



Generelle helbredstjek til raske – Et spændingsfelt mellem efterspørgsel og evidens

- Et kvalitativt studie af borgeres motivation og professionelles oplevelser af generelle helbredstjek

Uddannelse: Tværvideenskabelige Sundhedsstudier, Roskilde Universitet

Speciale

Dato: 02. juni 2025

Amanda Christine Richardt, 77412

Vejleder: Alexandra Brandt Ryborg Jønsson

Josefine Pedersen-Bjergaard, 77543

Antal tegn: 219.693

Abstract

General health checks for healthy individuals are not offered as a standard service in the Danish public healthcare system, due to a lack of evidence supporting their effectiveness in reducing morbidity and mortality. Nonetheless, healthcare professionals in general practice experience an increasing demand for general health checks from healthy individuals. This thesis explores which factors motivate healthy adult citizens to demand general health checks, how healthcare professionals in general practice experience and handle this demand, and what rationales exist among private providers of general health checks.

This thesis is based on qualitative interviews with three different groups: citizens who have either received or wish to receive a general health check, general practitioners and nurses working in general practice, and private providers of health checks. In addition, an observation study was conducted in general practice to further nuance the insights from the interviews. The thesis adopts a critical hermeneutic approach. The empirical data is analyzed using Zygmunt Bauman's theory of mortality and immortality (1992), Kristensen et al.'s description of the ideology of healthism in a Danish context (2016), and Pierre Bourdieu's theory of practice, including his key concepts of field, habitus, and capital (1994/1997). Findings show that citizens' motivation is often driven by a desire for certainty, health prevention, and a strong belief in the beneficial effects of health checks. Healthcare professionals in the public healthcare system are situated in a tension between clinical evidence and patients' wishes and demands, often resulting in negotiations and accommodations of patient expectations. Furthermore, private providers operate in a space shaped by both health- and market logics, positioning general health checks as a highly relevant and beneficial service.

The thesis contributes with a nuanced understanding of how general health checks should not merely be seen as a service that is either offered or not, but rather as a complex phenomenon in which power, citizens' preferences, professional identity, and economic incentives collectively shape both demand and practice.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
2. Problemfelt	6
Helbredstjek i det danske sundhedsvæsen	9
Problemformulering	10
3. Litteratursøgning	11
Litteratursøgningsproces	11
Videnskabelig evidens og kritiske perspektiver på generelle helbredstjek	12
Forskning om borgeres deltagelse i generelle helbredstjek	14
4. Problemafgrænsning.....	16
5. Videnskabsteori	16
Kritisk hermeneutik.....	17
Specialets normative ståsted	18
6. Metode.....	19
Abduktiv metode.....	19
Kvalitative metoder.....	19
Semistruktureret interview	19
Observationsstudie	20
Adgang til informanter.....	21
Borgere	21
Læger og sygeplejersker i almen praksis	22
Private udbydere af helbredstjek.....	23
Etablering af adgang til feltet.....	23
Vælg Klogt workshop	24
Afholdelse af interviews	24
Fysiske interviews.....	24
Online- og telefoniske interviews	25
Optagelse af interviews og transskriptioner.....	26
Kodning af empiri	26
Etiske overvejelser	28
7. Teori.....	29
Zygmunt Bauman - Dødelighed og udødelighed	29
Healthism	30
Pierre Bourdieu – Praksisteori	32

8. Informantoverblik.....	34
9. Analyse	37
Analysekapitel 1.....	37
Generelle helbredstjek som kilde til forebyggelse af sygdom og tryghed.....	38
Familie og omgangskreds som drivkraft.....	43
Når sociale medier inspirerer til helbredstjek	46
Hvad forventer borgerne?	48
Analysekapitel 2.....	53
En efterspurgt ydelse præget af sociodemografi.....	54
Hvad driver efterspørgslen?	57
Håndtering af henvendelser - en individuel vurdering.....	59
Forhandlinger	61
Analysekapitel 3.....	72
Forståelser og fortællinger af helbredstjekkets værdi	73
10. Diskussion	79
Metodediskussion.....	79
Diskussion af fund i relation til eksisterende forskning.....	80
Hvem definerer behovet for en sundhedsydelse?	83
Habitus, healthism og det kliniske møde – forståelser af helbredstjek i praksis	85
11. Konklusion	88
12. Referenceliste.....	89
13. Bilagsoversigt.....	94

1. Indledning

Generelle helbredstjek er undersøgelser, som udføres af sundhedsprofessionelle på umiddelbart raske borgere uden tegn på sygdom. De har i mange år været et omdiskuteret emne, og en ydelse, der forventes af mange borgere (Krogsbøll et al., 2019; Larsen, 2010a; Søndergaard et al., 2012). Generelle helbredstjek til raske udbydes i dag gennem private virksomheder og på arbejdspladser. Derudover oplever praktiserende læger, at raske borgere efterspørger helbredstjek, på trods af det ikke er en ydelse i det offentlige sundhedsvæsen (Vælg Klogt, 2025a). Forskning peger dog på, at generelle helbredstjek til umiddelbart raske borgere ikke er gavnlige eller forlænger levetiden, men tværtimod kan være skadelige og tage unødvendige ressourcer fra andre ydelser i sundhedsvæsenet (Baumann et al., 2015; Eriksen et al., 2021; Krogsbøll et al., 2019). Denne forskning har dannet grundlag for, at organisationen 'Vælg Klogt' i samarbejde med sundhedsfaglige selskaber og patientforeninger, netop er udkommet med en ny anbefaling i april 2025. Anbefalingen peger på, at man skal undgå unødige helbredstjek til voksne uden symptomer, eller faglig begrundet mistanke om risiko for udvikling af sygdom (Vælg Klogt, 2025a). Vælg Klogt fremhæver, at ønsket om at reducere disse helbredstjek forudsætter en målrettet indsats mod blandt andet den generelle befolkning, sundhedsprofessionelle og private udbydere (Vælg Klogt, 2025a).

Tidligt i specialeprocessen gik det op for os, at der hersker et moralsk imperativ om, at man bør tilbyde generelle helbredstjek til almene borgere. Det må da være det rigtige at gøre? For os, som specialestuderende, kom dette særligt til udtryk gennem en række uformelle samtaler, som vi har haft med vores familie, venner og omgangskreds i relation til vores specialeproces. Her blev vi bekendt med, at generelle helbredstjek er et betændt område, som deler vandene, og kan lægge op til debat. Udover at skærpe vores nysgerrighed, reflekterer disse uformelle samtaler også de forståelser, som hersker i samfundet. Et eksempel herpå har vi nedskrevet som feltnote, umiddelbart efter det fandt sted:

I en aftenvagt på mit arbejde i psykiatrien, er der stor nysgerrighed om mit valg af specialeemne. Jeg starter kort med at fortælle om forskningen, der foreligger omkring helbredstjek, med det formål at forklare, hvad min speciemakker og jeg ønsker at undersøge. Jeg forklarer, at forskningen peger på, at helbredstjek af raske mennesker ikke reducerer sygelighed eller dødelighed. En sygeplejerske afbryder mig, og siger: "Det kan ikke passe. Hvem siger det?" Jeg forklarer at vi har fundet flere studier, som netop påviser dette, hvortil sygeplejersken igen afbryder mig:

“Hvem har lavet de studier? Er I opmærksomme på, at artiklerne kan være betalte?”
Jeg præsenterer kort hvem der står bag studierne, og min kollega gentager ad flere omgange: “Det kan jeg ikke tro.” (21/01-2025)

Et lignende eksempel har vi også fra mere private sfære:

En decembraften sidste år er jeg ude og spise med nogle venner. Vi tager en runde, hvor alle fortæller, hvordan de har det, og da vi når til mig, er det naturligt at snakke om vores speciale, da vores specialekontrakt nu er godkendt, og vi er i gang med en bredere litteratursøgning på emnet. Jeg fortæller, hvordan min speciemakker og jeg i ugens løb har læst flere forskningsstudier, der peger i retning af, at generelle helbredstjek ikke gavner umiddelbart raske mennesker. En af mine veninder kigger lidt skeptisk på mig og siger: “Hvordan kan det ikke gavne at få et check up hos lægen i ny og næ? Jeg vil da synes det var rart at få af vide hvis nogle af mine blodprøver var skæve - det må da være rart for alle mennesker lige at få en status engang imellem”...”Og for øvrigt, hvis I så skal ud at snakke med nogle læger, så synes jeg godt lige I kan pointere, at det altså er træls, at man ikke kan få tjekket flere ting i samme konsultation, nu når man endelig har fået en tid hos lægen. Der er virkelig ikke meget forhandling hos min læge, det synes jeg er for dårligt.”
(17/12-2024)

Vi har medtaget disse eksempler for at illustrere, at for de der ikke kender evidensen og baggrunden for ikke at lave generelle helbredstjek på raske borgere, føles det kontraintuitivt at tale om den manglende effekt af helbredstjek. Disse uformelle samtaler har i samråd med eksisterende forskning skabt en undren og interesse for at undersøge dette spændingsfelt mellem evidens, praksis og borgeres forventninger.

2. Problemfelt

Generelle helbredstjek, sundhedstjek, 50.000 km eftersyn eller et generelt serviceeftersyn. Umiddelbart skulle man tro, at vi som mennesker ville blive mere raske, undgå visse sygdomme eller bekæmpe sygdom tidligere, hvis alle i befolkningen blev tilbudt regelmæssige helbredstjek eller et

serviceeftersyn i ny og næ. Forskning peger dog på, at generelle helbredstjek ikke virker efter hensigten, og ofte ikke bliver tilbudt til de rette mennesker (Baumann et al., 2015; Eriksen et al., 2021; Krogsbøll et al., 2019).

Generelle helbredstjek forventes at reducere sygelighed og dødelighed gennem tidlig opsporing og behandling af risikofaktorer og sygdomme (Krogsbøll et al., 2019). Den medicinske udvikling har medført en stigning i diagnostiske metoder samt øgede forventninger om, at mange sygdomme kan forebygges, eller som minimum opdages, før de gør skade (Krogsbøll et al., 2019). Et generelt helbredstjek kan blandt andet bestå af laboratorieprøver, fysiske undersøgelser og billeddiagnostik (Kherad & Carneiro, 2023). Generelle helbredstjek tilbydes i nogle lande systematisk til den generelle befolkning som en del af den sundhedspolitiske agenda (Krogsbøll et al., 2019). Nogle arbejdsgivere tilbyder dem til deres medarbejdere, og de udbydes ligeledes gennem private sundhedsforsikringer. I visse lande tilbyder praktiserende læger at foretage generelle helbredstjek, og man kan som privatperson til hver en tid benytte sig af muligheden for at købe et helbredstjek gennem private udbydere (Krogsbøll et al., 2019).

På trods af, at flere videnskabelige undersøgelser af høj evidens viser, at systematiske helbredstjek på umiddelbart raske borgere uden kendte risikofaktorer ingen positive effekter har, foregår disse tjek alligevel både i privat og offentlig regi i Danmark. Generelle helbredstjek til den almene befolkning er dog ikke en ydelse, der systematisk tilbydes i almen praksis i Danmark. Der eksisterer ikke et systematisk program for forebyggende helbredstjek, og ej heller guidelines herfor, men alligevel udføres helbredstjek usystematisk i almen praksis (Søndergaard et al., 2012). Flere læger angiver, at danskerne er blevet storforbrugere af helbredstjek (Larsen, 2010a). Danskerne får blandt andet lavet helbredstjek på arbejdspladsen eller får målt et BMI eller kolesteroltal i det lokale storcenter (Larsen, 2010a). Disse tjek og målinger får ofte betydning for de praktiserende læger, da borgere ofte opsøger dem på baggrund af resultaterne. For nogle skaber målingerne bekymring, hvilket fører til, at de får foretaget yderligere undersøgelser hos egen læge (Larsen, 2010a).

Som beskrevet i indledningen har organisationen Vælg Klogt netop udviklet en anbefaling om, at man bør undgå helbredstjek til voksne uden symptomer eller fagligt begrundet mistanke om risiko for at udvikle sygdom (Vælg Klogt, 2025a). Vælg Klogt er et partnerskab mellem Danske Patienter og Lægevidenskabelige Selskaber, som arbejder for, at patienter ikke får unødvendige behandlinger

eller undersøgelser. Organisationen peger på områder i sundhedsvæsenet, hvor unødvendige behandlinger eller undersøgelser finder sted, som ikke er til gavn for patienterne, og som potentielt kan skade patienterne mere, end de gavner (Vælg klogt, u.å). Arbejdet med anbefalingerne har blandt andet indbefattet at kigge på, hvilke undersøgelser der er unødvendige, og som derved kan reduceres, så der bruges tid på de behandlinger og undersøgelser, som rent faktisk gavner patienterne (Vælg klogt, u.å).

Ligeledes er der fra flere lægefaglige organisationer et ønske om en adskillelse mellem det private og offentlige sundhedsvæsen, så de helbredstjek og undersøgelser, der er igangsat af private aktører, ligeledes færdiggøres i privat regi og ikke i almen praksis og dermed på det offentliges regning (Nyboe, 2025). Over de seneste år er der nemlig åbnet flere private sundhedstilbud, som tilbyder brugerbetalte generelle helbredstjek til borgere, der ikke nødvendigvis har tegn på sygdom (Jessen, 2024). Disse helbredstjek kan bestå af blandt andet helkropsscanninger, ultralydsscanninger og en række blodprøver. Private udbydere af helbredstjek, argumenterer for helbredstjek med budskaber, såsom at sygdomme skal opdages i tide, inden de giver symptomer – jo tidligere, des bedre (Jessen, 2024). Lægeforeningen udtrykker en skepsis overfor udbredelsen af private helbredstjek, da de mener, det er forkert, når de private udbydere af helbredstjek slår sig ned på, at det er muligt for den enkelte borger at opnå en ekstra sikkerhed ved at få lavet disse tjek og undersøgelser. Ligeledes udtrykker de, at man som læge er forpligtet til ikke at foreligge befolkningen en viden om noget, der ikke er sikker evidens for gavner. Af denne årsag er der heller ikke nogen anbefalinger herom fra de danske sundhedsmyndigheder (Jessen, 2024). Desuden kan et generelt helbredstjek heller ikke give en garanti for, at man ikke er syg eller kan blive det senere hen. Omvendt slår lægeforeningen fast, at man heller ikke kan bebrejde borgerne, at de tænker, at det muligvis kan gavne at få foretaget helbredstjek og være på den sikre side, når borgere disponeres for reklamer fra de private udbydere af sundhedsydelser. Promoveringen rummer ofte positive fortællinger fra andre borgere eller kendisser, der taler for at få lavet generelle helbredstjek (Jessen, 2024).

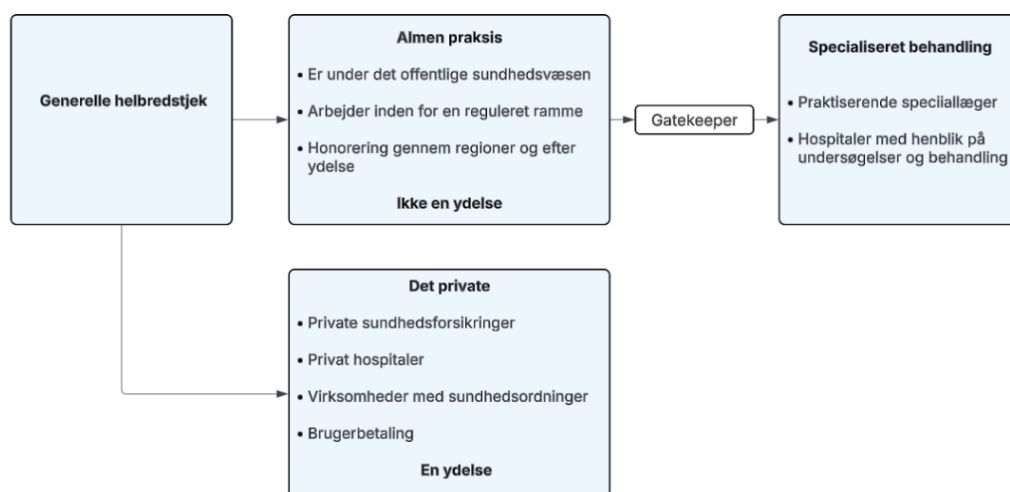
Dog er det vigtigt at slå fast, at generelle helbredstjek har vist sig at gavne visse grupper af befolkningen herunder personer med udviklingshandicap og sindslidelser (Danske Handicaporganisationer, u.å). Undersøgelser viser, at disse borgere har flere sundhedsproblemer og ofte kortere levetid end den øvrige del af befolkningen, hvorfor regelmæssige helbredstjek hos almen

praktiserende læge, kan mindske uligheden og forbedre deres sundhed (Danske Handicaporganisationer, u.å).

Gennem specialet tilstræbes en dybere indsigt i og forståelse af samspillet mellem borgernes motivation for at efterspørge generelle helbredstjek og de professionelles forståelser og håndtering af denne efterspørgsel i praksis. Vi finder de forskellige perspektiver interessante og relevante at inddrage, da de i samspil kan bidrage med forskelligartede og relevante perspektiver på genstandsfeltet, som vi ikke mener kan forstås isoleret. Det er netop i dette spændingsfelt, hvor den enkelte borger efterspørger en sundhedsydelse på trods af manglende medicinsk indikation, at der opstår et interessant paradoks mellem evidens og praksis.

Helbredstjek i det danske sundhedsvæsen

For at skabe et overblik over, hvordan generelle helbredstjek er organiseret i det danske sundhedsvæsen, præsenteres nedenstående model. Modellen illustrerer, hvordan de to sektorer, den offentlige og den private, er rammesat strukturelt og økonomisk, samt hvordan disse forskelle har betydning for udbuddet af generelle helbredstjek.



Model 1: Overblik over generelle helbredstjek i det danske sundhedsvæsen

Når borgere efterspørger et generelt helbredstjek, er der flere mulige veje at gå, både i og uden for det offentlige sundhedsvæsen. Som figuren viser, er praktiserende læger den primære indgang til sundhedsvæsenet. For at blive henvist til en speciallæge, hospitalsundersøgelse eller behandling,

kræver det som udgangspunkt en henvisning fra egen læge. Modsat almen praksis udbydes generelle helbredstjek i stor stil af private udbydere og virksomheder, som retter deres tilbud mod både de almene borgere og ansatte i virksomheder (Larsen, 2010a; Vælg Klogt, 2025a). De private udbydere, både autoriserede og ikke-autoriserede, finansieres gennem brugerbetaling og i stigende grad via private sundhedsforsikringer. Ofte fastsætter de selv prisen på deres ydelser og er ikke underlagt samme regulering som det offentlige sundhedsvæsen (Vallgård & Krasnik, 2018, s.163). Dette adskiller sig dermed markant fra praksissektoren. Her sker honoreringen gennem regionerne, og oftest efter ydelse. Honoreringen er fastlagt ved overenskomst mellem de respektive yderes regioner og organisationer (Vallgård & Krasnik, 2018, s.163). Praksissektoren opererer inden for en reguleret ramme, hvor der er klare begrænsninger for, hvilke ydelser der kan tilbydes, hvori generelle helbredstjek ikke indgår som en officiel ydelse, der kan tilbydes i praksis. De private udbydere er derimod ikke reguleret inden for denne ramme og kan i højere grad lade sig styre af efterspørgsel, hvilket muliggør udbud af ydelser, såsom helbredstjek.

Problemformulering

Ovenstående problemfelt og uformelle samtaler har været med til at drive vores motivation i retning af at undersøge det interessante paradoks, der opstår, når forskningen peger på, at generelle helbredstjek ikke gavner, alt imens private udbydere af helbredstjek i høj grad promoverer dem, og borgere fortsat efterspørger dem. Dette har ledt os til følgende problemformulering:

Hvilke faktorer motiverer borgere til at efterspørge generelle helbredstjek, hvordan oplever de professionelle denne efterspørgsel, og hvilke udfordringer kan det skabe i kliniske møder?

Specialets problemformulering ønskes besvaret gennem følgende arbejdsspørgsmål:

- Hvad fortæller borgere, der ønsker eller har fået foretaget et helbredstjek, om deres bevæggrunde herfor, og hvad er deres forventninger til disse helbredstjek?
- Hvordan oplever og håndterer praktiserende læger og sygeplejersker patienters efterspørgsel på generelle helbredstjek, når det ikke er en ydelse, som tilbydes i det offentlige sundhedsvæsen?
- Hvilke fortællinger og forståelser har professionelle i private virksomheder om udførelsen af generelle helbredstjek?

3. Litteratursøgning

I følgende afsnit vil vi præsentere vores samlede litteratursøgningsproces. Igennem kædesøgning fandt vi eksisterende forskning om generelle helbredstjek. Vi fandt det dog relevant at supplere kædesøgningen med en mere systematisk litteratursøgning, for at afdække, om der fandtes forskning om borgernes motivation for at få foretaget generelle helbredstjek, som ligeledes præsenteres i dette afsnit.

Litteratursøgningsproces

Forud for specialets påbegyndelse udførte vi en usystematisk søgning på Google, med det formål at danne os et billede af allerede eksisterende litteratur om vores emne, og mulighed for at blive inspireret heraf. I vores usystematiske søgning blev vi præsenteret for en række artikler (Jessen, 2024; Larsen, 2010a; Rasmussen, 2012), hvor effekten af helbredstjek blev diskuteret, og vi påbegyndte en kædesøgning heraf. Kædesøgning indbefatter, at man kigger på referencerne i de artikler, som vi fandt særligt interessante (Rasmussen et al., 2022, s.156). Ved hjælp af kædesøgning fremkom en række forskningsartikler, som påviser at helbredstjek ikke har nogen gavnlige effekter på umiddelbart raske mennesker, som præsenteres i næstkommende afsnit. Denne viden førte til en nysgerrighed på, hvorfor raske borgere alligevel ønsker generelle helbredstjek.

For at finde videnskabelig og evidensbaseret litteratur til at belyse genstandsfeltet brugte vi databaserne Scopus, PubMed og Google Scholar. Scopus blev valgt som søgedatabase, da dets udgivelser er inden for sundheds- og samfundsvidenskaben, og Pubmed har udgivelser som har særligt fokus på sundhed og biomedicin. Endvidere har vi søgt på Google Scholar, som ligeledes er en søgedatabase, hvor der kan fremsøges videnskabelig litteratur (Roskilde Universitetsbibliotek, u.å.).

Vi påbegyndte dernæst en systematisk litteratursøgning, hvor vi udvalgte en række forskellige søgeord, for at fremsøge artikler som beskriver borgeres motivation for at få foretaget helbredstjek: Patient experiences*, patient perspectives*, health checks*, preventive health checks*, general health checks*, asymptomatic individuals*, healthcare seeking behavior*, Denmark*, Scandinavia* (bilag A). Søgeordene blev kombineret ved hjælp af boolske operatorer, hvilket sikrer, at man opnår den rette kombination af relevans. De tre boolske operatorer består af AND, OR og NOT og sikrede at

vores søgning indeholder mindst ét af vores søgeord (Rasmussen et al., 2022, s.169). For at afgrænse og præcisere den fremsøgte litteratur på baggrund af vores søgeord, udarbejdede vi en række in- og eksklusionskriterier (bilag A). Vi har ligeledes anvendt Det Kgl. Bibliotek, hvori der findes en BETA funktion, som giver mulighed for at udforske relevant litteratur ved hjælp af AI (Det kgl. Bibliotek, u.å). Vi gik til BETA funktionen med følgende søgning: why asymptomatic people want health check ups? Her lykkedes det os at fremsøge én enkelt relevant artikel. Det har gennem de forskellige søgedatabaser, været muligt at fremsøge en række artikler, som tager afsæt i borgeres motivation for at få foretaget generelle helbredstjek, som ligeledes præsenteres nedenfor.

Videnskabelig evidens og kritiske perspektiver på generelle helbredstjek

I følgende afsnit vil vi præsentere forskningen, som peger på, at helbredstjek til raske ikke gavner eller forlænger levetiden, og som har været med til at danne rammerne for vores for forståelse. Forskningen går på tværs af både danske og internationale studier (Baumann et al., 2015; Eriksen et al., 2021; Krogsbøll et al., 2019) og sætter alle spørgsmålstejn ved effekten og relevansen af generelle helbredstjek til raske borgere.

Et Cochrane review fra 2019 slår fast, at generelle helbredstjek hverken reducerer sygeligheden eller dødeligheden (Krogsbøll et al., 2019). Formålet med reviewet var at identificere fordelene og skaderne ved generelle helbredstjek til raske borgere, og kigge på om generelle helbredstjek reducerer sygdom og dødsfald. Reviewet inkluderede 17 randomiserede forsøg med i alt 251.891 patienter, hvor man sammenlignede en gruppe, der blev tilbudt generelle helbredstjek, med en gruppe der ikke gjorde. De tilbudte interventioner i relation til helbredstjekene kunne klassificeres i to kategorier; screeninger med fokus på kardiovaskulære risikofaktorer, som ofte var kombineret med livsstilsinterventioner. Den anden kategori bestod af en bredere screening med mange forskellige tests. Helbredstjekene blev udført både i almen praksis, 'medical centre' og på arbejdspladser, og deltagerne i studierne var voksne, blandet køn og etnicitet. Studiet konkluderer samlet set, at der ikke blev fundet nogen signifikant effekt på den samlede dødelighed. Generelle helbredstjek reducerede hverken kræftdødeligheden eller viste nogen signifikant reduktion i kardiovaskulær dødelighed. Reviewet viste ej heller nogen signifikant reduktion i sygdomsrisiko. Derfor udleder studiet, at generelle helbredstjek til raske mennesker ikke er gavnlige, men i stedet kan føre til unødvendige tests og behandlinger (Krogsbøll et al., 2019).

Samtidig viser det danske Inter99-studie, at de fleste mennesker, der senere i deres liv dør af hjerte-kar-sygdomme, ikke har haft forhøjede risikofaktorer for hjerte-kar-sygdomme. I Inter99-studiet undersøgte man, over en 10-årig periode, effekten af systematisk screening for risikofaktorer for iskæmisk hjertesygdom samt effektiviteten af vejledende sundhedssamtaler blandt en studiepopulation på i alt 61.301 personer. Studiet er den største danske lodtrækningsundersøgelse samt én af de største i verden, der netop har undersøgt dette. Resultaterne viste, at der ikke var forskel på forekomsten af hjerte-kar-sygdomme blandt dem, der havde fået lavet helbredstjek, sammenlignet med dem, der ikke havde. Studiet slår ligeledes fast, at systematisk screening og sundhedssamtaler er omkostningstunge, og at man derved vil belaste den offentlige sundhedssektor ved at tilbyde disse tjek (Baumann et al., 2015).

Tilsvarende viser en rapport fra WHO (Eriksen et al., 2021), at systematisk screening af den brede befolkning i relation til risikofaktorer og prækliniske tilstande, såsom atrieflimren og abdominalt aortaaneurisme, i forhold til udviklingen af hjerte-kar-sygdomme, generelt set ikke reducerer sygelighed og dødelighed. Dette har man undersøgt, da hjertekarsygdomme er hovedårsagen til dødsfald i WHO's europæiske region. Rapporten er udarbejdet på baggrund af et systematisk review af 33 studier - hovedsageligt kontrollerede randomiserede studier, der hver inkluderede et stort antal deltagere. På trods af dette var resultaterne ikke til at tage fejl af. Screening af risiko for hjerte-kar-sygdomme og risikofaktorer havde ingen indvirkning på at sænke sygelighed og dødelighed i den generelle befolkning (Eriksen et al., 2021).

Ovenstående studier peger samstemmende på, at systematiske helbredstjek blandt raske mennesker ikke har dokumenteret effekt på hverken sygelighed eller dødelighed. Disse resultater bidrager med central viden til dette speciale, da de alle stiller sig kritiske over for efterspørgslen og udbredelsen af helbredstjek blandt raske borgere - både i Danmark og internationalt. Vi finder det derfor relevant at undersøge de underliggende faktorer, der driver efterspørgslen på helbredstjek, når der er manglende evidens for den sundhedsfaglige effekt. I nedenstående afsnit vil vi netop præsentere forskning om borgeres motivation for at deltage i helbredstjek.

Forskning om borgeres deltagelse i generelle helbredstjek

En række nationale og internationale studier har undersøgt, hvad der motiverer borgere til at deltage i generelle helbredstjek og hvilken betydning de tillægger generelle helbredstjek. I følgende afsnit vil vi præsentere denne forskning, som er fundet gennem den systematiske litteratursøgning.

I England tilbydes alle borgere mellem 40 og 74 år systematiske helbredstjek gennem det nationale sundhedsprogram NHS Health Checks, som blev indført i 2009, for at reducere risikofaktorer for hjertekarsygdomme (Riley et al., 2016; Usher-Smith et al., 2017). NHS Health Checks tilbydes til personer uden kendte hjertekarsygdomme, diabetes eller forhøjet blodtryk, og foregår typisk hos egen læge eller i kommunalt regi hvert femte år (Riley et al., 2016; Usher-Smith et al., 2017). Et systematisk review af både kvantitative og kvalitative studier viser, at mere end 80 % af borgerne oplever en positiv effekt af helbredstjekkerne (Usher-Smith et al., 2017). Mange borgere beskriver dem som et "wake-up call," der motiverer til livsstilsændringer og giver en følelse af at tage ansvar for deres egen sundhed. Studiet understreger dermed, at de regelmæssige helbredstjek blandt borgere ikke blot opfattes som et redskab til sygdomsopsporing, men også som en anledning til refleksion og handling med henblik på at forbedre deres sundhedstilstand (Usher-Smith et al., 2017).

Et andet kvalitativt studie, belyser patienters og sundhedsprofessionelles erfaringer med NHS Health Checks gennem interviews med 28 patienter og 16 sundhedsprofessionelle (Riley et al., 2016). Her fremgår det, at motivationen for at deltage i NHS Health Checks, spænder bredt, men typisk handler om et ønske om at forebygge sygdom og få viden om eventuelle risikofaktorer. Flere borgere nævner også personlige årsager, der ligger til grund for at deltage i NHS Health Checks. En familie historik med sygdom og et ønske om ikke at blive en byrde for samfundet eller familien, grundet sygdom, angives ligeledes som motiverende faktorer til at deltage. Sundhedsprofessionelle bekræfter, at disse hensyn ofte ligger til grund for borgernes deltagelse, og vurderer, at mange bruger helbredstjekket som en anledning til at tage kontrol over deres helbred (Riley et al., 2016).

Det er ikke i alle lande, at generelle helbredstjek er en ydelse, der udbydes til raske borgere. På trods af det viser forskning fra Schweiz, at mange borgere stadig har stærke forventninger til disse tilbud (Hernandez et al., 2021). I en spørgeskemaundersøgelse med over 1000 deltagere i alderen 18–89 år svarede halvdelen af deltagerne, at de forventer at kunne få et årligt helbredstjek, også selvom de ikke har symptomer på sygdom. Studiet peger på, at demografiske, psykologiske og sociale faktorer er med til at påvirke borgernes forventninger i forhold til gerne at ville have foretaget forebyggende

helbredstjek. Flere borgere anser regelmæssige helbredstjek som en nødvendig del af det at holde sig sund og har en tro på, at forebyggelse generelt set forbedrer helbredet. Derudover viser undersøgelsen, at sociale normer, såsom hvad venner eller familie gør, også påvirker ønsket om et helbredstjek (Hernandez et al., 2021).

I en dansk kontekst har Broholm-Jørgensen et al. (2019) gennem forskningsprojektet 'Tjek Ind' undersøgt, hvorfor borgere med lav socioøkonomisk status vælger at deltage i forebyggende helbredstjek hos egen læge. Studiet slår fast, at beslutningen om at deltage i helbredstjek ikke blot handler om at ændre sundhedsadfærd. Borgerne deltager også på grund af deres relation til lægen, men også fordi de håber at få at vide, at alt ser fint ud. Andre borgere gav udtryk for, at de deltog, fordi de ønskede at bidrage til forskningsprojektet, eller fordi de havde oplevet sygdom i nær familie. Studiet tydeliggør hermed, at motivationen for at deltage i helbredstjek afhænger af borgerens livssituation og sociale vilkår (Broholm-Jørgensen et al., 2019). Denne forståelse uddybes i et nyere studie af Broholm-Jørgensen (2022), hvor det undersøges, hvordan håb praktiseres i forbindelse med deltagelse i en folkesundhedsintervention. Folkesundhedsinterventioner er ofte værdiladede og bærer antagelser med sig om, hvad der er den rigtige måde at leve på, og hvad et godt helbred er. Dog viser studiet, at dem der deltager i interventionerne, somme tider har nogle andre forhåbninger og forventninger til interventionerne, som rækker ud over sundhedsfaglige intentioner. For nogle borgere handlede deltagelsen ikke om at undgå sygdom, men snarere om at finde støtte til sociale eller mentale udfordringer i hverdagen. Helbredstjekket blev anset som en mulighed for at skabe håb, tage kontrol eller finde mening i en udfordrende hverdag. Studiet tydeliggør, hvordan deltagelse kan være forankret i ønsket om at opnå et bedre liv, snarere end blot at undgå sygdom (Broholm-Jørgensen, 2022).

Den eksisterende forskning bidrager med nyttig viden om borgernes motivation, forventninger og oplevelser af generelle helbredstjek og forebyggende sundhedsinterventioner. Studierne understreger, at deltagelse i helbredstjek ofte rummer mere end blot et ønske om tidlig opsporing af sygdom; det kan være et udtryk for håb, søgen efter kontrol, tryghed eller et socialt eller moralsk engagement. Samtidig påpeger studierne, at det somme tider viser sig, at borgernes forventninger og motiver ikke stemmer overens med de sundhedsfaglige rationaler. Den fremsøgte litteratur om borgernes motivation, tager dog primært afsæt i motivationen for at deltage i målrettede interventioner, som systematisk er blevet tilbudt til en befolkningsgruppe. Dog er forskning omkring borgernes motivation

for at efterspørge generelle helbredstjek, som en ikke målrettet ydelse, sparsomt belyst, hvorfor specialet kan medvirke til indsigt heri.

4. Problemafgrænsning

Specialet søger at forstå de betydninger og rationaler, der ligger bag borgernes og professionelles forventninger, handlinger og beslutninger i relation til at få og udføre generelle helbredstjek i Danmark. Specialet afgrænser sig dermed fra at evaluere effekten eller nytteværdien af generelle helbredstjek. Ligeledes er det ikke specialets formål at udvikle løsninger eller anbefalinger for praksis.

Med generelle helbredstjek forstås undersøgelser, som udføres af sundhedsprofessionelle på personer, der umiddelbart er raske og ikke viser symptomer eller tegn på sygdom. Disse tjek fokuserer typisk på somatiske sygdomme og kan blandt andet omfatte måling af blodtryk, vitaminstatus, kolesterol og blodsukker. Et helbredstjek kan bestå af en enkelt måling, for eksempel af vitaminstatus, men kan også inkludere flere forskellige målinger på samme tid. I dette speciale anvendes betegnelsen 'generelle helbredstjek' som en samlet betegnelse for disse undersøgelser, som udføres i almen praksis og af private udbydere.

I lighed med den målgruppe, som Cochrane reviewet (Krogsbøll et al., 2019) omtaler, afgrænses målgruppen i dette speciale til at omfatte voksne, 'umiddelbart raske borgere' uden kendt sygdom eller risikofaktorer såsom udviklingshandicap eller sindslidelser. Derudover omfatter specialet kun generelle helbredstjek rettet mod umiddelbart raske borgere, som selv har opsøgt, eller overvejer at opsøge generelle helbredstjek, og omfatter derfor ikke målrettede helbredstjek, som udføres på baggrund af en specifik risikovurdering. Hvad angår de professionelle, har vi i specialet afgrænset os til at interviewe læger og sygeplejersker, ansat i almen praksis samt private udbydere af helbredstjek.

5. Videnskabsteori

Følgende afsnit vil være en beskrivelse af specialets videnskabsteoretiske ståsted, som er forankret i et hermeneutisk perspektiv, nærmere indenfor tilgangen kritisk hermeneutik. Ligeledes beskrives,

hvilken betydning det videnskabssteoretiske ståsted har for analyse og besvarelse af specialets problemformulering.

Kritisk hermeneutik

Indenfor den hermeneutiske videnskabsstradition hævder man, at al viden er fortolkning. Fortolkning handler om at udlægge noget, hvis mening ikke er givet på forhånd (Christensen & Schwennesen 2021, s. 418). Hermeneutikken anser ikke viden som sikker eller objektiv, som i positivismen, men er derimod orienteret mod at fortolke og forstå. Et centralt aspekt i hermeneutikken drejer sig om at udvikle en fortolkende forståelse af den mening, der kommer til udtryk gennem menneskets livsytringer, set i lyset af den kontekst, mennesket befinder sig i (Juul, 2012 s. 110). Med et hermeneutisk afsæt arbejder vi i dette speciale med en realistisk ontologi og en fortolkende epistemologi (Juul, 2012, s. 110). I relation til specialet kommer dette til udtryk ved, at vi er blevet opmærksomme på at generelle helbredstjek findes og foretages i praksis, på trods af, at det ikke er en reel ydelse i almen praksis. Dette har ledt os til en nysgerrighed og et ønske om at forstå, hvad der motiverer borgerne til at efterspørge generelle helbredstjek, og ligeledes forstå, hvilke udfordringer det kan skabe i kliniske møder. Informanternes udsagn betragtes, med et hermeneutisk perspektiv som meningsfulde fortolkninger.

I specialet tages udgangspunkt i Paul Ricoeurs kritiske hermeneutik, som bygger på en tænkning, der tager afsæt i, at der ikke findes normer, som er universelt gyldige (Juul, 2012, s. 146). Ligeledes slår Ricoeur fast, at mennesker i et hermeneutisk perspektiv aldrig kan fralægge sig sin 'væren i verden'. Fortolkning sker altid inden for en cirkelstruktur, nærmere betegnet den hermeneutiske cirkel. Den hermeneutiske cirkel bliver ifølge Ricoeur en vekselvirkning mellem vores kritiske idealer og den sociale virkelighed, som de retter sig kritisk imod, men også udspringer af. Hermed opstår et dialektisk forhold, hvori det normative ideal ikke kan formes uden en vis forståelse for den sociale virkelighed, som den viser sig. Ligeledes kan den sociale virkelighed ikke kritiseres uden en antagelse om de grundlæggende betingelser for det gode liv (Juul, 2012, s. 146). Vi er bevidste om, at den viden, vi får fra både borgere og professionelle, ikke er neutral og objektiv, men er kontekstafhængig, og forståelsen opstår i mødet mellem os som specialestuderende og de perspektiver, som kommer til udtryk i det empiriske materiale.

Inden for den kritiske hermeneutik hævdes det, at udgangspunktet for enhver erkendelse er de fordomme, man som forsker bringer ind i forståelsesprocessen (Juul, 2012, s. 143). Fordommene skal bringes i anvendelse og lade sig udfordre gennem specifikke undersøgelser. I den kritiske hermeneutik er nogle af de fordomme, der medbringes, af mere kritisk karakter, som danner den normative horisont, man som forsker møder forskningsfeltet med. Ifølge Juul (2012, s. 143) skal det normative perspektiv udtrykkes klart og nøje begrundes, for at det kan bringes i spil og korrigeres i mødet med nye antagelser og forståelser.

Specialets normative ståsted

I dette speciale bygger vores normative ståsted på den eksisterende forskning og evidens om generelle helbredstjek, som entydigt peger på, at generelle helbredstjek ikke gavner umiddelbart raske mennesker (Baumann et al., 2015; Eriksen et al., 2021; Krogsbøll et al., 2019). Som præsenteret i problemfeltet efterspørges og udføres generelle helbredstjek alligevel sommetider i almen praksis og i større omfang gennem private sundhedstilbud. Vores forforståelse beror dermed ikke på vores egne meninger eller holdninger om generelle helbredstjek, men vi forholder os derimod til evidensen og har tillid til denne. I dette speciale anlægger vi derfor et kritisk blik og en nysgerrighed på, hvilke implikationer det kan have i praksis, når generelle helbredstjek alligevel udføres på trods af forskningens entydige resultater. Yderligere understøttes denne forforståelse af viden og erfaring fra vores erhverv som sygeplejersker, hvor vi har indsigt i et i forvejen presset dansk sundhedsvæsen med manglende ressourcer og en tendens til overforbrug i sundhedsvæsenet. Disse faktorer, er udover den foreliggende evidens, også med til at forme vores forforståelse med et blik for, hvordan vi sikrer, at dem som har allermost brug for hjælp og behandling, får mest gavn af sundhedsvæsenets ressourcer. Dette normative ståsted har fungeret som en drivkraft for specialet som helhed. Samtidig har vi været bevidste om, at det har præget udformningen af de forskellige interviewguides. Fælles for alle interviews var en bestræbelse på at give interviewpersonerne mulighed for at udtrykke deres erfaringer, også selvom de måtte være i modstrid med vores forventninger, med det formål, at vores normative standpunkt kunne korrigeres i mødet med nye forståelser.

I specialet vil vi inddrage teorier, der ikke direkte er placeret i den kritisk hermeneutiske tradition. Det er dog fortsat den kritiske hermeneutik, der danner rammen for vores videnskabsteoretiske ståsted. Det kritisk hermeneutiske ståsted vil guide vores tilgang til specialet, da vi anlægger et kritisk blik på de praksisser og forståelser, der former efterspørgslen på helbredstjek.

6. Metode

I følgende afsnit vil vores metodiske overvejelser blive præsenteret. Ligeledes vil vi beskrive vores rekrutteringsproces af informanter, samt fremhæve hvilke etiske og juridiske overvejelser vi har gjort os i forbindelse med vores empiriindsamling.

Abduktiv metode

Vi har i dette speciale arbejdet ud fra en overvejende abduktiv tilgang, da vores forforståelse har været med til at forme vores tilgang til specialet. Gennem vores empiriindsamling er vores forforståelse blevet udfordret, hvilket har givet anledning til nye indsigter og forståelser af vores genstandsfelt. Birkler (2021, s. 93-94), beskriver den abduktive tilgang som en konstant cirkularitet, som aldrig afsluttes helt, da der altid vil være mulighed for at opnå en dybere forståelse. Formålet med specialet har ikke været at finde en direkte konklusion, men derimod at bidrage til en forståelse af, hvorfor borgere ønsker generelle helbredstjek og hvilke udfordringer dette må skabe i kliniske møder. Denne cirkularitet, som Birkler (2021) beskriver, kommer ligeledes til udtryk i vores teorivalg. Vi havde ikke fastlagt os på teori på forhånd, da vi ikke ønskede, at vores empiriindsamling skulle være teoristyret, hvorfor vores empiri og teori gennem hele specialet har været i en konstant vekselvirkning (Birkler, 2021, s. 93-94).

Kvalitative metoder

Vi har i specialet valgt at anvende kvalitative forskningsmetoder, herunder semistrukturerede interviews og observationsstudie. Disse metoder muliggør en nuanceret og dybdegående forståelse af de underliggende faktorer, der motiverer borgerne til at efterspørge generelle helbredstjek, hvordan de professionelle oplever efterspørgslen, samt hvilke udfordringer dette kan skabe i praksis. Kvalitative metoder er særligt velegnede til at indfange individers subjektive oplevelser, erfaringer og holdninger (Kristensen & Hussain, 2019, s. 18), hvilket er centralt for at kunne besvare specialets problemformulering og arbejdsspørgsmål på et reflekteret og nuanceret grundlag.

Semistruktureret interview

For at få indsigt i borgeres motivation for at efterspørge generelle helbredstjek, og de professionelles oplevelser af efterspørgsel og udfordringer, har vi anvendt kvalitative semistrukturerede interviews som metode.

Semistrukturerede interviews er karakteriseret ved, at man som interviewer forud for interviewene har forberedt en række temaer og spørgsmål, som er med til at sikre, at relevante emner bliver dækket. Derfor havde vi forud for interviewene udarbejdet interviewguides, bestående af tematikker og dertilhørende forslag til spørgsmål, som hjalp med at skabe en vis struktur gennem interviewene (Poulsen, 2019, s. 98). Vi udformede tre forskellige interviewguides (bilag B): Én interviewguide blev udarbejdet til læger og sygeplejersker, som arbejder i almen praksis; en anden interviewguide blev udarbejdet til borgerne; og den tredje interviewguide til private udbydere af helbredstjek. Interviewguiden til de professionelle er udarbejdet med afsæt i vores normative ståsted, herunder de potentielle implikationer, som generelle helbredstjek kan have i praksis. Dette afspejles i, at vi i interviewene med læger og sygeplejersker stiller spørgsmål, der direkte adresserer disse problemstillinger. I henhold til interviewene med borgere bestræbte vi os på at stille nysgerrige og åbne spørgsmål for at danne rum for, at de kunne fortælle lige netop deres historie. I interviewene med de private udbydere af helbredstjek, var interviewspørgsmålene af mere undrende karakter, for at få indblik i deres fortællinger og forståelser. Det semistrukturerede interview tillod os at være åbne over for ændringer af spørgsmålenes form og rækkefølge undervejs i interviewene. Desuden gav det os mulighed for opfølgning af spørgsmål afhængigt af hvordan samtalen udviklede sig. Gennem interviewene forsøgte vi at stille relativt åbne spørgsmål, for ikke at udelukke nye relevante perspektiver (Poulsen, 2019, s. 98). Vi har samlet set udført 20 interviews med ovenstående aktører.

Observationsstudie

Udover semistrukturerede interviews har vi foretaget et observationsstudie i en lægepraksis, hvor vi fik lov til at deltage og observere konsultationer med henholdsvis én læge og én sygeplejerske over en hel dag. Observationer beskrives inden for antropologien som en central del af at udføre feltarbejde. Observation beskrives ifølge Mogensen & Dalsgård (2018 s. 171) som en iagttagelse af verden, hvor man som observatør indtager en reflekterende position og undrende tilgang, frem for at lade sig opsluge fuldstændig af de umiddelbare sanseindtryk. Observation som antropologisk metode medfører en række spørgsmål, som vi forud for vores observationsstudie skulle tage stilling til; Hvad kan man få adgang til at observere? Hvordan observerer man? Hvorfor og med hvilken ret? (Mogensen & Dalsgård, 2018, s. 171).

Formålet med observationsstudiet var netop at få en bedre forståelse af rammerne og situationerne, som interview udsagnene fra læger og sygeplejersker udspillede sig i, og ligeledes at forsøge og

bevare en åbenhed for nye opdagelser, som vi ikke nødvendigvis ville få svar på gennem interviewene. Vi ønskede at observere mennesker i aktion, hvilket ifølge Mogensen & Dalsgård (2018 s. 172) leder til overvejelser om, om dem man observerer, skal vide, om de er under observation eller ej. Vi valgte åbenlyst at observere interaktionen mellem lægen/patienten og sygeplejersken/patienten i konsultationerne. Det blev på forhånd aftalt med den pågældende læge og sygeplejerske, at vi observerede deres arbejde, og derfor blev patienterne i hver konsultation informeret om, at vi var med, og blot var en flue på væggen, og observerede deres arbejde. I relation til hvordan man observerer, søgte vi inspiration i James Spradleys observationsstrategi, hvori han beskriver en række dimensioner, man kan skifte mellem at fokusere på, mens man observerer (Mogensen & Dalsgård, 2018, s. 173). Disse dimensioner brugte vi som fokuspunkter for observationerne, hvorfor vi nedskrev dem i en observationsguide (bilag C). Vi tilstræbte at nedskrive så meget som muligt, af det vi observerede gennem feltnoter, for både at kunne indfange det sagte i konsultationerne, men også de følelser, kropssprog og reaktioner der opstod under konsultationerne.

Vi skrev feltnoter undervejs og umiddelbart efter konsultationerne. Efter feltarbejdet har vi arbejdet videre med feltnoterne, som efter bearbejdning er udmundet i mere sammenhængende tekstbeskrivelser af konkrete situationer fra praksis (bilag D). Feltnoter fungerer som en foreløbig skrivning, og er afgørende for at kunne fastholde opmærksomheden, huske det observerede efterfølgende og forbinde det i en analytisk sammenhæng senere hen (Rubow et al., 2018, s. 57). Feltnoterne anvendes i analysekapitel 2, hvor beskrivelser af udvalgte konsultationer bruges til at understøtte forhandlingssituationer, der kan opstå i almen praksis. Observationsstudiet gav os hermed et indblik i praksis, og hvad der rent faktisk sker i konsultationerne, herunder hvad patienterne efterspørger og hvordan læger og sygeplejersker reagerer på dette. Studiedesignet i dette speciale rummer dermed også etnografisk inspireret feltarbejde.

Adgang til informanter

I følgende afsnit vil vi redegøre for rekrutteringsprocessen af informanter samt begrunde deres relevans for at belyse vores genstandsfelt. Ligeledes redegøres for adgang til observationsstudie.

Borgere

Vi har ønsket at interviewe umiddelbart raske voksne borgere, som har fået, eller ønsker at få, foretaget et generelt helbredstjek. Dette for at få indblik i, hvad deres motivation er, for at efterspørge

generelle helbredstjek. For at få kontakt til borgere lavede vi et Facebookopslag i en række forskellige Facebookgrupper, som relaterede sig til et bestemt område eller en by. Vi søgte at rekruttere informanter gennem disse Facebookgrupper, da vi ønskede at nå ud til en bred og varieret del af befolkningen. Herunder dem, som måske ikke i forvejen havde en særlig interesse for sundhed, men alligevel har gjort sig overvejelser om helbredstjek. Vi blev dog udfordret, da flere af grupperne forlangte, at man skulle være bosat i de pågældende byer og områder, hvorfor vores medlemskab i de fleste grupper blev afvist. Det lykkedes os dog at blive accepteret i enkelte grupper, hvor vores opslag fik få kommentarer. Vi forsøgte at række ud til de borgere, som kommenterede opslagene, men uden held, da mange desværre ikke svarede tilbage på vores henvendelser. Dog åbnede et af kommentarsporene op for en dialog om generelle helbredstjek blandt både borgere og professionelle (bilag E). Selvom det ikke var formålet med opslaget, understøtter dette vores forforståelse af, at helbredstjek ikke blot er et sundhedsfagligt anliggende, men også er et emne, som engagerer den almene borger. Vi forsøgte ligeledes at tilgå en række andre Facebookgrupper, hvor studerende var velkomne til at slå opslag op. Vi erfarede, at de borgere, der kontaktede os på baggrund af opslaget, ofte var kronikere, hvilket ikke var i overensstemmelse med vores målgruppe. Af denne årsag reviderede vi teksten i opslaget, for at mindske sandsynligheden for misforståelser. Det lykkedes os at rekruttere én enkelt borger, efter vi havde revideret opslaget. Derfor spredte vi budskabet til vores omgangskreds og slog opslaget op på egne profiler på Facebook, med mulighed for at dele opslaget, hvor vi fik etableret kontakt til de resterende informanter. Det lykkedes os at rekruttere syv borgere, som har fået foretaget et generelt helbredstjek hos egen læge, samt én enkelt borger, som er blevet afvist i at få foretaget et helbredstjek.

Læger og sygeplejersker i almen praksis

Vi har benyttet vores personlige netværk til at rekruttere læger og sygeplejersker i almen praksis. Vi kontaktede læger og sygeplejersker, vi selv kendte, som er tilknyttet almen praksis, og bad dem videreformidle vores forespørgsel i deres klinik eller gennem deres faglige netværk. Derudover kontaktede vi tre læger direkte via e-mail, som tidligere har udtalt sig offentligt om generelle helbredstjek. Ved at interviewe læger og sygeplejersker, som arbejder i almen praksis, har vi fået adgang til konkrete erfaringer, refleksioner og dilemmaer fra deres arbejde, hvilket har givet os en praksisnær forståelse af, hvordan patienternes efterspørgsel håndteres i de konkrete klinikpraksisser. De læger, som offentligt har udtalt sig om generelle helbredstjek, har haft et stærkt normativt synspunkt og har udover deres praksiserfaringer bidraget med viden om udfordringerne ved generelle

helbredstjek i et større samfundsmæssigt perspektiv. Ved at kombinere disse faglige stemmer har vi forsøgt at opnå en nuanceret forståelse af generelle helbredstjek i almen praksis. Det lykkedes os at rekruttere læger og sygeplejersker fra forskellige geografiske områder i Danmark. I alt har vi gennemført interviews med syv læger og to sygeplejersker ansat i almen praksis.

Private udbydere af helbredstjek

Formålet med at interviewe private udbydere af generelle helbredstjek var at få indblik i deres fortællinger og forståelser, samt forstå hvordan helbredstjek udføres, struktureres og organiseres i privat regi. Vi stødte på et opslag på Facebook med en selvstændig sygeplejerske, der promoverede helbredstjek gennem sin egen virksomhed, hvilket ledte os til at kontakte ham. Vi fandt det relevant at interviewe sygeplejersken, da han som udbyder af helbredstjek gennem egen enkeltmandsvirksomhed kunne bidrage med et personligt og praksisnært perspektiv. Han kunne således give indblik i, hvordan han selv definerer formålet med generelle helbredstjek, hvordan ydelsen tilrettelægges, samt hvilken målgruppe han henvender sig til. Gennem eget netværk, fik vi etableret kontakt til to medarbejdere i forskellige private firmaer, der udbyder generelle helbredstjek, da vi ønskede indsigt i hvordan større kommercielle aktører, forstår og argumenterer for værdien af helbredstjek. Det lykkedes os at rekruttere en sundhedsfaglig medarbejder i hvert firma, som til dagligt udfører helbredstjek for virksomheder og private borgere. Vi forsøgte ligeledes i det ene firma at etablere kontakt til den ansvarshavende læge med henblik på interview. Lægen vendte dog aldrig tilbage på vores henvendelse.

Samlet set fandt vi det relevant at inddrage private aktører, da de som beskrevet indledningsvist i specialet kan påvirke borgeres forventninger til sundhed og forebyggelse gennem deres udbud af sundhedsydelser såsom generelle helbredstjek. Deres bidrag er relevant, da helbredstjek både forstås og praktiseres anderledes end i almen praksis. I alt har vi gennemført interviews med tre ansatte i firmaer, der udbyder private helbredstjek.

Etablering af adgang til feltet

En af de sygeplejersker fra almen praksis, der ønskede at stille op til interview, fungerede ligeledes som gatekeeper. Hun hjalp os med at facilitere kontakten til den lægeklinik, hun var ansat i, med henblik på at få adgang til at udføre et observationsstudie. Vi fik gennem sygeplejersken kontakt til

en af ejerne af lægeklinikken, som vi efterfølgende var i telefonisk kontakt med. I den samtale præsenterede vi vores specialeemne, vores ønske om at gennemføre et observationsstudie, samt hvordan vi havde tænkt, observationerne skulle foregå i praksis. Den pågældende lægepraksis var imødekommende overfor vores henvendelse, og vi oplevede en åbenhed og interesse for vores speciale og problemformulering.

Vælg Klogt workshop

På Facebook så vi i starten af specialeprocessen et opslag med en workshop, som blev annonceret af organisationen 'Vælg Klogt.' Formålet med denne workshop var at invitere sundhedspersoner og patientrepræsentanter til en workshop i relation til at udvikle anbefalinger til at undgå unødvendige generelle helbredstjek til raske borgere. Vi fandt denne workshop interessant for vores speciale, hvorfor vi forsøgte at række ud til tovholderne for workshoppen per mail med henblik på at deltage i workshoppen. Vi blev dog gjort opmærksomme på, at vi desværre ikke kunne få lov at deltage, da workshoppen udelukkende var for repræsentanter af forskellige foreninger (bilag F). Det var netop på denne workshop, at den sidste hånd blev lagt på de nye anbefalinger, som udkom i april 2025, som præsenteret indledningsvist i specialet.

Afholdelse af interviews

I planlægningen af vores interviews var vi åbne overfor, at interviews både kunne foregå fysisk hos informanterne eller på Roskilde Universitet, telefonisk eller online via teams møde. Denne fleksibilitet var et forsøg på at imødekomme informanternes præferencer og arbejdsmæssige tidsrammer, samt at sikre en så bred deltagelse som muligt. Inden udførelsen af interviewet aftalte vi, at vi begge ønskede at være til stede under alle interviews, således der var én interviewer og én observatør. Observatørens opgave var at sørge for en vis struktur under interviewene samt supplere og styre optagelsen af interviewet. Inden opstarten af interviewet præsenterede vi os selv, vores baggrund som sygeplejersker og vores igangværende kandidatuddannelse. Dernæst startede vi alle interviews med at forelægge specialets formål, samt hvad vi ønskede at anvende interviewet til.

Fysiske interviews

Vi havde oprindeligt et ønske om at gennemføre alle interviews fysisk. Det viste sig dog ikke muligt for alle informanter, og vi endte derfor med at foretage fem fysiske interviews. To af de fysiske

interviews blev gennemført med praktiserende læger i København. Det ene på Københavns Universitet, hvor den ene læge sideløbende arbejder og den anden i informantens private hjem. Derudover afholdt vi to fysiske interviews med henholdsvis én læge og én sygeplejerske i selv samme praksis, hvor vi foretog vores observationsstudie. Vi afholdte ét enkelt interview med en borger på Roskilde Universitet. Fysisk tilstedeværelse under interviews, skaber mulighed for at opfange og udlevere information såsom kropssprog, ansigtsudtryk og gestus, hvilket betegnes som den rigeste kilde til viden (Brinkmann, 2014, s. 48). Under samtlige interviews oplevede vi, hvordan den fysiske tilstedeværelse skabte en nærværende og tryk ramme, der muliggjorde en interaktion præget af både verbal og nonverbal kommunikation. Vi oplevede en uformel og imødekommende atmosfære, der indebar drikkevarer og small talk forud for interviewets start, hvilket skabte en afslappet stemning og rum for åben samtale. Under de fysiske interview med lægerne og sygeplejersken oplevede vi, at den fysiske tilstedeværelse gav en særlig mulighed for at fornemme stemningen og følge informanternes følelsesmæssige engagement i specialets problemstilling. Det berigede interviewene, da der flere gange blev brugt humor og ironi. Dette skabte rum for at informanterne kunne dele ærlige, reflekterede erfaringer og oplevelser i relation til borgeres efterspørgsel af generelle helbredstjek. Særligt i de interviews, vi foretog i den lægepraksis, hvor vi samme dag havde fulgt informanternes arbejde gennem konsultationer, oplevede vi, hvordan den forudgående kontakt skabte et naturligt udgangspunkt for en tryk og tillidsfuld relation.

Under interviewet med den ene borger, oplevede vi til en start vanskeligheder med at skabe et dialogbaseret interview, da informanten var fåmælt i sine svar og indikerede en vis usikkerhed. Derfor forsøgte vi at aflæse og tilpasse os informantens kropslige signaler undervejs, ved at stille mere åbne spørgsmål. Herefter ændrede dynamikken sig, og stemningen blev gradvist mere afslappet og informanten begyndte at tale mere spontant. Der opstod gradvist en tryghed, som gjorde, at informanten åbnede mere op og satte flere ord på sine erfaringer med generelle helbredstjek.

Online- og telefoniske interviews

Fem af vores interviews blev afviklet over Teams, og ti interviews blev afviklet over telefon. Under disse interviews, var vi særligt opmærksomme på vores stemme og toneleje, da en stor del af meningen og essensen af interviews er nonverbal og formidles gennem gestus og kropssprog (Kvale & Brinkmann, 2014, s.141). Vi oplevede, at den fysiske distance til tider påvirkede graden af nærvær og spontanitet i interviewene. Derudover var det vanskeligere at opfange nuancer i kropssprog, mimik

og stemning, hvilket særligt under de telefoniske interviews, begrænsede muligheden for at aflæse og respondere på informanternes følelsesmæssige udtryk. Ved enkelte interviews oplevede vi ligeledes besvær med forbindelsen. Dette resulterede i, at vi flere gange måtte bede informanten om at gentage sig selv. Derfor er vi opmærksomme på, at vi muligvis har misset nogle nuancer under de online- og telefoniske interviews med informanterne.

De online- og telefoniske interviews gav dog en øget fleksibilitet for informanterne, da de havde mulighed for at planlægge det på tidspunkter, der passede ind i deres arbejds- og privatliv. Derudover gav det os mulighed for at inddrage informanter, der boede langt væk, som ikke havde mulighed for at mødes med os fysisk.

Optagelse af interviews og transskriptioner

Alle vores interview er blevet lydoptaget, så vi havde mulighed for at koncentrere os om samtalen og dynamikken i interviewene. Derudover gav lydoptagelse os mulighed for, at vi efterfølgende kunne transskribere interviewene og anvende vores informanternes udsagn så nøjagtigt som muligt gennem analysen. Transskriptioner blev foretaget umiddelbart efter hvert interview, for at sikre, at de ikke-sproglige nuancer, såsom kropssprog og atmosfære ikke blev glemt (Brinkmann, 2014, s. 48). Udsnit af transskriptioner kan ses i bilag G. Formålet med transskriberingerne var at gøre vores data tilgængelig og håndterbar og dermed egnet til nærmere analyse. Transskriberingerne udgjorde dermed den første del af vores analytiske proces (Kvale & Brinkmann, 2014, s.238). Vi har selv transskriberet alle vores interviews manuelt og vi har løbende under transskriptionerne været opmærksomme på at beskytte vores informanternes fortrolighed (Kvale & Brinkmann, 2014, s.348). Vi havde på forhånd aftalt, hvor detaljerede vores transskriptioner skulle være, herunder hvilke tegn der skulle anvendes, måden hvorpå vi nedskrev pauser, samt hvordan vi sikrede informanternes anonymitet (bilag H). Det at vi har været opmærksomme på at anvende samme transskriptionskonventioner, har muliggjort, at vi har kunne opnå en ensartethed i vores transskriberinger (Kvale & Brinkmann, 2014, s.241).

Kodning af empiri

For at systematisere og skabe et overblik over vores interviewmateriale, har vi kodet vores data. Vores kodningsproces har været datastyret, hvilket vil sige, at vi har foretaget kodninger løbende, uden at lade os styre af en på forhånd fastlagt teoretisk ramme. Til denne bearbejdning af interviewmaterialet

har vi ladet os inspirere af Kvale og Brinkmanns analysestrategi ‘meningskondensering’ (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 263). Meningskondensering består af fem trin, men vi har valgt at udelade det sidste trin, da vi ikke har udarbejdet et samlet deskriptivt udsagn om tematikkerne, da vi ikke mener, at vores data egner sig til at blive samlet i ét overordnet udsagn ud fra hvert tema. Vi ønsker derimod at give plads til så mange forskellige perspektiver som muligt fra de udførte interviews, hvorfor vi har udeladt det sidste trin. Første trin bestod i en grundig gennemlæsning af alle interviews med henblik på at opnå fortrolighed med materialet og skabe en fornemmelse for helheden. Da vi har interviewet forskellige aktørgrupper, valgte vi at arbejde med én gruppe ad gangen for at bevare overblikket og fordybe os i hver gruppes udsagn og perspektiver. Andet trin består i at udvælge de vigtigste citater fra informanterne og i tredje trin opsummeres de udvalgte citater i forenklede tematikker, som dækker over citaterne. Disse tematikker blev udformet på baggrund af vores forståelse af informanternes udsagn og er dermed en afspejling af vores fortolkning af materialet (bilag I). Et eksempel herpå kan ses i nedenstående tabel. I fjerde trin stilles spørgsmålstejn til de fremkomne tematikkers relevans for vores problemformulering. Her orienterede vi os også i, hvorvidt der var nok meningsbærende enheder til at tematikken kunne stå alene. Her kunne vi se, at flere af tematikkerne gensidigt talte ind i hinanden, hvorfor nogle af tematikkerne blev forenet i én tematik. Det har dog været nødvendigt at selekttere i nogle tematikker. Fravalg af tematikker kan ses i bilag J.

Citater	Tema
“[...] det var mig, der havde booket en tid hos lægen, og sagde, at jeg har brug for at få lavet sådan et generelt tjek [...] Så det var mig der sagde, at jeg havde brug for at få den her forsikring på, at mine tal er som de skal være og jeg ikke er i højrisiko for et eller andet som jeg kan gøre noget ved. Så de gængse blodprøver, urinprøve og EKG” (Lotte). “[...] det handler egentlig kun om tryghed for mig, forud for jeg skal noget. Så jeg ikke ligger i udlandet og spræller rundt, så det giver lidt ro på når jeg er afsted” (Ole).	Tryghed/forebyggelse
“Så der er ingen tvivl om, at dem man har kontakt med, altså hvis de har været syge eller har fejlet noget, eller du kender nogen som har fået foretaget noget og så har de været syge uden de har vidst det. Det sætter i hvert fald nogle tanker i gang hos mig, at det skulle jeg måske også få undersøgt” (Susanne). “Min mor ringede mig op og fortalte mig det her med at tendensen til at have hjerteproblemer eller i hvert fald at skulle have en bypass, kunne være arvelig. Så hun opfordrede både mig og min lillebror til at få foretaget nogle blodprøver, for at få tjekket vores kolesteroltal [...] Det ville aldrig være faldet mig ind, hvis det ikke var fordi min mor havde ringet og sagt at det her det kan altså være noget der går i arv at have for højt kolesteroltal” (Kasper).	Familie/omgangskreds

Tabel 1: Eksempel på kodning af empiri fra interviews med borgere

Etiske overvejelser

I forbindelse med udarbejdelsen af specialets kvalitative undersøgelser er der foretaget grundige etiske overvejelser både i planlægningen og gennemførelsen af interviewene og observationsstudiet, samt i behandlingen af den empiriske data.

Forud for udførelsen af interviews udarbejdede vi en række skriftlige samtykkeerklæringer målrettet de forskellige informanter. Da vi både har interviewet borgere, læger og sygeplejersker og private udbydere af helbredstjek, udarbejdede vi flere samtykkeerklæringer, således de forskellige aktører var bekendt med, hvordan deres udtalelser hver især kunne bidrage til specialet (bilag K). I samtykkeerklæringerne fremgik formålet med undersøgelsen, hvordan vi ønskede at udføre den, hvordan informanterne kunne forventes at bidrage og ligeledes hvordan deres udtalelser ville blive brugt i specialet (Kristensen, 2019 s. 85). Ifølge Kristensen (2019, s. 85), er det vigtigt at informere deltagere i en undersøgelse om, at deres deltagelse er frivillig, hvorfor dette også blev nedskrevet i samtykkeerklæringen. Informanterne blev ligeledes gjort opmærksom på, at de kunne trække sig fra undersøgelsen, når som helst, ved blot at kontakte os, og i så fald ville vi undlade at bruge deres udtalelser. Ydermere blev der udarbejdet en samtykkeerklæring om lydoptagelse, så informanterne kunne give deres samtykke til, om vi måtte optage interviewene (bilag K), hvilket i tilfælde af deres samtykke, gav os mulighed for at kunne citere dem direkte i specialet. En enkelt informant gav ikke samtykke til direkte citering. Af denne årsag vil informantens udtalelser i analysen ikke fremgå som citater, men derimod i et samlet deskriptivt udsagn.

Vi har ligeledes udarbejdet en separat samtykkeerklæring til den lægepraksis, hvori vi foretog observationsstudiet. Her beskrev vi, hvad formålet med observationsstudiet var, og at vi ønskede samtykke til at følge deres arbejde og dernæst udføre interviews med den pågældende læge og sygeplejerske, som vi havde fulgt (bilag K). Ligeledes blev alle patienter adspurgt, om vi måtte være med under konsultationerne, for at respektere deres ret til privatliv. Der var få konsultationer, hvor henholdsvis lægen eller sygeplejersken forud for konsultationen vurderede at det ikke var hensigtsmæssigt, at vi var med som observatører, da de vurderede det kunne påvirke konsultationen i en negativ retning, hvilket vi naturligvis accepterede.

Til de interviews, der foregik online, blev samtykkeerklæringerne tilsendt per mail forud for interviewene, således informanterne var informeret om ovenstående. Nogle underskrev

samtykkeerklæringerne skriftligt og sendte dem retur til os underskrevet. De resterende gav deres samtykke mundtligt i starten af interviewene, hvilket blev optaget. Ved de fysiske interviews blev samtykkeerklæringerne ligeledes underskrevet fysisk i den indledende del af samtalen.

Alle informanter blev informeret om, at deres udtalelser ville fremgå i anonymiseret form i specialet og skulle dermed også give samtykke til dette, med det formål at reducere potentielle negative konsekvenser af deltagelse i undersøgelsen for informanterne (Kristensen, 2019, s. 89). Vi er dog bevidste om, at fuld anonymisering i kvalitative studier somme tider kan være udfordrende, da formålet er at få indsigt i personlige fortællinger og oplevelser, og der er grænser for hvor meget der kan og må ændres, før en analyse kan miste en vis form for legitimitet og detaljegrad (Kristensen, 2019, s. 89). Derfor har vi anvendt sløring af informanternes identitet gennem analysen ved at ændre deres navne og undlade kendetegn, der ville kunne gøre dem genkendelige.

7. Teori

I følgende afsnit vil det teoretiske grundlag for analysen blive præsenteret. Vi har valgt at anvende Zygmunt Baumans teori om dødelighed og udødelighed (1992) i analysekapitel 1. Endvidere vil vi anvende teorien om ideologien healthism, beskrevet i en dansk kontekst, af Dorthe Brogaard Kristensen m.fl. (2016), som går på tværs af analysekapitlerne. Pierre Bourdieus praksisteori og begreberne; habitus, felt og kapitaler (1994/1997) anvendes i analysekapitel 2 og 3. Teorierne vil i analysen anvendes til at åbne op for vores empiri.

Zygmunt Bauman - Dødelighed og udødelighed

Zygmunt Bauman (1992) er polsk sociolog, og beskriver døden som et konstant traume i senmoderniteten. Ifølge Bauman er vi som mennesker ude af stand til at forestille os det 'ikke-eksisterende,' hvilket gør tanken om et 'ikke-eksisterende os' skræmmende (Jønsson & Brodersen, 2022, s.73-75). Ifølge Bauman er der mange årsager til, at bevidstheden om døden er traumatisk og svær at tænke på (Bauman, 1992, s.14-15). Vi har alle grunde til at være bekymrede for døden, når vi er i live, hvor døden forbliver en fjern og abstrakt udsigt. Bauman beskriver overlevelse som en kulturel aktivitet, hvor vi udskyder døden, forlænger levetiden og øger forventningen til livet (Bauman, 1992, s.5-6). Dødelighed i det senmoderne samfund er overgået til at bestå af dødsårsager. Man dør ikke bare mere, men man dør af *noget* og dette *noget*, er typisk en diagnose, som skal identificeres og behandles (Jønsson & Brodersen, 2022, s. 73-75). Døden gøres dermed til en

helbredelig sygdom, og døden transformeres fra livets afslutning til livets daglige mareridt, som er formet af en konstant distance til døden (Bauman, 1992, s.138). Døden kan ikke benægtes, men den kan blive holdt af agendaen, blive skubbet til side eller erstattet af en anden sandhed eller opfattelse, nemlig at døden kan blive modstået, undgået eller udsat. Døden er uundgåelig, men hver konkret forekomst af døden er betinget:

I can do nothing to defy mortality. But I can do quite a lot to avoid a blood clot or lung cancer. I can stop eating eggs, refrain from smoking, do physical exercises, keep my weight down; I can do so many other things (Bauman, 1992, s.138).

Vi kan således træffe mange 'rigtige valg' i et forsøg på at undgå døden, hvilket ikke overlader tid til at gruble over meningsløsheden. Uanset de valg eller foranstaltninger vi tager, er døden dog fortsat uundgåelig (Bauman, 1992, s.137-138). Når døden er uundgåelig og livets afslutning er en sikkerhed, bliver beskyttelsen og ansvaret for vores sundhed en måde at udfylde tomrummet på. Bauman argumenterer for, at døden er en individuel begivenhed, og hvis døden skyldes noget, man har gjort, eller noget, man have kunnet forhindre i at ske, bekræftes overlevelse som ens personlige sag og eget private ansvar (Bauman, 1992, s.142).

Teorien om dødelighed og udødelighed kan bidrage med en forståelse af den eksistentielle og kulturelle baggrund for, hvorfor borgere efterspørger generelle helbredstjek i et forsøg på at udskyde, kontrollere og distancere sig fra døden.

Healthism

Begrebet healthism blev oprindeligt introduceret af Richard Crawford (1980), som en kritik af den stigende individualisering af sundhedsansvar i det moderne samfund. Crawford beskriver healthism som en ideologi. En ny sundhedsbevidsthed, hvor sundhed anses som det primære mål for individuelt velvære (Crawford, 1980). Et mål der primært skal opnås gennem ændring af livsstil, hvilket har gjort sundhed til en identitetsmarkør:

"I am who I am because I am healthy/I am healthy because of who I am" (Kristensen et al., 2016, s. 500).

Sundhed bliver et mål i sig selv og en form for metaværdi for det enkelte individ og dermed et symbol på det gode i livet (Crowford, 1980). Andre studier har senere hen videreudviklet denne forståelse i en teknologisk kontekst, hvor overvågning, data og self-tracking bliver centrale redskaber i individets bestræbelse på at optimere egen sundhed (Lupton, 2013). Deborah Lupton (2013) beskriver, hvordan moderne mHealth-teknologier forstærker healthism ideologien ved at tilbyde konstante målinger og overvågning af kroppen, der indlejrer bestemte normer for, hvad sundhed bør være.

Kristensen et al. (2016) beskriver ideologien 'healthism' i en dansk kontekst og angiver, hvordan sundhed er blevet en del af den danske samfundsånd. Offentlige medicinske systemer bliver mere og mere sammenflettet med markedsbaserede mekanismer. Dette med den konsekvens, at borgere går væk fra at være patienter, der modtager behandling af medicinske eksperter og pludselig bliver uafhængige individer, der træffer deres egne beslutninger. Healthism rummer både individuelle, men også institutionelle elementer. Staten råder og vejleder i sundhedsrelateret adfærd og samtidig ses en branding fra private sundhedsudbydere (Kristensen et al., 2016). Ifølge Kristensen et al., (2016), ses en stigning i ydelser vi køber eller modtager for at holde os sunde, og dette skal man som borger kunne navigere i. Borgerne betragtes som aktive og sundhedssøgende individer med egne præferencer, hvilket medfører et ønske om muligheden for at vælge og betale for individuelle alternativer i styringen af deres eget helbred. Fokus er i høj grad på ansvar for egen sundhed hvor fokus fra sundhedsmyndighederne, i relation til sundhedsfremme, i høj grad bliver at hjælpe borgerne med at træffe informerede valg og motivere befolkningen til at leve sundt (Kristensen et al., 2016). Healthism kan yderligere blive en socialt splittende kraft, hvor nogle individer vil efterleve normerne for, hvad der er godt i livet, mens andre ikke vil eller kan (Kristensen et al., 2016). På den måde kan healthism blive styrkende for dem, der er i stand til at styre deres eget helbred på en tilfredsstillende måde, men det kan også blive en trussel for andre, der ikke føler de kan adlyde normerne. Et resultat heraf bliver en skelnen mellem de 'moralsk ansvarlige' borgere der efterlever normerne og dem der ikke gør, hvilket kan medføre sociale uligheder (Kristensen et al., 2016).

Det individuelle ansvar for sundhed kan skabe udfordringer og dilemmaer i borgernes interaktioner med både deres omgivelser og samfundet (Kristensen et al., 2016). Opmærksomheden på det individuelle ansvar kan ofte medføre en vis skepsis over for biomedicinen, når man som borger også disponeres for viden om sundhed andetsteds fra eksempelvis gennem sociale medier og nyheder. Pludselig bliver det et spørgsmål om personlige meninger, hvor borgere navigerer og handler ud fra

deres fysiske velbefindende og deres mavefornemmelse, i stedet for hvad biomedicinen peger på er det rigtige (Kristensen et al., 2016). Men ved at gøre dette bliver det en afvejning fra borgerne omkring hvad officielle retningslinjer og anbefalinger siger, og hvad de selv mener er en mere pålidelig retning for deres sundhed. Det at stole på sine egne instinkter kræver en vis viden om sundhed fra borgernes side (Kristensen et al., 2016). Kristensen et al., (2016) argumenterer for, at bagsiden ved dette kan være en udviskning af læge-patient-hierarkiet, hvor forbrugerne i stedet for at følge lægens råd, opsøger alternative kilder til at hjælpe dem med at opnå hvad der er socialt idealiseret som sundt. Pludselig anser borgerne ikke statslige sundhedsråd som fuldt ud troværdige, da staten ofte er på linje med kommercielle interesser. Derfor vender borgerne sig mod ikke markedsaktører såsom venner, familie og alternative behandlere og denne tendens afspejler et moralsk kompas i sundhedspraksis, hvor andre aktører end staten er med til at afgøre hvad der for den enkelte føles som korrekt sundhedsadfærd (Kristensen et al., 2016).

Fælles for (Crawford, 1980; Kristensen et al., 2016; Lupton, 2013) er, at de viser, hvordan sundhed ikke blot er blevet et medicinsk anliggende, men også er tæt forbundet med sociale normer, kontrol og identitet. Dette gør healthism som ideologi relevant i dette speciale, til at belyse ønsket om et generelt helbredstjek, da sundhed ikke blot ses som fravær af sygdom, men som allestedsnærværende og et ideal som individet forventes aktivt at følge. Yderligere kan healthism være med til at belyse de underliggende kulturelle og samfundsmæssige logikker, som former både efterspørgsel og den sundhedsfaglige respons i relation til generelle helbredstjek.

Pierre Bourdieu – Praksisteori

Den franske sociolog Pierre Bourdieu (1930-2002) har udviklet filosofien om menneskelig handlen i sociale rum, som udspringer af hans praksisteori. Filosofien bygger på, at muligheder i situationer er indlejret i agenters kroppe samt strukturen i de situationer, de handler inden for, og beskriver, at mulighederne er indskrevet i relationen herimellem (Bourdieu, 1994/1997, s.11-12). Gennem årene har Bourdieu forsøgt at slå bro mellem flere kløfter, herunder modsætningen mellem de subjektive vidensformer og de objektive vidensformer (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.17). Bourdieu argumenterer for, at der er tale om en to-vejs-relation og at de to strukturer gensidigt påvirker hinanden (1994/1997, s.11-12). Objektivismen lægger vægt på de ydre strukturers determinerende kraft, mens subjektivismen antager, at individet er frit handlende og ansvarlig for egne valg (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.22-23). Bourdieus begreber; habitus, felt og kapitaler har netop interesse

i relationen mellem de objektive strukturer, *strukturer i de sociale felter*, og de subjektive strukturer, *strukturer i agenternes habitus* (Bourdieu, 1994/1997, s.11-12).

Det sociale rum og felt

For at sammenfatte den komplekse relation mellem objektive strukturer og subjektive strukturer må man kigge på det sociale rum, da virkeligheden ifølge Bourdieu i sidste ende udgøres af dette rum (Bourdieu, 1994/1997, s.30). Det sociale rum dækker over, hvordan sociale agenter altid vil have en relationel position i forhold til hinanden i et rum (Bourdieu, 1994/1997, s.21). I det sociale rum, findes felter og Bourdieu beskriver at tænke i felter, er at tænke relationelt og man må starte med at placere feltet i relation til det overordnede magtfelt (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.91). I relation til specialet, vil det overordnede magtfelt for professionelle i almen praksis være staten, som regulerer felter, herunder sundhedsområdet. Et felt kan forstås som et netværk eller en konfiguration, hvor forskellige agenter og institutioner indtager bestemte positioner i forhold til hinanden. Disse positioner er ikke tilfældige, men formes af de regler og forventninger, der knytter sig til deres rolle i feltet (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.84).

Habitus

For at forstå menneskers handlinger må vi, ifølge Bourdieu, undersøge hvordan samfundets objektive strukturer bliver kropsligt indlejret hos det enkelte individ (Mik-Meyer & Villadsen, 2007, s. 76). Ifølge Bourdieu er habitus et system af varige dispositioner, som hjælper os som mennesker til at tænke og handle i den sociale verden. Habitus er med til at guide og forme vores adfærd samt strukturere hvordan vi opfatter og agerer i verden (Bourdieu, 2000/2005, s.197). Derudover er habitus på en og samme tid et system af modeller til produktion af praktikker, der er med til at styre og forme individets måde at handle på. Samtidig er det et system af modeller til opfattelse og vurdering af praktikker, der er med til at styre hvordan individet forstår og vurderer andres handlinger (Bourdieu, 1990/1994, s. 60). Når mennesker i besiddelse af samme habitus handler i overensstemmelse med hinanden, er det blot et resultat af de dybt indlejrede dispositioner, vi har tilegnet os gennem socialisering. Derfor handler de ud fra, hvad der for dem føles som det naturlige og rigtige at gøre, altså de indlærte og ubevidste dispositioner, de har med sig (Bourdieu, 2000/2005, s. 198). Et menneskes habitus er dog ikke uforanderlige og udgør et tillært system af handlingsskemaer, principper og præferencer for måden, hvorpå den enkelte anskuer verden (Mik-Meyer & Villadsen, 2007, s. 77).

Kapitaler

Det er ikke kun habitus, der har betydning for, hvordan vi som mennesker handler. Kapitalbegrebet betegner de ressourcer og værdiformer, som agenterne har adgang til gennem deres habitus og deres position i et givent felt (Mik-Meyer & Villadsen, 2007, s. 75). Bourdieu beskriver fire overordnede kapitaler. **Økonomisk kapital** omhandler finansielle og materielle ressourcer, agenten har til rådighed. **Kulturel kapital** beskrives også som informationskapital og omfatter faglig viden og autoritet. Kulturel kapital indlejres som dispositioner i habitus og erhverves gennem socialisering (Wilken, 2011, s.58-62). **Social kapital** handler om de ressourcer agenten har rådighed over i et netværk, hvilket vil sige den samlede mængde af kapital og magt, som kan aktiveres gennem et netværk (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.105). **Symbolsk kapital** handler om anerkendelse, prestige og respekt. Symbolsk kapital er stærkt knyttet til de øvrige kapitalformer (Wilken, 2011, s.58-62).

Bourdieu's teori kan i specialet bidrage til at undersøge samspillet mellem objektivismen og subjektivismen i relation til mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Gennem Bourdieu's begreber kan vi analysere, hvordan konsultationen er præget af forskelligartede forventninger, erfaringer og dispositioner. De professionelles habitus formes af deres faglige baggrund, medicinske viden, ansvar og etiske forpligtelser, men også af institutionelle krav til effektivitet og patienttilfredshed. Patienternes habitus er derimod præget af deres sociale baggrund, tidligere sygdomserfaringer samt individuelle forståelser af sundhed og sygdom. Disse forskellige former for kapital og habitus kan i samspil belyse, hvordan dialogen i konsultationsrummet udspiller sig, og hvordan beslutninger træffes i praksis. Bourdieu's praksisteori kan desuden bruges til at analysere private udbydere som aktører i et sundhedsfelt præget af markedslogikker.

8. Informantoverblik

I dette afsnit vil vi præsentere vores informanter. Informantoverblikket er opdelt i to kategorier: *de professionelle* og *borgere*. Det vil være angivet, om de professionelle er ansat i det offentlige sundhedsvæsen eller i en virksomhed, der tilbyder private helbredstjek. For borgerne er det ligeledes anført, om de har fået foretaget et helbredstjek, eller om de har et ønske herom.

De professionelle		
Navn	Beskrivelse	Ansættelse
Laila	Kvindelig sygeplejerske ansat i en lægepraksis i en lille by i Sønderjylland, hvor hun har været i knap 1 år. Hun har været uddannet sygeplejerske i 30 år.	Offentligt sundhedsvæsen
Line	Kvindelig læge ansat i en lægepraksis i en lille by i Sønderjylland. Hun har været læge i 10 år og blev uddannet speciallæge i almen praksis for 2 år siden. Hun har erfaring fra flere forskellige lægehuse rundt om i Danmark.	Offentligt sundhedsvæsen
Sofie	Kvindelig sygeplejerske ansat i en lægepraksis i en lille by i Sønderjylland. Hun har været sygeplejerske i 20 år og har arbejdet i almen praksis i 15 år. Hun har ligeledes en efteruddannelse som konsultationssygeplejerske.	Offentligt sundhedsvæsen
Mette	Kvindelig læge ansat i en lægepraksis i en større by i Nordvestsjælland. Hun har været uddannet læge i 5 år, og er i gang med speciallægeuddannelsen.	Offentligt sundhedsvæsen
Malene	Kvindelig læge som har egen lægepraksis i en mindre by i Nordvestjylland. Hun har været uddannet læge i over 20 år og blev uddannet speciallæge i almen praksis for 12 år siden.	Offentligt sundhedsvæsen
Amalie	Kvindelig læge med erfaring fra forskellige lægeklinikker. Hun er ikke på nuværende tidspunkt tilknyttet en praksis. Hun har været uddannet læge i 5 år og er netop opstartet speciallægeuddannelsen.	Offentligt sundhedsvæsen
Pernille	Kvindelig læge ansat i en lægepraksis i Nordsjælland. Hun har arbejdet i almen praksis i 2 år.	Offentligt sundhedsvæsen
Lars	Mandlig speciallæge ansat i en lægepraksis på Sydsjælland. Han har mere end 30 års erfaring fra almen praksis.	Offentligt sundhedsvæsen

De professionelle		
Christian	Mandlig speciallæge ansat i en lægepraksis på Lolland-Falster. Han har mere end 25 års erfaring fra almen praksis.	Offentligt sundhedsvæsen
Peter	Mandlig selvstændig sygeplejerske, som har egen enkeltmandsvirksomhed. Han foretager helbredstjek for virksomheder samt tilbyder brugerbetalte helbredstjek til private borgere flere steder i landet.	Privat udbyder
Katrine	Kvindelig sundhedskonsulent ansat i en privat virksomhed, som udfører helbredstjek i større virksomheder, særligt i Nordsjælland.	Privat udbyder
Pia	Kvindelig sygeplejerske ansat i en større privat virksomhed, som udfører helbredstjek for virksomheder og privatpersoner i Midtjylland.	Privat udbyder

Tabel 2: Overblik over de professionelle

Borgere	
Navn	Beskrivelse
Susanne	En kvinde i slut 50'erne. Hun er bosat i en storby i Midtjylland og er ansat i en bank. Hun får foretaget et generelt helbredstjek hos egen læge én gang årligt.
Lis	En kvinde i slut 60'erne. Hun er bosat på Sydsjælland i en mindre by. Hun er pensioneret, men uddannet pædagog og får foretaget et generelt helbredstjek hos egen læge én gang årligt.
Camilla	En kvinde i start 60'erne. Hun er bosat i Nordsjælland og arbejder på et universitet. Hun har henvendt sig for at få foretaget et generelt helbredstjek hos egen læge, men blev under konsultationen informeret om, at man ikke foretager generelle helbredstjek.
Ole	En mand i start 60'erne. Han er bosat i Sønderjylland og uddannet maskinsnedker og får foretaget et generelt helbredstjek én gang årligt hos egen læge og har fået det de sidste 25 år.

Borgere	
Lotte	En kvinde i slut 50'erne. Hun er bosat i en større by i Midtjylland og uddannet sygeplejerske og arbejder som leder på et rehabiliterings- og plejecenter. Hun har fået foretaget et generelt helbredstjek hos egen læge, men vil gerne fremadrettet tjekkes på årlig basis.
Kasper	En mand i midt 30'erne. Han er bosat i en større by i Midtjylland og uddannet ingeniør. Han har fået foretaget et generelt helbredstjek hos egen læge og vil gerne tjekkes igen, når han rammer 40'erne.
Brita	En kvinde i slut 50'erne. Hun er bosat i Nordsjælland og arbejder som administrativ medarbejder i en kommune. Hun har fået foretaget et helbredstjek hos egen læge og er blevet rådet af egen læge til årlige helbredstjek når hun bliver 60 år.
Yvonne	En kvinde i midt 60'erne. Hun er bosat i en mindre by på Vestsjælland og arbejder som social- og sundhedsassistent. Hun har henvendt sig for at få foretaget et generelt helbredstjek, men er blevet afvist af egen læge.

Tabel 3: Overblik over borgere

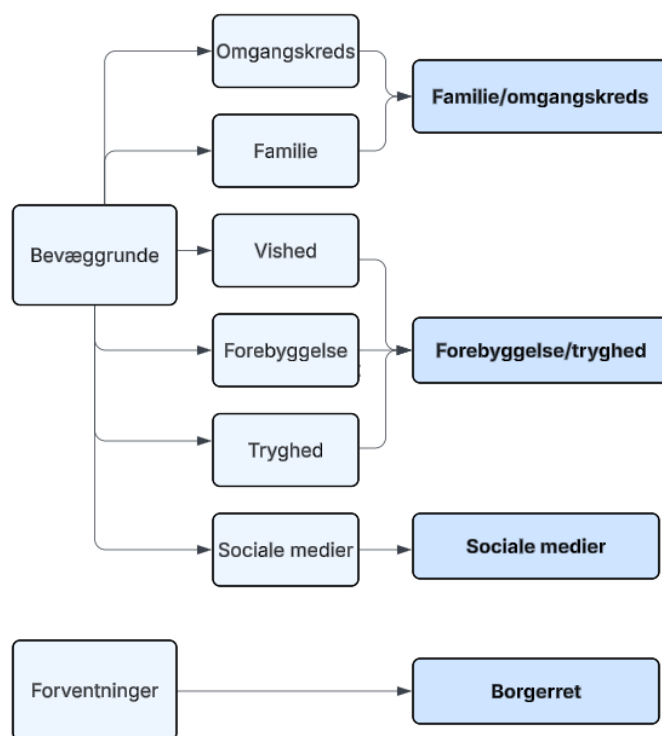
9. Analyse

Vores analyse er inddelt i tre kapitler, som er udarbejdet på baggrund af vores arbejdsspørgsmål, som fokuserer på henholdsvis borgere, de professionelle i almen praksis og private udbydere af helbredstjek. Kapitlerne bidrager hver især til at besvare specialets problemformulering. Den udvalgte teori præsenteret, i afsnit 7, anvendes på tværs af kapitlerne.

Analysekapitel 1

Dette analysekapitel vil fokusere på borgernes motivation og bevæggrunde for at efterspørge et generelt helbredstjek og ligeledes deres forventninger til helbredstjek. Af vores empiriske data har vi identificeret en række temaer, som fremgår af model 2. Analysen vil tage udgangspunkt i temaerne markeret med mørkeblå farve, som viste sig at være særligt betydningsfulde. Empirien viser, at der er generel konsensus blandt borgerne om de motiverende faktorer. Tematikkerne vil have hver deres overskrift i det kommende analysekapitel, og som model 2 illustrerer, vil enkelte tematikker

analyseres samlet, da disse tematikker i det empiriske materiale, fremstår tæt forbundne. For at forstå og situere vores fund anvender vi i kapitlet teorien om dødelighed og udødelighed (Bauman, 1992) samt teorien om healthism som ideologi (Crawford 1980, Kristensen et al. 2016).



Model 2: Overblik over de fremkomne tematikker, som analysen vil tage afsæt i.

Generelle helbredstjek som kilde til forebyggelse af sygdom og tryghed

I interviewene blev det hurtigt klart, at samtlige informanter angiver tryghed som en af hovedårsagerne til, at de på eget initiativ har opsøgt et eller flere helbredstjek. Denne tryghed er tæt knyttet til ønsket om at forebygge sygdom. Flere informanter forholder sig til den logik, at helbredstjek giver mulighed for at identificere potentielle sundhedsrisici tidligt og dermed forebygge sygdom. Susanne er i slutningen af 50'erne og har igennem de sidste år fået foretaget et helbredstjek, én gang årligt, hos sin egen læge, hvor hun får foretaget blodprøver og somme tider et EKG. Susanne beskriver, hvordan regelmæssige fysiologiske målinger kan give hende en vis tryghed:

“Jamen det er jo fordi jeg gerne vil vide, at alt er som det skal være. For eksempel mit kolesteroltal og mit blodsukker og sådan nogle ting. Så får jeg også målt mit blodtryk hen over 3 dage. Ja, det giver mig bare en eller anden tryghed og ro at vide, at det forhåbentligt ser normalt ud [...] Jeg føler, det giver mig en tryghed at vide, at de her basale ting er i orden.” (Susanne).

Susanne beskriver, at visheden om, at “alt er i orden” i relation til de målte værdier, giver hende en tryghed og ro. Interviewet afspejler, som det fremgår af ovenstående citat, en underliggende forståelse af, at de prøver, der bliver taget ved hendes årlige helbredstjek er udtryk for en sandhed om kroppen, og at prøveresultaterne derfor skaber tryghed og ro, uden at gyldigheden betvivles. Lotte har ligeledes et ønske om at få foretaget regelmæssige helbredstjek. Hun er i slut 50’erne og uddannet sygeplejerske, og fik for et år siden foretaget et helbredstjek på baggrund af et arbejdsmæssigt pres over en længere periode i kombination med sygdom i familien. Lotte beskriver følgende om hendes motivation for at få foretaget et generelt helbredstjek:

“[...] det var mig, der havde booket en tid hos lægen, og sagde, at jeg har brug for at få lavet sådan et generelt tjek [...] Så det var mig der sagde, at jeg havde brug for at få den her forsikring på, at mine tal er som de skal være og jeg ikke er i højrisiko for et eller andet som jeg kan gøre noget ved. Så de gængse blodprøver, urinprøve og EKG.” (Lotte).

Ovenstående citat viser, hvordan Lottes behov for at få foretaget et generelt helbredstjek ikke udspringer af symptomer på sygdom, men af et ønske om at vide, at alt er i orden, og tilligemed behovet for at kunne handle på det, hvis ikke alle målinger og tal skulle vise sig at være i orden. Ligeledes fremkommer en forståelse af sundhed som noget, Lotte gerne løbende vil have dokumenteret gennem tal og målinger for at bevare en vis følelse af kontrol og måske endda undgå pludselige, ubehagelige overraskelser. Ole afviser ligeledes, at han får foretaget helbredstjek på baggrund af symptomer på sygdom. Ole er i start 60’erne og har gennem de sidste 25 år fået foretaget et helbredstjek 1 gang årligt:

“Nej, det er det ikke [Læs: får ikke lavet helbredstjek fordi han har symptomer på sygdom]. Jeg får det gjort, for at få vished om alt er som det skal være og så er det for at kunne tage noget i opløbet, hvis nu det ender med en sukkersyge eller andet.” (Ole).

Ole beskriver, ligesom Lotte, at han får lavet et helbredstjek på baggrund af et ønske om vished om sin sundhedstilstand, således at han kan tage noget i opløbet, hvilket ligeledes i høj grad taler ind i forebyggelses-tankegangen. Ønsket om at forebygge sygdom ved at få lavet et generelt helbredstjek og få sat tal på sin sundheds-og helbredstilstand, kan ud fra teorien om healthism som ideologi (Crawford 1980; Kristensen et al. 2016) forstås som en måde hvorpå både Susanne, Lotte og Ole prøver at undgå sygdom. De tal og målinger, de alle tre har fået lavet ved et generelt helbredstjek, bliver hermed en værdi i sig selv, fordi tallene symboliserer deres sundhedstilstand og kan give dem en indikation, hvis der skal handles på noget, der kan forbedre informanternes sundhedstilstand. Flere informanter fortæller derudover, at de føler, de har gjort noget aktivt og godt for deres sundhed, ved at få foretaget et helbredstjek. Dette afspejler en forståelse af, at der vil kunne findes sygdom eller risikofaktorer tidligt. Kasper er i midt 30'erne. Han angiver selv, at han føler sig sund og rask, men fik for 4 år siden foretaget et helbredstjek. Udover den tryghed Kasper fik da han fik foretaget et helbredstjek, gav det ham også en validering af nogle livsvalg:

“Det gav mig en tryghed [læs: at få foretaget et helbredstjek]. Det bekræftede mig også lidt i nogle livsvalg. Året inden, var min hustru og jeg blevet enige om at vi ville prøve at spise plantebaseret hjemme hos os selv. Ikke fordi jeg nogensinde har tænkt på mig selv som en ovenud sund person, men jeg følte lidt det var en validering af det valg, at vi var begyndt at spise plantebaseret i hjemmet.” (Kasper).

Hos lægen viste alle Kaspers målinger sig at være fine, og selv om han ikke beskriver sig selv som en “ovenud sund person,” så oplevede han alligevel at han fik bekræftet sin sundhed ved de fine prøvesvar. Den tryghed, det gav Kasper at få lavet helbredstjekket, udspringer ikke kun af fraværet af sygdom, men også af en oplevelse af at have handlet rigtigt. Ud fra begrebet healthism (Crawford, 1980), kan det tyde på, at sundhed for Kasper har en høj symbolsk værdi i hans liv, hvilket kendetegner sundhed som metaværdi. Det livsvalg, han og hans hustru har taget om at spise plantebaseret, bliver dermed bekræftet som sundt gennem målingerne.

For Ole derimod handler den tryghed, et generelt helbredstjek giver ham, mere om en umiddelbar følelse af sikkerhed og kontrol i forbindelse med specifikke situationer, han står overfor. Årsagen til, at Ole for 25 år siden gik til lægen og fik foretaget et generelt helbredstjek for første gang, var efter en episode, hvor han blev utilpas på en ferie med sin familie. Et efterfølgende helbredstjek hos hans egen læge ved hjemkomst viste dog, at Ole ikke fejlede noget, men at hans utilpashed muligvis kunne skyldes den stressende situation, en familieferie kan forårsage. Af selv samme årsag får Ole nu foretaget et generelt helbredstjek én gang årligt, gerne inden han står overfor nye, potentielt stressende situationer:

“[...] det handler egentlig kun om tryghed for mig, forud for jeg skal noget. Så jeg ikke ligger i udlandet og spræller rundt, så det giver lidt ro på når jeg er afsted.”
(Ole).

Det er interessant når, Ole beskriver, at et helbredstjek forud for, at han skal på ferie, kan give ham en tryghed, da han hermed kan blive bekræftet i, at han ikke fejler noget. Dette kan signalere en forestilling om, hvordan et helbredstjek kan forhindre et potentielt skrækscenarie, der kan opstå, når Ole er på ferie. Informanten giver udtryk for en specifik og interessant forståelse af forebyggelse af sygdom, hvor han tilskriver helbredstjekket som en garanti og forsikring mod uforudset sygdom. Ligeledes fremkommer en forståelse af, hvordan Ole anser det som en konsekvens, at han kan blive utilpas når han er afsted, hvis ikke han forinden har fået foretaget et helbredstjek. Det kan ligeledes tolkes, at det er selve handlingen at få foretaget et generelt helbredstjek bestående af diverse målinger, der hos Ole skaber tryghed, og ikke så meget selve resultatet af helbredstjekket. Med udgangspunkt i teorien om dødelighed og udødelighed (1992), er døden i det senmoderne samfund overgået til dødsårsager, hvilket vil sige, at vi som mennesker ikke bare dør, men vi dør af noget. Når Ole får foretaget helbredstjek forud for, at han skal på ferie, kan det for ham dermed signalere at være en måde hvorpå han søger at holde sygdom og døden på afstand gennem kontrol og forebyggelse. Ikke nødvendigvis fordi det er nært forestående, men fordi tanken om det er forbundet med utryghed og tab af kontrol. Camillas motivation for at få foretaget et generelt helbredstjek er i høj grad forankret i en tanke om forebyggelse af sygdom. Hun har opsøgt et generelt helbredstjek, da hun har hørt om andre, som på baggrund af et helbredstjek, har fået opdaget sygdom og risikofaktorer:

“Jeg havde hørt om nogen der havde fået det gjort og også hørt om nogen der havde fået opdaget nogle ting, hvor de så har kunne gøre noget ved det tidlige. Så det er nok forebyggelses-tankegangen.” (Camilla).

Camilla angiver, hvordan hun er blevet påvirket af sine omgivelser til at få foretaget et helbredstjek, hvor andres erfaringer og fortællinger har spillet en central rolle i forhold til Camillas motivation. Det forebyggende aspekt handler for Camilla om at handle proaktivt og forsikre sig mod det uvisse. Camillas forestilling om, at man kan gøre noget tidligt, taler ind i et ønske om at udskyde dødeligheden og forsøge at undgå det uforudsigelige ud fra tankegangen om, at det er muligt at gøre noget, for at holde sygdom væk. Ved at få foretaget et generelt helbredstjek demonstrerer individet et ansvar for sin egen krop.

En informant, som derimod ikke mener hun har haft mulighed for at forebygge potentiel sygdom, er Yvonne. Yvonne er i midt 60’erne og har for år tilbage efterspurgt et generelt helbredstjek, men oplevede at blive afvist af egen læge og har derfor ikke fået foretaget et helbredstjek, på trods af at hun gerne ville:

“Men jeg har da tænkt, at hvis jeg nu havde fået det helbredstjek, så kunne det være at de havde opdaget det med mit hjerte, inden jeg skulle igennem alt det med hjertet” (Yvonne).

Yvonne fortæller i interviewet, at hun blev afvist af sin læge med den begrundelse, at hvis ikke hun havde symptomer på sygdom, var der ikke grund til at bruge tid og ressourcer på det. Yvonne havde ingen symptomer på daværende tidspunkt, men blev for nylig indlagt grundet problemer med hjertet og vand i lungerne. Yvonne mener selv, at hendes senere debuterende hjerteproblemer måske kunne være blevet forebygget eller forhindret, hvis hun havde fået foretaget et helbredstjek dengang, hun ønskede det, og ikke blot var blevet afvist. Når Yvonne retrospektivt reflekterer over hendes afvisning af helbredstjekket, kan det forklares ud fra en tanke om, hvordan diagnostiske forsikringer, kan anses som et forsøg på at distancere sig fra dødeligheden, da rettidig handling i Yvannes optik muligvis kunne have forhindret alt det, hun nu er gået igennem. Yvannes forestilling om, hvad et helbredstjek kan, kan forstås ud fra hvordan døden i det senmoderne samfund er blevet en individuel begivenhed, der kan udsættes og forebygges gennem rette handlinger (Bauman, 1992). Ligeledes understreger

Yvonne, ligesom andre informanter, hvordan tanken om et generelt helbredstjek og forebyggelse af sygdom for hende er tæt forbundet og kan spille en afgørende rolle i at opdage og forhindre potentielle risikofaktorer eller sygdom tidligt. Citatet påpeger derudover en grundlæggende spænding, der kan opstå mellem individets behov for tryghed og mulig forebyggelse ud fra et helbredstjek, og på den anden side sundhedssystemets grænser for, hvad der anses som fagligt nødvendigt.

Lis fremhæver den mentale lettelse, et generelt helbredstjek kan medføre. Lis er i slutningen af 60'erne, og får sammen med hendes mand, lavet et regelmæssige helbredstjek én gang om året:

“Man føler sig bedre tilpas når man har været deroppe, så er man sådan “når ja, jeg fejler ikke noget, så kan jeg godt køre videre. Som vi snakkede om før, hvis der nu var noget skjult man ikke vidste noget om, for eksempel, at man er lidt træt, og så siger man “argh det er sgu ikke noget,” og så får man taget nogen blodprøver, hvor det viser sig at man har et eller andet. Det jo sådan meget godt at vide. Det er jo også derfor vi [læs: informanten og hendes mand] gør det. Vi vil gerne være sikre på, at vi stadig er i orden.” (Lis).

Lis fortæller i citatet, at hun er bevidst om, at skjulte symptomer såsom træthed, som man måske ikke nødvendigvis tillægger den store betydning, gennem en blodprøve eller andre målinger, kan vise sig at have en reel årsag, som kræver handling og måske behandling. Helbredstjekket bliver for Lis et værktøj til at sikre sig, at der ikke foreligger en skjult eller begyndende sygdom. Helbredstjekket bliver en sundhedskontrol, der muliggør at hende og hendes mand kan fortsætte med at leve på den måde de gør. Citatet afspejler, hvordan Lis finder tryghed i visheden om hende og mandens sundhedstilstand, så de har mulighed for at forebygge sygdom. Vished om mulig sygdom, som flere informanter beskriver, de kan få gennem et generelt helbredstjek og dets målinger, kan anses at være en måde hvorpå, informanterne forsøger at træffe ‘rigtige valg’ i relation til deres egen sundhed. Disse valg bliver en måde, hvorpå den enkelte kan beskytte sig mod sygdom og tage ansvar for egen sundhed (Bauman, 1992).

Familie og omgangskreds som drivkraft

Flere borgere nævner derudover familie og omgangskreds som en motiverende faktor for at efterspørge generelle helbredstjek. Flere borgere har haft sygdom tæt inde på livet i deres nære

omgangskreds. Susanne beskriver, hvordan det har sat nogle tanker i gang hos hende om at få foretaget forskellige undersøgelser, selvom hun ikke selv oplever tegn på sygdom:

“[...] Så der er ingen tvivl om, at dem man har kontakt med, altså hvis de har været syge eller har fejlet noget, eller du kender nogen som har fået foretaget noget og så har de været syge uden de har vidst det. Det sætter i hvert fald nogle tanker i gang hos mig, at det skulle jeg måske også få undersøgt.” (Susanne).

At Susanne har oplevet at mennesker omkring hende har været syge, uden de vidste det, har medført tanker og bekymringer, hvilket fører til overvejelser hos informanten selv, om at få foretaget undersøgelser gennem et generelt helbredstjek. Sygdom i nærmeste omgangskreds kan tolkes at bidrage til en øget bevidsthed om døden og kan besværliggøre den konstante distance, vi som mennesker forsøger at skabe til det uvisse (Bauman, 1992). Ud fra denne forståelse, kan omgivelsernes sygdomshistorier dermed transformeres til en personlig forebyggelsesstrategi for Susanne, hvori hun forsøger at undgå at ende ud i at stå i samme situation som dem. For tænk hvis hun nu kunne forebygge potentiel sygdom. Derfor har Susanne også et stort ønske om at fastholde sit årlige helbredstjek hos sin egen læge. Kasper har også oplevet alvorlig sygdom tæt inde på livet, da hans far for år tilbage blev syg med hjerteproblemer og skulle igennem en større hjerteoperation. Dengang var han i start 30'erne, og hans mor opfordrede ham til at få foretaget et generelt helbredstjek, efter hans far blev syg:

“Min mor ringede mig op og fortalte mig det her med at tendensen til at have hjerteproblemer eller i hvert fald at skulle have en bypass, kunne være arvelig. Så hun opfordrede både mig og min lillebror til at få foretaget nogle blodprøver, for at få tjekket vores kolesteroltal [...] Det ville aldrig være faldet mig ind, hvis det ikke var fordi min mor havde ringet og sagt at det her det kan altså være noget der går i arv at have for højt kolesteroltal” (Kasper).

Kasper taler her ind i arvelighed som en motiverende faktor for at få foretaget et generelt helbredstjek. Som citatet angiver, har hans mor gjort ham opmærksom på, at hjerteproblemer kan være arvelige. Det lader ikke til, at Kasper selv havde opsøgt et helbredstjek, hvis ikke hans mor havde anbefalet det. Senere i interviewet udtrykker Kasper:

“Det føltes meget som noget jeg gjorde for min far, mere end noget jeg gjorde for mig selv.” (Kasper).

Kasper giver i ovenstående citater udtryk for, hvordan det helbredstjek han fik foretaget, i høj grad var noget, han gjorde for sin families skyld. Døden kan fortrænges fra individets bevidsthed, men lurder altid som en potentiel realitet (Bauman, 1992), som kan aktiveres gennem nære relationers sygdom eller død. Det er karakteristisk for det moderne menneske, at døden kan opleves som noget, der rammer andre, indtil det pludselig kommer tæt på (Bauman, 1992). Selvom Kasper måske ikke havde skænket det en tanke at få foretaget et helbredstjek i forbindelse med sin fars sygdom, har hans familie alligevel sat tanker i gang hos ham, hvilket førte til at han fik lavet et tjek. Helbredstjekket kan dermed ses som en reaktion på, at døden for Kasper er kommet tæt på, grundet farens alvorlige hjertesygdom.

Et andet aspekt af, hvordan omgangskredsen har medvirket til, at en informant har opsøgt et generelt helbredstjek, ses når Lotte beskriver, hvordan det at have fået børnebørn, giver en øget lyst til at forlænge hendes levetid ved at sikre, at der ikke er noget galt:

“[...] Og når man så i perioder er en lille smule presset, så banker ens hjerte lidt hurtigere. Jeg havde bare lige brug for at sikre mig, at det bare var naturligt, så jeg ikke lavede en eller anden psykisk bygning på mig selv, om at sker der nu mig noget. Så det var derfor. Og så har jeg jo to børnebørn. Så jeg har rigtig meget at leve for, så jeg vil gerne sikre mig, at der ikke er noget galt og hvis der så opstår noget, så kan jeg gøre noget.” (Lotte)

Ovenstående citat beskriver, hvordan Lotte har oplevet hjertebanken og havde behov for at efterspørge et helbredstjek hos sin læge, for at få tryghed og vished omkring, om noget var galt, og såfremt der var dette, ville hun have mulighed for at kunne gøre noget forebyggende. Dette begrundes hun med, at hun er blevet bedstemor, og dermed har meget at leve for. Et helbredstjek, som kan påvise, at der ikke er nogen symptomer på sygdom, kan være en måde hvorpå den enkelte forsøger at gøre døden til en fjern og abstrakt udsigt og ikke et nært anliggende (Bauman, 1992). Lotte oplever et ansvar for hendes omgangskreds i form af sine børnebørn, og på den måde bliver de en motiverende faktor for hende, til at efterspørge et generelt helbredstjek. Derudover bliver et helbredstjek for Lotte

også en måde, hvorpå hun forsøger at mindske bekymringen omkring potentielt at fejle noget og et forsøg på at udskyde tanken om dødelighed. Citaterne fra Susanne, Kasper og Lotte illustrerer alle, hvordan familiære faktorer også kan spille en afgørende rolle i beslutningen om at få foretaget et generelt helbredstjek.

Når sociale medier inspirerer til helbredstjek

I interviewene kom det yderligere frem, at flere af informanterne gav udtryk for, hvordan faktorer i samfundet såsom hvad de læser, hører og i særdeleshed hvad de bliver disponeret for gennem sociale medier og nyheder, også kan være med til at påvirke deres ønske om, at få et helbredstjek hos lægen. Susanne, der får foretaget et generelt helbredstjek én gang årligt, beskriver, hvordan hun startede med at få foretaget regelmæssige helbredstjek, efter hun havde hørt om det i fjernsynet:

“[...] Altså jeg bliver påvirket af hvad jeg læser. Det er både hvad der er i nyheder, aviser og de sociale medier. Hvor man for eksempel læser, at når man er over 40 år, så er det godt at få målt sit blodtryk og sådan nogen ting. Det startede jo sådan set også der for mig, at jeg hørte det i en eller anden udsendelse. At hvis man er over 40 år, så er det vigtigt lige at gå til lægen og få lavet et helbredstjek en gang imellem”. (Susanne).

Citatet fra Susanne rummer interessante pointer om, hvordan sundhedsadfærd formes i samspillet mellem individ, sundhedsdiskurser og medier. Susanne tilskriver sociale medier en form for vejledende autoritet, idet hun fremhæver, at det netop var gennem en udsendelse, at hun blev opmærksom på, at det var vigtigt at få foretaget et helbredstjek, når man er over 40 år. Citatet viser, hvordan et sundhedsbudskab fremkommet i medierne ikke blot opfattes som information, men kan ende med at blive handlingsanvisende. Netop dette beskrives i teorien om healthism, hvori sundhed kan ende med at blive en moralsk og social pligt snarere end et individuelt valg (Kristensen et al., 2016). Ovenstående udtalelse fra Susanne viser, hvordan noget hun har hørt i en udsendelse, tilbage i tiden, har været med til at påvirke hende til at få foretaget et årligt helbredstjek lige siden. Susanne føler et ansvar for at få lavet et helbredstjek, fordi det er blevet fremstillet som værende vigtigt for folk over 40 år. Dette understøtter, hvordan sundhed ud fra ideologien healthism ikke blot er et medicinsk anliggende (Kristensen et al., 2016). Det viser, hvordan borgerne ikke nødvendigvis efterspørger helbredstjek spontant, fordi de har tegn eller symptomer på sygdom, men at de kan føle

en moralsk forpligtigelse til at efterspørge helbredstjek, hvis de socialiseres til at se det som en nødvendighed at gøre det gennem medierne eksempelvis.

Camilla understreger ligeledes i nedenstående citat, hvordan det nærmest er blevet uundgåeligt ikke at lade sig påvirke af det, man hører i medierne eller læser sig til. Camilla er i starten af 60'erne og arbejder som underviser på et universitet. For 4 år siden henvendte hun sig til sin egen læge, da hun ønskede at få foretaget et helbredstjek. Hun fik en tid, men da hun mødte op hos lægen, blev hun gjort opmærksom på, at det ikke bare er noget, man kan få gjort, hvis man umiddelbart er sund og rask. Camilla havde hørt om andre, der havde fået foretaget generelle helbredstjek, og havde et ønske om, at hun ved et helbredstjek kunne få at vide, at hun var rask, hvilket hun egentlig også selv føler hun er. Denne tankegang stammer blandt andet fra, hvad hun igennem medierne har hørt og læst sig til:

”Jeg tror ikke der er særlig mange der kan lukke af for det man hører [...] Der er jo masser af selvhjælpsbøger til at leve sundere og det evige liv og så videre eller forestillingen om hvad der er muligt. Jeg har det jo helt klart sådan, at jeg ikke vil finde mig i at blive gammel på samme måde som mine bedsteforældre eller som min mor. Men det er jo forestillingen om at det faktisk er muligt at undgå det, men det er jo ikke sikkert at det er det. Man undgår jo ikke at blive svagere eller skrumpe eller at hjernen bliver dårligere[...] Men i virkeligheden er det jo drømmen at jeg kan blive ved med at have det som jeg har det nu og en drøm som bliver pustet til og som får en masse næring af det der foregår på sociale medier og i kommunikationen mellem alle mulige mennesker alle mulige steder. Det er jo en del af den almene diskurs, at vi kan gøre noget ved det [læs: vores egen sundhed].”
(Camilla).

Kristensen et al. (2016) beskriver, hvordan sundhed bliver et mål i sig selv og en form for metaværdi for det enkelte individ. Dette kan understøtte citatet fra Camilla, da hun specifikt pointerer, hvordan sociale medier og den kommunikation vi udsættes for i det offentlige rum, kan være med til at forstærke drømmen om sundhed som værende en metaværdi for hende. Camilla drømmer om at kunne blive ved med at have det godt og føle sig sund og frisk, som hun gør lige nu, og denne tankegang kan tolkes at blive forstærket af den viden, informanten disponeres for fra samfundet og omgivelserne. Ligeledes understøtter citatet følelsen af ansvar for egen sundhed. Når Camilla

beskriver, at hun ikke vil acceptere at ældes ligesom sine bedsteforældre og sin mor, understreger det en følelse af ansvar for at undgå aldring på en specifik måde. Dette afspejler igen ideologien healthism, hvor aldring ikke blot ses som en biologisk proces, men som noget man som individ kan og bør forsøge at modvirke i det omfang det er muligt gennem forskellige livsstilsvalg (Kristensen et al., 2016). Det at holde sig sund bliver for Camilla symbolet på det gode liv, også selvom hun udtaler at hun godt ved, at der er visse fysiologiske ting vi ikke har kontrol over i relation til vores egen krop, helbred og aldring.

Ud fra ovenstående kan det udledes, at konstante anvisninger eller anbefalinger gennem de sociale medier om, hvad der er 'rigtig sundhedspraksis,' muligvis kan påvirke borgernes bevidsthed om, at døden kan blive modstået eller udsat. Disse anvisninger og anbefalinger gennem sociale medier kan dermed tolkes, at være en måde hvorpå informanterne gøres opmærksom på, at man har mulighed for at gøre noget forebyggende eksempelvis gennem et helbredstjek og dermed distancere sig fra døden (Bauman, 1992). Det viser yderligere, hvordan information fra sociale medier kan bidrage til, at dødeligheden bliver en konkret trussel, som man kan forsøge at kontrollere ved rigtige valg. Denne logik skaber dog et pres, hvor 'forkerte' valg kan resultere i sygdom.

Hvad forventer borgerne?

Under interviewene blev informanterne adspurgt hvorvidt de mente, at et generelt helbredstjek burde være en ydelse hos almen praktiserende læge. Flere informanter angav, at de har en klar forventning om, at de kan få foretaget et generelt helbredstjek hos deres egen læge, hvis de føler de har behov for et tjek, også selvom de ikke har symptomer på sygdom. Ifølge Kasper og Brita, så anser de det som en borgerret at kunne bede deres læge om et helbredstjek:

“For mig at se, så tror jeg i mit hoved, er det lidt en service, som jeg betaler til gennem skatten.” (Kasper)

Citatet fra Kasper rummer en pointe om, hvordan forventninger til en sundhedsydelse som generelle helbredstjek ikke kun handler om sundhed, men også om rettigheder og velfærd. Det vidner om en forståelse af, at generelle helbredstjek anses som en naturlig ydelse og hermed en rettighed, og ikke blot en ydelse, der tildeles ud fra behov. Ligeledes italesætter Kasper indirekte sig selv som

sundhedsforbruger, når generelle helbredstjek antages som en service der bør kunne efterspørges og leveres uden at det nødvendigvis er lægefagligt indiceret. Brita istemmer sig lignende forventninger til generelle helbredstjek som Kasper:

“Så hvis man føler et behov for at få tjekket det de nu end tjekker, for at få at vide alt ser ok ud, så synes jeg man skal have lov [...] Vi betaler jo trods alt for det gennem skatten. Vi betaler jo for vores læger. “ (Brita)

Udtalelsen fra Brita illustrerer igen et syn på generelle helbredstjek som en borgerret og ikke blot et sundhedsfagligt tilbud til de borgere, der lægefagligt vurderes at have behov for det. Ligeledes kan det tolkes, hvordan det, at man som dansk statsborger betaler til sundhedsvæsenet over skatten, kan medføre en følelse af at kunne få det, man føler behov for - i dette tilfælde et helbredstjek hos egen læge. Dette går i tråd med ideologien healthism, hvori der foreligger en forståelse af, hvordan der er sket et skifte i borgernes rolle både i relation til deres egen sundhed og sundhedsvæsenet generelt. Borgerne går væk fra at være patienter, der blot modtager behandling af fagpersonale, til nu at være uafhængige individer der har forventninger og træffer egne beslutninger angående deres sundhed (Kristensen et al., 2016). Når både Kasper og Brita anser det som en ret, at få foretaget et helbredstjek hos deres egen læge, med det belæg, at de betaler skat, afspejler det en forventning om, at sundhedsvæsenet fungerer som en service. Denne forventning kan igen tolkes at afspejle et forsøg på at tage ansvar for egen sundhed, hvor hans eller hendes helbred er et spørgsmål om personligt ansvar og handlen. Dette resulterer i en forventning og et krav fra begge informanter til det offentlige sundhedsvæsen og de ydelser de tilbyder. Brita udtrykker ligeledes, at man som borger ikke bør nægtes at få et generelt helbredstjek.

“[...] man skal i hvert fald ikke nægtes det, hvis man har behov for at få tjekket noget. Min ene datter fortalte mig, at min eksmand havde kontaktet lægen for at få et helbredstjek, og det måtte han ikke. Så sagde jeg til hende, at det forstod jeg godt nok ikke og at jeg synes at han skulle prøve at ringe igen, fordi det forstår jeg simpelthen ikke.” (Brita).

Ovenstående citat afspejler en oplevelse af, hvordan informanten og hendes families egne behov og ønsker bør være tilstrækkeligt grundlag for at kunne få lov til at få foretaget et generelt helbredstjek.

Ligeledes kan det tolkes, at der sker et clash mellem de forventninger, Brita har til sundhedsvæsenet, og hvad det reelt kan tilbydes. Informanten har svært ved at forstå, hvorfor et helbredstjek ikke bliver imødekommet, særligt når det antages som et nødvendigt ønske. Det kan anses som ansvarligt at insistere på at få et helbredstjek, og at sundhedsvæsenet burde 'honorere' dette ved at tilbyde et helbredstjek, når man som borger handler proaktivt. Det individuelle ansvar for sundhed kan dog somme tider skabe nogle dilemmaer og spændinger, som kan ledsages af en skepsis over for lægevidenskaben (Kristensen et al., 2016). På trods af at lægen har afvist Britas eksmands ønske om at få foretaget et helbredstjek, viser citatet samtidig, at Brita tager afstand fra, hvad de officielle læge anbefalinger siger. Hun holder fast i, hvad hun mener er korrekt praksis, da hun understreger at hun er uforstående overfor, hvorfor eksmanden er blevet afvist. Hun insisterer ikke kun på, at helbredstjekket er berettiget, men også på, at det er uforståeligt og forkert at blive nægtet denne ydelse. Bagsiden ved dette kan være, at borgerne i stedet for at følge lægens råd, opsøger alternative kilder til at hjælpe dem med at opnå hvad der er socialt idealiseret som sundt. En række borgere beskriver, hvordan de er villige til at gå gennem det private og betale sig fra at få foretaget et helbredstjek, hvis de oplever at blive afvist af deres egen læge:

“Men ja, hvis muligheden var der, så ville jeg gøre det, hvis altså jeg blev afvist af min praktiserende læge.” (Susanne).

Dette illustrerer et vigtigt perspektiv i forhold til informantens handlekraft og relation til sundhedssystemet. En afvisning fra den praktiserende læge vil ikke nødvendigvis forhindre eller spænde ben for Susannes ønske om et helbredstjek. Tværtimod vidner det om en forståelse af sundhed som noget, informanten selv må tage ansvar for og opsøge andetsteds, hvis ikke behovet bliver imødekommet via egen læge. Ligeledes udtrykker Ole:

“[...] Så tror jeg da nok jeg ville prøve at gå gennem min sundhedsforsikring og se om jeg kunne få noget den vej igennem.” (Ole).

Vores empiri viser altså en villighed til at gå udenom det offentlige sundhedssystem og i stedet benytte sig af en privat sundhedsforsikring, hvis informanten oplever at få afvist et ønske om et generelt helbredstjek hos egen læge. Dermed afspejler data, hvordan sundhed og det at få et generelt helbredstjek bliver noget, man som borger kan og bør sikre sig adgang til gennem egne ressourcer.

En lignende pointe ser vi i teorien om healthism, hvor skiftet i patientrollen fra passiv modtager af sundhedsydelse til aktiv medpart og aktør kan bevirke, at både Susanne og Ole udtrykker at ville tage kontrol over deres egen sundhed og velvære. Dette ved at søge mod de private sundhedsudbydere, hvis ikke det er en mulighed i det offentlige. Det viser også, at Susanne og Oles ønske om at få et helbredstjek ikke nødvendigvis vil være afhængig af, at få en lægefaglig tilladelse gennem deres egen læge. Dette afspejler ligeledes, hvordan ideologien healthism, sommetider medfører, at borgere ikke anser statslige sundhedsråd som fuldt ud troværdige, når de ikke blot tager en afvisning for givet, men derimod søger alternative veje i håbet om at få deres behov om et helbredstjek opfyldt (Kristensen et al, 2016).

Samtlige informanter blev ydermere spurgt ind til, hvad de forventede at få tjekket ved et generelt helbredstjek, herunder om de havde specifikke ønsker til konkrete prøver eller tests som ifølge, dem ville være rart at få foretaget ved et helbredstjek. Kasper der har fået foretaget et enkelt helbredstjek, hvor han fik tjekket sit kolesteroltal, udtrykker et ønske om at få foretaget et helbredstjek igen når han rammer 40'erne, som blandt andet burde indeholde følgende:

“[...] jeg vil nok få min hørelse tjekket igen. Jeg går til en del koncerter og sådan og så er det måske en god idé lige at få kigget på det også. Faktisk så... Jeg ved det ikke, men måske også sådan noget som lungekapacitet og refleksevne. Jeg tror jeg vil sige til lægen, ‘giv mig den helt store omgang’ og så satse på de ved hvad de skal tjekke.” (Kasper).

Ifølge Kasper handler et helbredstjek for ham om at få en status på kroppens tilstand og på den måde kunne handle forebyggende. Informanten nævner, hvordan han ønsker et tjek af hørelse, reflekserne og test af lungekapacitet. Kropsfunktioner som tolkes ikke nødvendigvis at fejle noget her og nu, men som for informanten er rart at få tjekket. Ytringen “jeg ved det ikke, men måske også sådan noget som lungekapacitet og refleksevne” kan også signalere en vis usikkerhed omkring, hvad det helt præcis er, informanten gerne vil have tjekket og samtidig, kan det udtrykke et underliggende ønske og behov om at få bekræftet af en læge, at alt er i orden. Citatet fra Kasper afspejler centrale idéer i healthism ideologien, hvor det ikke kun handler om at undgå sygdom, men også om at optimere kroppens funktioner. Kasper vil netop gerne have tjekket forskellige kropslige funktioner, uden han nødvendigvis føler sig syg eller føler symptomer på sygdom. Hermed er det ikke sygdom, men

risikoen for sygdom eller det at fejle noget, der kommer i fokus og her viser citatet, hvordan sundhed bliver noget vi ikke nødvendigvis kan mærke, men noget vi kan få målt og vurderet udefra, eksempelvis hos egen læge gennem et helbredstjek. Camilla og Brita, der begge har fået foretaget et generelt helbredstjek, angiver derimod, at de ikke havde nogen specifikke forventninger og krav til, hvad helbredstjekket helt præcis skulle indebære:

“Der må jeg være ærlig og sige, at det har jeg ikke rigtig spekuleret over, fordi et eller andet sted, så tager de jo de her blodprøver og for at være helt ærlig, så ved jeg ikke hvor meget de tjekker for eller hvad de ikke tjekker.” (Brita).

Brita har, som beskrevet tidligere i analysen, udtalt, hvordan hun anser det at få foretaget et generelt helbredstjek som en ret, man har som borger, når man betaler skat og at man ikke burde kunne nægtes det. På trods af dette har Brita ikke nogen specifikke ønsker eller forventninger til, hvilke prøver eller undersøgelser hun gerne vil have lavet ved et givent helbredstjek. Camilla istemmer og havde ej heller en klar agenda forud for sit ønske om et helbredstjek:

“[...] jeg kom jo egentlig med sådan en tanke om, at jeg ikke rigtig vidste hvad jeg ville [Læs: have tjekket].” (Camilla).

Udtalelserne fra både Brita og Camilla kan tolkes at være et udtryk for en vis ambivalens, da begge informanter har et ønske om at få foretaget et generelt helbredstjek med jævne mellemrum og på den måde tage en vis kontrol over deres egen sundhed. Dog viser det samtidig, at de ikke rigtig ved, hvad de specifikt vil have tjekket ved et generelt helbredstjek, hvilket muligvis kan afspejle en naturlig uvidenhed, når man som borger måske ikke har viden og indsigt i hvilke prøver eller undersøgelser der er meningsfulde for dem at få lavet. Hermed tolkes en ambivalens mellem ønsket om autonomi og afhængighed af sundhedsfaglig ekspertise. Dette kan ses i lyset af den måde, hvorpå man som individ prøver at håndtere den angst og usikkerhed, der kan være forbundet med frygten for at fejle noget, hvilket muligvis kan medføre en tillid til, at sundhedssystemet kan hjælpe med at vurdere hvad der for den enkelte borger er relevant at få undersøgt ved et helbredstjek. Brita har tillid til, at det sundhedsfaglige personale ved, hvilke prøver der skal tages, og dermed lægger hun dette ansvar over på det sundhedsfaglige personale. Ovenstående citater kan afspejle et modspil til ideologien healthism. Informanterne forsøger rigtig nok at tage ansvar for egen sundhed gennem ønsket om et

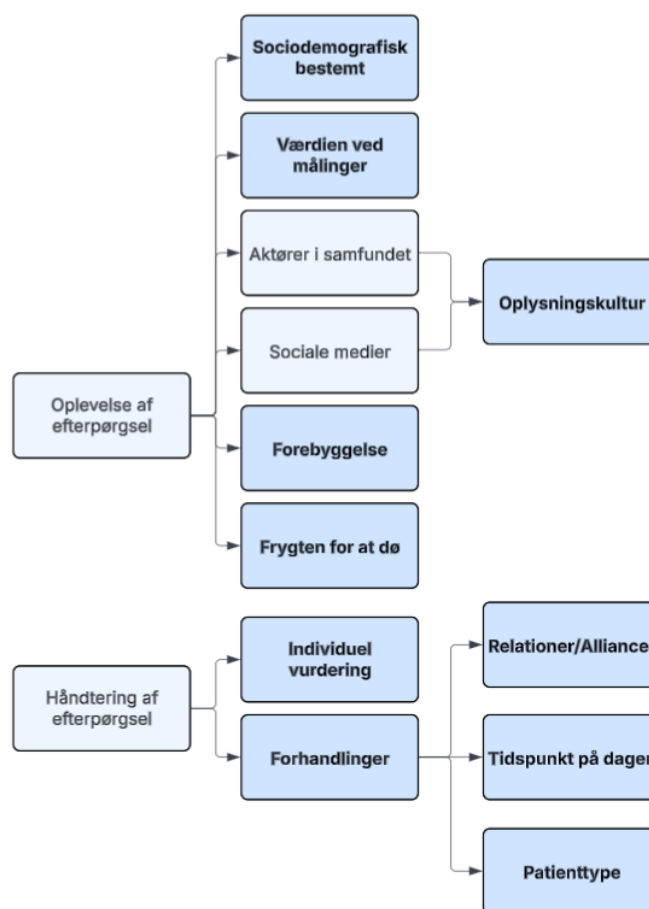
helbredstjek og muligheden for at kunne gøre noget aktivt for deres sundhed. Informanterne søger dog samtidig guidning gennem en vis tillid til de lægefaglige vurderinger, og dermed stoler de ikke blot på deres egne instinkter og vender sig ej heller mod lægevidenskaben.

Delkonklusion

Vi har i den ovenstående analyse af interviewdata vist, at borgeres motivation for at efterspørge generelle helbredstjek udspringer af flere faktorer, herunder ønsket om tryghed, sygdomsforebyggelse, påvirkning fra omgangskreds og eksponering via sociale medier. Fælles for disse faktorer er, at der hos borgerne hersker et moralsk imperativ om, at generelle helbredstjek gavner, og der ses en generel forståelse af, at helbredstjek kan være med til at forebygge sygdom. Der ses yderligere en underliggende forståelse af sundhed som en personlig pligt og investering, hvilket kan forstås ud fra ideologien healthism (Kristensen et al., 2016), hvor sundhed opfattes som en moralsk værdi og et individuelt ansvar. Informanterne søger gennem helbredstjekket ikke blot vished, men også en form for kontrol, hvilket kan forstås som en måde hvorpå borgerne forsøger at distancere sig fra sygdom og død gennem aktiv sygdomsforebyggelse (Bauman, 1992). Flere informanter udtrykker desuden en opfattelse af, at adgang til helbredstjek er en borgerret og en sundhedsgode, som alle bør have mulighed for at benytte - uanset evidensgrundlaget. Dog viser analysen også, at de færreste har konkrete forestillinger om, hvad et helbredstjek skal indeholde, hvilket understreger, at ønsket ofte er drevet af følelser og kulturelle forestillinger om sundhed.

Analysekapitel 2

Dette analysekapitel vil tage udgangspunkt i læger og sygeplejerskers oplevelser og håndtering af efterspørgslen på generelle helbredstjek i almen praksis og hvilke udfordringer det kan medføre. I det følgende kapitel omtales borgere som 'patienter,' da det er den betegnelse, der anvendes af læger og sygeplejersker i almen praksis. Af vores empiriske data har vi identificeret en række temaer, som fremgår af nedenstående model 3. Analysen vil tage udgangspunkt i temaerne markeret med mørkeblå farve. Derudover anvendes feltnoter til at belyse konsultationer med patienter, hvor forhandlinger udfolder sig. Tematikkerne vil i dette afsnit diskuteres op imod teorien om healthism som ideologi (Crawford 1980; Kristensen et al. 2016) og Bourdieus praksisteori og begreberne; habitus, felt og kapital (Bourdieu, 1994/1997).



Model 3: Overblik over de fremkomne tematikker, som analysen vil tage afsæt i.

En efterspurgt ydelse præget af sociodemografi

Det blev hurtigt klart under vores empiriindsamling, at der er en generel konsensus blandt lægerne om, at det ikke gavner at lave helbredstjek på umiddelbart raske mennesker og at det ej heller er en ydelse i almen praksis. Alligevel fremhævede flere læger og sygeplejersker, at de fortsat møder en efterspørgsel på generelle helbredstjek i deres daglige arbejde, som de er nødt til at forholde sig til. De fremhæver, at efterspørgslen i høj grad afhænger af sociodemografiske faktorer.

Lars er speciallæge i almen medicin og har mere end 30 års klinikerfaring. Da han under vores interview bliver adspurgt til, hvordan han oplever efterspørgslen på generelle helbredstjek, beskriver han følgende:

“Det er sociodemografisk bestemt. Jo højere uddannelse, jo rigere folk er, jo raskere de er, jo mere vil de gerne have. Hvis de er komplekst multisyge, har svære funktionsnedsættelser, så spørger de slet ikke efter sådan noget” (Lars).

Ifølge Lars kan efterspørgslen altså ikke defineres entydigt, da det afhænger af hvilke ressourcer den enkelte har til rådighed. Lars beskriver, at ressourcestærke borgere efterspørger generelle helbredstjek i højere grad end borgere med færre ressourcer til rådighed. Amalie understøtter dette og fortæller, at hun ligeledes oplever, at efterspørgslen på generelle helbredstjek afhænger af patienternes ressourcer og placering. Amalie er uddannet læge og har erfaring fra flere forskellige lægepraksisser på Sjælland og fortæller følgende om hendes oplevelse af borgernes efterspørgsel:

“Altså det synes jeg er forholdsvis stort alt afhængig af hvor man er. Hvad er det for en patientpopulation vi har. Især i de ressourcestærke områder, altså folk der er højtuddannede, med gode jobs osv., der er større efterspørgsel.” (Amalie).

Amalie oplever, at efterspørgslen er forholdsvis stor i de områder, hvor patienterne er højtuddannede og har gode jobs. Når Amalie og Lars nævner at sociodemografiske faktorer har en betydning for patienternes efterspørgsel, illustrerer det sociale forskelle i borgernes sundhedsadfærd, hvilket kan forklares ud fra begreberne ‘habitus og kapitaler’ (Bourdieu, 2000/2005, s.197; Wilken, 2011, s.58-62). Mennesker med høj uddannelse og gode jobs har typisk en høj kulturel og økonomisk kapital, som giver dem bedre forudsætninger for at navigere i sundhedsvæsenet og stille krav om at få generelle helbredstjek. Yderligere kan deres habitus, som er de tillærte dispositioner og vaner (Bourdieu, 2000/2005, s.197), gøre dem mere tilbøjelige til at efterspørge sundhedsydelser, herunder et generelt helbredstjek, også selvom det ikke er en officiel ydelse. Ressourcestærke borgere kan have en habitus, der er præget af internaliserede normer om proaktiv sundhedsadfærd, som kan have betydning for, hvorfor de anser helbredstjek som en relevant og ønskværdig ydelse.

Omvendt beskriver Lars under interviewet, hvordan han oplever, at patienter med færre ressourcer og kroniske sygdomme ofte slet ikke efterspørger et generelt helbredstjek, selvom de måske i virkeligheden kunne have gavn af et sådan tjek. Dette kan forklares ud fra deres habitus, som er præget af lavere forventninger, hvor deres sociale position i samfundet og livserfaringer ikke har udstyret dem med de samme ressourcer til at navigere i sundhedsvæsenet og dermed efterspørge

sundhedsydelser. Denne forskel i efterspørgslen genkendes også af Sofie. Hun oplever forskelle, ikke blot i patienternes ressourcer, men også i deres mentalitet og tilgang til sundhed afhængigt af, hvor i landet de bor:

“Nogle gange når jeg har været på kurser, så mærker jeg også, at der er en anden mentalitet f.eks. i Nordsjælland. Hvis man ikke får det igennem ved egen læge [Læs: et generelt helbredstjek], jamen så betaler man jo gerne for det og man betaler måske også hellere for at få det privat, fordi så kommer man hele vejen rundt. Det kan man i hvert fald have en fornemmelse af [...] de har slet ikke samme økonomi her [læs: lille by i Sønderjylland], samme egenomsorg, der er rigtig mange sårbare. Så de kræver ikke altid så meget. Og tit er der også det her med, at 'noget er jo også min egen skyld måske'. Så kommer de først når det er for sent. Det er min opfattelse af det.” (Sofie).

Sofie er konsultationssygeplejerske og har 15 års erfaring fra almen praksis. Hun er nu ansat i en lægepraksis i en lille by i Sønderjylland. Hun beskriver en forskel i patienternes krav afhængigt af, hvor man befinder sig i landet. Igen kan dette afspejle, hvordan patienternes habitus har betydning for, hvilke sundhedsydelser de føler sig berettiget til. Når Sofie angiver en oplevelse af, at de ressourcestærke patienter gerne betaler for private helbredstjek, hvis de afvises hos egen læge, kan det forklares ud fra deres habitus og deres høje økonomiske kapital. Deres høje økonomiske kapital og habitus gør dem i stand til at stille krav og tage kontrol, og til at betragte sundhed som noget man kan og bør investere i, ikke kun fordi de har råd til det.

At efterspørgslen er sociodemografisk bestemt, går igen i flere af interviewene og nævnes umotiveret af samtlige informanter. Det kan udledes, at der ifølge informanterne generelt er tale om en mere proaktiv tilgang til sundhed i de ressourcestærke områder, hvilket afføder en større efterspørgsel på generelle helbredstjek. Dette kan være et udtryk for en stereotyp diskurs, omkring hvem der typisk efterspørger generelle helbredstjek. Det kan tolkes at denne forståelse kan bidrage til at fastholde en specifik kollektiv habitus blandt de professionelle om, hvem der typisk ønsker et generelt helbredstjek.

Hvad driver efterspørgslen?

Udover at vi har ønsket indsigt i, hvordan læger og sygeplejersker oplever efterspørgslen på generelle helbredstjek, har vi ligeledes været nysgerrige på, hvorfor de tror, at efterspørgslen på generelle helbredstjek er så stor blandt umiddelbart raske borgere. Lægernes svar på hvad efterspørgslen skyldes, har ikke været strømlinet, og de giver forskellige bud herpå.

Mette, der har været uddannet læge i 5 år, oplever at tendensen til at efterspørge et generelt helbredstjek er steget gennem de senere år:

“Jeg tror efterspørgslen på de her sundhedstjek og screeninger [...] er øget i forbindelse med, at der er kommet meget mere den her oplysningskultur på SoMe og så lige pludselig så læser man om en eller anden der har fået taget en prøve for prostatakraft og så ser man at han blev reddet for prostatakraft og så lige pludselig så spreder det sig som ringe i vandet” (Mette).

Mette fortæller under interviewet, at efterspørgslen på helbredstjek ikke er særlig fremtrædende i hendes praksis i Nordvestsjælland. Alligevel afspejler citatet en opfattelse af, hvordan sociale medier er medvirkende til at skabe en oplysnings kultur, hvilket Mette mener kan medvirke til at borgere efterspørger et helbredstjek. Her ses et sammenfald mellem Mettes opfattelse og flere af borgernes egne udsagn. Som beskrevet tidligere, fortæller flere borgere, hvordan de bliver påvirket af, hvad de læser og hører i medierne. Ligeledes beskriver andre borgere, hvordan det kan være svært at lukke af for det, man bliver disponeret fra gennem sociale medier. Dette peger på en tydelig sammenhæng mellem den information, der florerer gennem sociale medier, og efterspørgslen efter helbredstjek i almen praksis. Mette ser, udover sociale medier, også en tendens i samfundet, der indebærer et stort fokus på at minimere risikoen for sygdom:

“Jeg tror vi er blevet så forhippet på, at vi skal kunne opspore alle sygdomme og forebygge alle sygdomme” (Mette).

Mette påpeger, hvordan samfundet er blevet mere optaget af at forebygge og opspore alle sygdomme, hvilket hun mener kan medvirke til, at borgerne ønsker at få lavet et generelt helbredstjek. Når samfundet i stigende grad opfordrer til forebyggelse og tidlig opsporing af sygdomme, kan borgerne

muligvis begynde at føle et personligt ansvar for at følge denne tendens. Ud fra teorien om healthism (Kristensen et al., 2016), kan dette forstås som et udtryk for, at sundhed er blevet allestedsnærværende og en metaværdi der gennemsyrrer alt. Mette anfægter, hvordan sundhed kan anskues som noget, patienterne føler, de skal forholde sig til. Udtalelsen fra Mette afspejler dog samtidig en underliggende kritik af, hvordan samfundets store fokus på sygdomsforebyggelse og tidlig opsporing, ifølge hende, hermed tegner et billede af, at alle sygdomme kan undgås, hvis blot man handler tidligt nok.

Da speciallæge Lars adspørges til, hvad han tror, efterspørgslen på generelle helbredstjek skyldes, bryder han ud i grin og nævner flere faktorer:

“Der er jo tusind svar [griner]. Altså der er nogle offentlige myndigheder, der er nogle faglige myndigheder, der er nogle offentlige aktører, der er nogle faglige aktører og så er der nogle private aktører, som påvirker det konsultationsrum jeg sidder i.” (Lars).

Lars angiver en række aktører i samfundet, som han mener er med til at drive patienternes efterspørgsel efter generelle helbredstjek, og som har indflydelse på hans konsultationer med patienterne. Lars' latter kan forstås som et udtryk for en frustration over, at udefrakommende aktører præger konsultationerne ved at påvirke patienternes efterspørgsel og henvendelsesårsager. Dette kan anses som et eksempel på, at konsultationsrummet bliver et komplekst felt, der skal navigere mellem forskellige interesser, og et felt som påvirkes af forskellige logikker. Når eksterne aktører påvirker feltet og de objektive strukturer, ændres betingelserne for, hvordan praksis forstås blandt borgere. Feltet formes pludselig af samfundsmæssige tendenser, som ifølge Lars påvirker borgernes efterspørgsel og dermed hans arbejde.

Malene er speciallæge i egen praksis i Nordvestjylland og har over 20 års erfaring i almen praksis. Malene derimod peger på en anden årsag. Hun mener, at der hersker en grundlæggende frygt for at dø blandt patienterne:

“De er pisse ræd for at dø. Det er bottom line. Det er det. Meget bange for at dø. Og de er meget bange for at de ikke selv fik undersøgt noget, der kunne være taget i opløbet [...] Og så er der den der med, at hvis man har fået målt noget, så har man passet på sit helbred.” (Malene).

Malene oplever, at frygt for døden er en afgørende drivkraft i relation til borgernes efterspørgsel på helbredstjek. Når denne frygt spiller en central rolle i borgernes efterspørgsel, kan helbredstjek dermed tolkes at blive en måde, hvorpå borgerne forsøger at udskyde døden og forlænge levetiden. En pointe som netop taler ind i den grundlæggende angst for døden, som hersker i senmoderniteten (Baumann, 1992). Desuden beskriver Malene, “at hvis man har fået målt noget, så har man passet på sit helbred.” Generelle helbredstjek kan dermed ifølge Malene antages at blive en symbolsk forsikring på, at borgerne har taget ansvar for egen sundhed. Malene taler ind i en diskurs, hvor sundhed bliver målbar og synlig gennem tal og tests. Det er altså ikke nødvendigvis resultaterne der er afgørende, men derimod handlingen, at "få målt noget". Dette kan afspejle healthism-tankegangen, hvor sundhedsadfærd bliver koblet til en moralsk forpligtelse, og hvor det at gøre noget i sig selv får værdi (Crawford 1980; Kristensen et al. 2016; Lupton, 2013).

Håndtering af henvendelser - en individuel vurdering

Til trods for at evidensen peger på, at generelle helbredstjek ikke gavner umiddelbart raske mennesker, blev vi gennem empiriindsamlingen bekendt med, at helbredstjek udføres usystematisk i almen praksis. Dette ledte til en nysgerrighed omkring, hvordan man i praksis håndterer patienternes henvendelser på trods af, det ikke er reel ydelse. Det viste sig, at håndteringen af patienternes henvendelser er forskellig fra praksis til praksis. Et eksempel herpå beskriver lægen Amalie, da hun adspørges til håndteringen af henvendelser om generelle helbredstjek:

“Nu har jeg været i forskellige klinikker, men jeg synes generelt der er en samstemthed om, at det er besværligt eller at det i hvert fald er noget som vi fagpersoner er lidt skeptiske overfor. Altså jeg vil sige, at den første læge jeg arbejde hos, han var meget sådan: “de kommer bare selv og bestemmer nærmest hvilke blodprøver de vil have.” [...] fordi vi jo har nogle faglige standarder, i forhold til om vi synes at det er relevant. Det sidste sted jeg var, var det faktisk noget af det første jeg spurgte ind til, altså hvad gør vi når der kommer unge og raske mennesker

og efterspørger det her [læs: helbredstjek], hvad er jeres politik, fordi almen praksis jo fungerer forskelligt, alt afhængig af hvem der ejer dem. Så derfor er det en af de vigtige ting at blive enige om, altså hvordan gør vi lige det her, men der synes jeg den generelle holdning har været, at hvis der ikke er nogen lægefaglig indikation på det, så er det ikke noget man bare umiddelbart gør.” (Amalie).

Amalie beskriver, at hun har været ansat i flere klinikker og har oplevet forskellige procedurer i håndteringen af raske patienter, som har efterspurgt generelle helbredstjek. For hende er det vigtigt at forventningsafstemme, hvordan man håndterer umiddelbart raske patienters ønske om generelle helbredstjek, og hun giver derfor udtryk for et ønske om faste procedurer, for ikke at ende ud i, at skulle foretage individuelle vurderinger. Mette angiver derimod, hvordan hun ikke oplever en fast procedure i den praksis, hvor hun arbejder:

“[...] jeg tror ikke vi har sådan en egentlig fast politik som vi kører med eller som vi har aftalt, det er sådan her vi gør det. Det er ikke sådan så vi har strømlinet det.” (Mette).

Når Mette beskriver, at der ikke er en fast politik for håndteringen, betyder det, at der ikke er en ensartet, objektiv struktur, der dikterer, hvordan helbredstjek bør håndteres i klinikken. Det kan derfor antages, at håndteringen af henvendelser om generelle helbredstjek bliver en individuel vurdering, præget af den enkelte læges erfaringer og dispositioner, hvilket kan betyde at håndteringen af efterspørgslen kan variere betydeligt fra klinik til klinik. Amalie derimod efterspørger en fælles procedure for håndtering af henvendelserne, hvilket kan anses som en måde, hvorpå hun søger at tilegne sig en kollektiv habitus, der kan være med til at ensrette håndteringen af helbredstjek i den pågældende praksis. Det kan udledes af citatet, at Amalie søger at følge de objektive strukturer, som er fastlagt af den pågældende praksis, så beslutningen ikke alene beror på en individuel vurdering. Citaterne fra både Amalie og Mette vidner om, hvordan de navigerer mellem objektive strukturer, herunder de rammer som de arbejder under, og de subjektive vurderinger, de foretager ud fra deres erfaringer og dispositioner (Bourdieu, 1994/1997, s.11-12). Når der ikke er faste procedurer for håndteringen af patienternes henvendelser i alle klinikker, kan det tolkes at medføre, at man som læge og sygeplejerske somme tider kan stå i situationer, hvor det kan være svært at vurdere hvad der er det

rigtige at gøre. Dette viser kompleksiteten, der kan opstå i praksis, i og med generelle helbredstjek ikke er en ydelse, men alligevel er en efterspørgsel, som skal håndteres.

Forhandlinger

Empirien peger på, at der er generel konsensus blandt læger og praksispersonale om, at man ikke foretager generelle helbredstjek på umiddelbart raske mennesker uden symptomer. Alligevel viser følgende afsnit, hvordan man som læge og sygeplejerske under visse omstændigheder kan komme i tvivl om, hvad det rette er at gøre, eller sommetider ligefrem udføre et generelt helbredstjek alligevel. Men hvad er det helt præcis der sker i konsultationerne, som kan medføre dette? Analysekapitlets helt centrale fund er tematikken *forhandlinger*, som sker i konsultationerne i et forsøg på at håndtere patienternes efterspørgsel på helbredstjek. Både læger og sygeplejersker udtrykker, hvordan der af og til opstår forhandlinger i konsultationerne, som kan føre til, at de giver efter patienternes ønske om at få lavet et helbredstjek. De forhandlinger der opstår i konsultationerne, viser sig at være formet af forskellige faktorer; Relationer og alliancer, tidspunkt på dagen, samt patienttype. Disse faktorer er alle tematikker, som er udsprunget af vores empiri og gennemgås i følgende afsnit.

Når den gode alliance bliver en faglig udfordring

Det fremgår af vores empiri, at relationer og alliancer kan få betydning for, om læger og sygeplejersker vælger at udføre forskellige tests eller undersøgelser på umiddelbart raske borgere, der henvender sig med ønske om et generelt helbredstjek. På trods af manglende faglig indikation vælger læger og sygeplejersker i nogle tilfælde at imødekomme patienters ønsker, da opretholdelsen af en god patientrelation tillægges stor betydning.

Line er almen praktiserende læge i en lægepraksis i Sønderjylland. Hun beskriver netop, hvordan det ikke altid er en nem opgave at håndtere henvendelser fra umiddelbart raske patienter, der ønsker et generelt helbredstjek. Line fortæller, at hvis hun møder patienter uden symptomer, som er velfungerende i hverdagen, oplyser hun dem om, at det ikke giver mening at udføre et helbredstjek. Det vil sige, at hun ikke forlænger patientens levetid eller finder nogle risikofaktorer. Line forklarer dog, at der i praksis ofte sker en forhandling på grund af alliancen, hun har til patienterne. Hun beskriver hendes rolle som kompleks, da hun sidder som gatekeeper for sundhedsvæsenets ressourcer, alt imens hun skal bevare en alliance, og sommetider også skal agere sjælesørger. Lines udsagn

illustrerer et spændingsfelt der kan opstå som læge i almen praksis, nemlig hvordan den kliniske beslutningstagen ikke altid udelukkende beror på evidens og objektive sundhedsmæssige vurderinger, men i høj grad også påvirkes af den gode alliance og relation, man tilligemed som læger ønsker at have til sine patienter. Hun understreger, at raske patienter, der trives i hverdagen, næppe vil opnå en sundhedsmæssig gevinst ved et helbredstjek. Alligevel kan det relationelle aspekt ende med at få afgørende betydning for beslutningen om at imødekomme patientens ønske. Det kan tolkes at medføre, at lægefaglige beslutninger må balanceres med hensynet til patienternes ønsker og behov samt ønsket om at bevare den gode alliance. Senere i interviewet fortæller Line, at hun somme tider oplever, at patienter ønsker øvrige tjek under konsultationer med et andet formål. Vi spurgte derfor ind til, hvordan hun håndterer disse situationer i praksis, hvortil hun igen nævner alliancer som en vigtig faktor, der har betydning for hendes håndtering af patienternes ønsker. Line fortæller at hun ville ønske, at hun bare kunne svare at; “det kan jeg ikke varetage for dig i dag,” men at man som læge ret tit udfører øvrige undersøgelser under konsultationer med et andet formål. Hun forklarer, at de ofte lader sig rive med, i et forsøg på at bevare alliancen. Line fortæller yderligere, at man virkelig skal holde ved sig selv og vurdere, hvor meget man som læge vil gå ind i historien, hvor meget man vil give og hvor meget man vil lade patienterne styre konsultationen.

Det er ikke kun Line der nævner, hvordan man som læge og sygeplejerske i almen praksis ofte oplever, at patienterne efterspørger andre tjek eller undersøgelser under konsultationer med andre formål. Generelt er der konsensus fra samtlige informanter omkring, at det hyppigt sker, hvilket ofte medfører forhandlinger. Dog udtrykker Mette, hvordan forhandlingerne ikke altid er lette at håndtere. Det kan være udfordrende at skulle afvise patienternes ønske på en god måde, som bevarer den gode relation til patienterne. Også selvom der ikke er fagligt belæg for at imødekomme deres ønsker om undersøgelser:

“Som praktiserende læge, der skal du også huske, at du skal holde en god tone med patienterne og du skal have en eller form for alliance med dem, for ellers bliver det også svært at behandle dem. Og derfor kan det nogle gange være svært at være sådan meget hård, når man siger nej, det tænker jeg ikke [Læs: have lavet et helbredstjek]. Jeg tænker det bliver nødt til at være mere end en samtale, hvor patienten kommer med sin mening og jeg kommer med min mening og så må man ligesom vurdere, måske vi skal mødes på midten, fordi jeg tror også... Den måde

man hjælper folk bedst, det er når man har en god alliance med dem. Det er altså også bare enormt vigtigt [...]” (Mette).

For Mette kan det af og til være svært at indtage en hård, autoritativ rolle og blot afvise patienternes ønske, selv når patienter efterspørger undersøgelser, der ikke er indikation for at foretage. I stedet for lægger hun vægt på en mere samtalebaseret tilgang, hvor patienternes præferencer, ønsker og bekymringer vægtes, som en vigtig del af beslutningsprocessen i relation til, om det alligevel kan give mening at tilbyde en given undersøgelse eller prøve. Hun udtrykker ligeledes, hvordan en sådan dialog med patienterne kan føre til overvejelser om at mødes på midten. Hvad der helt præcis menes med at “mødes på midten,” kom vi ikke nærmere i interviewet, men det kan tolkes at fokus på at bibeholde den gode alliance til patienterne gennem en dialogbaseret tilgang, hvor patienterne føler sig hørt, somme tider kan munde ud i at tilbyde patienterne de undersøgelser de efterspørger og om ikke andet overvejelser herom.

Et eksempel fra praksis illustrerer, hvordan der i en konsultation mellem en patient og sygeplejerske foregår en forhandling, hvor den gode alliance til patienten, får betydning for den beslutning der træffes:

Birthe er i midt 70’erne og kommer ind til årskontrol af hendes DM2 hos sygeplejersken. Sygeplejersken fortæller mig inden konsultationen at Birthe ikke opfylder klausuleret tilskud til Ozempic mere og det bliver lidt spændende at se hvordan Birthe reagerer på det, særligt fordi hun ikke kender patienten. Birthe kommer smilende ind ad døren. Vi hilser og hun sætter sig til rette. Sygeplejersken fortæller Birthe, at hun anbefaler hende at begynde på et andet diabetespræparat i stedet for Ozempic, da hun på baggrund af nye regler ikke længere kan få tilskud til Ozempic mere. Birthe ser herefter lidt mismodig ud. Birthe udtrykker at hun er meget nervøs for at tage det nye præparat, og hun førhen har udtrykt, at hun ikke ønsker at tage det præparat grundet bivirkninger - hun er bange for hun falder om og dør på baggrund af de bivirkninger hun har læst, der kan være ved at tage det. Derudover vil hun gerne holde fast i Ozempic, da hun gerne vil tabe sig yderligere. De næste 10 minutter prøver sygeplejersken at berolige Birthe og fortælle hende mere om præparatet, for at få hende til at forstå at det ikke er farligt at tage det.

Sygeplejersken og Birthe bliver enige om, at hun starter op på det nye præparat og får lov til at fortsætte Ozempic behandlingen. Da de skal til at afslutte konsultationen siger Birthe: “Og når ja nu jeg er her, så har jeg en søn der har en udposning på aorta og jeg havde en onkel engang der havde det samme. Er det noget jeg kan blive tjekket for?” Sygeplejersken fortæller at det som udgangspunkt ikke bare er noget man lige kan tjekke for. Vi kan ikke tjekke for det hele siger hun. Birthe svarer, at man jo også får så mange påvirkninger fra TV i dagens Danmark i forhold til hvad man burde få tjekket. Birthe udtrykker igen, at hun rigtig gerne have det tjekket. Sygeplejersken fortæller at nu skal de til at afslutte konsultationen, så hun må få en tid hos lægen og snakke mere med ham om det. Sygeplejersken fortæller efterfølgende, da patienten er gået, at hun alligevel holdt fast i at fortsætte tilskuddet til Ozempic, fordi Birthe har fået det længe og fordi Birthe gik med til at starte op på det nye præparat (3/2-2025 kl. 14:25)

I konsultationen med Birthe er det tydeligt, hvordan sygeplejersken i hendes felt har en stærk position, hvor hun har til hensigt at handle ud fra retningslinjer og faglig viden om, at Birthe ikke er berettiget til klausuleret medicintilskud mere. Birthe som patient, udviser en vis kulturel kapital, når hun giver udtryk for hendes egne præferencer og viden om medicinbivirkninger. Derudover er Birthes habitus tydeligt præget af mange år som diabetespatient og tidligere erfaringer fra sundhedsvæsenet, som kommer til udtryk, når hun angiver ikke at have lyst til at skifte over til et andet præparat. Sygeplejerskens habitus kolliderer her med Birthes. Alligevel indgår de i en forhandling, hvilket udmunder i et kompromis, hvor sygeplejersken forsøger at balancere mellem systemets krav og relationens betydning. Konsultationen viser yderligere, at der sjældent kun er ét spørgsmål på spil i konsultationerne, hvilket kan skabe en kompleksitet i almen praksis. Når sygeplejersken lader Birthe fortsætte på Ozempic, kan det antages, at det er et forsøg på at fastholde relationen med Birthe. At sygeplejersken har imødekommet Birthes ønske om Ozempic, kan dermed også betyde, at hun ikke blot giver efter Birthes øvrige ønske om at blive undersøgt for arvelig sygdom.

Som ovenstående citater og feltnoter viser, kan relationer og alliancer hermed fremstå som en væsentlig faktor i almen praksis, der kan influere lægens beslutningsprocesser og potentielt føre til handlinger, der afviger fra den evidensbaserede viden, man har som læge eller sygeplejerske. Denne afvigelse kan forklares ud fra lægernes og sygeplejerskernes habitus, hvor personlige erfaringer og

værdier er med til at forme, hvad de finder værdifuldt i den enkelte situation. De skal dog stadig navigere indenfor det felt, de bevæger sig i, som er en position, der er præget af objektive strukturer såsom faglige standarder og handlinger baseret på evidensbaseret praksis. At opretholde relationer og alliancer med patienter, kan således komme til at dominere feltets objektive strukturer, da helbredstjek ikke er en ydelse og evidensen peger på at det ikke gavner. Det kan tolkes, at den gode alliance og de subjektive strukturer, kommer til at vægte tungere i nogle konsultationer frem for evidensbaseret praksis, og dermed bliver den gode alliance en udfordring i feltet, der kan påvirke lægens beslutninger.

Tid på dagen: Et spørgsmål om hvornår, og ikke kun hvorfor

Hvor meget overskud har man som læge eller sygeplejerske den pågældende dag til at håndtere patienternes efterspørgsel på generelle helbredstjek og eventuelle medfølgende forhandlinger? Og hvornår på dagen tikker efterspørgslen ind? Tid på dagen, var en anden faktor, der gennem empirien viste sig at have betydning for, hvordan både læger og sygeplejersker i almen praksis håndterer de forhandlinger, der kan opstå i konsultationerne.

Praktiserende læge Malene erkender, hvordan tidspunktet på dagen for konsultationen med patienter, der efterspørger generelle helbredstjek, kan ende med at få en væsentlig betydning for, hvordan hun som læge håndterer patienternes ønsker:

“Én booking på helbredsundersøgelser, som lander på dit bord kvart i tre en fredag, det tror jeg måske kunne ende ud i en blodprøve. Fordi man tænker det her orker jeg bare ikke. Nu sidder den her 50-årige direktør og slår i bordet og siger, at han skal have et sundhedstjek. Jeg tror også det, at man præger hvornår de kommer klokkeslæt mæssigt, det betyder hvor klar man er. Fordi man kan jo også forberede sig lidt. Ikke fordi man altid skal diskutere, men man kan forberede sig på og få det til at gå i den rigtige retning.” (Malene).

Malene italesætter, hvordan en booking eller konsultation med en patient en sen fredag eftermiddag, kan have betydning for, hvor tilbøjelig hun er til at efterleve patientens ønske. Hvis Malene selv er træt efter en lang dag og uge, er hun mindre motiveret for at indgå i en længere snak med patienterne. I sådanne tilfælde er hun måske mere eftergivende, og det kan tilligemed føles nemmere at

imødekomme ønsket om et helbredstjek, frem for at igangsætte en længere samtale om, hvorvidt det er relevant eller ej med en blodprøve. Samtidig påpeger Malene, at man, ved at tage højde for tidspunktet for konsultationen med denne type patienter, måske bedre kan forberede sig på samtalen, og dermed være bedre rustet til at navigere samtalen i retning af, hvad der rent lægefagligt er det mest hensigtsmæssige at gøre. Senere i samme interview fortæller Malene, hvordan travlhed derudover kan medføre, at de i hendes praksis vælger at foretage generelle helbredstjek på umiddelbart raske mennesker:

“Og jeg er helt sikker på, at hvis vi har meget travlt, så laver vi flere helbredsscreening tjek, fordi det kræver noget energi og psykisk-mentalt overskud at tage en snak med de her folk [læs: de umiddelbart raske patienter].” (Malene).

Tidsmæssige forhold og særligt travlhed viser sig at have en indflydelse på lægernes kliniske beslutningstagen, herunder om de efterlever umiddelbare raske borgers ønske om et generelt helbredstjek. Dette skyldes, at det kan kræve et større overskud at engagere sig i en dialog med en umiddelbart rask borger om, hvorfor et generelt helbredstjek ikke nødvendigvis er relevant for vedkommende. I stedet for at indgå i denne dialog, hvor man som læge muligvis skal argumentere og potentielt afvise et patientønske, kan det i visse situationer opleves nemmere og mindre tidskrævende at efterkomme ønsket. At imødekomme patienternes ønske om at gennemføre generelle helbredstjek, selv når der ikke foreligger en faglig begrundelse, kan betragtes som defensiv medicin (Audit Projekt Odense, 2019, s.4). Defensiv medicin refererer til handlinger, der udføres uden egentlig faglig indikation for det, men som følge af krav og pres (Audit Projekt Odense, 2019, s.4). Det kan udledes, at tidspunktet på dagen kan have betydning for, hvor tilbøjelige læger og sygeplejersker er, til at udføre defensive handlinger, såsom at udføre generelle helbredstjek, trods det ikke er evidensbaseret praksis.

Som ovenstående citater viser, kan tidspunktet på dagen for bookingen af et helbredstjek eller tidspunktet for konsultationen påvirke lægernes beslutning om, at imødekomme eller afvise patienternes ønske om et helbredstjek. Særligt når disse helbredstjek ikke er klart medicinsk indicerede og derfor kan kræve længere dialoger og somme tider modstand fra patienterne. Lægernes og sygeplejerskernes habitus er formet af det sundhedsfaglige felt og præget af både objektive strukturer, et ønske om patienttilfredshed og effektivitet. Yderligere peger citaterne på, hvordan deres

habitus også rummer et tidsaspekt, hvor tid ikke blot er en praktisk ramme, men pludselig også bliver en symbolsk ressource, der påvirker læger og sygeplejerskers måde at handle og prioritere på i praksis. Når tidspres eller tidspunkt på dagen er årsagen til, at man afviger fra sine faglige idealer og imødekommer patienternes ønske om et helbredstjek, er dette et udtryk for, hvordan habitus tilpasses feltes realiteter. Også Mette er enig i, at håndteringen af forhandlinger, der involverer raske patienters ønske om helbredstjek, påvirkes af lægens aktuelle dagsform. Dette kommer til udtryk i slutningen af interviewet med Mette, da vi har en snak om, hvordan man som læge håndterer forhandlingssituationerne, der kan opstå:

“[...] det er også det jeg prøver at sige med, at man må lidt nogle gange se hvad det er for en patient der sidder foran en. Plus at der selvfølgelig også ligger noget i at man som praktiserende læge skal holde mange år. Så hvis man skal sidde og tage en diskussion hver gang, det tror jeg ikke... Altså vi er jo også mennesker, så det er der jo ikke nogen der kan holde til i længden, hvis man skal sidde og have diskussion op og diskussion ned hele dagen. Så det kommer nok også an på hvilken dag man møder mig og hvad jeg kan finde på at sige.” (Mette).

Her argumenterer Mette for, at man som læge også blot er et menneske, og man derfor ikke kan holde til, hvis hver konsultation med disse patienter, skal indebære en diskussion eller forhandling, da det kan være udmattende i længden. På trods af lægens professionelle rolle har de, som alle andre mennesker, også begrænsede ressourcer, hvilket også kan influere de kliniske beslutninger. Mettes udsagn afspejler, ligesom udtalelserne fra Malene, en praksis, hvor habitus ikke er fastlåst, men situeret og fleksibel afhængig af feltets konkrete betingelser. Når Mette ligeledes italesætter at; “det kommer nok også an på hvilken dag du møder mig,” tydeliggøres det, hvordan hendes beslutning i relation til, om en patient skal tilbydes et generelt helbredstjek eller ej, påvirkes af både personlige, menneskelige og faglige omstændigheder. Dette peger på, at lægens habitus - forstået som et system af dispositioner (Bourdieu, 2000/2005, s.197), også er afhængig af kroppens og psykens kapacitet til at modstå de krav og forventninger, de møder i praksis.

Patienttype og konsultationens dynamik

Konsultationer med umiddelbart raske patienter, der ønsker diverse undersøgelser eller et generelt helbredstjek uden at have tegn på sygdom, beskrives af flere af lægerne som en til tider udfordrende opgave. Særligt kan kommunikationen med denne patientgruppe opleves vanskelig:

“[...] jeg synes det er nogen af de sværeste patienter, sådan rent kommunikativt, så det kommer også an på, hvad for et ben man er havnet på. Altså hvordan fanger man hinanden. Der må jeg da indrømme, at nogle gange kan jeg da godt komme til at, altså... Altså hvis det har været en enorm besværlig konsultation sådan kommunikationsmæssigt, så kan jeg da godt ende med at være sådan, ja okay så tager vi nogen blodprøver. Ikke nødvendigvis fordi jeg synes det er fagligt verificeret, men fordi, at nu skal vi have det her afsluttet. Så det er også sådan en konsultationsform, hvor man som læge kan blive presset ud i at gøre nogen ting, som man ikke nødvendigvis synes der er bedst klinisk standard” (Amalie).

Amalie belyser her, hvordan kommunikative vanskeligheder i konsultationen i visse situationer kan være med til at påvirke hendes lægefaglige beslutninger. Når kommunikationen mellem lægen og patienten opleves konfliktfyldt eller udmattende, kan man som læge ende ud i defensive handlinger blot for at få konsultationen afsluttet. Årsagen til at kommunikationen med denne patientgruppe kan opleves vanskelig, begrundes Amalie med følgende:

“[...] det er jo ikke svært at vurdere om der skal tages blodprøver på fuldstændig raske mennesker, men det er svært at få forklaret de sunde, raske, ressourcestærke patienter hvorfor det ikke er en god idé” (Amalie).

Citatet illustrerer, at den lægefaglige vurdering af umiddelbart raske patienter som regel er lige til, men at der derimod ligger en mere vanskelig kommunikativ opgave herefter, da patienterne ofte er ressourcestærke, og insisterer på at få foretaget undersøgelser alligevel. Denne dynamik kan forstås i lyset af teorien om healthism (Crawford 1980, Kristensen et al. 2016). Når patienterne internaliserer healthism tankegangen, betragter de et generelt helbredstjek som en nødvendig handling for at opretholde en god og sund livsstil. Hermed kommer lægen i en position, hvor lægefaglige anbefalinger pludselig skal forhandles med patienternes forestillinger om, hvad det indebærer at være

et ansvarligt individ. Resultatet bliver her, at konsultationerne med denne patientgruppe kan ende ud i at blive en arena for forhandling om både viden og værdier, snarere end det bliver en lægefaglig beslutning, der sætter rammerne for udfaldet. Det er dog ikke altid, det lykkes at få patienterne til at forstå, at der ikke er incitament for at foretage et generelt helbredstjek, hvilket Malene har oplevet flere gange:

“Og andre så siger de; “jeg vil gerne have lavet det her alligevel”, så siger jeg: “jamen det betaler sygesikringen ikke, fordi sådan som jeg kan høre det på dig, så er du rask.” Nogle gange kan man komme igennem med det og andre gange, så må man tage dem ind til en konsultation.” (Malene).

Ovenstående citat viser, hvordan nogle patienter, uanset lægens forklaring og argumenter for det modsatte, fastholder deres ønske om et tjek, hvilket kan tvinge lægen til at indkalde til en konsultation. Igen ses et eksempel på en situation, som kan ende ud i en forhandlingssituation på baggrund af, at patienterne måske ikke accepterer lægens ord. For Mette kan en måde at håndtere umiddelbart raske patienters forventninger til helbredstjek netop være at tage patienterne ind til en snak og få taget nogle prøver, med det formål at imødekomme patienternes forventninger til en vis grad:

“Og så synes jeg nogle gange, at det at man kan tage de her helbredsprøver og sige, okay så laver vi det her tjek, så har man mere grobund for at berolige dem [læs: de umiddelbart raske patienter]. Så det synes jeg også nogle gange der kan være noget behandling i “[...]” (Mette).

Når Mette somme tider vælger at tilbyde helbredsprøver for at berolige patienterne, kan det tolkes at ske som led i en implicit forhandling mellem lægens faglige vurdering og patientens behov for vished, tryghed og kontrol. Dette er et eksempel på, hvordan objektive strukturer kan blive udfordret af Mettes subjektive strukturer, som pludselig kommer til at dominere feltet og påvirke hendes beslutningstagen. Dette signalerer, hvordan hun som læge også har et ønske om at opretholde en god relation til patienterne. Det at tage helbredsprøver, selvom der ikke er indikation for det, kan alligevel have en vis effekt og beskrives som værende en form for behandling. Denne dynamik kan beskrives ud fra lægens og patientens forskellige kapitaler (Wilken, 2011, s.58-62). I konsultationsrummet indtager lægerne en position præget af høj kulturel og symbolsk kapital – blandt andet i kraft af deres

medicinske ekspertise og deres autoritative rolle i sundhedsvæsenet. Denne position indebærer en forventning om, at lægen træffer beslutninger baseret på faglig viden og evidens. Samtidig viser ovenstående citater, at lægerne ofte oplever et krydspres i mødet med umiddelbart raske patienter, der efterspørger et helbredstjek, som ikke er fagligt indiceret. Her bliver magtforholdet komplekst, da patienten også bringer deres egen form for kapital i spil i konsultationen. Det viser sig i citaterne i form af patienternes kulturelle kapital, som indebærer patienternes viden om sundhed, deres ressourcer og tidligere erfaringer med systemet, som gør det muligt for dem at argumentere for egne ønsker. I læge-patient-konsultationen bliver det dermed tydeligt, hvordan raske patienter kan komme ind i konsultationsrummet og præge udfaldet, særligt hvis de har en stærk kulturel kapital. Det medfører at lægen kan blive udfordret i sit eget felt, hvilket kan ende med, at de går på kompromis med faglige vurderinger. Igennem vores observationsstudie oplevede vi ligeledes, hvordan forhandlinger udspillede sig under konsultationerne mellem læge og patient:

Ind ad døren træder Jonas. En ung mandlig patient i midt 20'erne. Han fremtræder rolig, smiler og udtrykker selvsikkerhed. Han hilser pænt på både lægen og mig. Jonas har kortklippet hår og baggy tøj på. Jonas følges i lokalpsykiatrien og har tidligere været kendt med flere psykiatriske indlæggelser. Konsultationen indledes med at Jonas stolt fortæller lægen, at han ikke har været indlagt siden september, hvilket tyder på at lægen og ham har en relation til hinanden. Jonas udtrykker selv et klart ønske og formål med dagens konsultation, nemlig at få målt en D-vitaminstatus. Jonas oplever at være meget træt og han mener selv det skyldes det psykofarmaka han får. Jonas ønsker derfor at ophøre med psykofarmaka, men hans behandler som er tilknyttet lokalpsykiatrien, mener at hans træthed skyldes mangel på D-vitamin og ikke medicinen, da patientens tidligere prøver har vist lavt D-vitamin. Lægen spørger Jonas, om han førhen har taget D-vitamin-tilskud, da hun kan se, at han tidligere har haft lav D-vitamin. Jonas forklarer at det har han ikke, fordi han ikke vil bruge penge på det. Jonas fortæller at han gerne vil have tjekket hans D-vitamin gennem en blodprøve førend han går ud og køber det. Lægen forklarer Jonas, at han ikke kan få taget en blodprøve, da det ikke giver mening, fordi Jonas sikkert har et lavt D-vitamin og derfor opfordrer hun ham til at begynde at tage D-vitamin. Jonas accepterer ikke uden videre lægens anbefaling, da han holder fast i, at ham og hans behandler har snakket om, at han skal have taget en

blodprøve først og fortæller igen, at han ikke bare vil gå ud og købe det, hvis ikke det er nødvendigt. Stemningen ændrer sig i lokalet og bliver lidt mere anspændt. Lægen prøver at forklare Jonas igen, hvorfor det ikke giver mening at tage en blodprøve. Jonas sidder og kigger ned i gulvet og tripper lidt med benene, inden han kigger op på lægen og indvilliger i at prøve en D-vitaminkur i 2 måneder. Lægen forklarer, at der ikke er tale om en kur. Det er vigtigt Jonas tager D-vitamin kontinuerligt for at det har effekt. Jonas nikker og siger lavmælt han vil tage det de næste to måneder (3/2-2025 kl. 9.27)

Ovenstående feltnoter viser en situation, hvor Jonas som patient indtager konsultationsrummet med en klar forventning om at få taget en blodprøve for at få tjekket hans D-vitamin, hvilket lægen ikke mener der er faglig indikation for. Jonas besidder i denne situation en vis mængde kulturel kapital ved at møde op med et klart formål og referere til tidligere samtaler med sin psykiatriske behandler, der også mener det er en god idé at få det tjekket. Den kulturelle kapital resulterer i, at Jonas ikke accepterer eller passivt modtager lægens vurdering til en start, men i stedet søger at indgå en forhandling. Jonas forsøger at argumentere for, at en blodprøve er en god idé ved at nævne, at hans behandler også synes det. Jonas forsøger altså at styrke sin egen position i feltet, ved at alliere sig med behandleren, som også er i besiddelse af høj symbolsk kapital, i et forsøg på at positionere sig bedre og påvirke udfaldet. Lægen holder dog fast i hendes vurdering, og Jonas accepterer til sidst dette, men på hans egne præmisser, da han fortsat refererer til D-vitamin som en kur, som han vil tage i to måneder. Situationen er et eksempel på, hvordan konsultationsrummet bliver et felt, hvor forhandlinger er præget af magt og viden.

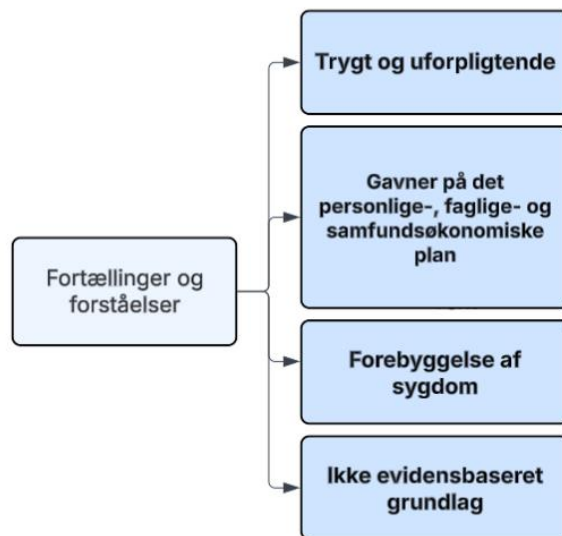
Delkonklusion

Vi har i den ovenstående analyse af interviewdata vist, at læger og sygeplejersker oplever, at efterspørgslen på generelle helbredstjek fra umiddelbart raske borgere er udbredt og særligt forekommer blandt ressourcestærke patienter. Informanterne peger på forskellige faktorer, de mener påvirker borgeres efterspørgsel, herunder; samfundets fokus på sygdomsforebyggelse, oplysningskulturen samt påvirkning fra offentlige og private aktører. Da helbredstjek ikke er en officiel ydelse i almen praksis, findes der ingen klare retningslinjer for håndteringen af patienternes efterspørgsel. Dette betyder, at læger og sygeplejersker ofte står over for individuelle vurderinger, som kan føre til forhandlinger, der er formet af faktorer såsom; Relationer og alliancer, tidspunkt på

dagen, samt patienttype. Analysen viser, hvordan almen praksis som felt er præget af et dynamisk samspil mellem læger og sygeplejerskers subjektive strukturer og de objektive strukturer, der sætter rammerne for arbejdet (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.22-23). De objektive strukturer udfordres og forhandles i mødet med patienter, og denne spænding resulterer sommetider i en defensiv medicinsk handling, hvor læger og sygeplejersker imødekommer patienters ønsker uden faglig indikation, for at bevare relationer og alliancer og undgå konflikter. De forhandlinger, som læger og sygeplejersker oplever i almen praksis på baggrund af patienternes ønske om helbredstjek, kan ud fra ideologien healthism (Kristensen et al., 2016), afspejle specifikke forventninger blandt patienterne til sundhedsvæsenets rolle og ydelser. Samlet set viser analysen, hvordan magt, faglighed og sociale strukturer løbende forhandles i det kliniske møde, og hvordan både relationelle og institutionelle forhold former handlinger i almen praksis.

Analysekapitel 3

Selvom udfordringerne forbundet med raske borgeres efterspørgsel på generelle helbredstjek primært udspiller sig i almen praksis, og hermed i det offentlige sundhedsvæsen, er det væsentligt også at rette blikket mod de private aktører, der udbyder generelle helbredstjek. Dette analysekapitel vil derfor belyse, hvilken rolle private virksomheder spiller i relation til generelle helbredstjek, samt hvilke fortællinger og forståelser de har om udførelsen af disse. Her bliver det tydeligt, at der eksisterer en anden opfattelse af sundhed og forebyggelse end den, der hersker i almen praksis. Af vores empiriske data har vi identificeret en række temaer, som fremgår af model 4. Analysen vil tage udgangspunkt i temaerne markeret med mørkeblå farve. For at forstå og situere vores fund anvender vi teorien om healthism som ideologi (Crawford 1980; Kristensen et al. 2016) samt Bourdieus praksisteori og begreberne; habitus, felt og kapital (Bourdieu, 1994/1997).



Model 4: Overblik over de fortællinger og forståelser, som analysen vil tage afsæt i.

Forståelser og fortællinger af helbredstjekkets værdi

Peter er uddannet sygeplejerske og har de seneste 10 år udført helbredstjek for forskellige virksomheder. Peter startede sidste år sit eget firma og er nu selvstændig sygeplejerske, hvor han fortsat udfører helbredstjek for virksomheder, men nu også tilbyder helbredstjek til den almene borger. Dette fordi han ikke mener, at et helbredstjek udelukkende skal være et tilbud for dem, der er ansat i en virksomhed, hvor det ofte tilbydes. Det helbredstjek, som Peter tilbyder, kan både bestå af målinger af blodtryk, BMI, kolesterol og fedtprocent, og derudover kan man som borger få vurderet risikoen for livsstilssygdomme. Da vi spørger Peter ind til, hvad der motiverer ham til at udføre generelle helbredstjek, angiver han, at han ønsker at skabe et sted, hvor folk bliver hørt, og det er trygt at komme. Hans oplevelse er, at almen praksis ikke altid formår at imødekomme borgernes behov:

“Så min motivation i det... Den er blevet større med tiden, fordi jeg oplever, at folk ikke bliver fanget altid. Folk bliver ikke altid hørt. Nogle gange tager de jo faktisk første skridt hos mig, før de tør gå til egen læge. Fordi det med at gå til egen læge, det er sgu farligt et eller andet sted. Så kan man risikere at blive syg. Altså få et stempel. Få en kode i sin journal og det får du ikke hos mig. Der får man bare en forklaring måske på, hvorfor de burde gå til læge” (Peter).

Peter positionerer sig selv og sin rolle som privat sundhedsaktør som en tryk og uforpligtende indgang til, at borgere kan få en status på deres sundhed. Han antyder ligeledes, hvordan nogle borgere kan føle det utrygt at opsøge egen læge, fordi der kan være risiko for at få en diagnose, hvilket han oplever kan være en barriere for nogle borgere. Når Peter udtrykker, hvordan han kan hjælpe borgerne uden, at de får et stempel i deres journal, og uden at han pålægger dem en diagnose, legitimerer han det private udbud af helbredstjek gennem en virksomhed som hans egen, som han anser som en nødvendig og meningsfuld aktør i det samlede sundhedsvæsen. Senere i interviewet fremhæver Peter igen, hvordan han har oplevet borgere, der ikke føler sig imødekommet i det offentlige sundhedssystem, særligt når det gælder forespørgsler omhandlende forebyggende undersøgelser:

“Og det hører jeg jo tit, at folk siger, ‘jamen det er ikke noget, min egen læge vil følge op på’ eller ‘jeg har forsøgt, jeg har prøvet, men de vil ikke måle mit kolesterol. Det vil de ikke.’ Når siger jeg så, hvornår har du fået målt det sidst. ‘Jamen det er jo nok 5-10 år siden’. Det er jo sådan lidt ærgerligt, tænker man, hvis folk er plus 45 år eller sådan, hvor det måske kunne give god mening. Så kommer folk i hvert fald og får en baseline, hvis der sker nogle forandringer. Det er jo også det, det nogle gange kan... Altså ud over de ting, man fanger, så har du en baseline på, hvordan er tilstanden.” (Peter).

Peter refererer her til flere episoder, hvor han har oplevet, at borgere har fortalt ham, hvordan de har forsøgt at få opfølgning hos deres praktiserende læge, men dette er blevet afvist. Det synes han er ærgerligt, da han mener, at forebyggende tiltag, særligt når man når en vis alder, kan være yderst gavnlige. Han lægger vægt på, at det kan være fordelagtigt for borgere at få en “baseline”, som tolkes at være en status på deres sundhedstilstand, som giver mulighed for sammenligning med fremtidige målinger. Igen pointerer Peter, hvordan et forebyggende helbredstjek hos ham kan have en sundhedsmæssig værdi for borgere, der måske ikke føler sig hørt hos deres egen læge. Når Peter bruger udtrykket “baseline,” kan det ligeledes anses at være en måde, hvorpå han forsøger at fremme nytten af private helbredstjek, ikke kun i forhold til at opfange sygdom, men i høj grad også som et tilbud, der er mere lydhørt og fleksibelt i mødet med borgernes behov, sat op imod hvad det offentlige sundhedsvæsen kan tilbyde. Peters oplevelse af at kunne hjælpe borgere med at opsnappe sygdom i tide og skabe et rum, hvor borgerne bliver hørt, kan forstås ud fra Bourdieus begreb ‘felt’ (Bourdieu

& Wacquant, 1992/1996, s.84). Det offentlige sundhedsvæsen, herunder almen praksis, som ikke tilbyder generelle helbredstjek og de private sundhedsudbydere, der tilbyder generelle helbredstjek til den almene befolkning, kan forstås som to forskellige felter indenfor det samlede sundhedsfaglige felt. De styres hver især af forskellige logikker og former for kapital. Felter beskrives som sociale arenaer, hvor aktører kæmper om position, anerkendelse og magt (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.84). Private markedsaktører såsom Peters virksomhed introducerer brugerbetalte sundhedsydelser for borgere, som ikke nødvendigvis er evidensbaserede i traditionel forstand, men som taler ind i borgernes ønsker om at optimere deres sundhed. De private virksomheder arbejder dermed ud fra en anden logik i deres felt, hvor økonomisk kapital, i form af profit og brugerbetaling og symbolsk kapital, herunder tilgængelighed og forbrugertilfredshed, vægtes højere end faglig habitus og evidens.

Pia har været uddannet sygeplejerske i mere end 25 år, og har en del erfaring fra almen praksis, men arbejder nu i en privat virksomhed, hvor hun både udfører helbredstjek ude hos virksomheder, men også for private borgere. For Pia giver det rigtig god mening at udføre helbredstjek på umiddelbart raske mennesker:

“Jeg synes jo overordnet set, at meget af det giver utrolig god mening både på det personlige plan, på det faglige plan, men også på det samfundsøkonomiske plan.”
(Pia).

Pia henviser til, hvordan det for hende giver rigtig god mening at udføre helbredstjek set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv. Det peger på en forståelse af, hvordan sygdom og potentielle udgifter til behandling og medicin hermed i et vist omfang kan undgås hvis sygdom forebygges. Som citatet fra Pia afspejler, ser hun en række fordele ved at foretage generelle helbredstjek, som strider imod det syn læger og sygeplejersker har i almen praksis. Senere i interviewet udtrykker Pia:

“Jeg synes de sundhedstjek som vi tilbyder hos os, synes jeg giver ret god mening, fordi det jo er noget som folk ikke selv opsøger. På den måde er det jo typisk et tilbud de får igennem deres ansættelse, og jeg kan sige, at jeg ser rigtig, rigtig, rigtig mange medarbejdere, hvor det giver rigtig god mening, at de kommer ind til sundhedstjek.” (Pia).

Pia understreger, hvordan hun mener, at helbredstjek giver mening at foretage ude hos virksomhederne, særligt fordi det ikke er noget folk selv opsøger. I og med at det ikke er noget, borgerne selv opsøger, argumenterer Pia for, hvordan man på den måde får rakt ud til nogle af de borgere, der reelt set kunne have gavn af et helbredstjek. Pias udtalelse peger på en opfattelse af, at mange borgere, som ikke selv opsøger helbredstjek, alligevel kan have gavn af dem. Det afspejler en forståelse af forebyggelse som noget, der bør iværksættes bredt og proaktivt, i kontrast til tilgangen i almen praksis, hvor helbredstjek typisk kun vurderes relevant ved konkrete symptomer. Pia fremhæver dermed værdien af helbredstjek uafhængigt af borgernes egen efterspørgsel.

Katrine er også ansat i et privat firma, der kører rundt til virksomheder og tilbyder helbredstjek. Hun har en uddannelse indenfor ernæring og sundhed, og havde ved ansættelse i virksomheden ikke kendskab til de forskellige målinger eller måleværdier, som et generelt helbredstjek indebærer. Hun blev ved ansættelse i virksomheden, nødt til at læse op på det, for at sikre sig, at hun kunne guide borgerne i deres sundhedsadfærd ud fra de målinger, hun foretager. Under interviewet med Katrine spurgte vi ind til, om virksomheden ved hendes ansættelse selv kom ind på, hvorfor de mener generelle helbredstjek gavner:

“Det tror jeg ikke vi var inde på. De fortalte bare hvad det var de gjorde, men så vidt jeg husker var de ikke inde på hvorfor de gjorde det. Og det var heller ikke noget jeg selv spurgte om, for jeg synes jo det gav mening [...] Jeg synes det lød som et godt tilbud til folk” (Katrine).

Selvom virksomheden ikke selv italesatte nytten af helbredstjek, viser citatet fra Katrine, at hun accepterer idéen om, at helbredstjek er et godt tilbud til borgerne. Citatet antyder også en forståelse af helbredstjek som en selvfølgelighed og noget ønskværdigt, uden at det nødvendigvis er baseret på faglig argumentation eller evidens. Dette kan tale ind i en bredere samfundsdiskurs, som vi også har oplevet i vores uformelle samtaler med vores omgangskreds, hvor tankegangen om at blive tjekket og opdage potentiel sygdom i tide ses som en iboende god ting. Denne tankegang vidner også om, hvordan sundhedsideal og markedslogikker blandt private udbydere af helbredstjek kan normaliseres i organisationer uden en eksplicit forklaring.

Da alt forskning og evidens, vi er blevet bekendt med gennem specialets litteratursøgningsproces, peger i retning af at generelle helbredstjek ikke gavner umiddelbart raske mennesker (Krogsbøll et al., 2019; Baumann et al., 2015; Eriksen et al., 2021), ønskede vi under interviewene at få indblik i, om de private virksomheder, har noget litteratur og forskning, der peger i retning af, at det gavner. Pia fortæller:

“Jeg ved, at der har været snak om, hvorvidt det var et produkt, man ville fortsætte med at tilbyde, og det har man nu valgt at det vil man gerne [...] Det tror jeg... Ikke. Nej, hvis jeg skal være helt ærlig [læs: informanten tror ikke de har noget litteratur/forskning der taler for at helbredstjek gavner]” (Pia).

Der synes ikke at være en klar faglig eller evidensbaseret begrundelse for de private virksomheders udbydelse af helbredstjek. Pia giver udtryk for, at hun ikke kender til nogen underliggende forskning, og hendes ærlige tvivl peger på, at beslutningen om at udbyde helbredstjek i højere grad er strategisk og økonomisk funderet. Det fremhæver et interessant spændingsfelt, hvor den offentlige sundhedssektor på den ene side ikke tilbyder generelle helbredstjek på baggrund af den manglende evidens for, at det gavner. På den anden side står den private sektor, der fortsætter med at tilbyde helbredstjek uden videre faglig legitimering. Helbredstjek i den private sektor er i højere grad et produkt, der matcher en eksisterende efterspørgsel fra dele af befolkningen og sælges uden dokumenteret effekt. Peter understreger ligeledes, hvordan han er bevidst om, at han laver et stykke arbejde, der ikke er evidens for gavner:

“Det er jo det, jeg også arbejder imod, når man er skolet i evidens. Nu laver jeg så noget, som ikke er evidensbaseret, for det er det jo ikke. Der er jo ingen evidenser på det. Men det er nok også svært at gøre, at lave det på det. Jeg tror godt, man kunne, men det koster også penge” (Peter).

Peter, der driver sin egen virksomhed, angiver, hvordan han er bevidst om, at udførelsen af generelle helbredstjek ikke er understøttet af evidens, og at det dermed står i kontrast til de principper han ellers er skolet i som sundhedsprofessionel. Dette er en interessant udtalelse, der tyder på, at Peter befinder sig i et felt, hvor ønsket om at kunne tilbyde en ydelse, som føles meningsfuldt for borgerne, vægter højere end den faglige evidens.

Når private udbydere af helbredstjek taler for, at helbredstjek gavner, kan det ses i sammenhæng med teorien om healthism (Crawford 1980, Kristensen et al. 2016), hvor sundhed for den enkelte borger, kan blive en moralsk forpligtelse og vi som individer søger mod sundhedsydelser som helbredstjek for at overholde normer om det sunde liv. Private virksomheder, der udbyder helbredstjek, bidrager til tankegangen om den moralske forpligtelse gennem deres markedsføring af helbredstjek og de positive effekter det kan have for det enkelte individ. For de borgere, der ønsker at efterleve normerne for, hvad korrekt sundhedspraksis er, og hvad der er det gode i livet, kan det private udbud af helbredstjek ses som et svar på denne efterspørgsel. Tilbuddet om helbredstjek som en sundhedsydelse, kan hermed anses som skræddersyede tilbud til den sundhedsbevidste borger. Sundhedsområdet kan endvidere ses som et socialt felt, hvor forskellige aktører, herunder almen praksis og private udbydere af sundhedsydelser, kæmper om anerkendelse og definitionsmagt. De private udbydere af helbredstjek forsøger at vinde legitimitet og plads i feltet, ved at kunne tilbyde ydelser, som ikke tilbydes indenfor en reguleret ramme, som det offentlige sundhedsvæsen er styret af. Derimod kan de private virksomheder lade sig styre af efterspørgsel og brugerbehov og tilbyde ydelser, som ikke udbydes gennem det offentlige sundhedsvæsen.

Delkonklusion

Vi har i den ovenstående analyse af interviewdata vist, at private sundhedsudbydere har en anden forståelse af generelle helbredstjek end almen praksis. Deres forståelse og fortællinger beror på et ønske om at imødekomme borgeres behov, bidrage til tidlig opsporing og give borgere en status på deres helbred. Informanterne har forskellige fortællinger om, hvorfor de udfører helbredstjek. De nævner faktorer såsom; tryghed ved en uforpligtende status på egen sundhed og fordele på både personligt, fagligt og samfundsøkonomisk niveau. Informanterne er bekendt med den manglende evidens for helbredstjek, hvorfor det kan udledes, at helbredstjek i højere grad er strategisk og økonomisk funderet. Selvom både almen praksis og de private udbydere af helbredstjek bevæger sig inden for det sundhedsfaglige felt, styres de private udbydere i høj grad af markedslogikker og økonomisk kapital (Wilken, 2011, s.58-62). Private virksomheder, der udbyder helbredstjek, bidrager til tankegangen om den moralske forpligtelse (Kristensen et al., 2016) gennem deres markedsføring af helbredstjek og dets positive effekter. Fælles for informanterne er, at de anser generelle helbredstjek som en relevant og meningsfuld ydelse.

10. Diskussion

Følgende afsnit vil indledes med en diskussion af vores valg af metoder, samt den viden vi har skabt. Dernæst vil vi diskutere vores fund i relation til den eksisterende forskning samt diskursen om forebyggelse og ansvar for egen sundhed. Afslutningsvis vil vi diskutere vores valg af teori.

Metodediskussion

I dette speciale anvender vi kvalitative forskningsmetoder, da de er velegnet til at indfange individers subjektive oplevelser, erfaringer og holdninger (Kristensen & Hussain, 2019 s. 18), hvilket er centralt for at kunne besvare specialets problemformulering og arbejds spørgsmål på et reflekteret og nuanceret grundlag.

Vi ved at sundhed fylder meget i danskernes bevidsthed, og at efterspørgslen på generelle helbredstjek er stor (Larsen, 2010a; Søndergaard et al., 2012; Vælg Klogt, 2025b). Trods denne viden oplevede vi, som tidligere beskrevet, besvær med at rekruttere borgere, der ønskede at stille op til interviews. Man kan diskutere, om vi ikke har formået at formidle formålet med specialet, så alle forstod, hvad vi mente med generelle helbredstjek, da helbredstjek kan dække over mange ting, og ikke har en entydig definition. Grundet besvær med rekruttering, har vi også måtte gå på kompromis med interviewsettingen af vores kvalitative interviews, ved at være åbne for telefoniske- og online interviews, i et forsøg på at gøre interviewet mere appellerende og tilgængeligt. Det kan diskuteres, om særligt de telefoniske interviews er blevet for upersonlige, og om de manglende muligheder for at tolke informanternes kropssprog og mimik samt afbrydelser i forbindelsen har haft konsekvenser for interviewene.

Vores empiriindsamling, som består af 20 interviews og én dags observationsstudie i en lægepraksis, har skabt en stor mængde data og bearbejdning heraf kræver tid og mange til- og fravalg. Grundet mængden af data, er vi bevidste om, at vi kan gå forskellige veje analytisk, og derfor illustrerer vores analyse én ud af flere mulige retninger. På baggrund af vores problemformulering mener vi dog, at vores analysedesign og teorivalg er oplagte valg til at forstå problematikken. Da opgavens problemformulering søgte at undersøge de forskelligartede perspektiver på generelle helbredstjek som genstandsfelt, fandt vi det essentielt at inddrage mange informanter, hvilket ligeledes kan øge den analytiske generalisering. Analytisk generalisering dækker over, hvorvidt resultaterne fra

undersøgelsen kan overføres til andre kontekster (Kvale & Brinkmann, 2014, s.344). Grundet mængden af informanter, erfaringer og perspektiver på tværs af geografiske og demografiske kontekster, kan vores fund bidrage til en bredere forståelse af, hvorfor borgere efterspørger generelle helbredstjek samt belyse efterspørgslen og de udfordringer, der opstår i kliniske møder, der rækker ud over de konkrete informanter.

I udførelsen af observationsstudiet har vi desuden været bevidste om, at vores tilstedeværelse i konsultationerne kan have påvirket patienter og professionelles adfærd, og forstyrret den naturlige interaktion, som vi søgte at observere. Dette kan have betydet, at både patienter og professionelle opførte sig mere formelt, tilbageholdende eller muligvis ønskede at fremstå på en bestemt måde. Dette forsøgte vi at minimere, ved at indtage en passiv rolle i rummet, undgå at afbryde eller tage aktiv del i konsultationerne.

Diskussion af fund i relation til eksisterende forskning

Et af de mest centrale fund i specialet er, at samtlige borgere giver udtryk for en stærk tro på, at generelle helbredstjek har en gavnlig effekt. Helbredstjek bliver af borgerne anset som en betydelig meningsfuld handling, en investering i deres sundhed og der hersker en forståelse blandt borgerne om, at regelmæssige helbredstjek kan forebygge sygdom. Det er interessant, hvordan borgerne argumenterer for en praksis, hvor sundhedsydelse ikke kun burde vurderes og tilbydes ud fra deres målbare effekt, men også ud fra den mening og tryghed, det kan skabe hos den enkelte borger. Netop fordi denne forståelse fra borgerne står i kontrast til den medicinske evidens (Baumann et al., 2015; Eriksen et al., 2021; Krogsbøll et al., 2019). Flere studier, fremsøgt i den indledende litteratursøgning, om borgeres motivation for at efterspørge generelle helbredstjek, påpeger ligeledes, at motivationen for at efterspørge generelle helbredstjek ofte er med det formål, at forebygge sygdom og et generelt ønske om at forbedre deres helbred (Riley et al., 2016; User-Smith et al., 2017; Hernandez et al., 2021). To af de fremsøgte artikler, præsenteret indledningsvist i specialet, undersøger borgeres motivation for at deltage i NHS health checks, som er et systematisk tilbud om helbredstjek til befolkningen i England (Riley et al., 2016; User-Smith et al., 2017). Her promoveres helbredstjekket som et tjek, der kan identificere risikofaktorer og dermed forebygge sygdom før symptomer opstår. Når helbredstjek præsenteres som et struktureret og offentligt tilbud, kan det antages, at mange borgere vil opfatte det som noget, der er vigtigt at få gjort. Det offentlige system fungerer i den sammenhæng som en autoritet, der sender et signal om, at et helbredstjek har værdi for den enkelte

og implicit opfordres til at tage imod tilbuddet. Det kan diskuteres, om det ikke også vil forstærke borgernes forståelse af, at helbredstjek er en central del af en forebyggende og ansvarlig sundhedsadfærd. I modsætning hertil står informanterne i dette speciale i en situation, hvor de selv udtrykker et ønske om at få foretaget et helbredstjek på trods af, at det ikke er en ydelse, der tilbydes i det offentlige sundhedsvæsen. Her er det informanternes egne forventninger og overbevisninger, der skaber forståelsen af, at et generelt helbredstjek er vigtigt, da det danske sundhedsvæsen ikke promoverer det. Alligevel viser vores empiri, hvordan informanterne slår ned på det forebyggende aspekt, som ligeledes ses i det engelske studie af Riley et al., (2016). I vores interviews ser vi, at informanterne har forskellige forståelser af, hvordan de mener, generelle helbredstjek kan virke forebyggende for dem. Nogle tilskriver helbredstjekket som en garanti og forsikring mod uforudset sygdom, og for andre handler det forebyggende aspekt om følelsen af at handle proaktivt. Samtidig ses en forståelse af, at forebyggelse gennem et helbredstjek kan forbedre informanternes helbred ved at få sat tal på deres sundhedstilstand. Det er interessant at se, hvordan informanterne har opbygget deres egne forståelser af, hvad forebyggelse indebærer. Dette viser hvordan forebyggelse som begreb og motivation formes af en personlig logik snarere end institutionelle rammer, når et helbredstjek ikke udbydes systematisk, men alligevel efterspørges af borgerne.

Det er derfor nærliggende at diskutere hvor borgernes forståelse af, at vi kan forebygge al sygdom, stammer fra. Udover den personlige logik, er det oplagt også at vende blikket mod de institutionelle rammer, herunder sundhedsvæsenet i sin helhed. Borgernes forståelse af helbredstjek, som et middel til at forebygge sygdom, kan ses som et resultat af det udbredte fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i det danske sundhedsvæsen. Nationale kampagner om tidlig opsporing, det stigende fokus på individets ansvar for egen sundhed, samt opfordringer til livsstilsændringer, kan være med til at forme en opfattelse blandt borgere, hvor helbredstjek tilskrives en større sundhedsfremmende effekt, end hvad den medicinske evidens påviser. Indenrigs- og sundhedsministeriet og organisationen Danske Patienter beskriver forebyggelse som en af nøglerne til at sikre befolkningen flere leveår med god livskvalitet og mindre sygdom (Danske patienter, u.å; Indenrigs- og sundhedsministeriet, u.å). Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Patienter taler ikke om forebyggelse i relation til generelle helbredstjek, men man kan sætte spørgsmålstegn ved, om borgere sætter lighedstegn mellem forebyggelse og generelle helbredstjek. Dette da vores fund i analysekapitel 1 peger på, at informanterne tror på, at generelle helbredstjek virker forebyggende og reducerer risiko for udvikling af sygdom. Desuden viser vores fund fra analysekapitel 3, hvordan

private udbydere promoverer, at generelle helbredstjek giver mening på både det personlige og det samfundsmæssige plan. Det italesættes yderligere hvordan et helbredstjek kan give en baseline på borgernes sundhedstilstand, hvilket giver den enkelte borger mulighed for at forebygge potentiel sygdom. Dette er blot enkelte eksempler på, hvordan borgerne konstant disponeres for, at forebyggelse er nødvendigt, rationelt og rigtigt. Dermed kan det formodes, at forståelsen af forebyggelse ikke spontant er opstået hos borgerne, men også formes af politiske og kommercielle afsendere, som tolkes af den enkelte. Dette kan afføde en dobbelthed i diskursen om forebyggelse i det danske sundhedsvæsen. På den ene side ønsker sundhedsvæsenet at begrænse overbehandling og unødvendige ydelser, men på den anden side promoveres fokus på sundhedsfremme og forebyggelse.

Et andet interessant fund er informanternes forståelse af, at de tager ansvar for deres egen sundhed, når de efterspørger et generelt helbredstjek og ligeledes anser det som en borgerret at få foretaget et generelt helbredstjek. Det kan fremstå som et paradoks, når borgerne ønsker noget, som systemet ikke anser som nødvendigt. Hvor evidensen påpeger, at generelle helbredstjek hverken mindsker sygelighed eller dødelighed hos umiddelbare raske mennesker, bliver det gennem interviewene tydeligt, at borgernes ønsker om helbredstjek rummer mere end blot forventningen om at forebygge sygdom. For flere af informanterne bliver helbredstjekket et konkret redskab til at tage ansvar for deres egen sundhed, men også en mulighed for at blive set, hørt og taget alvorligt i sundhedssystemet. Helbredstjekket har for informanterne en værdi, der rækker ud over det sundhedsprofessionelle rationale. Et lignende fund ses i studiet af Broholm-Jørgensen (2022), som viser, hvordan deltagerne i en forebyggende sundhedsintervention ikke nødvendigvis deler samme mål eller forståelse som dem, der har designet interventionen. I studiet fremvises, hvordan det for nogle deltagere var håbet om at forbedre deres hverdag og livskvalitet, der motiverede dem til at deltage og ikke så meget en forventning om sygdomsforebyggelse, som beskrives som det egentlige formål med deltagelse i interventionen (Broholm-Jørgensen, 2022). Selvom deltagerne i studiet deltog i en målrettet sundhedsintervention, kan borgernes ønske om helbredstjek i vores speciale, forstås i forlængelse af dette, da helbredstjekket for borgerne tydeligvis har en værdi der rækker ud over det sundhedsprofessionelle rationale. Det lader til at borgerne anser helbredstjek som gavnlige ud fra andre parametre end de sundhedsfaglige. Når borgerne efterspørger et helbredstjek på eget initiativ, og derudover insisterer på retten til et helbredstjek, kan det diskuteres om det er en måde, hvorpå de forsøger at leve op til samfundets krav om ansvar for egen sundhed. Borgernes forståelse af ansvar og rettigheder er ikke nødvendigvis adskilte, men gensidigt forbundne. Måske oplever informanterne,

at de har behov for redskaber og muligheder for at kunne tage ansvar for deres sundhed, og her ses et helbredstjek som en nødvendighed.

Dog er det igen vigtigt at nævne, at der er en afgørende diskrepans mellem vores studie og de ovenfor nævnte studier (Riley et al., 2016; User-Smith et al., 2017; Broholm-Jørgensen, 2022), da studierne belyser hvorfor borgere deltager i målrettede interventioner. I vores speciale, er informanterne derimod ikke indkaldt systematisk til et helbredstjek, men har selv taget initiativ til det, hvilket er en vigtig pointe at have for øje.

Hvem definerer behovet for en sundhedsydelse?

På trods af evidensen (Krogsbøll et al., 2019), og på trods af de nye anbefalinger som netop er udkommet fra Vælg Klogt (Vælg Klogt, 2025a), viser vores speciale, at borgere fortsat efterspørger generelle helbredstjek. Dette er en vigtig pointe, fordi det er vigtigt at anerkende, at kliniske retningslinjer og guidelines ikke nødvendigvis adresserer de underliggende forventninger og forestillinger, som mange patienter bibringer i deres møde med almen praksis.

Der hvor problematikken reelt opstår, er når efterspørgslen fra borgere på generelle helbredstjek skal håndteres, hvilket understreger relevansen af, at vi i specialet har valgt at inddrage perspektiver fra læger og sygeplejersker i almen praksis. Efterspørgslen og ønsket om et generelt helbredstjek ender ofte i almen praksis, selvom det ikke er en officiel ydelse, der tilbydes. Dette afføder et dilemma, fordi hvad vejer tungest - evidensen eller borgernes ønsker. Vores fund i analysekapitel 2 peger på, at efterspørgslen på generelle helbredstjek ofte udmunder i forhandlinger i almen praksis, hvor læger og sygeplejersker i nogle tilfælde, alligevel vælger at imødekomme borgernes ønsker om at udføre generelle helbredstjek, selvom der ikke er faglig indikation for det. Dermed kan man diskutere, om man risikerer at rykke grænsen eller grundlaget for, hvornår en ydelse kan tilbydes. Vores empiri viser, at når patienter sætter dagsordenen for konsultationer og ydelser der skal tilbydes, så kan magtbalancen forskydes, hvilket kan få betydning for læger og sygeplejerskers faglige legitimitet og autoritet. På den anden side beskrives læge-patient-relationen som en af de syv pejlemærker for almen praksis, og er en grundsten i fagets fundament, hvor der skal være plads til at inddrage patienters ønsker (Friderichsen et al., 2023). Vores fund i analysekapitel 2 peger netop på, at alliancer og relationer har betydning for den professionelle beslutningstagen. Det kan diskuteres om fokus på at bevare den gode alliance er en reel årsag til at iværksætte undersøgelser eller tests, blot for at

tilfredsstille patienterne. Som vores fund viser, kan en blodprøve eller test i nogle tilfælde, selv uden klar medicinsk indikation, ses som en relationel omsorg og et middel til at anerkende patienternes bekymringer og ønsker. På den anden side kan det svække det faglige grundlag for beslutninger og bidrage til en sundhedsforståelse, hvor det er patientens forventninger snarere end den faglige vurdering, der præger de professionelles handlinger i almen praksis. Dermed opstår der en spænding mellem faglig autonomi og ønsket om at være imødekommende overfor patientens behov og ønsker. At bevare en god alliance er vigtigt, men det bør ikke alene være grundlaget for tests og undersøgelser.

Noget tyder på, at denne kompleksitet kun vil blive større i mødet med patienter, da en rapport fra Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (2017) peger på, at borgerne i fremtiden kun vil stille endnu højere krav til sundhedsvæsenet, i jagten efter det sunde og aktive liv. De vil desuden have klare forventninger om at blive involveret og hørt og stille krav om begrundelser og forklaringer (Højgaard & Kjellberg, 2017, s.48). Vores fund som peger på forhandlinger som en udfordring i mødet mellem læge/sygeplejerske og patient, kan formodes at afspejle denne udvikling. Som nævnt er organisationen Vælg Klogt netop udkommet med deres anbefalinger om at undgå helbredstjek til voksne, der ikke har symptomer på sygdom, eller begrundet mistanke om risiko for at udvikle sygdom (Vælg Klogt, 2025b). Disse anbefalinger bygger på den forskning og evidens, der indledningsvist er beskrevet i opgaven (Krogsbøll et al., 2019). Intentionen med disse anbefalinger er at give den enkelte læge et styrket mandat til at afslå ikke fagligt indikerede helbredstjek, uden at det nødvendigvis opleves som et personligt valg eller en afvisning. Vores data viser, at anbefalingerne godt kunne være et redskab til at håndtere gråzoner i praksis. Dette, da det kan være med til at reducere den følelsesmæssige og faglige spænding, der kan opstå, når patienternes oplevelser af de gavnlige effekter ved helbredstjek ikke stemmer overens med den evidensbaserede viden. Dermed kan anbefalinger tænkes at være behjælpelige i forhandlingssituationer, der kan opstå i almen praksis. Samtidig er det dog vigtigt at anerkende, at anbefalingerne ikke nødvendigvis adresserer de underliggende forventninger og forestillinger, som mange patienter bibringer i deres møde med almen praksis. I Vælg Klogts anbefalinger (2025a) og dertilhørende løsningsforslag nævnes yderligere, hvordan det er vigtigt at informere private aktører om, at generelle helbredstjek på raske borgere ikke anbefales, men derimod er forbundet med ulemper og risici. Som vores fund viser i analysekapitel 3, er udbyderne af private helbredstjek udmærket klar over, at der ikke er evidens for at det gavner at udføre disse generelle helbredstjek på raske borgere. Denne viden er ikke ny viden for de private aktører, da generelle helbredstjek til raske mennesker, har været et

omdiskuteret emne i mange år (Hildebrandt, 2012; Rasmussen, 2012, Larsen, 2010a). Det kan derfor diskuteres, hvilken betydning det reelt vil få at udbrede denne viden til de private aktører. Særligt i en sektor hvor sundhedsydelse såsom helbredstjek udbydes kommercielt. Som vores fund også viser, har de private aktører deres egne forståelser og fortællinger omkring, hvordan de anser generelle helbredstjek som gavnlige. Det tyder på, at det ikke er manglende viden, der er problemet, men snarere hvordan viden forstås, anvendes og vægtes i praksis. Derudover befinder de private aktører sig i et krydsfelt mellem sundhedslogikker og markedslogikker. Det økonomiske incitament og borgernes oplevede værdi af generelle helbredstjek som samtlige af de private udbydere kommer ind på i analysen, vil formentlig i sidste ende veje tungere end evidensen. Det bliver derfor interessant at se, hvilken betydning anbefalingerne reelt kommer til at få i praksis fremover.

Habitus, healthism og det kliniske møde – forståelser af helbredstjek i praksis

Bourdieu (1994/1997) er en bredt anvendt sociologisk teoretiker, hvis begreber om felt, habitus og kapitaler er anvendelige på tværs af flere samfundsområder. Flere studier anvender Bourdieus sociologiske teori, til at forstå og analysere magt i møder i sundhedsfeltet, da hans teori og begreber både indfanger individets erfaringer og de strukturelle betingelser, som er med til at forme møder og konsultationer mellem patienter, pårørende og de sundhedsprofessionelle. Bourdieu anvendes eksempelvis til at undersøge, hvordan pårørende agerer i et rehabiliteringsforløb (Guldager et al., 2019). Derudover bruges teorien til at udvide og udfordre vores tanker om hvordan verden hænger sammen inden for sundhedsområdet, ved brug af begrebet sundhedskapitaler (Larsen, 2010b s. 51). Yderligere ses hvordan socialt udsatte patienters møde med sundhedsvæsenet belyses gennem Bourdieus teori (Rasmussen et al., 2021). Fælles for disse studier og vores anvendelse af Bourdieus teori i dette speciale er, at teorien er anvendt som et analytisk greb til at forstå, og åbne op for hvordan relationelle og strukturelle magtforhold kommer til udtryk i praksis. Ikke som faste hierarkier, men som noget der konstant forhandles og præges i samspillet mellem patienter, sundhedsprofessionelle og institutionelle rammer. Det ses i dette speciale, når patienterne efterspørger generelle helbredstjek, hvilket understreger relevansen af at anvende Bourdieus teori i specialet.

Selvom Bourdieu i dette speciale åbner op for vigtige indsigter i det relationelle mellem patienter og sundhedsprofessionelle, finder vi det også relevant at diskutere teoriens mulige begrænsninger. Bourdieu fokuserer på magt og dispositioner, men giver os ikke umiddelbar guidens til hvordan

sundhedspraksis bør være, hvilket giver anledning til en kritisk refleksion over fraværet af en normativ dimension i teorien. I et sundhedsfelt hvor normative spørgsmål om adgang til sundhedsydelser og rettigheder er centrale, kan dette anses som en teoretisk begrænsning. Vores analyse viser yderligere, hvordan patienternes ønsker om helbredstjek er delvist præget af internaliserede forståelser af ansvar, sundhed og forebyggelse, som kan beskrives ud fra habitusbegrebet. Habitusbegrebet kan give en vis indsigt i, hvordan individers handlinger formes af deres sociale baggrund, men samtidig peger vores empiri på en vis spændvidde og variation i praksis, som udfordrer forestillingen om en entydig, fagligt forankret habitus. Dette bliver særligt tydeligt, når læger og sygeplejersker i vores interviews beskriver, hvordan de håndterer borgernes ønsker om helbredstjek forskelligt. Trods en fælles professionel ramme ser vi i praksis, at læger og sygeplejerskers handlinger ikke nødvendigvis er ensartede. Det vidner om, at der inden for habitusbegrebet må være plads til individuel variation og situationsafhængige fortolkninger.

Teorien om dødelighed og udødelighed (1992), har gjort det muligt at åbne op for hvilke faktorer, der kan påvirke borgernes motivation for at opsøge generelle helbredstjek. Vi har anvendt teorien til at tilegne os en forståelse af, hvordan borgerne forsøger at undgå sygdom og forlænge levetiden ved at få foretaget et generelt helbredstjek. Yderligere har vi anvendt teorien om healthism som ideologi, som har særligt fokus på at forudse og undgå sygdom (Crawford 1980; Kristensen et al. 2016). Healthism udspringer af Foucauldianske idéer, om hvordan vi i vores samfund i dag er præget af den neoliberale styringsmodel, som handler om at lægge så meget ansvar over på individet som muligt (Jønsson & Brodersen, 2023, s. 64). Healthism har i specialet været med til at belyse motivationen for, hvorfor borgere på eget initiativ efterspørger generelle helbredstjek, da ønsket om et helbredstjek kan anses som en handling, der afspejler, hvordan sundhed er vigtigt, og noget man skal forholde sig til som individ. Samtidig har teorien om healthism som ideologi været med til at belyse, hvordan de private udbydere af sundhedsydelser ligeledes har en forståelse af, at de gør noget godt for borgernes sundhed, ved at tilbyde helbredstjek som en ydelse. Dog finder vi ikke teorien om healthism som ideologi anvendelig til alene at kunne belyse det relationelle aspekt i konsultationsrummet, da der kan være risiko for at forenkle de forskellige gråzoner og forhandlinger, der foregår i de kliniske møder. Derimod har anvendelsen af Bourdieus (1997) teori netop kunne indfange, hvordan relationelle og strukturelle magtforhold kommer til udtryk i praksis i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Derfor mener vi at teorierne i samspil, har været yderst relevante, til at åbne op for empirien og se hvad der er på spil. I samspil har vi anvendt teorierne til at se på og forstå,

hvordan generelle helbredstjek ikke bare kan forstås som en ydelse, der tilbydes eller ikke tilbydes. Den udvalgte teori har givet os analytiske redskaber, til at forstå generelle helbredstjek som et komplekst fænomen, hvori magt, kulturmøder, patienters ønsker, professionel identitet og økonomiske incitamenter spiller sammen og former både efterspørgsel og praksis. Ovenstående tydeliggør, hvorfor det er vigtigt at anerkende de forskellige positioner og motiver, som er på spil i relation til udbud og efterspørgsel af generelle helbredstjek til umiddelbart raske mennesker.

11. Konklusion

På baggrund af vores speciale kan vi konkludere, at borgeres motivation for at efterspørge generelle helbredstjek udspringer af et komplekst samspil mellem følelsesmæssige behov, sociale påvirkninger og kulturelle forestillinger om sundhed. Ønsket om tryghed, vished og sygdomsforebyggelse står centralt, men også påvirkning fra omgangskreds og sociale medier spiller en væsentlig rolle. Efterspørgslen af helbredstjek ses som en måde, hvorpå borgere forsøger at håndtere usikkerhed og opnå kontrol, samtidig med at det opfattes som en personlig investering i at sikre og vedligeholde egen sundhed. Fælles for borgerne er en udbredt forestilling om, at helbredstjek er gavnlige, og derfor bør være en tilgængelig ydelse i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark. Endvidere kan vi konkludere, at læger og sygeplejersker oplever, at efterspørgslen på generelle helbredstjek fra umiddelbart raske borgere er udbredt og særligt forekommer blandt ressourcestærke patienter. Efterspørgslen efter generelle helbredstjek er udfordrende at håndtere for læger og sygeplejersker i almen praksis. De står i et spændingsfelt mellem faglig evidens og borgeres forventninger, når generelle helbredstjek til raske ikke er en ydelse. Det udmunder ofte i forhandlinger med patienterne om konkrete tjek og undersøgelser og en eftergivenhed af patienternes ønsker, for at bevare tillid, relationer og undgå konflikter. Private udbydere af helbredstjek legitimerer derimod generelle helbredstjek som en meningsfulde ydelse, der både er fordelagtig for den enkelte borger og samfundet som helhed i relation til at forebygge sygdom, hvilket står i skarp kontrast til forståelsen af helbredstjek i almen praksis og den foreliggende evidens.

Dette speciale bidrager til en nuanceret forståelse af borgernes efterspørgsel af generelle helbredstjek. Specialet viser, at der er tale om et komplekst fænomen, der formes i samspil mellem viden, værdier, interesser og positioner i samfundet og tilsammen påvirker borgeres efterspørgsel og kan give anledning til udfordringer i praksis. Problemstillingen rækker imidlertid ud over debatten om generelle helbredstjek og kan ses som en del af en bredere diskussion om ressourcefordeling i sundhedsvæsenet. I takt med at befolkningen bliver ældre, og sygdomsbyrden stiger, rejser det spørgsmål om, hvordan vi sikrer en retfærdig og bæredygtig fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer på tværs af befolkningsgrupper, så der skabes plads til de ydelser, der gavner.

12. Referenceliste

- Audit Projekt Odense. (2019). *Audit om Defensiv Medicin i Almen Praksis*. Audit Projekt Odense.
- Bauman, Z. (1992) *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*. Polity Press, Cambridge.
- Baumann, S., Toft, U., Aadahl, M., Jørgensen, T., & Pisinger, C. (2015). The long-term effect of screening and lifestyle counseling on changes in physical activity and diet: the Inter99 Study - a randomized controlled trial. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 12, 33. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0195-3>
- Birker, J. (2021). Begrundelsesformer. I *Videnskabsteori* (2. udg. s. 77-95). Munksgaard.
- Bourdieu, P & Wacquant, L. (1996). *Refleksiv sociologi*. (H. Silberbrandt, overs.). Hans Reitzels forlag. (Originalt værk udgivet 1992).
- Bourdieu, P. (1994). Pierre Bourdieu: Centrale tekster inden for sociologi og kulturhistorie. (M. Munk, M. Nørholm & K.A Petersen, overs.). Akademisk forlag. (Originalt værk udgivet 1990).
- Bourdieu, P. (1997). *Af praktiske grunde: Omkring teorien om menneskelig handlen*. (H. Hovmark, overs.). Hans Reitzels Forlag. (Originalt værk udgivet 1994).
- Bourdieu, P. (2005). *Udkast til en praksisteori*. (Peer, B., overs.). Hans Reitzels Forlag. (Originalt værk udgivet 2000).
- Brinkmann, S. (2014). Introduktion til det kvalitative interview. I: Schilling, M. (red.) I *Det kvalitative interview*. (1.udg s. 15-64). Hans Reitzels Forlag.
- Broholm-Jørgensen M. (2022). The practice of hope in public health interventions: a qualitative single-case study. *Health promotion international*, 37(5), daac144. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac144>
- Broholm-Jørgensen, M., Kampstrup-Larsen, N., Guassora, A. D., Reventlow, S., Dalton, S. O., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2019). 'It can't do any harm': A qualitative exploration of accounts of participation in preventive health checks. *Health, Risk & Society*, 21(1-2), 57-73. <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1602251>
- Christensen, L.K.T & Schwennesen, N. (2021). Hermeneutik: filosofi, analyse og metode. I: A.M.B Jensen & S. Vallgård (Red.) I *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. (6. udg. s.418-440). Munksgaard

- Crawford R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 10(3), 365–388.
<https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- Danske Handicaporganisationer (u.å). *Sundhedstjek mindsker ulighed i sundhed for personer der bor i botilbud*. Danske Handicaporganisationer. <https://handicap.dk/politik/dhs-politiske-temaer/sundhed/saadan-faar-du-sundhedstjek>
- Danske Patienter. (u.å). *Forebyggelse*. Danske patienter. <https://danskepatienter.dk/politik-presse/politiske-holdninger/forebyggelse>
- Det Kgl. Bibliotek. (u.å). *Research Assistant*. Det Kgl. Bibliotek.
https://soeg.kb.dk/discovery/researchAssistant?vid=45KBDK_KGL:KGL
- Eriksen, C. U., Rotar, O., Toft, U. M. N., & Jørgensen, T. (2021). *What is the effectiveness of systematic population-level screening programmes for reducing the burden of cardiovascular diseases?* <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/what-is-the-effectiveness-of-systematic-population-level-screening-programmes-for-reducing-the-burden-of-cardiovascular-diseases-2021>
- Friderichsen, B., Møller, A., Kjær, N.K., Prins, S., Kjerulff, A.C., Nielsen, A.N. (2023). *Opgaver for almen praksis: En rapport fra DSAM*. (2.udg). Dansk Selskab for Almen Medicin.
https://content.dsam.dk/guides/basisider/opgaver-for-almen-praksis---en-rapport-fra-dsam-14.04-2023_rev-29.09-2023.pdf
- Guldager, R., Willis, K., Larsen, K., & Poulsen, I. (2019). Relatives' strategies in subacute brain injury rehabilitation: The warrior, the observer and the hesitant. *Journal of clinical nursing*, 28(1-2), 289–299. <https://doi.org/10.1111/jocn.14598>
- Hernandez, D.L., Giezendanner, S., Fischer, R., & Zeller, A. (2021). Expectations about check-up examinations among Swiss residents: A nationwide population-based cross-sectional survey. *PloS one*, 16(7), e0254700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254700>
- Højgaard, B. & Kjellberg, J. (2017). *Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen: Review version*. Det nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
<https://www.regioner.dk/media/4739/kora-fem-megatrends-der-udfordrer-fremtidens-sundhedsvaesen.pdf>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (u.å). *Forebyggelse*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
<https://www.ism.dk/sundhed/forebyggelse>

- Jessen, B. (2. september 2024). *Private sundhedstjek vinder frem, men læger er skeptiske*. Ugeskrift for læger. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/private-sundhedstjek-vinder-frem-men-laeger-er-skeptiske>
- Juul, S. (2012). Hermeneutik. I: Juul, S & Pedersen, K.B (red). I *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*. (1. udg. s. 107-146). Hans Reitzels Forlag.
- Jønsson, A.B.R. & Brodersen, J.B. (2023). Sundhedskultur og jagten på det evige liv. I *Snart er vi alle patienter: Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver*. (1. udg. s. 57-81). Samfundslitteratur.
- Kherad, O. & Carneiro, A. (2023). General health check-ups: To check or not to check? A question of choosing wisely. *European journal of internal medicine*, 109, 1–3.
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2022.12.021>
- Kristensen, C.J (2019). Forskningsetik i samfundsvidenskaberne. I: Kristensen, C.J. & Hussain, M.A (red.) I *Metoder i samfundsvidenskab*. (2.udg. s. 77-93). Samfundslitteratur.
- Kristensen, C.J. & Hussain, M.A (2019). Samfundsvidenskabelige metoder, hvad er det? I: Kristensen, C.J. & Hussain, M.A (red.) I *Metoder i samfundsvidenskab*. (2.udg. s. 15-41). Samfundslitteratur.
- Kristensen, D. B., Lim, M., & Askegaard, S. (2016). Healthism in Denmark: State, market, and the search for a "Moral Compass". *Health (London, England : 1997)*, 20(5), 485–504.
<https://doi.org/10.1177/1363459316638541>
- Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., & Gøtzsche, P. C. (2019). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD009009. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub3>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. udg.) Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K. (16. august 2010a). *Almen praksis: Helbredstjek? - Tak, helst ikke!* Ugeskrift for læger. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/almen-praksis-helbredstjek-tak-helst-ikke>
- Larsen, K. (2010b) Pierre Bourdieu. I: Andersen, P.T & Timm, H. (Red.) I *Sundhedssociologi: En grundbog*. (1. udg. s.50-77). Hans Reitzels Forlag.
- Lupton, D. (2013). Quantifying the body: monitoring and measuring health in the age of mHealth technologies. *Critical Public Health*, 23(4), 393–403.
<https://doi.org/10.1080/09581596.2013.794931>

- Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2007). Bourdieu: Felt, symbolsk vold og underkastelse. I *Magtens former: Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. (1. udg. s.68-90). Hans Reitzels forlag.
- Mogensen, H.O. & Dalsgård, A.L. (2018). At være til stede: Deltagelse og observation. I: Bundgaard, H., Mogensen, H.O & Rubow, C (red). I *Antropologiske projekter: En grundbog*. (1.udg s.163-179).Samfundslitteratur.
- Nyboe, D.S. (27. februar 2025). *Høringssvar vedr. den kommende Vælg Klogt-anbefaling om generelle helbredstjek*. Forum for almen yngre medicinere.
<https://content.dsam.dk/guides/fyam/horingssvar-til-vaelg-klogts-anbefaling-om-sundhedstjek.pdf>
- Poulsen, B. (2019). Semistrukturerede interviews. I: Kristensen, C.J. & Hussain, M.A (red.) I *Metoder i samfundsvidenskab*. (2.udg. s. 97-116). Samfundslitteratur.
- Rasmussen, A.N., Guise, A. & Overgaard, C. Understanding social inequalities in cardiac treatment through the lens of cultural health capital: a study of Danish socially disadvantaged ischemic heart patients' lived experiences of healthcare interactions. *Soc Theory Health* 21, 17–32 (2021). <https://doi.org/10.1057/s41285-021-00173-1>
- Rasmussen, L.I. (19. oktober. 2012). *Systematiske helbredstjek har ingen effekt*. Ugeskrift for læger.
<https://ugeskriftet.dk/nyhed/systematiske-helbredstjek-har-ingen-effekt>
- Rasmussen, L.T., Remvig, K. & Wien, C. (2022). Litteratur- og informationssøgning. I: Rienecker, L & Jørgensen, S.J. (Red.) I *Den gode opgave: håndbog i opgave-, projekt- og specialeskrivning*. (6. udg. s. 149-174). Samfundslitteratur.
- Riley, R., Coghill, N., Montgomery, A., Feder, G., & Horwood, J. (2016). Experiences of patients and healthcare professionals of NHS cardiovascular health checks: a qualitative study. *Journal of public health (Oxford, England)*, 38(3), 543–551.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv121>
- Roskilde Universitetsbibliotek. (u.å). *A-Z Databases*. Roskilde Universitetsbibliotek.
<https://libguides.ruc.dk/az.php>
- Rubow, C., Fritsch, E., & Ahl, S.I (2018). Feltnoter: Den foreløbige skrivnings håndværk. I: Bundgaard, H., Mogensen, H.O & Rubow, C (red). I *Antropologiske projekter: En grundbog*. (1. udg. s. 55-71). Samfundslitteratur.

- S, Hildebrandt. (3. november, 2012). *Forebyggende sundhedstjek gavner ikke folkesundheden*. Information. <https://www.information.dk/indland/2012/11/forebyggende-sundhedstjek-gavner-folkesundheden>
- Søndergaard, A., Christensen, B. & Maindal, H.T. (2012). Diversity and ambivalence in general practitioners' attitudes towards preventive health checks – a qualitative study. *BMC Fam Pract* 13, 53. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-53>
- Usher-Smith, J. A., Harte, E., MacLure, C., Martin, A., Saunders, C. L., Meads, C., Walter, F. M., Griffin, S. J., & Mant, J. (2017). Patient experience of NHS health checks: a systematic review and qualitative synthesis. *BMJ open*, 7(8), e017169. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017169>
- Vallgård, S & Krasnik, A. (red). (2018). Det danske sundhedsvæsen. I *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik* (3. udg. s.155-214). Munksgaard.
- Vælg Klogt. (25. marts, 2025b). *Professor: Helbredstjek til raske voksne gør mere skade end gavn*. Vælg klogt. <https://vaelgklogt.dk/politik-presse/nyheder/professor-helbredstjek-til-raske-voksne-goer-mere-skade-end-gavn>
- Vælg Klogt. (28 marts, 2025a). *Undgå unødvendige helbredstjek*. Vælg klogt. <https://vaelgklogt.dk/files/media/document/V%C3%A6lg%20Klogt%20-%20L%C3%B8sningsforslag%20helbredstjek.pdf>
- Vælg Klogt. (u.å) *Om Vælg Klogt*. Vælg klogt. <https://vaelgklogt.dk/om-vaelg-klogt>
- Wilken, Lisanne (2011). Bourdieus begreber. I *Bourdieu for begyndere*. (2. udg. 39-68). Samfundslitteratur.

13. Bilagsoversigt

Bilag A: Litteratursøgning

Bilag B: Interviewguides

Bilag C: Observationsguide

Bilag D: Feltnoter

Bilag E: Interaktion på Facebook

Bilag F: Mailkorrespondance med Vælg Klogt

Bilag G: Udsnit af transskribering

Bilag H: Transskriptionskonventioner

Bilag I: Udsnit af kodning af empiri

Bilag J: Fravalg af tematikker

Bilag K: Samtykkeerklæringer