og udvikling. Studiet af Lever og Moore (2005) viser derimod ikke en effekt på tilslutningen på baggrund af en intervention, som indebærer hjemmebesøg. Interventionen har dog en positiv indvirkning på forældrenes oplevede relevans af børneundersøgelser. Som belyst ovenfor, viser spørgeskema- og interviewundersøgelsen, at der er behov for yderligere information om børneundersøgelsesprogrammet, som bl.a. skal bidrage til, at forældre får kendskab til relevansen af undersøgelserne og deraf potentielt bliver mere tilbøjelige til at deltage. Med afsæt i de inkluderede studier af Margolis *et al.* (2001), El-Mohandes *et al.* (2003) samt Lever og Moore (2005) kan hjemmebesøg af en sundhedsprofessionel potentielt medvirke til dette. Den sundhedsprofessionelle kan ifm. besøget formidle viden om sundhed og udvikling hos børn, informere om børneundersøgelseernes betydning i forhold hertil samt minde forældre om forestående børneundersøgelser. På den måde kan den tilsendte skriftlige påmindelse og information suppleres med dialog, hvilket kan give mulighed for at imødegå nogle af de potentielle barrierer, der relaterer sig til den skriftlige formidling og forældres varierende niveau af sundhedskompetencer.

Gennem udvikling af *handlekompetencer*, som er et kernebegreb inden for sundhedspædagogikken (Bruun-Jensen, 2011), kan hjemmebesøg potentielt bidrage til at skabe forandring i tilslutningen. Menneskers handlinger beror på deres handlekompetencer, og disse kan udvikles og kvalificeres gennem dialog med en professionel (Bruun-Jensen, 2011). I

supplement til den skriftlige information, som primært handler om at understrege vigtigheden af undersøgelserne, kan dialogen mellem forælder og sundhedsprofessionel medvirke til, at gøre denne viden mere handlingsorienteret. Viden om relevansen af undersøgelserne er fortsat essentielt, idet den danner udgangspunkt for viljen til at handle og dermed er en forudsætning for udvikling af handlekompetence (Bruun-Jensen, 2011). Men den giver ikke nødvendigvis forældrene de fornødne kompetencer til at handle herpå, da viden i sig selv ofte ikke ændrer adfærd (Jensen og Johnsen, 2001; Kelly og Barker, 2016). I mødet med den sundhedsprofessionelle bliver dennes rolle derfor at støtte forældrene til at iværksætte handling. Denne opgave placerer sig inden for sundhedsfremmearbejdet, der er defineret som processen, der gør mennesker i stand til i at forbedre deres sundhedstilstand (World Health Organization, 1986). I denne sammenhæng handler sundhedsfremmearbejdet dog om at hjælpe forældre til i højere grad at kunne tage hånd om deres børns sundhed ved at deltage i børneundersøgelserne. I lighed med den skriftlige formidling bør forældrenes sundhedskompetencer således medtænkes i dialogen mellem forældrene og den sundhedsprofessionelle. Dette stiller krav til de sundhedsprofessionelles kommunikationskompetencer, hvorfor disse evt. bør styrkes gennem (efter)uddannelse for at mindske konsekvenserne af lavt sundhedskompetenceniveau (A.M. *et al.*, 2005; Rajah *et al.*, 2018). Endvidere er det muligt, at de sundhedsprofessionelle gennem dialogen højner forældrenes motivation for at deltage i børneundersøgelserne, hvilket er et udtryk for ydre motivation. Der er således potentiale for, at dialogen resulterer i ændret adfærd hos forældrene. Med afsæt i Ryan og Decis (2000) selvbestemmelsesteori kan dette komme til udtryk som en *identificeret regulering*, hvor deltagelse i børneundersøgelserne bliver et aktivt tilvalg, fordi forældrene ser samme vigtighed af undersøgelserne som den sundhedsprofessionelle. Dog kan denne dialog også resultere en *introjiceret regulering*, hvor motivation for deltagelse i børneundersøgelserne skyldes, at de har internaliseret den sundhedsprofessionelles perspektiv på vigtigheden af undersøgelserne, hvorfor der potentielt kan opstå dårlig samvittighed, hvis ikke barnet modtager undersøgelsen.

I Danmark modtager nye forældre i forvejen hjemmebesøg af en sundhedsprofessionel i form af en sundhedsplejerske (Sundhedsstyrelsen, 2011). Disse besøg stopper almindeligvis, når barnet er ti mdr. (Sundhedsstyrelsen, 2011), men ikke-deltagelse i børneundersøgelser er særligt et problem ved undersøgelserne efter barnets første leveår (Michelsen *et al.*, 2007; Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013). Med afsæt i ovenstående kan der muligvis være potentiale i at forlænge dette tilbud, således

forældre også modtager hjemmebesøg forud for 2-5-års undersøgelserne. På nuværende tidspunkt er det op til de enkelte kommuner, om de vil tilbyde hjemmebesøg til alle ud over barnets første leveår (Sundhedsstyrelsen, 2011), mens de er forpligtet til at tilbyde ekstra hjemmebesøg, til familier med *særlige behov* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010). Det er dog uvist hvor mange, der modtager besøg efter barnets første leveår, ligesom det er uklart hvilke konkrete kriterier, der ligger til grund herfor, idet tilbuddet afhænger af en faglig vurdering af de enkelte familiers behov (Sundhedsstyrelsen, 2011). I tråd hermed er hjemmebesøg i interventionerne i litteraturstudiet kun rettet mod familier med lav socioøkonomisk status (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003; Lever og Moore, 2005), hvorfor det på baggrund af disse studier ikke er muligt at vurdere, om hjemmebesøg kan have en effekt på tilslutningen hos familier med højere socioøkonomisk status. Sammenholdt med den sociale ulighed i tilslutningen, som fremgår af både spørgeskemaundersøgelsen og nationale (Søndergaard *et al.*, 2008; Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013) samt regionale opgørelser (Region Nordjylland, 2019) anbefales det derfor, at der fortsat tilbydes hjemmebesøg ud over barnets første leveår til familier, som har behov herfor. Dette er i overensstemmelse med principperne bag en proportionel universalistisk tilgang (Marmot *et al.*, 2010), idet hjemmebesøg overordnet er en universel ydelse, men der tilbydes ekstra besøg efter behov. Ydermere tager denne differentierede tilgang højde for, at hjemmebesøg kan være forbundet med en stor økonomisk udgift for kommunerne, hvorfor et universelt tilbud om yderligere hjemmebesøg kan være en urealistisk forandring.

Opsporingen af familier med særlige behov bør dog være mere systematisk og ikke blot bero på sundhedsplejerskens subjektive skøn, idet en effektiv opsporing af denne målgruppe forudsætter en systematisk og målrettet visitation (Sundhedsstyrelsen, 2017a). Her kan Danmark evt. finde inspiration hos andre nordiske lande, hvor bl.a. Norge og Sverige har en mere struktureret tilgang til opsporing af disse familier, bl.a. ved brug af screeningsværktøjer (Sundhedsstyrelsen, 2017a).

7.1.4 Situationsbestemt fleksibilitet

Idet forebyggende indsatser altid udspiller sig i en konkret kontekst, må der også tages højde for forhold, som rækker ud over individets viden og handlekompetencer. Hertil fremgår det af spørgeskemaet, at en prævalent barriere, der ikke er forbundet med ikke-deltagelse, er at få fri

fra arbejde. Eftersom problemer med at få fri fra arbejde ikke knytter sig til ikke-deltagelse i børneundersøgelsesprogrammet, har denne barriere mere karakter af en praktisk vanskelighed som det er muligt at overkomme. Dette fund afspejles også i interviewundersøgelsen, hvoraf det fremkommer, at arbejdstider er en praktisk vanskelighed ifm. deltagelse. Dog overkommes dette bl.a. gennem fleksibilitet fra arbejdsgiveren, men dette er ikke nødvendigvis en mulighed for alle forældre. Således er der risiko for, at nogle forældres deltagelse i børneundersøgelsesprogrammet er mere påvirket af deres arbejde end andres. Ydermere findes i interviewundersøgelsen, at der kan være vanskeligheder ifm. deltagelse i børneundersøgelserne i form af at få passet andre børn. Også her muliggøres deltagelse alligevel grundet daginstitutionens åbningstider og brug af familiens sociale netværk. Hertil gøres der således aktivt brug af den sociale kapital til at skabe mere fleksibilitet i hverdagen, for at muliggøre deltagelse i børneundersøgelsesprogrammet.

Et fremtrædende fund i interviewundersøgelsen er, at deltagelse i børneundersøgelsesprogrammet anses som en selvfølge. Denne selvfølge formodes at gøre forældrene mere motiverede for at finde praktiske løsninger på oplevede barrierer og dermed udvise fleksibilitet. Idet de årlige børneundersøgelser ikke er et hverdagsfænomen, kan dette karakteriseres som en situationsbestemt fleksibilitet, der ifølge Garfield og Isacco (2006) betegner tilbøjeligheden til at overkomme barrierer for deltagelse i børneundersøgelser. Af dette studie fremgår, at 63 % af fædre oplever, at fleksibilitet fra omgivelserne, i form af bl.a. arbejdspladsen, gør det muligt at overkomme barrierer for deltagelse i lægeundersøgelser (Garfield og Isacco, 2006). Således kan situationsbestemt fleksibilitet forbundet med deltagelse i børneundersøgelsesprogrammet være en del af forklaringen på, at nogle af de potentielle barrierer for deltagelse, som fremhæves i problemanalysen, ikke er angivet som barrierer i spørgeskemaundersøgelsen. Her fremkommer bl.a., at transporttid og -muligheder overordnet ikke opleves som et problem ifm. deltagelse i børneundersøgelserne blandt forældrene i Region Nordjylland. Disse fund står således i kontrast til adskillige studier som viser, at problemer relateret til transport er en af de centrale årsager til ikke-deltagelse (Jhanjee *et al.*, 2004; Michelsen *et al.*, 2007; Frasso, 2012; Arai *et al.*, 2014; Hesson *et al.*, 2017; Hackworth *et al.*, 2018). I et studie af Schor (2003) fremkommer det endvidere, at særligt familier med lav socioøkonomisk status er bosat længere væk fra lægehuse, har mindre adgang til transportmidler og mindre fleksibilitet i deres arbejdstider ift. at kunne deltage i børneundersøgelser. Denne tendens forekommer dog hverken i spørgeskema- eller interviewundersøgelsen til trods for, at Region Nordjylland har færrest

læger per indbygger (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008) samt lavest befolkningstæthed (Danmarks Statistik og Pihl Bisgaard, 2017), hvorfor der ville være potentiale for at transport kunne udgøre en barriere for deltagelse i børneundersøgelserne. På baggrund af ovenstående findes der således hverken belæg eller behov for at fremstille et forandringsforslag, som sigter mod at imødegå transportproblemer, idet det ikke synes at udgøre en problematik forældrene i Region Nordjylland.

7.1.5 Socialt netværk

Som en del af den kontekst, børneundersøgelser er situeret i, synes det sociale netværk også at have en betydning for deltagelse. Af litteraturstudiet fremgår det hertil, at støttegrupper for mødre, hvor de har mulighed for at sparre med hinanden samt legegrupper med fokus på børns udvikling (El-Mohandes *et al.*, 2003) og øget socialt netværk (Kelaher *et al.*, 2009) bidrager til, at flere deltager i børneundersøgelser. Støtte- og legegrupperne i de to studier er målrettet forældre med lav socioøkonomisk status (El-Mohandes *et al.*, 2003; Kelaher *et al.*, 2009), hvorfor det tyder på, at sådanne tiltag kan bidrage til en reduktion af den sociale ulighed i tilslutningen til børneundersøgelser. I Danmark eksisterer et lignende universelt tilbud i form af mødregrupper samt fædregrupper, hvoraf sidstnævnte dog kun udbydes i nogle kommuner og foreninger (Foreningen Far, 2020a). Det har dog kun i begrænset omfang været muligt at identificere eksisterende litteratur fra dansk kontekst, som undersøger, hvorvidt deltagelse i mødre-/fædregrupper influerer på deltagelse i børneundersøgelser (Michelsen *et al.*, 2007). Heraf fremgår det, at flere mødre bliver mindet om at bestille tid til forestående børneundersøgelser via mødregrupperne (Michelsen *et al.*, 2007), hvorfor mødregrupper potentielt kan have indflydelse på tilslutningen.

I spørgeskema- og interviewundersøgelsen er det ikke eksplicit adspurgt, i hvilket omfang mødre- og fædregrupper har haft indflydelse på deltagelse i børneundersøgelserne placeret efter barnets første leveår. Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår en tendens til, at information om børneundersøgelserne fra familie, venner og/eller mødre-/fædregrupper, har betydning for deltagelsen. Blandt forældre i Region Nordjylland synes det sociale netværk således at have betydning for deltagelse i børneundersøgelserne. Betydningen af sociale netværk understøttes af et studie af Derose og Varda, (2009), som viser, at større social kapital er associeret med nemmere adgang til forebyggende ydelser. Resultaterne fra interviewundersøgelsen nuancerer dog betydningen af det sociale netværk, idet det fremgår, at dette er sekundært ift. betydningen af påmindelse og information samt lægefaglig bekræftelse. Ud fra litteraturstudiet (El-

Mohandes *et al.*, 2003; Kelaher *et al.*, 2009), tendensen i spørgeskemaundersøgelsen samt anden forskningslitteratur (Derose og Varda, 2009) foreslås det, at sundhedsplejersker ifm. hjemmebesøg bør have særligt fokus på at understøtte, at forældre med lav socioøkonomisk status deltager i mødregrupper, og vedholder deltagelsen. Det skyldes, at deltagelse i mødregrupper potentielt kan bidrage til at reducere den sociale ulighed i tilslutningen til børneundersøgelserne.

7.1.6 Indhold

Til trods for at specialet initialt er afgrænset fra at omhandle indholdet i børneundersøgelserne, er dette fundet at have indvirkning på tilslutningen, hvorfor dette findes relevant at behandle. At indholdet har betydning for tilslutningen, fremgår bl.a. af interviewundersøgelsen, hvor der synes at være en uoverensstemmelse mellem den ene informants forventning til undersøgelsen og udbyttet heraf, hvilket har bevirket, at informanten ikke har deltaget i den efterfølgende børneundersøgelse. At et tidligere dårligt udbytte har indflydelse på tilslutningen, afspejles også i spørgeskemaundersøgelsen, hvor én respondent har angivet dette som barriere forbundet med ikke-deltagelse.

Af interviewundersøgelsen fremgår det endvidere, at informanten ikke ved, hvad der kan forventes af børneundersøgelserne, hvilket tyder på, at informanten mangler information om det reelle indhold ved en given undersøgelse. Der er således potentiale for, at forældres forventninger til børneundersøgelserne i højere grad kan indfries, hvis der udsendes information om indholdet heraf. Dette kan med fordel udgøre en del af den tidligere anbefalede tilsendelse af påmindelse og information, som således også bør indeholde en kort beskrivelse af, hvilke undersøgelser den alment praktiserende læge foretager til en given børneundersøgelse, og hvorfor netop disse er vigtige for barnets sundhed og udvikling. Hertil forekommer det centralt, at de undersøgelser som den alment praktiserende læge udfører, er overensstemmende med de tilsendte informationer, således forældrenes forventninger imødekommes. Dette er særligt vigtigt, da det i spørgeskemaundersøgelsen fremkommer, at én respondent har angivet, at dårligt udbytte af børneundersøgelse er en barriere forbundet med ikke-deltagelse. Eftersom det blot er én respondent, tyder det dog på, at de fleste forældres forventninger til udbyttet af undersøgelserne bliver indfriet. Dog kan ovennævnte kvalifikationer af de tilsendte påmindelser og informationer potentielt bidrage til øget tilslutning hos de forældre, der oplever, at de mangler information om undersøgelserne.

Ydermere viser litteraturstudiet, at forældre sætter pris på muligheden for at kunne prioritere, hvilke emner de ønsker at tale med lægen om til børneundersøgelsen (Coker *et al.*, 2016). Dette formodes at kunne medvirke til, at børneundersøgelsen stemmer bedre overens med forældrenes forventninger.

I spørgeskemaundersøgelsen fremkommer det endvidere, at en del forældre angiver, at muligheden for, at barnet kan opbygge en god relation til lægen, er af betydning for deltagelsen. Lignende fund gøres i interviewundersøgelsen, hvor muligheden for opbygning af relation mellem barn og læge ligeledes findes at være fremmende for deltagelse. Det synes således ikke blot, at være den helbredsmæssige vurdering af barnet, som har betydning for deltagelse, men også opbyggelse af tillid til lægen. På baggrund heraf anbefales det, at den alment praktiserende læge fortsat har fokus på at afsætte tid til at interagere med barnet, idet det formodes at kunne facilitere opbygning af tillid.

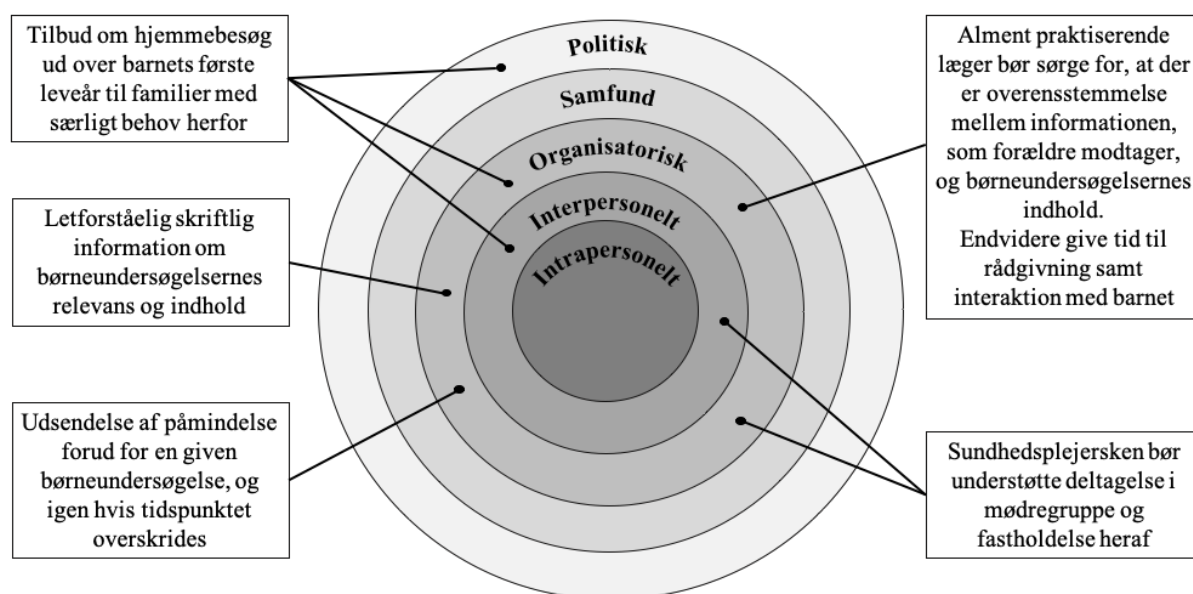
Et andet centralt aspekt vedrørende indholdet af børneundersøgelserne, som kom til udtryk i spørgeskemaundersøgelsen, er, at størstedelen af respondenterne angiver lægefaglig bekræftelse af barnets helbred samt mulighed for at stille spørgsmål og få rådgivning af lægen som fremmende for deltagelse. Evalueringen af børneundersøgelsesprogrammet (Michelsen *et al.*, 2007) viser, at alment praktiserende læger afsætter 10-45 min. til at foretage undersøgelserne. Med denne store variation i længden af undersøgelserne er der således risiko for, at der i nogle undersøgelser ikke er adækvat tid til at forældrene kan stille spørgsmål til og få råd af den alment praktiserende læge. Samlet vurderes det, at der ikke er belæg eller behov for en ændring af indholdet i børneundersøgelserne, men det anbefales at den alment praktiserende læge har fokus på afsætte tid til spørgsmål og rådgivning samt fokus på at skabe en god relation til barnet, idet dette kan være en fremmende faktor for tilslutningen.

7.1.7 Praksisrettede anbefalinger til forandring

På baggrund af ovenstående diskussion fremgår det, at anbefalingerne til forandring af udbredelsesstrategien for det danske børneundersøgelsesprogram udspiller sig på flere niveauer, hvilket er i overensstemmelse med Sallis, Owen og Fishers (2008) socioøkologiske model. I denne model fremhæves det, at tiltag, der søger at forbedre individers sundhedsadfærd, har størst indvirkning, hvis de intervenserer på flere forskellige niveauer (Sallis, Owen og Fisher, 2008). Det skyldes bl.a., at det ikke er tilstrækkeligt at motivere og informere individer

mhp. at ændre deres adfærd, hvis strukturer i samfundet besværlig- eller umuliggør ny adfærd (Sallis, Owen og Fisher, 2008). Denne tilgang til forandring af sundhedsadfærd afspejler sig ligeledes i litteraturstudiet, hvoraf det fremgår, at interventioner, der søger at ændre tilslutningen til børneundersøgelser, bør være komplekse.

Med udgangspunkt i diskussionen af specialets resultater vil de opstillede anbefalinger til forandring af den nuværende udbredelsesstrategi for børneundersøgelsesprogrammet blive opridset i det nedenstående. Anbefalingerne er målrettet forandring på forskellige niveauer, der på hver sin måde forventes at have betydning for tilslutningen til børneundersøgelsesprogrammet (figur 7). Det opstillede forandringsforslag er komplekst, og anbefalingerne er indbyrdes afhængige, hvorfor de muligvis ikke kan stå alene, men bør implementeres samlet.



Figur 7: Praksisrettede anbefalinger til forandring af den nuværende udbredelsesstrategi, og understøttelse af eksisterende tiltag, målrettet øget tilslutning til børneundersøgelsesprogrammet. Modellen er opsat med inspiration fra Sallis, Owen og Fishers (2008) socioøkologiske model. Stregerne angiver hvilke niveauer, forandringsforslagene intervenserer på. Dog har alle forandringer til formål at påvirke beslutningen om deltagelse, der træffes på det intrapersonelle niveau.

Et centralt tema i diskussionen af resultaterne er anbefalingen om mere kvalificeret skriftlig information til forældrene, der således udgør kommunikation fra sundhedsprofessionelle på det *organisatoriske niveau* til forældrene på det *intrapersonelle niveau*. Det anbefales, at den skriftlige information fremhæver vigtigheden af at møde op til børneundersøgelserne, hvilket har til hensigt at imødegå manglende incitament for deltagelse. Informationen bør formuleres

på en måde, så den er letforståelige for modtagerne uanset disses sundhedskompetenceniveau. En utilsigtet konsekvens ved udsendelse af information kan være, at den sociale ulighed i tilslutningen øges, da forældre med højere socioøkonomisk status har bedre forudsætninger for at reagere herpå. Den skriftlige information anbefales endvidere at indeholde en påmindelse om forestående børneundersøgelser, og bør udsendes både før og efter tidspunktet for den givne undersøgelse. Hertil anbefales det, at påmindelserne sendes til både mødre og fædre for at understøtte ligestillingen mellem barnets forældre samt øge sandsynligheden for at forældrene bemærker påmindelsen.

Yderligere anbefales det, at der indgår informationer om, hvad den alment praktiserende læge vil undersøge ifm. den specifikke børneundersøgelse, samt en kort beskrivelse af, hvorfor dette er vigtigt, således forældrene ved, hvad de kan forvente af børneundersøgelsen. Hertil findes det centralt, at lægens undersøgelser er overensstemmende med de tilsendte informationer, da forældrene kan opleve det som en barriere for fremtidig deltagelse, hvis deres forventninger ikke indfries. Endvidere anbefales det, at de alment praktiserende læger har fokus på betydningen af deres relation til barnet ifm. børneundersøgelserne, samt at de afsætter tid til at forældrene kan stille spørgsmål, idet det udgør fremmende faktorer for deltagelse.

Da det ikke fremgår tydeligt, hvem der på nuværende tidspunkt har ansvar for at udsende påmindelser om børneundersøgelser, anbefales det at udarbejde klare retningslinjer herfor, for således at sikre en tydelig ansvarsfordeling mellem de involverede instanser på det *organisatoriske niveau*. De ansvarlige instanser bør hertil gøre sig overvejelser om, hvorvidt der kan gøres brug af alternative udsendelsesformer for påmindelse og information, som gør det lettere tilgængeligt for forældrene, og stiller færre krav til e-sundhedskompetencer. Hvilken alternativ udsendelsesform, der bør benyttes, er der i indeværende speciale ikke belæg for at fremstille en anbefaling for, hvorfor dette lades være op til de ansvarlige instanser.

Foruden anbefalinger om informationer og påmindelser, understøtter specialets resultater vigtigheden af de nuværende hjemmebesøg, der bidrager til at facilitere personlig kontakt mellem sundhedsprofessionelle og forældre. Hertil foreskriver Sundhedsloven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010), at kommunerne skal tilbyde yderligere hjemmebesøg til familier med særlige behov herfor. Ved hjemmebesøgene bør sundhedsplejersken have fokus på at informere forældrene om børneundersøgelserne, for gennem dialog at motivere til deltagelse. Endvidere bør sundhedsplejersken have fokus på at understøtte fastholdelsen af deltagelse i

mødregrupper, idet sociale netværk kan have betydning for deltagelsen i børneundersøgelser. Samlet kan hjemmebesøg og mødregrupper potentielt bidrage til at reducere den sociale ulighed i deltagelsen til børneundersøgelse, fordi sundhedsplejersken kan understøtte deltagelse i børneundersøgelserne, og mødregrupper kan være en kilde til at udvide forældrenes sociale netværk.

7.1.7.1 Målgruppe for anbefalingerne

Med afsæt i en proportionel universalistisk tilgang retter ovenstående anbefalinger sig i udgangspunktet mod alle forældre, men der kan være forskel på, hvilken indvirkning de har på tilslutningen afhængigt af bl.a. forældrenes socioøkonomiske status. Her vil f.eks. påmindelser og informationer blive udsendt til alle forældre, men forældre med høj socioøkonomisk status kan potentielt have større nytte af disse tiltag. Deltagelsen hos familier med lavere socioøkonomisk status bør således understøttes af andre tiltag, såsom yderligere hjemmebesøg af en sundhedsplejerske, for at imødegå den sociale ulighed i tilslutningen.

I specialet har der været fokus på forandring af udbredelsesstrategien for børneundersøgelserne efter barnets første leveår, idet tilslutningen til disse er særligt lav (Michelsen *et al.*, 2007; Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013; Buhelt *et al.*, 2017). Dog findes anbefalingerne herudover at have potentiale for at mindske den sociale ulighed i tilslutningen til børneundersøgelserne, hvorfor tiltagene også kan være relevante for børneundersøgelserne i barnets første leveår, idet der også her forekommer social ulighed i tilslutningen (Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013).

Indsamlingen af empiri til spørgeskema- og interviewundersøgelsen er afgrænset til forældre bosat i Region Nordjylland. De barrierer og fremmede faktorer for deltagelse, som gør sig gældende i denne kontekst, gælder dog potentielt også for forældre i andre dele af landet, idet opbygningen af børneundersøgelsesprogrammet er ens på tværs af de danske regioner. Endvidere er den relativt lave deltagelse i børneundersøgelsesprogrammet ikke blot et regionalt problem (Region Nordjylland, 2019), idet samme tendens forekommer på nationalt plan (Søndergaard *et al.*, 2008; Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, 2013). Anbefalingerne til forandring kan derfor potentielt have en positiv effekt på den landsdækkende tilslutning, og det bør derfor overvejes, om de skal implementeres nationalt.

7.1.7.2 Implementering

I arbejdet med at omsætte de opstillede anbefalinger til praksis er der en række forhold, der skal tages højde for, for at opnå en vellykket implementering. Hertil tages der afsæt i Bertram, Blase og Fixsens (2015) implementeringsmodel, idet den er et anvendeligt redskab til at planlægge og strukturere implementeringsprocesser.

Før interventioner implementeres, skal centrale komponenter identificeres for således at eksplicitere udgangspunktet for det videre arbejde (Bertram, Blase og Fixsen, 2015). Disse centrale komponenter omfatter a) definition af interventionens model, b) bagvedliggende teori, c) forandringsteori, d) målpopulationens karakteristika og e) alternative modeller (Bertram, Blase og Fixsen, 2015). Oprindeligt udgør overvejelser om alternative implementeringsmodeller den sidste komponent i Bertram, Blase og Fixsens (2015) model. Efter refleksion over de første fire komponenter, findes Bertram, Blase og Fixsens (2015) implementeringsteori fordelagtig til strukturering af implementeringen af de opstillede forandringsforslag. Denne model fordrer eksplicitering af implementeringsstrategien, hvorfor den vurderes at være anvendelig i arbejdet med en kompleks intervention. I det nedenstående præsenteres de øvrige fire komponenter i Bertram, Blase og Fixsens (2015) model, hvortil refleksioner over, hvordan de kan anvendes i implementeringen af de opstillede forandringsforslag, ekspliciteres.

Definition af interventionens model omfatter afklaring af involverede aktører, samt hvordan disse aktører skal indgå (Bertram, Blase og Fixsen, 2015), hvilket for de opstillede forandringsforslag bl.a. omfatter sundhedsplejerskens arbejde med at motivere forældrene til deltagelse i børneundersøgelserne. Den bagvedliggende teori udgøres af de teoretiske principper, som interventionen er udviklet på baggrund af (Bertram, Blase og Fixsen, 2015), hvor forandringsforslagene for børneundersøgelsens udbredelsesstrategi er opstillet med afsæt en proportionel universalistisk tilgang. Forandringsteorien indebærer de virksomme komponenter, som skal skabe forbedrede resultater for målgruppen (Bertram, Blase og Fixsen, 2015), og udgøres således af forandringsforslagene, hvis tilsigtede virkning er fremskrevet gennem resultatdiskussionen. Målpopulationens karakteristika omfatter de adfærdsmæssige, socioøkonomiske, kulturelle eller på anden måde særegne kendetegn, som målpopulationen for interventionen har (Bertram, Blase og Fixsen, 2015). For målpopulationen for de opsatte forandringsforslag gælder, at det er forældre til børn op til skolealderen med forskellig socioøkonomisk status. Slutteligt omfatter komponenten alternative modeller argumentationen

for valget af implementeringsmodel (Bertram, Blase og Fixsen, 2015), hvilket i indeværende speciale beror på kompleksiteten i forandringsforslagene, hvortil Bertram, Blase og Fixsens (2015) implementeringsmodel findes anvendelig, som beskrevet ovenfor.

7.1.7.2.1 Implementeringsdrivere

Efter identificering og eksplicitering af de centrale komponenter kan implementeringen påbegyndes (Bertram, Blase og Fixsen, 2015). Hertil findes der overordnet tre typer af såkaldte *drivere*, som har indvirkning på implementeringsprocessen (Bertram, Blase og Fixsen, 2015), og som skal være til stede for, at implementeringen er optimal. Driverne udgøres af a) kompetencedrivere, b) organisatoriske drivere og c) ledelsesmæssige drivere (Bertram, Blase og Fixsen, 2015). Kompetencedrivere består af mekanismer, som anvendes til at udvikle, forbedre og opretholde interventionen som intenderet (Bertram, Blase og Fixsen, 2015). I relation til de opstillede anbefalinger foreslås det, at der f.eks. drages nytte af de relevante og kontekstspecifikke erfaringer, der er opnået ifm. påmindelsesordningen i Region Nordjylland. Ved organisatoriske drivere fokuseres på hvilke mekanismer, der er centrale ift. at skabe, opretholde og understøtte forandringen (Bertram, Blase og Fixsen, 2015), herunder om der er allerede implementerede tilbud, der kan drages nytte af i implementeringen (Esbjerg Kommune, 2014). Her antages forandringsforslagene i høj grad at kunne støtte sig op ad de allerede implementerede tiltag, herunder påmindelsesordningen i Region Nordjylland og Statens Serum Instituts udsendelse af påmindelser om vaccinationer samt hjemmebesøg af sundhedsplejersker. Således vurderes anbefalingerne ikke at medføre en omfattende økonomisk, kulturel eller ressourcemæssig forandring. Den sidste driver omhandler ledelse, hvor fokus er på hvilke ledelsesstrategier, som bedst understøtter beslutningstagning og vejledning i implementeringsprocessen (Bertram, Blase og Fixsen, 2015). Her foreslås det, at der f.eks. udpeges en projektleder og/eller styregruppe, der kan fungere som bindeled mellem relevante aktører og sikre en klar ansvarsfordeling.

7.1.7.3 Evaluering

Ifm. en eventuel implementering af forandringsforslagene bør der gøres overvejelser om, hvordan disse kan evalueres. Ifølge Hansen (2005) er formålet med en evaluering styrende for valget af evalueringsmodel. Hertil kan der være fordele ved både summative og formative evalueringsmodeller. I den summative evaluering er det muligt at fokusere på en kvantitativ bedømmelse af, om den ønskede ændring er opnået, mens den formative evaluering bl.a. gør det muligt at afdække potentialer for forbedring og yderligere forandring (Krogstrup, 2016).

En summativ evaluering af forandringsforslagenes virkning kan foretages efter principperne for en klassisk effektevaluering, der ifølge Krogstrup (2016) kan belyse, om en forandring kan tilskrives den undersøgte intervention. Gennem et eksperimentelt design muliggør effektevaluering undersøgelse af eventuelle forskelle i tilslutningen til børneundersøgelserne mellem områder, hvori forandringsforslagene er implementeret, og områder, hvori de ikke er.

En formativ evaluering af forandringsforslagenes virkning kan foretages efter principperne for en virkningsevaluering, hvor det ifølge Fletcher *et al.* (2016) undersøges, hvad der virker, for hvem og under hvilke omstændigheder. I virkningsevaluering undersøges dette ved et fokus på proces, output og outcome (Krogstrup, 2016), hvorfor det bl.a. kan undersøges, hvordan forandringsforslagene indvirker på forældrenes beslutningsproces vedrørende deltagelse i børneundersøgelserne, og hvordan det påvirker deres tilslutning. Virkningsevaluering kan således afdække, om det særligt er nogle af forandringsforslagene, der skaber den tilsigtede virkning, og hvem de virker for.

7.2 Metodediskussion

I det følgende diskuteres de metodiske valg, som ligger til grund for specialets resultater, mhp. at vurdere specialets metodiske kvalitet ud fra metodespecifikke kvalitetskriterier.

7.2.1 Systematisk litteratursøgning

7.2.1.1 Søgestrategi

Den endelige systematiske litteratursøgning er baseret på erfaring med forskellige afprøvede søgestrategier ift. søgetermer, antal blokke og fokusområder. Afprøvningen af forskellige strategier bidrog til at danne overblik over den eksisterende forskningslitteratur på området, hvilket i høj grad medvirkede til en præcisering af den endelige systematiske litteratursøgning (Rienecker og Jørgensen, 2018). Det blev bl.a. afprøvet, hvilke søgeresultater, der fremkom, hvis blokke omhandlende *børneundersøgelse* og *tilslutning* blev kombineret med en blok omhandlende enten *børn* eller *forældre*. Begge kombinationer blev testet, fordi det var uklart, om potentielt relevante studier omhandlende tilslutning til børneundersøgelser ville være skrevet ud fra barnets eller forældrenes perspektiv. Ved skimming af søgeresultaterne viste det sig, at de to søgestrategier overordnet frembragte de samme studier. Den endelige bloksøgning blev således opbygget med følgende blokke: A) *forældre* idet tiltag, som sigter mod at øge

tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser, må antages at være rettet mod forældrene samt B) *børneundersøgelser* og C) *tilslutning*. Den endelige systematiske litteratursøgning blev derfor udformet som en bloksøgning, der ifølge Buus *et al.* (2008) øger litteratursøgningens transparens. Alternativt kunne den endelige systematiske litteratursøgning være opbygget med en PICO-struktur, der ifølge (Frandsen *et al.*, 2014) frembringer mere præcise og dermed relevante søgeresultater. PICO-strukturen blev afprøvet i den indledende søgning, men blev fravalgt, da søgetermerne i de enkelte blokke i flere tilfælde også kunne placeres i de andre blokke. Eksempelvis kunne særligt søgetermer relateret til tilslutning både indgå i *Intervention* og *Outcome*. Derfor er den endelige systematiske litteratursøgning opbygget som en bredere bloksøgning, hvortil der gøres brug af klart definerede inklusions- og eksklusionskriterier til identificering af relevante studier.

I de indledende søgninger blev der desuden afprøvet forskellige søgeord for at finde frem til hvilke termer, der var mest dækkende og relevante under de respektive blokke. Særligt ved blokken omhandlende *børneundersøgelser* var det svært at identificere hvilke engelske begreber, som svarede til det danske begreb, hvilket ifølge Buus *et al.* (2008) er et velkendt problem i forskningsverdenen. Der blev derfor gjort brug af relevante keywords og termer anvendt i identificeret eksisterende forskningslitteratur på området. Endvidere blev definitioner af potentielt relevante thesaurus-termer undersøgt i de inkluderede videnskabelige databaser, mhp. at vurdere, om disse termer indfangede relevante aspekter af det, som begrebet børneundersøgelser dækker over. Samlet vurderes denne tilgang at have bidraget til inklusion af relevante søgetermer i bloksøgningen.

7.2.1.2 Afvejning af *genfinding* og *præcision*

De indledende søgninger gjorde det klart, at der er begrænset forskningslitteratur på området, hvorfor *genfinding* blev prioriteret over *præcision* i den endelige søgning. Det blev således tilstræbt at identificere mest mulig relevant litteratur på bekostning af mængden af støj i søgningen (Frandsen *et al.*, 2014), hvilket illustreres ved, at der ud af samlet 4.949 hits var fem studier, som blev vurderet relevante.

En høj genfinding blev forsøgt opnået gennem brede og synonyme søgetermer samt anvendelse af relevante videnskabelige databaser (Buus *et al.*, 2008). Den endelige søgning kunne have inkluderet endnu bredere søgetermer, men dette blev fravalgt på baggrund af erfaringer fra den indledende søgning, som viste, at dette medførte et uoverkommeligt antal hits og meget begrænset relevant litteratur. Ydermere kunne der være søgt i flere databaser, men de anvendte

databaser blev valgt på baggrund af den indledende søgning, som viste, at der forekom mest relevant litteratur i disse databaser. Endeligt kan der være stort overlap mellem referencerne i forskellige databaser (Buus *et al.*, 2008), hvorfor søgning i yderligere databaser ikke nødvendigvis ville have øget genfindingen.

For at øge søgningens præcision kunne der være gjort brug af såkaldte *limits* i databaserne, hvilket blevet fravalgt grundet risikoen for, at relevante referencer var kodet forkert. Dette besværliggjorde og forlængede udvælgelsesprocessen, hvilket dog blev opvejet af den mindskede risiko for, at studier fejlagtigt blev frasorteret tidligt i søgeprocessen. Tidsmæssig afgrænsning blev endvidere fravalgt, idet det medfører en risiko for, at søgningen afgrænses fra en periode tilbage i tiden, hvor forskningen på området potentielt var særlig aktiv (Lund *et al.*, 2014). Her bidrog de opsatte inklusion- og eksklusionskriterier yderligere til at præcisere udvælgelsen af relevante studier blandt den forholdsvis store mængde støj i søgningen.

7.2.1.3 Kritisk kvalitetsvurdering

De inkluderede studier er vurderet ud fra tjeklister fra Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2020) og kvalitetsbegreberne intern- og ekstern validitet samt reliabilitet (Juul *et al.*, 2017). Dette medførte eksklusion af et studie af Needlman *et al.* (2019), idet det først og fremmest var uklart hvilket design, der var anvendt i studiet. Hertil var studiet baseret på en sekundær analyse af data fra et andet studie, som ikke omhandlede børneundersøgelserne, men derimod et tiltag, som forløb sideløbende med. Dette studie blev således dels ekskluderet grundet lav metodisk kvalitet og dels grundet begrænset relevans ift. det fokuserede underspørgsmål.

De fem endeligt inkluderede studier (Margolis *et al.*, 2001; El-Mohandes *et al.*, 2003; Lever og Moore, 2005; Kelaher *et al.*, 2009; Coker *et al.*, 2016) vurderes overordnet at være af udmærket metodisk kvalitet. De er overvejende eksperimentelle, hvortil det vurderes som en styrke, at tre af studierne (El-Mohandes *et al.*, 2003; Lever og Moore, 2005; Coker *et al.*, 2016) er randomiserede kontrollerede studier, idet dette mindsker risikoen for confounding (Juul *et al.*, 2017). Hertil er det ud fra alle studierne muligt at udlede kausale forhold, idet de inkluderer et tidsaspekt (Juul *et al.*, 2017). Dette gør det muligt at vurdere, om de givne interventioner har en effekt på tilslutningen, hvilket er essentielt ift. at udlede hvilke tiltag, der potentielt kan styrke virkningen af forandringsforslagene.

Overordnet for alle de inkluderede studier gælder, at de har begrænsninger i form upræcise beskrivelser af de implementerede interventioner, hvorfor det har været vanskeligt at sammenholde de enkelte elementer af interventionerne. Til trods herfor har det været muligt at udlede essentielle temaer, som har bidraget til at kvalificere de opstillede forandringsforslag.

7.2.2 Spørgeskema

7.2.2.1 Udformning af spørgeskema

Udformningen af spørgeskemaet er foretaget med afsæt i viden opnået gennem problemanalysen og den systematiske litteratursøgning. Dog overlappede den systematiske litteratursøgning og udarbejdelsen af spørgeskemaet, og analysen af de inkluderede studier var derfor ikke fuldført før udsendelse af spørgeskemaet. Der er således fund fra litteraturstudiet, som ikke afspejles i spørgeskemaet, og derfor ikke er efterprøvet i dansk kontekst. Dette vurderes dog ikke at have haft væsentlig betydning for de indsamlede data, idet langt størstedelen af temaerne fra litteraturstudiet er inkorporeret i spørgeskemaet, bl.a. fordi de også fremgår af problemanalysen.

Idet der i specialet er fokus på proportional universalisme som afsæt for forandringspotentialet, har der i udformningen af spørgeskemaet været fokus på at indsamle relevante baggrundsoplysninger, bl.a. for at muliggøre undersøgelse af, om bestemte barrierer og fremmede faktorer primært optræder hos forældre med en given socioøkonomisk status. Ved formuleringen af spørgsmål har der været fokus på at mindske risikoen for at disse kunne misforstås eller opfattes som stødende, hvilket særligt har været gældende for spørgsmål relateret til ikke-deltagelse. Dette har muligt været på bekostning af de indsamlede data, idet der i nogle tilfælde har været mere fokus på *hvordan* spørgsmålene skulle stilles, og i mindre grad *hvorfor*. Dette skyldes i nogen grad, at der ikke var udarbejdet en fuld analyseplan forud for konstruktion af spørgeskemaet, hvilket dog er en prævalent fejl, som begås af selv mere erfarne forskere (Aday og Cornelius, 2006). Det vurderes dog, at denne fejl ikke har haft væsentlig betydning for kvaliteten af de indsamlede data.

7.2.2.2 Valideringsproces

Grundet tidsmæssige begrænsninger blev det valgt kun at foretage en kvalitativ validering af spørgeskemaet. Dette kunne være suppleret med mindre distribuering af spørgeskemaet, til respondenter inden for målgruppen, hvorefter der på baggrund af deres besvarelser kunne være

opnået større kendskab til data, herunder om andre svarkategorier var mere fordelagtige og de statistiske analyser. Idet spørgeskemaet var selvadministreret, blev det dog vurderet, at det vigtigste var at undersøge, om spørgeskemaet var selvforklarende og spørgsmålene var formuleret letforståelige, hvorfor der blev foretaget en kvalitativ validering vha. et cognitiv interview. Fordelene ved en kvalitativ validering af spørgeskemaer er, at de kan påpege både større og mindre svagheder (Olsen, 2006). Omvendt kan en svaghed være, at valideringen kan være usystematisk og overfladisk (Olsen, 2006). Sidstnævnte er forsøgt imødegået ved brug af en interviewguide med dybdegående spørgsmål. Der er dog risiko for, at anvendelsen af et retrospekt cognitiv interview kan have medført recall bias (Willis, 1999), idet informanten først gennemfører spørgeskemaet for dernæst at besvare spørgsmål fra interviewer. Dette opvejes dog af at, at tilgangen belyser, hvorvidt informanten selvstændigt kan gennemføre spørgeskemaet, og endvidere vurderes risikoen for recall bias at være begrænset, idet spørgeskemaet blot tog 5 min. at gennemføre.

7.2.2.3 Rekruttering af respondenter

Til rekrutteringen af respondenter er der gjort brug af både gatekeeper og snowball sampling. Gatekeeper sampling har været anvendt mhp. at facilitere kontakt til respondenter, som det ellers ikke ville have været muligt at få kontakt til (Merriam og Tisdell, 2016). En ulempe ved denne sampling kan være, at undersøgelsen afsluttes inden den egentlig påbegyndes (Merriam og Tisdell, 2016), hvilket var tilfældet i den indledende fase, hvor en børnehaveleder, som havde udvist interesse for at facilitere kontakt til forældre, sidenhen afviste. Dog var gatekeeperne overvejende samarbejdsvillige, og brugen heraf vurderes at have bidraget positivt til at facilitere kontakt til potentielle respondenter.

Gennem snowball sampling via Facebook nåede spørgeskemaet ud til mange potentielle respondenter. En stor del af respondenterne blev således samlet gennem specialegruppemedlemmernes sociale netværk, hvilket medførte, at nogle befolkningsgrupper var underrepræsenterede (herunder forældre med lavt uddannelsesniveau) i spørgeskemaundersøgelsen, mens andre var overrepræsenterede (herunder mødre og 30-39-årige). Dette kan sættes i relation til et systematisk review over brugen af Facebook til rekruttering af deltagere, hvoraf det fremgår, at dette sociale medie er særligt fordelagtig til at erhverve kvinder i den yngre til midaldrende aldersgruppe (Thornton *et al.*, 2016). Dette kan potentielt bidrage til at forklare, hvorfor fædre er underrepræsenteret i studiepopulationen.

Eftersom der spørges ind til bl.a. uddannelsesniveau hos både respondenterne og en evt. samlever, formodes det dog, at fædrenes karakteristika også er repræsenteret i nogen grad. Endvidere forekommer der ikke en statistisk signifikant forskel i fordelingen af respondentens køn på hhv. fuld deltagelse og deltagelse i nogle/ingen af børneundersøgelserne, hvorfor kønsfordelingen ikke vurderes at have en indflydelse på resultaterne. Til trods for en relativt homogen studiepopulation vurderes rekrutteringen via Facebook at være fordelagtig, idet det har bidraget til at opnå en større sample size, og dermed har øget den statistiske styrke af de udførte analyser.

7.2.2.4 Besvarelser

Idet spørgeskemaundersøgelsen er baseret på selvrapporterede data, er der risiko for informationsbias, hvilket kan have indflydelse på den interne validitet af resultaterne (Szklo og Nieto, 2018). Dette kunne have været afhjulpet ved brug af registre, som f.eks. kunne bidrage med oplysninger om, hvor mange børneundersøgelser respondenterne havde deltaget i. Dog havde specialegruppen ikke adgang til sådanne registre, og deltagelse er derfor baseret på selvrapportering, hvilket medfører en risiko for recall bias (Szklo og Nieto, 2018). Det vurderes dog, at eventuelle problemer relateret til recall ikke har medført bias.

7.2.2.5 Analysestrategi

Den statistiske analyse blev udført ud fra principper om complete case analyse (Bennett, 2001), hvilket betyder, at ufuldstændige besvarelser blev ekskluderet under datamanagement-processen, inden analysen påbegyndes. Ved brug af complete case analyse er der risiko for at introducere bias i resultaterne, hvis besvarelserne for de tilbageværende respondenter ikke er repræsentative for de respondenter, der ekskluderes på baggrund af ufuldstændig besvarelse (Szklo og Nieto, 2018). Endvidere kan der ved eksklusion af besvarelser mistes statistisk styrke i analyserne (Bennett, 2001). Denne problematik kunne være imødegået gennem *multiple imputation*, hvor de manglende svar beregnes ud fra respondentens øvrige besvarelser (Bennett, 2001). Dog har gruppemedlemmerne ikke erfaring udi brugen af multiple imputation, hvormed der er risiko for at anvendelsen af dette blot ville medføre fejl i databehandlingen. Hertil kan complete case analyse i visse tilfælde være lige så godt som multiple imputation (Bennett, 2001), idet der også er fordele ved denne tilgang. Herunder er denne tilgang relativt ligetil for individer, der ikke har stor erfaring med at arbejde med statistiske analyser (Bennett, 2001). Endvidere vurderes det, at anvendelse af complete case sandsynligvis ikke har haft stor

indflydelse for resultaterne, idet der blot ekskluderes 12 respondenter på baggrund af ufuldstændige besvarelser.

7.2.3 Telefoninterview

Anvendelsen af telefoninterview til indsamling af data omhandlende forældrenes oplevelse af barrierer og fremmende faktorer for deltagelse i børneundersøgelserne findes fordelagtig, idet forældrene her har mulighed for at forklare og uddybe deres svar på anden vis end ved udfyldelse af spørgeskemaundersøgelsen. Grundet COVID-19 pandemien var der påbud om fysiske møder med informanter, hvorfor interviewene er foretaget per telefon. Dette kan potentielt have påvirket datarigdommen, sammenlignet med ansigt-til-ansigt interview, idet der ved telefoninterview ikke er samme mulighed for at aflæse informantens såkaldte *social cues*, såsom kropssprog mv. (Opdenakker, 2006). Dog bidrager telefoninterview til et adækvat niveau af social cues i form af intonationer. Hertil vurderes det, at minimeringen af smittespredning under pandemien samt fleksibiliteten ift. informanterne mere end opvejer for manglen på aflæsning af kropssprog under de relativt korte interview. Således har interviewene på forsvarlig vis bidraget til en nuancering af de resultaterne fra spørgeskemaet.

7.2.3.1 Håndtering af risiko for bias

Ved interviewene er der risiko for, at disse er influeret af *social desirability bias*, idet informanterne adspørges om forhold, der kan anses som værende en samfundsnorm (Nederhof, 1985). Således er det muligt, at de ikke ville have lyst til at angive, hvis de var udeblevet fra en eller flere børneundersøgelser, for dermed at fremstå som den “bedst mulige” udgave af sig selv, herunder den bedst mulige forælder for deres barn. Dette vurderes dog ikke at udgøre et problem i interviewene, idet disse var en uddybning af informanternes allerede anførte svar, hvorfor interviewerens allerede havde kendskab hertil. Endvidere anses det som en styrke, at interviewene er udført over telefon, idet dette antages at mindske risikoen for social desirability bias, da informanterne kan befinde sig i eget hjem hvor de er mere komfortable (Carr og Worth, 2001), og ikke skal se interviewerens i øjnene under besvarelse af potentielle prekære spørgsmål.

7.2.3.2 Kvalitetsvurdering

Kvalitative metoder vurderes ud fra andre kvalitetsbegreber end kvantitative, hvorfor interviewene vurderes ud fra begreberne *troværdighed*, *bekræftbarhed* og *overførbarhed*.

Troværdighed omhandler vurdering af studiets metodiske udførelse, og dermed kvaliteten af den indsamlede data (Thagaard, 2004). Interviewundersøgelsens troværdighed øges af gennemsigtigheden i metoden, herunder bl.a. tilgang til transskription og kodning samt vedlæggelse af interviewguidene. Endvidere styrkes troværdigheden ved den klare skelnen mellem informanternes udtalelser og fortolkningen af disse, idet citaterne fremgår i resultatafsnittet og ikke blot er parafraseret. Transskriptionerne og analysen heraf er ikke sendt til informanterne, hvormed der er risiko for, at informanternes udtalelser ikke er fortolket korrekt (Kvale og Brinkmann, 2009). I tilfælde af tvetydige udtalelser under interviewet, bad interviewerens dog informanterne om at uddybe deres svar, hvilket øger sandsynligheden for, at deres udtalelser er transskriberet og fortolket korrekt.

Kvalitative studier vurderes endvidere ud fra kriteriet bekræftbarhed, som omhandler vurderinger af tolkningerne foretaget på baggrund af resultaterne, herunder hvorvidt forskeren har forholdt sig kritisk til egne fortolkninger (Thagaard, 2004). Bekræftbarheden vurderes at være udmærket for interviewundersøgelsen, idet resultaterne heraf understøttes af anden forskning, herunder resultaterne fra litteraturstudiet. Derudover fremkommer fund, som ikke afspejles i anden forskning, bl.a. at transport ikke udgør en barriere for forældrene i studiepopulationen. Dette anses ikke nødvendigvis som en svaghed, idet resultaterne for interviewundersøgelsen er kontekstspecifikke for det danske børneundersøgelserprogram, mens artiklerne frembragt i litteraturstudiet stammer fra f.eks. amerikansk kontekst.

Slutteligt har kriteriet overførbarhed indflydelse på kvalitative studiers kvalitet, hvor overførbarhed udgøres af, hvorvidt den forståelse, som er udviklet i studiets kontekst, kunne have relevans i andre sammenhænge (Thagaard, 2004). Overførbarheden vurderes ligeledes at være udmærket, idet interviewundersøgelsen har god troværdighed, som gør det muligt for læseren at vurdere, om konteksten, som resultaterne er fremkommet i, er sammenlignelig med andre. Endvidere højnes overførbarheden for resultaterne af, at den geografisk afgrænsede kontekst er overensstemmende med konteksten, hvori forandringsforslagene anbefales implementeret; det danske børneundersøgelserprogram på nationalt plan.

8 Konklusion

I dette speciale er det undersøgt, hvordan udbredelsesstrategien for det danske børneundersøgelsesprogram kan forandres for at øge tilslutningen og reducere den sociale ulighed heri. Med afsæt i en afsøgning af eksisterende forskningslitteratur er afprøvede strategier til at øge tilslutningen til børneundersøgelser identificeret og vurderet ift. indvirkning på deltagelse samt relevans i dansk kontekst. Dertil har spørgeskema- og interviewundersøgelser bidraget til forståelse af, hvilke kontekstspecifikke barrierer og fremmende faktorer for deltagelse i børneundersøgelsesprogrammet, der gør sig gældende for forældre bosat i Region Nordjylland. På baggrund heraf er der dels opstillet en række praksisrettede anbefalinger til forandring af den nuværende udbredelsesstrategi, og dels fremkommet empiri, som understøtter nogle af de eksisterende tiltag.

Overordnet vedrører anbefalingerne øget tilgængelighed til og kvalificering af information og kommunikation omkring børneundersøgelserne med formålet om at motivere forældre til at deltage. Udsendelse af skriftlig information skal bl.a. bidrage til at udbrede kendskabet til og understrege vigtigheden af undersøgelserne. Dette bør ligeledes være et fokus i dialogen mellem sundhedsplejerske og forældre ifm. hjemmebesøg, hvortil sundhedsplejersken også kan have fokus på at understøtte fastholdelsen af mødregrupper. I forlængelse heraf understøtter specialets resultater relevansen af det lovfastsatte tilbud om ekstra hjemmebesøg til familier med særligt behov herfor, idet de potentielt kan bidrage til at reducere den sociale ulighed i tilslutningen til børneundersøgelserne efter barnets første leveår. I både den skriftlige formidling og mundtlige dialog bør der tages højde for sundhedskompetenceniveau for at imødegå problematikken i, at socioøkonomisk status kan have betydning for evnen til og forudsætningerne for at omsætte sundhedsinformation til konkret handling. Endvidere anbefales det, at der i sammenhæng med den skriftlige information udsendes påmindelser både forud for en given undersøgelse og ved eventuel ikke-deltagelse, samt at de sendes til både mødre og fædre. Dette skal imødegå problemet i, at ikke-deltagelse i nogle tilfælde er en konsekvens af glemsel. Overensstemmelse mellem den information, der gives, og det reelle indhold ved en given børneundersøgelse skal bidrage til at forældres forventninger imødekommes, og deraf medvirke til, at de vedbliver med at deltage i børneundersøgelsesprogrammet.

Forud for fuld implementering af de fremstillede forslag anbefales det, at forandringspotentialet udforskes gennem yderligere forskning på området. Hertil kan forandringsforslagene med fordel afprøves i mindre målestok mhp. at vurdere, om der er grundlag for implementering i større skala.

9 Litteraturliste

- A.M., S. *et al.* (2005) 'Development of a risk assessment tool for predicting pediatric health services utilization', *Journal of Clinical Outcomes Management*. A.M. Snyder, Hasbro Children's Hospital, 593 Eddy St., Providence, RI 02903, United States, 12(9), pp. 451–458.
- Aaby, A. *et al.* (2019) *GPS - God Praksis for folkeSundhed. Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv - En vej til lighed i sundhed?* Odense.
- Aalborg Kommune (2020) *Børneundersøgelser og vaccinationer*. Available at: <https://www.aalborg.dk/familie-og-boern/sundhedsplejen/boerneundersogelser-og-vaccinationer> (Accessed: 20 February 2020).
- Aalborg Universitet (2020a) *Det Digitale Projektbibliotek, Aalborg Universitet*. Available at: <https://projekter.aau.dk/projekter/> (Accessed: 31 May 2020).
- Aalborg Universitet (2020b) *Projektforløbet - Fra start til slut. SLP*. Aalborg.
- Aday, L. A. and Cornelius, L. J. (2006) *Designing and conducting health surveys: A comprehensive guide*. 3rd edn, *Designing and conducting health surveys: A comprehensive guide*. 3rd edn. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- ALLEA - All European Academies (2017) *The European Code of Conduct for Research Integrity - Revised edition*. Berlin.
- Almind, G. (1984) *Forebyggende arbejde med småbørnsfamilier i almen praksis og sundhedspleje*. København Universitet.
- Arai, L. *et al.* (2014) "'Did not attend' in children 0-10: a scoping review', *Child: Care, Health and Development*. England, 40(6), pp. 797–805.
- Bacon, M. (2012) *Pragmatism: An Introduction*. 1st edn. Malden, Massachusetts: Polity Press.
- Bak, C. K. and Vardinghus-Nielsen, H. (2018) 'Perspektiver og forståelser af social ulighed i sundhed', in
- Dalsgaard, A. and Meldgaard, L. (eds) *Sociologi for sundhedsprofessionelle*. 1st edn. København: Gads Forlag, pp. 148–174.
- Bennett, D. A. (2001) 'How can I deal with missing data in my study?', *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. Public Health Association of Australia Inc., 25(5), pp. 464–469.
- Berkman, L. F. *et al.* (2000) 'From social integration to health: Durkheim in the new millennium', *Social Science & Medicine*, 51(6), pp. 843–857.
- Berra, S. *et al.* (2009) 'Correlates of Use of Health Care Services by Children and Adolescents From 11 European Countries', *Medical Care*. United States, 47(2), pp. 161–167.
- Bertram, R. M., Blase, K. A. and Fixsen, D. L. (2015) 'Improving Programs and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change', *Research on Social Work Practice*, 25(4), pp. 477–487.
- Bourdieu, P. (1986) 'The forms of capital', in Richardson, J. (ed.) *Handbook of Theory and Research for the sociology of education*. Westport, Connecticut: Greenwood.
- Bowlby, J. (1994) *En sikker base: tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Det lille Forlag.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) 'Using thematic analysis in psychology', *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77–101.
- Braveman, P. and Barclay, C. (2009) 'Health Disparities Beginning in Childhood: A Life-Course Perspective', *Pediatrics*, 124, pp. 163–175.

Brinkmann, S. (2015) 'Etik i en kvalitativ verden', in Brinkmann, S. and Lene, T. (eds) *Kvalitative metoder, en grundbog*. 2nd edn, pp. 463–480.

Bruun-Jensen, B. (2011) 'Sundhedspædagogiske kernebegreber', in Almind, G., Kamper-Jørgensen, F., and Jensen, B. B. (eds) *Forebyggende sundhedsarbejde*. 5. udgave. Kbh: Munksgaard.

Buhelt, P. *et al.* (2017) *Status på Sundhedsaftalen 2015-2018*.

Buus, N. *et al.* (2008) *Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller*, Sygeplejersken. Available at: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller> (Accessed: 24 May 2020).

Carr, E. C. J. and Worth, A. (2001) 'The use of the telephone interview for research', *NT Research*. SAGE Publications, 6(1), pp. 511–524.

Ching, T. Y. C. (2015) 'Is Early Intervention Effective in Improving Spoken Language Outcomes of Children With Congenital Hearing Loss?', *American Journal of Audiology*, 24(3), pp. 345–348.

Cohen, S. *et al.* (2010) 'Childhood socioeconomic status and adult health', *Annals of the New York Academy of Sciences*, pp. 37–55.

Coker, T. R. *et al.* (2016) 'A Parent Coach Model for Well-Child Care Among Low-Income Children: A Randomized Controlled Trial.', *Pediatrics*, 137(3), p. e20153013.

Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development (2000) *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Edited by J. P. Shonkoff and D. A. Phillips. Washington (DC): National Academies Press.

Costello, E. J., Egger, H. and Angold, A. (2005) '10-year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. United States, 44(10), pp. 972–986.

Cube ACR (2019) *Cube Call Recorder ACR*. Available at: <https://cubeacr.app/> (Accessed: 29 April 2020).

Dahler-Larsen, P. and Krogstrup, H. K. (2009) 'Kapitel 4: Opskrift på virkningsevaluering', in *Nye Veje i Evaluering*. København: Forlaget Academia, pp. 51–79.

Danmarks Statistik (2019) *Befolkningens udvikling 2018*. København Ø.

Danmarks Statistik and Pihl Bisgaard, M. (2017) *Statistisk Årbog. Folketal i de enkelte kommuner og regioner (2017)*. København.

Datatilsynet (2019) *Vejledning: Samtykke*.

Datatilsynet (2020) *Hvad er dine forpligtelser?* Available at: <https://www.datatilsynet.dk/generelt-om-databeskyttelse/hvad-er-dine-forpligtelser/> (Accessed: 31 May 2020).

Denzin, N. K. (2007) 'Triangulation', *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. (Major Reference Works).

Derosé, K. P. and Varda, D. M. (2009) 'Social capital and health care access: a systematic review', *Medical Care Research and Review*, 66(3), pp. 272–306.

Det Ethiske Råd (1998) *Screening - en redegørelse. Det Ethiske Råd 1998*.

Diderichsen, F. (2011) 'Ulighed i sundhed', in Lund, R., Christensen, U., and Iversen, L. (eds) *Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*. 2nd edn. København: Munksgaard Danmark, pp. 23–42.

- Digitaliseringsstyrelsen, Finansministeriet, Kommunernes Landsforening and Danske Regioner (2016) *Et stærkere og mere trygt digitalt samfund. Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020*. København K.
- El-Mohandes, A. *et al.* (2003) 'The effect of a parenting education program on the use of preventive pediatric health care services among low-income, minority mothers: A randomized, controlled study', *Pediatrics*. Washington, DC, United States: American Academy of Pediatrics, 111(6 I), pp. 1324–1332.
- Esbjerg Kommune (2014) *HÅNDBOG FOR IMPLEMENTERING Tilgang og redskaber til implementering af forandringstiltag i Børn og Kultur*. Esbjerg.
- Facebook Inc (2020) *Facebook*. Available at: <https://www.facebook.com> (Accessed: 6 April 2020).
- Fixsen, D. L. *et al.* (2005) *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, Florida.
- Fletcher, A. *et al.* (2016) 'Realist complex intervention science: Applying realist principles across all phases of the Medical Research Council framework for developing and evaluating complex interventions', *Evaluation*, 22(3), pp. 283–303.
- Folker, A. P. *et al.* (2009) *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*. København S.
- Foreningen Far (2020a) *Aktiviteter*. Available at: <https://foreningenfar.dk/aktiviteter> (Accessed: 1 June 2020).
- Foreningen Far (2020b) *Foreningen Far. Om Far*. Available at: <https://foreningenfar.dk/om-foreningen-far> (Accessed: 28 May 2020).
- Frandsen, T. *et al.* (2014) 'En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger', *Ugeskrift for Læger*. Almindelige Danske Lægeforening, (7), pp. 647–651.
- Frasso, R. (2012) 'Exploring the association between maternal health literacy and pediatric healthcare utilization: Is low health literacy a barrier of concern?', *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 72(9-B), p. 5251.
- Fredriksen, M. (2014) 'Mixed Methods-Forskning - Fra Praksis til Teori', in Frederiksen, M., Gundelach, P., and Skovgaard Nielsen, R. (eds) *Mixed methods-forskning. Principper af Praksis*. 1st edn. København: Hans Reitzel (Samfundsvidenskabernes metoder, bd. 4.), pp. 9–35.
- Freed, G. L. *et al.* (1999) 'Influences on the Receipt of Well-child Visits in the First Two Years of Life', *Pediatrics*, 103(4 Pt 2), p. 864-869.
- Galobardes, B., Lynch, J. W. and Smith, G. D. (2004) 'Childhood Socioeconomic Circumstances and Cause-specific Mortality in Adulthood: Systematic Review and Interpretation', *Epidemiologic Reviews*, 26, pp. 7–21.
- Galobardes, B., Lynch, J. W. and Smith, G. D. (2008) 'Review: Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review', *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-). BMJ Publishing Group, 62(5), pp. 387–390.
- Garfield, C. F. and Isacco, A. (2006) 'Fathers and the well-child visit', *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics, 117(4), pp. 637–645.
- Google Inc. (2020) *Google Hangouts*. Available at: <https://hangouts.google.com/> (Accessed: 31 May 2020).
- Gordon-Larsen, P., The, N. S. and Adair, L. S. (2010) 'Longitudinal Trends in Obesity in the United States From Adolescence to the Third Decade of Life', *Obesity (Silver Spring)*, 18(9), pp. 1801–1804.
- Gorman, B. K. and Braverman, J. (2008) 'Family Structure Differences in Health Care Utilization Among U.S. Children', *Social science & medicine* (1982). England, 67(11), pp. 1766–1775.
- Gut, R. and Fuglsang, M. (2015) *Spørg brugerne - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*.

- Hackworth, N. J. *et al.* (2018) 'What Influences Parental Engagement in Early Intervention? Parent, Program and Community Predictors of Enrolment, Retention and Involvement.', *Prevention Science*, 19(7), pp. 880–893.
- Hagelin, E., Jackson, K. and Wikblad, K. (1998) 'Utilization of Child Health Services during the first 18 months of life: aspects of health surveillance in Swedish preschool children based on information in health records', *Acta Paediatrica*. John Wiley & Sons, 87(9), pp. 996–1002.
- Hamman, M. (2011) 'Making Time for Well-Baby Care: The Role of Maternal Employment.', *Maternal & Child Health Journal*. East Lansing: Springer Nature, 15(7), pp. 1029–1036.
- Hansen, H. F. (2005) 'Choosing Evaluation Models: A Discussion on Evaluation Design', *Evaluation*, 11(4), pp. 447–462.
- Hesson, A. *et al.* (2017) "'Lost and confused": Parent representative groups' perspectives on child and family health services in Australia', *Australian Journal of Primary Health*. Australia, 23(6), pp. 560–566.
- Hibberts, M., Johnson, R. B. and Hudson, K. (2012) 'Common survey sampling techniques', in Gideon, L. (ed.) *Handbook of Survey Methodology for the Social Sciences*. 1st edn. New York: Springer, pp. 53–74.
- Holgaard, J. *et al.* (2020) *PBL: Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser*. 2nd edn. Aalborg: Samfundslitteratur.
- Homan, G. J. (2016) 'Failure to Thrive: A Practical Guide.', *American Family Physician*. United States, 94(4), pp. 295–299.
- Horwitz, S. M., Morgenstern, H. and Berkman, L. F. (1988) 'Factors affecting pediatric preventive care utilization in a prepaid group practice', *Pediatrician*. Switzerland, 15(3), pp. 112–118.
- Hughes, S. C. and Wingard, D. L. (2008) 'Parental Beliefs and Children's Receipt of Preventive Care: Another Piece of the Puzzle?', *Health Services Research*. Malden, Massachusetts: Wiley-Blackwell, 43(1p2), pp. 287–299.
- Husted, J. (2014) *Etiske teorier*. 1st edn. Edited by J. Husted. København: Hans Reitzel.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010) *Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge*. Danmark: §13 BEK nr 1344 af 03/12/2010.
- Ingemann, J. H. *et al.* (2018) *Kvalitative undersøgelser i praksis - Viden om mennesker og samfund*. 1st ed. Samfundslitteratur.
- Inquirium LLC (2018) *InqScribe: Digital Media Transcription Software*. Available at: <https://www.inqscribe.com/> (Accessed: 31 May 2020).
- Jacobson Vann, J. C. and Szilagyi, P. (2005) 'Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates', *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd, 2005(3), p. CD003941.
- Janicke, D. M., Finney, J. W. and Riley, A. W. (2001) 'Children's Health Care Use: A Prospective Investigation of Factors Related to Care-Seeking', *Medical Care*. Lippincott Williams & Wilkins, 39(9), pp. 990–1001.
- Jensen, T. K. and Johnsen, T. J. (2001) 'Sundhedspædagogik og sund samtale', in Jensen, T. K. and Johnsen, T. J. (eds) *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus: Forlaget Filosofia.
- Jhanjee, I. *et al.* (2004) 'Parents' health and demographic characteristics predict noncompliance with well-child visits', *Journal of the American Board of Family Practice*. St. Paul, 17(5), pp. 324–331.
- Joanna Briggs Institute (2020) *Critical Appraisal Tools* | Joanna Briggs Institute. Available at: https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools (Accessed: 30 May 2020).
- Johansen, A. *et al.* (2007) *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*.

- Johnson, R. B. and Onwuegbuzie, A. J. (2004) 'Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come', *Educational Researcher*, 33(7), pp. 14–26.
- Juhl, M., Schmidt Morgen, C. and Nybo Andersen, A.-M. (2005) *Kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge*.
- Juul, S. *et al.* (2017) *Epidemiologi og evidens*. 3rd edn. København: Munksgaard.
- Karantanos, G. (2012) 'Continuities and discontinuities of psychopathology from childhood to adulthood', *Psychiatriki*, 23 Suppl 1, pp. 15–26.
- Kelagher, M. *et al.* (2009) 'The effects of an area-based intervention on the uptake of maternal and child health assessments in Australia: A community trial', *BMC Health Services Research*. Melbourne, Australia, 9(53), pp. 1–7.
- Kelley, K. *et al.* (2003) 'Good practice in the conduct and reporting of survey research', *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3), pp. 261–266.
- Kelly, M. P. and Barker, M. (2016) 'Why is changing health-related behaviour so difficult?', *Public health*. Netherlands, 136, pp. 109–116.
- Kirkwood, B. R. and Sterne, J. A. (2003) *Essential medical statistics*. 2nd edn. Blackwell Science.
- Kristiansen, H. M. and Hjørland, B. (2014) 'Litteratursøgningens metodik', in Johannsen, C. and Pors, N. (eds) *Evidens og systematiske reviews - en introduktion*. 1st edn. Samfundslitteratur, pp. 59–71.
- Krogstrup, H. K. (2016) *Evalueringsmodeller*. 3rd edn. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. and Brinkmann, S. (2009) *Interview: Introduktion til et håndværk*. 2. udg. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvarnström, G., Jakobsson, P. and Lennerstrand, G. (2001) 'Visual screening of Swedish children: An ophthalmological evaluation', *Acta Ophthalmologica Scandinavica*. John Wiley & Sons, 79(3), pp. 240–244.
- Larsen, F. B. *et al.* (2018) *Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1*.
- Lass, M. *et al.* (2018) 'Contact to the out-of-hours service among Danish parents of small children – a qualitative interview study', *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Taylor & Francis, 36(2), pp. 216–223.
- Launsø, L., Rieper, O. and Olsen, L. (2017) *Forskning om og med mennesker*. 7th edn. København: Munksgaard.
- Lawlor, D. A. *et al.* (2006) 'Association of Childhood Socioeconomic Position With Cause-Specific Mortality in a Prospective Record Linkage Study of 1,839,384 Individuals', *American Journal of Epidemiology*, 164(9), pp. 907–915.
- Lever, M. and Moore, J. (2005) 'Home visiting and child health surveillance attendance.', *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*. Leicester, England, 78(7), pp. 246–250.
- Levy, H. and Janke, A. (2016) 'Health Literacy and Access to Care', *Journal of health communication*, 21(Suppl 1), pp. 43–50.
- Lin, N. (2000) 'Inequality in Social Capital', *Contemporary Sociology*, 29, pp. 785–795.
- Link, B. G. and Phelan, J. (1995) 'Social Conditions As Fundamental Causes of Disease', *American Sociological Association*, pp. 80–94.

- Lissauer, T. *et al.* (2010) *Pædiatri - en illustreret lærebog*. København: FADL's Forlag.
- Lobstein, T., Baur, L. and Uauy, R. (2004) 'Obesity in Children and Young People: A Crisis in Public Health', *Obesity Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd, 5(s1), pp. 4–85.
- Lund, H. *et al.* (2014) *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning. Redskaber til evidensbaseret praksis*. 1st edn. København: Munksgaard.
- Margolis, P. A. *et al.* (2001) 'From Concept to Application: The Impact of a Community-Wide Intervention to Improve the Delivery of Preventive Services to Children', *Pediatrics*. Chapel Hill, NC, United States, 108(3), p. E42.
- Marmot, M. *et al.* (2010) *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review, Executive Summary*.
- Maxwell, J. A. (2005) *Qualitative research design: an interactive approach*. 2nd edn. Thousand Oaks: Sage Publications (Applied social research methods series, vol. 41).
- McCaul, K. D. and Wold, K. S. (2002) 'The Effects of Mailed Reminders and Tailored Messages on Mammography Screening', *Journal of Community Health*. Netherlands, 27(3), pp. 181–190.
- McCormick, D. P. *et al.* (2010) 'Infant Obesity: Are We Ready to Make this Diagnosis?', *Journal of Pediatrics*, 157(1), pp. 15–19.
- Medarbejder- og Kompetencestyrelsen (2020) *PAV. Personale Administrative Vejledning*. Available at: <https://pav.medst.dk/tjenestefrihed-mv/tjenestemaend/anden-frihed/> (Accessed: 29 May 2020).
- Mendez, J. L. *et al.* (2009) 'Parental Engagement and Barriers to Participation in a Community-Based Preventive Intervention', *American Journal of Community Psychology*. England, 44(1–2), pp. 1–14.
- Merriam, S. B. and Tisdell, E. J. (2016) *Qualitative research: a guide to design and implementation*. 4th edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Michelsen, S. I. *et al.* (2007) *Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis*.
- Michelsen, S. and Nybo Andersen, A.-M. (2007) *Børneundersøgelsen - forældre udfylder*. København.
- Microsoft Corporation (2020) *Microsoft Excel*. doi: 10.20098.1/DA-DK.
- Miller, D. P. *et al.* (2007) 'The Effect of Health Literacy on Knowledge and Receipt of Colorectal Cancer Screening: A Survey Study', *BMC Family Practice*, 8, pp. 1–7.
- Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut and Sundhedsstyrelsen (2013) *Ulighed i sundhed*. København K.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008) *Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen – rapport fra udvalg vedrørende almen praksis*. København K.
- Moher, D. *et al.* (2009) 'Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement', *BMJ (Online)*, 339(7716), pp. 332–336.
- Moola, S. *et al.* (2017) 'Checklist for Cohort Studies; Systematic reviews of etiology and risk', in Aromataris, E. and Munn, Z. (eds) *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*.
- Morgan, D. L. (2007) 'Paradigms lost and pragmatism regained: Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods', *Journal of mixed methods research*. Sage Publications, 1(1), pp. 48–76.
- Mulrow, C. *et al.* (1997) 'Selecting and Appraising Studies for a Systematic Review', *Annals of Internal Medicine*, 127, pp. 531–537.

- Navarro-Rubio, M. D., Jovell, A. J. and Schor, E. L. (1995) 'Socioeconomic status and preventive health-care use by children in Spain', *American Journal of Preventive Medicine*, 11(4), pp. 256–262.
- Nederhof, A. J. (1985) 'Methods of coping with social desirability bias: A review', *European Journal of Social Psychology*. John Wiley & Sons, Ltd, 15(3), pp. 263–280. doi: 10.1002/ejsp.2420150303.
- Needlman, R. D. *et al.* (2019) 'Attendance at Well-Child Visits After Reach Out and Read', *Clinical Pediatrics*. Cleveland, OH, United States, 58(3), pp. 282–287.
- Nexøe, J. (2019) 'Danish general practice under threat?', *Scandinavian journal of primary health care*. Taylor & Francis, 37(4), pp. 391–392.
- Norman, C. D. and Skinner, H. A. (2006) 'eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World', *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), p. e9.
- O'Leary, K. *et al.* (2018) 'Collaborative Health Reminders and Notifications: Insights from Prototypes', *AMIA Annual Symposium Proceedings Archive*. American Medical Informatics Association, 2018, pp. 837–846.
- Oberklaid, F. (2014) 'Prevention and early detection in young children: challenges for policy and practice - Review and further development of the Healthy Kids Check are crucial', *Medical Journal of Australia*, 201(7), pp. 369–370.
- Olsen, E. M. *et al.* (2019) 'Cohort Profile: The Copenhagen Child Cohort Study (CCC2000)', *International Journal of Epidemiology*.
- Olsen, H. (2006) *Guide til gode spørgeskemaer*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Opdenakker, R. (2006) 'Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research [Electronic Journal]', *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 7.
- Pedersen, K., Andersen, J. and Søndergaard, J. (2012) 'General Practice and Primary Health Care in Denmark', *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25 Suppl 1, pp. S34–S38.
- Perez, S. L. *et al.* (2016) 'Characterizing internet health information seeking strategies by socioeconomic status: a mixed methods approach', *BMC Medical Informatics and Decision Making*. BioMed Central, 16, p. 107.
- Pesata, V., Pallija, G. and Webb, A. A. (1999) 'A descriptive study of missed appointments: families' perceptions of barriers to care.', *Journal of Pediatric Health Care*. Ohio, 13(4), pp. 178–182.
- Phillips, D. L. and Clancy, K. J. (1972) 'Some Effects of "Social Desirability" in Survey Studies', *American Journal of Sociology*. The University of Chicago Press, 77(5), pp. 921–940.
- Pimperton, H. *et al.* (2016) 'The impact of universal newborn hearing screening on long-term literacy outcomes: a prospective cohort study', *Archives of Disease in Childhood*, 101(1), pp. 9–15.
- Pimperton, H. and Kennedy, C. (2012) 'The impact of early identification of permanent childhood hearing impairment on speech and language outcomes', *Archives of Disease in Childhood*, 97, pp. 648–653.
- Putnam, R. D. (2000) *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- QSR International (2020) *Qualitative Data Analysis Software | NVivo*. Available at: <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home> (Accessed: 31 May 2020).
- Radecki, L. *et al.* (2009) 'What Do Families Want From Well-Child Care? Including Parents in the Rethinking Discussion', *Pediatrics*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 124(3), pp. 858–865.
- Rajah, R. *et al.* (2018) 'The Perspective of Healthcare Providers and Patients on Health Literacy: A Systematic Review of the Quantitative and Qualitative Studies', *Perspectives in Public Health*. United States, 138(2), pp. 122–132.

- Rambøll (2020) *SurveyXact by Ramboll*. Available at: <https://www.surveyxact.dk/> (Accessed: 9 April 2020).
- Region Nordjylland (2019) *Budget 2020. 7 Analyse: Ulyst i sundhed. Regionrådets budgetkonference d. 17. og 18. september, 2019*.
- Reijneveld, S. A. *et al.* (2008) 'Parents' concerns about children are highly prevalent but often not confirmed by child doctors and nurses', *BMC Public Health*. England, 8, p. 124.
- Rienecker, L. and Jørgensen, P. (2018) *Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 5th edn. Kbh.: Nota.
- Rose, G. (2001) 'Sick individuals and sick populations', *International Journal of Epidemiology*, 30, pp. 427–432.
- Rossiter, C. *et al.* (2019) 'Australian parents' use of universal child and family health services: A consumer survey.', *Health & Social Care in the Community*. Sydney, 27(2), pp. 472–482.
- Ryan, R. M. and Deci, E. L. (2000) 'Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being', *American Psychologist*, 55(1), pp. 68–78.
- Sallis, J. F., Owen, N. and Fisher, E. B. (2008) 'Ecological Models of Health Behavior', in Glanz, K., Rimer, B. K., and Viswanath, K. (eds) *Health Behavior and Health Education - Theory, Research and Practice*. 4th edn. Jossey-Bass, pp. 465–486.
- Schor, E. L. (2003) 'Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family', *Pediatrics*. United States, 111(6 Pt 2), pp. 1541–1571.
- Serdula, M. K. *et al.* (1993) 'Do Obese Children Become Obese Adults? A Review of the Literature', *Preventive Medicine*. Academic Press, 22(2), pp. 167–177.
- Singh, A. S. *et al.* (2008) 'Tracking of childhood overweight into adulthood: A systematic review of the literature', *Obesity Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd, 9(5), pp. 474–488.
- Søndergaard, G. *et al.* (2008) 'Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: A register-based study', *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Odense, 26(1), pp. 5–11.
- Sørensen, K. *et al.* (2015) 'Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU)', *European Journal of Public Health*. Oxford University Press, 25(6), pp. 1053–1058.
- Stata (2020) *Stata*. Available at: <https://www.stata.com/> (Accessed: 6 April 2020).
- Statens Serum Institut (2016) *MFR-vaccination til 12-årige ophører*. Available at: <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2016/2016-3-epinyt-12-13-mfr> (Accessed: 30 May 2020).
- Statens Serum Institut (2017) *Flere danske børn vaccineres, når forældrene påmindes*. Available at: <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2017/2017-04-27-flere-danske-boern-vaccineres-naar-foraeldrene-paamindes> (Accessed: 22 May 2020).
- Statens Serum Institut (2019) *Påmindelser om børnevaccination*. Available at: <https://www.ssi.dk/vaccinationer/boernevaccination/paamindelser-om-boernevaccination> (Accessed: 25 February 2020).
- Sundhed.dk (2018) *Du behøver ikke ha' det hele i hovedet*. København.
- Sundhed.dk (2019) *Børneundersøgelser*. Available at: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/undersogelser/boerneundersogelser/> (Accessed: 25 February 2020).

- Sundheds- og Ældreministeriet (2017) *Lægedækning i hele Danmark. Rapport fra Regeringens Lægedækningsudvalg*. København.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2019a) *Sundhedsloven §2*. Denmark: LBK nr 903 af 26/08/2019. Retsinformation.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2019b) *Sundhedsloven §63*. Denmark: LBK nr 903 af 26/08/2019. Retsinformation.
- Sundhedsstyrelsen (2007) *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. København.
- Sundhedsstyrelsen (2009) *Forebyggende børneundersøgelser og vaccinationer*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2011) *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge*. København.
- Sundhedsstyrelsen (2015) *Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger*.
- Sundhedsstyrelsen (2017a) *Tidlig indsats for sårbare familier: Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spædog småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser*. København.
- Sundhedsstyrelsen (2017b) *Tidlig indsats for sårbare familier - Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser*. København.
- Sundhedsstyrelsen (2019) *Screening*. Available at: <https://www.sst.dk/da/viden/screening> (Accessed: 11 March 2020).
- Szklo, M. and Nieto, J. (2018) *Epidemiology Beyond the Basics*. 4th edn. Edited by M. Johnson. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Tanggaard, L. and Brinkmann, S. (2015) 'Interviewet: samtalen som forskningsmetode', in Tanggaard, L. and Brinkmann, S. (eds) *Kvalitative metoder - En grundbog*. 2. udg. Hans Reitzels Forlag, pp. 29–54.
- Taveras, E. M. *et al.* (2009) 'Weight Status in the First 6 Months of Life and Obesity at 3 Years of Age What This Study Adds', *Pediatrics*, 123, pp. 1177–1183.
- Tessler, R. (1980) 'Birth Order, Family Size, and Children's Use of Physician Services', *Health Services Research*, 15(1), pp. 55–62.
- Thagaard, T. (2004) *Systematik og indlevelse: en indføring i kvalitativ metode*. København: Akademisk Forlag.
- Thornton, L. *et al.* (2016) 'Recruiting for health, medical or psychosocial research using Facebook: Systematic review', *Internet Interventions*. Elsevier B.V., 4(1), pp. 72–81.
- Tufanaru, C. *et al.* (2017a) 'Checklist for Quasi-Experimental Studies; Systematic reviews of effectiveness', in Aromataris, E. and Munn, Z. (eds) *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute.
- Tufanaru, C. *et al.* (2017b) 'Checklist for Randomized Controlled Trials; Systematic reviews of effectiveness', in Aromataris, E. and Munn, Z. (eds) *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute.
- Umberson, D., Crosnoe, R. and Reczek, C. (2010) 'Social Relationships and Health Behavior Across the Life Course', *Annual Review of Sociology*, 36(1), pp. 139–157.
- Umberson, D. and Montez, J. K. (2010) 'Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy', *Journal of Health and Social Behavior*. SAGE Publications Inc, 51(Suppl), pp. 54–66.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. and Jørgensen, T. (2014) *Sygdomsforebyggelse*. 1st edn. København: Munksgaard.

- De Vaus, D. A. (2001) *Research Design in Social Research*. 2nd edn. London: SAGE.
- de Vet, H. C. W. *et al.* (2011) *Measurement in Medicine: A Practical Guide*. Cambridge University Press (Practical Guides to Biostatistics and Epidemiology).
- Vukojević, M. *et al.* (2017) 'Parental Socioeconomic Status as a Predictor of Physical and Mental Health Outcomes in Children - Literature Review', *Acta Clinica Croatica*, 56, pp. 742–748.
- Waldfoegel, J. (2004) *Social Mobility, Life Chances, and the Early Years*. London.
- Weiss, D. *et al.* (2018) 'Innovative technologies and social inequalities in health: A scoping review of the literature', *PloS one*. Public Library of Science, 13(4), p. e0195447.
- Whitaker, C., Stevelink, S. and Fear, N. (2017) 'The Use of Facebook in Recruiting Participants for Health Research Purposes: A Systematic Review', *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), p. e290.
- WHO Regional Office for Europe (2020) *Screening programmes: a short guide*. Copenhagen.
- Williams, J. R. (2008) 'The Declaration of Helsinki and public health', *Bulletin of the World Health Organization*. SciELO Public Health, 86, pp. 650–652.
- Willis, G. B. (1999) 'Cognitive Interviewing', *Question Evaluation Methods: Contributing to the Science of Data Quality*, pp. 49–75.
- Wilson, J. M. G. and Jungner, G. (1968) *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: World Health Organization.
- Winston, R. and Chicot, R. (2016) 'The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children', *London Journal of Primary Care*. Radcliffe Publishing Ltd, 8(1), pp. 12–14.
- World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986*.
- World Health Organization (1998) *Health Promotion Glossary*. Geneva.
- World Health Organization (2013) *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2020) *Basic Documents, Forty-ninth edition, 2020*. Geneva.
- Yoshinaga-Itano, C. *et al.* (1998) 'Language of Early- And Later-Identified Children With Hearing Loss', *Pediatrics*. United States, 102(5), pp. 1161–1171.
- Yu, S. M. *et al.* (2002) 'Factors that influence receipt of recommended preventive pediatric health and dental care.', *Pediatrics*, 110(6), p. e73.

10 Bilag

Indholdsfortegnelse, bilag

BILAG 1: SØGEBILAG	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 2: TJEKLISTER FOR KVALITETSVURDERING AF ARTIKLER.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 2.1: COKER ET AL. (2016).....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 2.2: EL-MOHANDES ET AL. (2003).....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 2.3: KELAHER ET AL. (2009).....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 2.4: LEVER OG MOORE (2005).....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 2.5: MARGOLIS ET AL. (2001).....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 2.6: NEEDLMAN ET AL. (2019).....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 3: SPØRGESKEMA	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 4: DATABASEHANDLING AF SPØRGESKEMA	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 4.1 DO-FIL	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 4.2 LOG-FIL	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 4.3: KODEBOG	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 5: INTERVIEW	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 5.1 DELTAGERINFORMATION OG INFORMERET SAMTYKKE.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BILAG 5.2 INTERVIEWGUIDE.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.