

# Systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser

Anbefalinger til fremtidige indsatser

Freja Ekstrøm Nilou  
Nanna Bjørnbak Christoffersen  
Trine Thilsing  
Marie Broholm-Jørgensen

## **Systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser**

Anbefalinger til fremtidige indsatser

Freja Ekstrøm Nilou, Statens Institut for Folkesundhed, SDU\*  
Nanna Bjørnbak Christoffersen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU\*  
Trine Thilsing, Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU  
Marie Broholm-Jørgensen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

\*Delt førsteforfatterskab

Copyright © 2022  
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-574-2

Statens Institut for Folkesundhed  
Studivstræde 6  
1455 København K  
[www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

Rapporten kan downloades fra [www.sdu/sif](http://www.sdu/sif)

# Forord

I Danmark ses en stigning i antallet af kroniske sygdomme relateret til sundhedsadfærd såsom hjertekarsygdom, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og Type-2-diabetes mellitus (T2DM). Kroniske sygdomme har store konsekvenser for den enkelte, og stigningen i antallet af kroniske sygdomme er samtidig en udfordring for sundhedsvæsenet. Systematiske og individrettede forebyggelsesindsatser antages at kunne forebygge eller mindske forværring af sygdom – særligt hvis indsatserne målrettes grupper eller individer i forhøjet risiko. I Danmark og udlandet er der afprøvet forskellige modeller for sådanne individrettede forebyggelsesindsatser og via disse tilbudt helbredstjek og helbredssamtaler til forskellige målgrupper. Evalueringer af indsatserne viser imidlertid varierende udfald, og der er derfor mangel på solid evidens for, hvordan indsatserne optimalt bør udføres.

Undersøgelsen *Systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser* har til formål at undersøge, hvordan, for hvem og under hvilke betingelser målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser kan have den ønskede virkning. Undersøgelsen bygger på relevant litteratur på området og samler op på erfaringerne fra danske individorienterede forebyggelsesindsatser gennem interviews og workshops med forskere og fagpersoner. På baggrund af dette er der udarbejdet en række hypoteser og anbefalinger om blandt andet udvælgelse af målgruppe, rekruttering, mødet mellem professionelle og deltagere, opfølgende tiltag, implementering og afledte virkninger. Forhåbningen er, at disse anbefalinger kan bidrage til udviklingen af fremtidige individorienterede forebyggelsesindsatser i Danmark.

Undersøgelsen er finansieret af Steno Diabetes Center Nordjylland, Steno Diabetes Center Aarhus, Steno Diabetes Center Odense, Steno Diabetes Center Sjælland og Region Syddanmark, som også har indgået i en styregruppe for undersøgelsen. Tak til Martin Marchman Andersen og Jens Søndergaard for internt review af rapporten.



---

Morten Grønbæk  
Direktør  
Statens Institut for Folkesundhed, SDU



---

Jens Søndergaard  
Professor, Praktiserende læge  
Leder af Forskningsenheden for Almen  
Praksis, SDU

# Indhold

<b>Introduktion</b> .....	<b>1</b>
Formål.....	2
Individorienterede forebyggelsesindsatser i Danmark.....	3
<b>Metode og analytisk tilgang</b> .....	<b>5</b>
Undersøgelhedsdesign – en realistisk syntese .....	5
Programteori og CMO-konfigurationer .....	5
Fase 1: Litteraturstudie 1 – systematiske reviews og metaanalyser.....	8
Litteratursøgning.....	8
Analyse af systematiske reviews.....	9
Fase 2: Interviews .....	9
Gennemførelse af interviews .....	10
Analyse af interviews .....	11
Fase 3: Litteraturstudie 2 – grå litteratur og kvalitative studier .....	11
Litteratursøgning – grå litteratur og kvalitative studier .....	11
Analyse af grå litteratur og kvalitative studier .....	12
Fase 4: Workshops med fagpersoner og borgere.....	13
Workshops med professionelle .....	14
Workshop med borgere .....	14
Analyse af workshops .....	15
Etiske overvejelser .....	16
Professionelle og personlige erfaringer .....	16
Anonymitet og samtykke .....	16
<b>Resultater</b> .....	<b>18</b>
Samlet programteori.....	18
Målgruppe .....	20
Forebyggelsesindsatser målrettet personer i forhøjet risiko .....	20
Betydningen af et dybdegående kendskab til indsatsens målgruppe .....	22
Rekruttering og deltagelse.....	24
CMO 1: Relevans.....	24
CMO 2: Tilgængelighed .....	27
CMO 3: Genkendelighed.....	31
Mødet mellem professionelle og deltagere .....	36
CMO 4: Mødet mellem professionelle og deltagere.....	36
Opfølgende tiltag .....	40
CMO 5: Opfølgende tiltag .....	40

Implementering og drift.....	44
CMO 6: Implementering og drift .....	44
Fælles forståelse af indsatsen .....	49
CMO 7: Fælles forståelse af indsatsen .....	49
Afledte virkninger.....	53
Stigmatisering af målgruppen .....	53
Øget ulighed i sundhed .....	55
Overdiagnosticering/-medicinering og sygeliggørelse .....	55
Falsk tryghed for deltagere i forebyggelsesindsatser .....	56
<b>Diskussion.....</b>	<b>58</b>
Styrker og svagheder ved undersøgelsen .....	59
Fremtiden for individrettede forebyggelsesindsatser .....	60
<b>Anbefalinger.....</b>	<b>62</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>64</b>
<b>Bilag.....</b>	<b>77</b>
<b>Handout.....</b>	<b>113</b>

# Introduktion

Kroniske sygdomme relateret til sundhedsadfærd, såsom hjertekarsygdom, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og Type-2-diabetes mellitus (T2DM), har store konsekvenser for den enkelte, og stigningen i forekomsten af sygdom er samtidig en alvorlig udfordring for sundhedsvæsenet og samfundet (World Health Organization, 2011). Forebyggelse af kronisk sygdom er derfor vigtigt. Det antages, at en systematisk individorienteret forebyggelsesindsats kan bidrage til at mindske risikoen for udvikling og forværring af kronisk sygdom på længere sigt (Herrett et al., 2019; Khunti et al., 2015; Løkke et al., 2012) – særligt hvis indsatsen målrettes borgere i forhøjet sygdomsrisiko (Engelsen et al., 2014; Si et al., 2014). Individorienterede forebyggelsesindsatser forventes derved at kunne bidrage til at sikre flere sunde leveår og mindske belastningen på det samlede sundhedsvæsen.

Der er inden for de senere år udviklet og afprøvet forskellige individorienterede indsatser til forebyggelse af kronisk sygdom (Krogsbøll et al., 2019; Martin et al., 2018). Formen og indholdet af den type forebyggelsesindsatser kan variere, men fælles for de fleste af de indsatser, vi i denne undersøgelse beskæftiger os med, er, at de har til formål at opspore og forebygge udvikling af kronisk sygdom gennem tilbud om et helbredstjek og en opfølgende helbredssamtale. Helbredstjekket vil typisk bestå af flere kliniske undersøgelser, såsom mål af vægt, højde og blodtryk samt forskellige blodprøver. Resultater fra helbredstjekket kan give indsigt i en persons helbredstilstand og risikofaktorer, og uerkendt sygdom kan blive opsporet. Efter selve helbredstjekket følger typisk en helbredssamtale, hvor personen, som deltager i forebyggelsesindsatsen, informeres om resultaterne og rådgives om eventuel farmakologisk behandling eller ændring af sundhedsadfærd. Endelig består den type forebyggelsesindsatser af ét eller flere eventuelt eksisterende opfølgende forebyggelsestilbud, såsom rygestopkurser, motionshold eller diætistforløb. Den grundlæggende antagelse bag forebyggelsesindsatserne er, at information og viden om egen sundhedstilstand og risiko vil motivere til handling og ændring af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (Champion & Skinner, 2008; Sheridan et al., 2010). I denne undersøgelse fokuserer vi på de individorienterede forebyggelsesindsatser, som er målrettet grupper eller personer, der på baggrund af nuværende viden forventes at være i forhøjet risiko for at udvikle kronisk sygdom.

# Formål

Formålet med dette projekt er at undersøge, hvilke faktorer man skal være opmærksom på i planlægningen og udførelsen af målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser.

Det centrale spørgsmål i undersøgelsen er:

*Hvorfor og hvordan virker en systematisk og målrettet individorienteret forebyggelsesindsats over for kronisk sygdom relateret til sundhedsadfærd hos grupper i forhøjet risiko? For hvem virker det, og under hvilke betingelser kan man forvente at se en virkning?*

Undersøgelsen samler viden og erfaringer fra forebyggelsesindsatser i Danmark og udlandet, som er gennemført inden for de senere år. Uagtet, at indsatserne er væsensforskellige i deres indhold og organisatoriske forankring, så har de alle bidraget med værdifulde erfaringer om virkemidler og indholdselementer - hvad der virker, hvordan og på hvem – på både et individniveau og på et organisatorisk niveau. En del af erfaringerne er offentligt tilgængelige som videnskabelige publikationer, andre som rapporter (3F, 2013a, 2013b; Bjerregaard & Norman, 2017a; Holsaae & Bentzen, 2014; Rasmussen et al., 2006; Sundhedsstyrelsen & Cowi, 2019). Mange erfaringer ligger dog stadig som tavs viden hos indsatsernes interessenter (blandt andet læger, kommunale sundhedsprofessionelle, patienter, politikere, projektledelse, forskere), og er derfor ikke offentligt tilgængelige, men ikke desto mindre meget væsentlige for den samlede forståelse af, hvordan målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser virker. Det er afgørende for forbedringen og designet af fremtidige målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser, at vi får de samlede erfaringer fra danske og internationale projekter i spil, både hvad angår det videnskabelige arbejde, den grå litteratur og den endnu tavse viden hos indsatsernes interessenter. I denne undersøgelse vil vi derfor gennem en realistisk syntese af litteratur og kvalitativt interview- og workshopmateriale undersøge, hvordan, for hvem og under hvilke omstændigheder målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser kan forventes at have den ønskede virkning i Danmark.

Denne undersøgelse beskriver nogle af de mere overordnede faktorer, som kan have indflydelse på, hvorvidt en målrettet individorienteret forebyggelsesindsats kan få den ønskede effekt. Undersøgelsen giver ikke konkrete anvisninger til, hvordan fremtidige indsatser skal designes, da sådanne vil være både målgruppe- og kontekstafhængige. I undersøgelsen tages der ikke stilling til, hvorvidt der bør igangsættes nye forebyggelsesindsatser, men der gives i slutningen af rapporten anbefalinger til, hvad fremtidige indsatser med fordel kan tænke ind, *såfremt* udviklingen af sådanne igangsættes.

# Individorienterede forebyggelsesindsatser i Danmark

Gennem årene er der i Danmark afprøvet en række individorienterede forebyggelsesindsatser, der har haft til formål at forebygge forskellige kroniske sygdomme ved blandt andet at tilbyde helbredstjek. Indsatserne har varieret i forhold til formål, målgruppe, organisering og indhold. De individorienterede forebyggelsesindsatser opdeles i generelle forebyggelsesindsatser, hvor helbredstjek og -samtale tilbydes til alle borgere (i en bestemt aldersgruppe uanset risiko) og målrettede forebyggelsesindsatser, hvor helbredstjek og -samtale kun tilbydes til en udvalgt målgruppe af borgere i forhøjet risiko. I de målrettede forebyggelsesindsatser identificeres målgruppen enten ved individuel risikovurdering (algoritmer, biomarkører mv.) eller ud fra eksisterende viden om højrisikogrupper (mænd, sociale boligområder mv.).

Et eksempel på en generel systematisk individorienteret forebyggelsesindsats i Danmark er Sundhedsprojekt Ebeltoft, som blev implementeret i 1991 og tilbød helbredstjek og helbredssamtaler i almen praksis til personer i alderen 30-49 år (Bernstorff et al., 2019; Lauritzen et al., 2008). Et andet dansk forebyggelsesprojekt er Inter99, som i perioden 1999-2004 tilbød helbredstjek, helbredssamtaler og opfølgende tilbud til mennesker i alderen 30-60 år (Jørgensen et al., 2014), og senere projektet Tjek dit helbred, som i perioden 2012-2016 tilbød borgere i Randers Kommune i alderen 30-49 år helbredstjek og -samtaler (Bjerregaard et al., 2022). Systematiske individorienterede forebyggelsesindsatser tilbudt den brede befolkning synes ikke at have dokumenteret effekt på populationsniveau (Krogsbøll et al., 2019; San Sebastian et al., 2019) til trods for, at der er påvist en effekt på de personer, der vælger at tage imod tilbuddene (Blomstedt et al., 2015; Larsen, Thilsing, et al., 2018). Overordnet set har de generelle individorienterede forebyggelsesindsatser vist *efficacy* (effekt under ideelle forsknings-setup) (Dyakova et al., 2016; Si et al., 2014), men ikke *effectiveness* (effekt under real life-betingelser) (Krogsbøll et al., 2019).

Som eksempler på målrettede systematiske individorienterede forebyggelsesindsatser i Danmark kan nævnes ADDITION, Tidlig Opsporing og Forebyggelse (TOF), Tjek Ind og Dit Liv – Din Sundhed (Charles et al., 2013; Kamstrup-Larsen et al., 2019; Larsen, Sandbaek, et al., 2018; Larsen, Sonderlund, et al., 2018). I Tjek ind og Dit Liv – Din Sundhed defineres den udvalgte "høj risiko"-population på baggrund af populationsbaseret viden om potentielle højrisikogrupper (her borgere uden formel uddannelse og borgere med bopæl i sociale boligområder), og helbredstjekket tilbydes alle borgere i disse prædefinerede grupper. I TOF og ADDITION har man anvendt en trinvis



screeningstilgang med validerede algoritmer til beregning af sygdomsrisiko. Kun borgere, der i henhold til algoritmen var i beregnet forhøjet risiko, fik tilbud om et helbredstjek.

Den målrettede rekruttering af deltagere kendetegner således den seneste udvikling i forebyggelsesindsatser (Larsen, 2018). En målrettet tilgang består af tre centrale komponenter: 1) En risikovurdering, der identificerer risikopopulation, 2) et helbredstjek, som også omfatter en helbredssamtale, og 3) opfølgende tiltag i form af forebyggelsestilbud, forebyggende farmakologisk behandling eller en kombination af de to. Antagelsen er, at den målrettede tilgang er mere omkostningseffektiv, fordi den reducerer antallet af personer, der får et helbredstjek (Larsen, 2018). Studier har vist positiv effekt på at mindske risiko for sygdom, hvis indsatserne målrettes grupper i forhøjet risiko (Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators, 2012; Ebrahim et al., 2011; The Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, 2014), hvilket indikerer, at en systematisk opsporing af personer i forhøjet risiko kan være relevant (Herrett et al., 2019; Khunti et al., 2015; Král et al., 2019; Løkke et al., 2012). Det er denne type målrettede individorienterede indsatser, vi fokuserer på i denne undersøgelse, og fremover vil de blive betegnet målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser eller blot forebyggelsesindsatser.

# Metode og analytisk tilgang

I det følgende beskriver vi den metodiske og analytiske tilgang til undersøgelsen af systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser.

## Undersøgelsesdesign – en realistisk syntese

I denne undersøgelse anvender vi den realistiske syntese som overordnet design. Baggrunden for dette valg er, at man i en realistisk syntese ser kompleksitet som et vilkår for en indsats og søger derfor ikke at kontrollere eller reducere kompleksiteten. I stedet anvendes erfaringer fra forskellige indsatser til generelle udsagn om, hvordan en intervention virker og under hvilke betingelser.

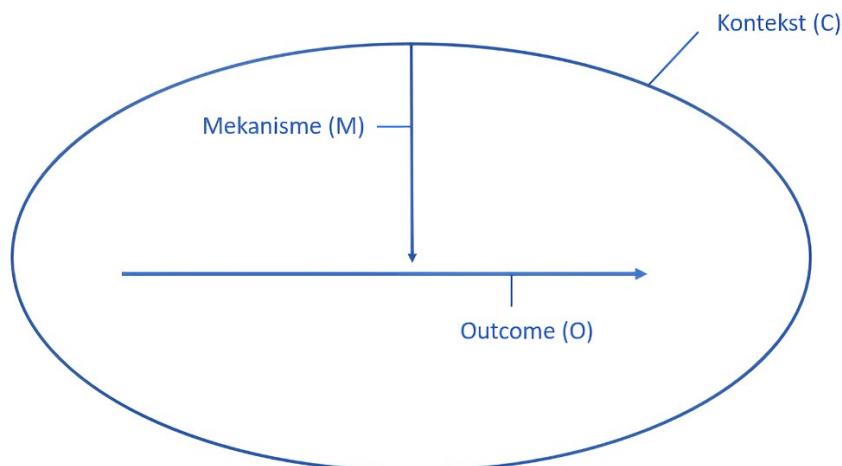
Den realistiske syntese udspringer af en kritik af kvantitative metaanalyser og systematiske reviews. Ray Pawson, som med-introducerede den realistiske evalueringstankegang, argumenterer for, at de kvantitative meta-analyser og systematiske reviews frasorterer væsentlige indsigter om konteksten, hvori en indsats implementeres, og de kan således ikke bruges til at forklare, hvorfor eller under hvilke omstændigheder en indsats i givet fald virker (Pawson, 2006). Den realistiske syntese adskiller sig endvidere fra et traditionelt systematisk review ved at være teoribaseret og have formuleringen af en programteori som mål.

## Programteori og CMO-konfigurationer

En programteori defineres som begrundede antagelser (teorier) om, hvordan en intervention kan forventes at virke, og de vilkår, der skal være til stede, for at virkningen kan forventes at indtræffe (Dahler-Larsen, 2018). Programteorier består i den realistiske syntese af en række CMO-konfigurationer, som dækker over sammenhænge mellem kontekst (C), mekanisme (M) og outcome (O) (Ravn, 2020).

I den realistiske syntese er der tale om en generativ kausalitet, hvor mekanismer og kontekst i et samspil genererer særlige virkninger (se figur 1). Det vil sige, at virkningerne af en indsats (outcomes) er afhængige af de mekanismer, som aktiveres, og de kontekster, mekanismerne udløses i. Derfor er fokus i realistiske synteser at undersøge mekanismer og kontekster, samt de outcomes disse generer.

Figur 1: Generativ kausalitet, frit efter Pawson & Tilley (1997)



Ifølge Pawson skal **mekanismer** (hyppigst) findes på individniveau og baserer sig på den generative kausalitetsforståelse (Pawson, 2013, s. 34). Det vil sige, at indsatser virker ved, at de aktiverer mekanismer hos deltagerne, og at disse mekanismer består i deltagernes reaktioner på indsatsen. Dermed er mekanismer ikke indsatsaktiviteterne i sig selv, men dels de ressourcer aktiviteterne tilbyder, og dels den respons aktiviteterne udløser hos deltagerne. Indsatsaktiviteter virker således ved, at de får deltagerne til at ræsonnere (tænke, fortolke, reflektere), som de derefter handler på (Dalkin et al., 2015).

**Kontekster** er de forhold, som aktiverer mekanismer under bestemte omstændigheder, og mekanismer er derfor kontekstafhængige. Kontekster forstås her ikke kun som den rummelige, geografiske eller institutionelle institution, men også som sociale systemer, regler, normer, værdier og indbyrdes forhold, der allerede finder sted (Pawson & Tilley, 1997). Ifølge Pawson & Tilley skal kontekster undersøges i forhold til at forstå, hvorvidt og i hvilken grad de påvirker mekanismerne (Pawson & Tilley, 1997).

**Outcomes** er de intenderede og utilsigtede konsekvenser af aktiviteterne i en indsats. Outcome er derfor ikke det samme som de tilsigtede effekter af en indsats, men kan også være en utilsigtet konsekvens af en indsats. En vigtig pointe er, at indsatser ikke producerer outcomes og effekter i sig selv, men tilbyder muligheder som kan – eller ikke kan – udløse handling via deltagernes ræsonnementer og kapacitet til at foretage tilsigtede valg (Pawson & Tilley, 1997).

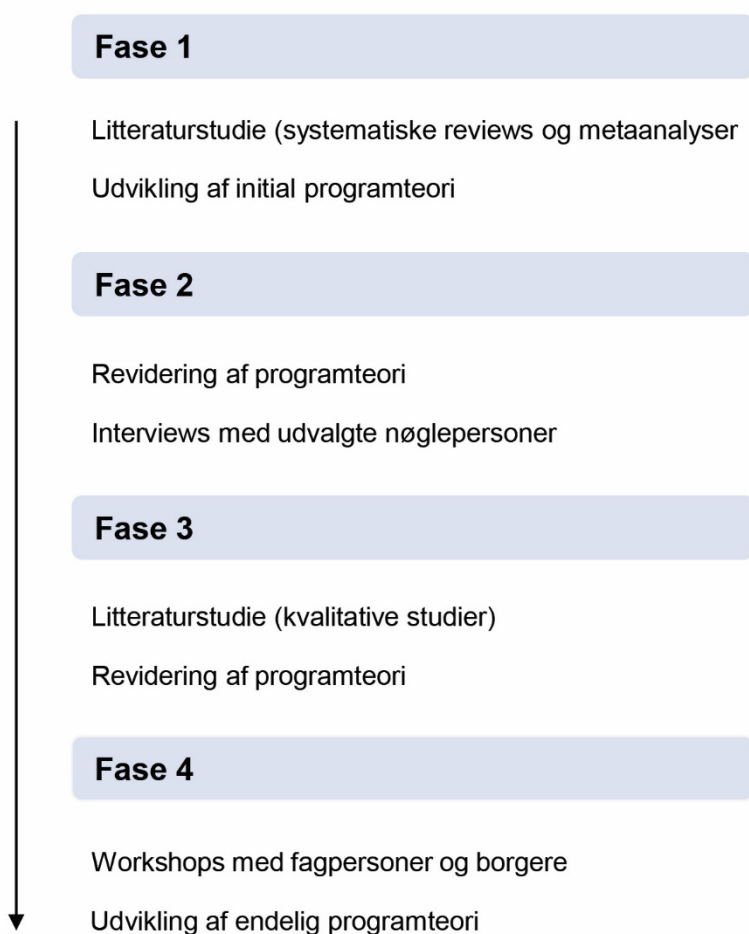
I en realistisk syntese er der altså fokus på mekanismer og de vilkår, hvorunder en given indsats forventes at virke, og ikke på selve indsatsen. Formålet med en realistisk syntese er ikke at undersøge, i hvilken grad der er opnået en signifikant effekt inden for en bestemt indsats. Dette muliggør inddragelse af erfaringer fra indsatser med forskellige formål, så længe enten mekanismerne eller

konteksten er relevant for syntesen. Dermed har den realistiske syntese potentialet til at øge vores teoretiske forståelse af, hvorfor og hvordan forebyggende helbredstjek virker.

Denne undersøgelses metodiske tilgang tager således udgangspunkt i realistisk syntese som metode med det formål at udvikle og styrke programteorier om individrettede forebyggelsesindsatser. Programteorier er i denne undersøgelse opbygget ud fra hypoteser om C+M=O. Undersøgelsen er inddelt i fire faser, som hver indeholder empiriindsamling, analyse og revidering af programteorien. Den første fase har til formål at skabe et overblik over litteraturen på området og derudfra udarbejde den første programteori. Herefter er formålet med de øvrige faser at forfine og raffinere programteorien (Rycroft-Malone et al., 2012). Dette gøres gennem en inddragelse af forskellige typer af empiri og inddragelse af forskere og fagpersoner (litteraturstudie, interviews, workshops), hvor analyserne både udforsker, hvordan empirien bekræfter den eksisterende programteori, og hvordan empirien udfordrer eller nuancerer programteorien (Rycroft-Malone et al., 2012).

Nedenfor ses en model over undersøgelsesdesignet:

Model 1: Undersøgelsesdesign



# Fase 1: Litteraturstudie 1 – systematiske reviews og metaanalyser

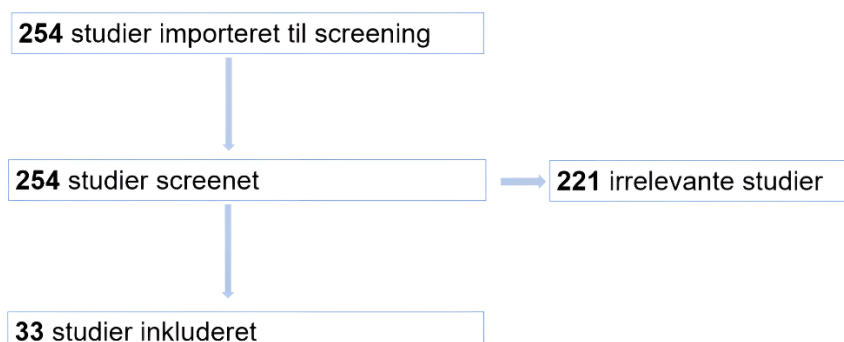
I undersøgelsens første fase gennemførte vi en systematisk litteratursøgning med fokus på systematiske reviews og metaanalyser. Med udgangspunkt i projektets overordnede undersøgelses spørgsmål var formålet med litteraturstudiet at opnå en bred indsigt i den internationale litteratur om målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser. Litteraturstudiet dannede baggrund for det første udkast til en programteori.

## Litteratursøgning

Vi gennemførte systematiske søgninger i de elektroniske bibliografiske databaser Embase, PsycINFO, Cochrane Central Database og Global Health. For hver database opbyggede vi søgestrengene og søgeblokke med udgangspunkt i formålet med litteraturstudiet (se bilag 1). Søgeordene og søgestrengene blev udarbejdet i samarbejde med en forskningsbibliotekar fra SDU's bibliotek for at kvalitetssikre de udvalgte søgeord og søgestrengenes opbygning i de udvalgte databaser. Søgningen i PsycINFO gav 31 hits, Embase 135 hits, Cochrane Central Database 32 hits og Global Health 56 hits. Den samlede litteratursøgning resulterede i 254 publikationer.

Samtlige publikationer blev screenet ud fra abstracts af to medlemmer af projektgruppen med henblik på at vurdere relevansen i forhold til litteraturstudiets formål. På den baggrund blev 33 publikationer inkluderet i den endelige analyse (se bilag 2). Nedenfor ses screeningsprocessen:

Model 2: Screeningsprocessen



## Analyse af systematiske reviews

Den indledende analyse af den fremsøgte litteratur var struktureret som en tematisk analyse (Braun et al., 2019). Inden læsningen af litteraturen havde vi fastsat en række overordnede temaer, som vi ønskede viden om, og som vi brugte til at strukturere læsningen, samtidig med at vi løbende var åbne over for at justere og tilføje nye temaer. Følgende temaer var valgt som udgangspunkt: *Udvælgelse af målgruppe; Rekrutteringsproces – barrierer og facilitatorer; Fastholdelse af folk i deltagelse; Måling og vurdering af effekt; Andre temaer/pointer/kommentarer*. Temaerne var baseret på centrale kronologiske faser i indsatsen fra udvælgelse af målgruppen til måling af effekt. Desuden åbnede temaet *Andre temaer/pointer/kommentarer* for inklusion af resultater, der gik ud over de definerede temaer. De 33 publikationer opdeltes i to grupper, således at hver artikel blev analyseret af to medlemmer af projektgruppen. Under hvert tema udviklede hver person i projektgruppen en række hypoteser i form af *hvis-så-sætninger* (Bunn et al., 2018) (se eksempler i bilag 3). En *hvis-så-sætning* kunne eksempelvis lyde: "Hvis de involverede læger og sygeplejersker tvivler på evidensen bag helbredsscreeninger, så udfordrer det implementeringen og udførelsen af indsatsen". Formålet med *hvis-så-sætningerne* var at opstille betingelser for mulige virkninger (outcomes) af indsatserne. Sætningerne var dermed et analytisk redskab til at identificere kontekst og mekanismer ud fra studiernes resultater. *Hvis-så-sætningerne* fungerede som indledende hypoteser, der dannede grundlaget for det videre arbejde med at udvikle CMO-konfigurationer og en samlet programteori.

Efter gennemlæsningen af studierne og det individuelle arbejde med *hvis-så-sætningerne* mødtes projektgruppen til to analysemøder og drøftede temaerne og *hvis-så-sætningerne*. Vi printede alle *hvis-så-sætninger*, klippede dem ud enkeltvis, og i fællesskab grupperede vi dem og justerede temaerne i forhold til mønstrene i *hvis-så-sætningerne*. På baggrund af analysen udviklede vi første udkast til en programteori bestående af seks temaer med en række hypoteser. Temaerne havde overskrifterne: Målrettet; Oplevelse af relevans i hverdagslivet; Personlig og hyppig kommunikation; Indsatsens tilgængelighed; Opbakning til implementering; Forståelse af og viden om forebyggelse (se bilag 4).

## Fase 2: Interviews

I fase 2 gennemførte vi kvalitative interviews med udvalgte nøglepersoner, som har været involveret i danske forebyggelsesindsatser. Formålet med at gennemføre disse interviews var at aktivere

den viden og de erfaringer, som interviewpersonerne har opnået gennem deres involvering i de forskellige forebyggelsesprojekter, men som ikke nødvendigvis er publiceret i rapporter eller videnskabelige artikler. Gennem interviewene går deres erfaringer fra at være tavse til at være eksplícitte (Kvale & Brinkmann, 2015). Med interviewene får vi således indblik i erfaringer fra danske forebyggelsesindsatser med fokus på indsatsernes forskellige design.

## Gennemførelse af interviews

Forud for udvælgelsen af interviewpersoner skabte vi et overblik over de største danske forebyggelsesindsatser, som indbefattede helbredstjek, der har været afprøvet inden for de seneste 40 år – både målrettede forebyggelsesindsatser og indsatser til den generelle befolkning. På baggrund af dette overblik udvalgte vi interviewpersoner ud fra to hensyn: 1) Maksimal repræsentation i forhold til de største forebyggelsesprojekter, og 2) At interviewpersonerne repræsenterer forskellige roller i projekterne. Det vil sige, at både ledere, forskere, projektmedarbejdere og praktikere er repræsenteret blandt interviewpersonerne. Vi interviewede personer, som har været involveret i følgende otte projekter: ADDITION, Dit Liv – Din Sundhed, Inter99, Sund Mand, TOF, Tjek Ind, Sundhedsprojekt Ebeltoft og Tjek dit helbred. Nedenfor ses en tabel over, hvilke roller de forskellige interviewpersoner har varetaget.

Tabel 1: Overblik over interviewpersonernes roller i forebyggelsesindsatser

Rolle	Ledere i kommune/region	Forskere	Projektmedarbejdere	Praktiserende læger	Kommunale sundhedsprofessionelle
<b>Antal interviewpersoner</b>	2	6	2	4	3

Alle interviews blev gennemført som enkeltinterviews med undtagelse af ét dobbeltinterview. Vi gennemførte 16 interviews med i alt 17 nøglepersoner, og interviewene varede cirka én time. Interviewene blev udført af to medlemmer af projektgruppen, som begge var til stede under interviewene. Nogle af interviewene foregik fysisk, mens andre blev gennemført online med video eller som telefoninterviews. Interviewene tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, som efterlod rum til, at interviewet kunne bevæge sig i den retning, der var mest nærliggende i forhold til den enkelte interviewpersons viden og erfaring (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi udviklede interviewguides med udgangspunkt i det første udkast til programteorien, og guiden indbefattede temaerne *implementering, udvælgelse af målgruppe, rekruttering, interventionens elementer, fastholdelse af deltagere, mental sundhed og effektmåling og evalueringsmetoder* (se bilag 5 for eksempel på interviewguide). Vi tilføjede et tema om mental sundhed, da vi var interesseret i at undersøge,

hvilken rolle det spillede i indsatserne. Interviewguiden blev individuelt tilpasset den enkelte interviewperson og den indsats, som vedkommende havde erfaring fra. Interviewene blev optaget digitalt og transskriberet.

## Analyse af interviews

Analysen af interviewene har været induktiv, hvilket vil sige, at vi i læsningen af interviewene har forholdt os åbent til indholdet, således at der var mulighed for, at det første udkast til programteorien kunne blive suppleret af nye temaer. Vi gennemførte en tematisk analyse af interviewene (Braun et al., 2019), hvor tre medlemmer af projektgruppen læste alle transskriptionerne igennem og noterede pointer undervejs, som vi efterfølgende gennemgik i fællesskab på to analyse møder. Undervejs i gennemgangen noterede vi hinandens pointer på post-its, som vi til sidst grupperede tematisk. Ud fra denne proces identificerede vi følgende temaer: Målgruppe; Rekruttering; Metode; Organisatoriske rammer; Sammenhæng i indsatsen; Genkendelighed; Tilgængelighed og relevans; Mødet med borgeren. Herefter sammenholdt vi analysen med vores initiale programteori og dertilhørende CMO-konfigurationer og vurderede, på hvilke områder analysen af de kvalitative interviews gav anledning til ændringer, nuanceringer og tilføjelser.

På baggrund af analysen udviklede vi anden version af en samlet programteori bestående af en række hypoteser under temaerne *Målrettet; Rekruttering og deltagelse; Opbakning til implementering; Bæredygtighed; Sammenhæng i indsatsen* (se bilag 7).

## Fase 3: Litteraturstudie 2 – grå litteratur og kvalitative studier

I fase 3 gennemførte vi to forskellige litteratursøgninger og to separate analyser med det overordnede formål at justere og kvalificere programteorien.

### Litteratursøgning – grå litteratur og kvalitative studier

Den første litteratursøgning i denne fase bestod i en søgning efter grå litteratur (rapporter, evalueringer og lignende) fra danske forebyggelsesindsatser. Med udgangspunkt i de forebyggelsesindsatser, vi på forhånd var bekendt med, søgte vi efter evalueringsrapporter på projekternes hjemmesider og på Google. Derudover foretog vi åbne søgninger efter evalueringer af danske målrettede forebyggelsesindsatser på Google. En del af den grå litteratur er også blevet indsamlet



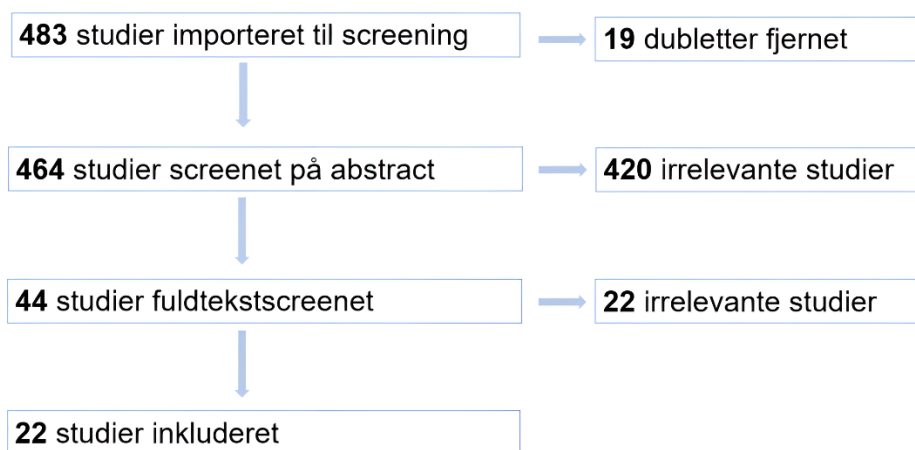
løbende gennem fase 2, da interviewpersoner fra de forskellige projekter tilsendte os rapporter i forlængelse af interviewet (se bilag 8 for en oversigt over den grå litteratur).

Den anden litteratursøgning, vi gennemførte i denne fase, var en systematisk litteratursøgning efter kvalitative peer-reviewede artikler om målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser i Norden, Holland og Storbritannien. Formålet med at fokusere på kvalitative studier var, at disse kan bruges til at give en indsigt i giver indblik i deltagernes oplevelse af helbredstjek og -samtaler, idet en del kvalitative studier baserer sig på interviews med borgere og professionelle. Formålet med den geografiske afgrænsning af søgningen var at inkludere studier, der tog udgangspunkt i studiepopulationer og sundhedssystemer, der minder om det danske, således at resultaterne med større sandsynlighed kunne overføres til danske forhold.

Den systematiske litteratursøgning blev gennemført i databaserne Embase, PsycINFO, Cochrane Central Database og Global Health. For hver database blev der opbygget søgestrengene og søgeblokke med udgangspunkt i formålet med litteraturstudiet. Vi udarbejdede søgeordene og søgestrengene i tæt samarbejde med en forskningsbibliotekar fra SDU's bibliotek. Vi screenede studierne i softwareprogrammet Covidence, hvor hvert studie blev screenet af to fra projektgruppen.

Nedenfor ses screeningsprocessen:

Model 3: Screeningsprocessen



## Analyse af grå litteratur og kvalitative studier

Litteratursøgningen efter grå litteratur gav 19 rapporter. Vi gennemførte en tematisk analyse af rapporterne (Braun et al., 2019) med udgangspunkt i temaerne fra anden version af programteorien. Vi analyserede rapporterne med fokus på, om pointerne henholdsvis 1) gav anledning til tilføjelser

eller justeringer af programteorien, 2) bidrog til at underbygge vores programteori, og/eller 3) stod i modsætning til dele af programteorien. I analysen af studierne forholdt vi os desuden åbne over for, om analysen kunne give anledning til inkorporeringen af nye temaer i programteorien.

Litteratursøgningen efter kvalitative peer-reviewede artikler gav 22 relevante studier. Studierne blev kodet ved hjælp af programmet NVivo. Vi lavede de indledende koder ud fra programteorien fra fase 2, mens nye koder kom til undervejs i læsningen af studierne. De overordnede koder var: *Målgruppe; rekruttering og deltagelse; prioritering af indsats og opbakning til implementering; mødet med borgeren; afledte virkninger og nye pointer* (se bilag 11). Efter at have kodet studierne begyndte vi analysen af al den kodede tekst, hvor vi ligesom i analysen af den grå litteratur fokuserede på, om pointerne bidrog til at underbygge programteorien, gav anledning til tilføjelser og justeringer, eller om pointerne stod i modsætning til dele af programteorien. Igen forholdt vi os åbne over for, om analysen kunne give anledning til nye temaer.

På baggrund af de to analyser udarbejdede vi en tredje version af programteorien (se bilag 12).

Løbende gennem alle undersøgelsens faser har vi indsamlet relevante artikler, som projektgruppen var bekendt med, men som ikke nødvendigvis levede op til kriterierne for de systematiske litteratursøgninger. Denne mere uformelle form for litteraturindsamling, hvor man trækker på viden og ekspertise i projektgruppen, er karakteristisk for en realistisk syntese og er noget, der typisk finder sted gennem hele dataindsamlingsprocessen (MacDonald et al., 2016). Litteraturen herfra er løbende blevet brugt til at underbygge og justere programteorien.

## **Fase 4: Workshops med fagpersoner og borgere**

I fase 4 afholdt vi workshops med fagpersoner og borgere med den hensigt at præsentere og kvalificere vores analyse og programteori som sidste led i arbejdet med at tilpasse den. Vi udførte i alt fire workshops i henholdsvis Aarhus, Kolding, Odense og Holbæk. Til tre workshops var deltagerne professionelle, det vil sige enten forskere, projektmedarbejdere eller sundhedsprofessionelle fra tidligere danske forebyggelsesindsatser. Fire af de professionelle deltagere deltog også i interview i fase 2. Til den sidste workshop inviterede vi udelukkende borgere. I alt deltog 16 personer. På næste side ses en tabel over workshopdeltagerne:

Tabel 2: Overblik over workshopdeltagerne og deres roller i forebyggelsesindsatserne

Rolle	Ledere i kommune/region	Forskere	Projektmedarbejdere	Praktiserende læger	Kommunale sundhedsprofessionelle	Borgere
Antal deltagere	1	5	3	1	3	3

## Workshops med professionelle

Formålet med at afholde workshops med de professionelle var at afprøve vores programteori og få deltagerne til at kommentere på den ud fra deres viden om og erfaringer med at designe og udføre målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser.

Workshops er et produktivt metodisk greb, når man ønsker, at deltagerne skal forholde sig til et konkret problem eller produkt, hvor de skal samarbejde om at finde frem til udfordringer og mulige løsninger (Pavelin et al., 2014). De tre workshops varede 2,5 time. I hver af de tre workshops deltog 4-5 professionelle (se bilag 13 for oversigt over workshopdeltagerne).

Workshoppen med de professionelle var struktureret således, at deltagerne først fik en grundig gennemgang af programteorien. Derefter bad vi dem om deres umiddelbare vurdering af programteorien ud fra spørgsmålene: 1) *Hvad stemmer overens med din viden/erfaringer?* 2) *Hvad er i uoverensstemmelse med din viden/erfaringer?* 3) *Hvad har vi overset?* De fik tid til at reflektere over spørgsmålene hver især og notere på post-its, og efterfølgende diskuterede de dem i plenum.

I anden halvdel af workshoppen bad vi deltagerne reflektere over de største barrierer for fremtidige systematiske målrettede forebyggelsesindsatser. I fællesskab grupperede vi barriererne efter emne, og i en fælles diskussion bidrog deltagerne med forslag til løsninger på barriererne, hvilket blev noteret på en tavle.

Medlemmerne i projektgruppen påtog sig forskellige roller og ansvarsområder under workshoppen. En person var facilitator, mens en anden tog tid på øvelserne, og en tredje havde ansvar for at tage grundigt referat. Samtalerne blev optaget på en diktafon som supplement til referatet.

## Workshop med borgere

Workshoppen med borgere havde fokus på yderligere at udforske de analytiske temaer, som programteorien bygger på, og få indblik i, hvilke forventninger deltagerne ville have, hvis de blev inviteret til et forebyggende helbredstjek, samt hvad der ville motivere dem til tage imod invitationen.

Vi rekrutterede deltagerne gennem henholdsvis lokale grupper på Facebook og gennem Steno Diabetes Center Sjællands brugerpanel (se invitationen i bilag 14). De tre deltagende borgere var i alderen 50-65 år, og to af dem havde fået diagnosen T2DM inden for de sidste syv år, mens den tredje havde udviklet graviditetsdiabetes under to graviditeter, men var ellers rask. Workshoppen varede to timer.

Programmet for workshoppen var todelt. Den første del bestod i et gruppeinterview med fokus på at få deltagerne til at reflektere over, hvad de forstår ved et godt helbred og om deres erfaringer med helbredstjek. Denne viden bidrog med en forståelse af, hvad borgerne lægger vægt på ved deres helbred og dermed også, hvad der for dem vil være et tilfredsstillende helbredstjek.

Den anden del af programmet tog udgangspunkt i nogle på forhånd formulerede vignetter om en fiktiv person, der blev indkaldt til en forebyggende helbredstjek og -samtale. Vignetterne bestod i tre dele, der henholdsvis handlede om invitationen til helbredstjekket, selve udførelsen af helbredstjekket og til sidst de opfølgende tiltag. Vi læste vignetterne op én ad gangen for deltagerne, hvorefter vi bad dem forholde sig til den fiktive persons situation og diskutere, hvordan de selv ville have det, hvis de stod i den fiktive persons situation. Formålet med denne metode var at give deltagerne et konkret eksempel på, hvordan forløbet for forebyggelsesindsats kunne se ud og give dem et fælles udgangspunkt at tale ud fra (Barter & Renold, 2000; Grønhøj & Bech-Larsen, 2010). På den måde kunne deltagerne tale mere frit uden at udlægge detaljer om eget liv, og vi fik indsigt i deres umiddelbare reaktioner på den fiktive persons oplevelser.

## Analyse af workshops

Efter afviklingen af de fire workshops gennemgik to personer i projektgruppen datamaterialet i form af de detaljerede referater, der blev taget undervejs, samt deltagernes pointer, som de skrev ned på post-its under øvelserne. Projektgruppen samlede op i fællesskab og diskuterede, hvordan de forskellige inputs bidrog til justeringer og tilføjelser af programteorien. På den baggrund justerede vi programteorien.

Den fjerde og sidste version af programteorien indeholder temaerne *Målgruppe; Rekruttering og deltagelse; Mødet mellem professionelle og deltagere; Opfølgende tiltag; Implementering og drift; Fælles forståelse af indsatsen; Afledte virkninger*. Disse vil blive udfoldet i rapportens resultatafsnit.

# Etiske overvejelser

I dette afsnit præsenterer vi de etiske overvejelser, vi har haft i forbindelse med gennemførelsen af undersøgelsen.

## Professionelle og personlige erfaringer

Etiske spørgsmål og overvejelser i en kvalitativ undersøgelse er noget, man som forsker konfronteres med løbende, og som man bør forholde sig til kontinuerligt igennem alle undersøgelsens faser (Kvale & Brinkmann, 2015). Det gør sig ligeledes gældende i denne undersøgelse.

Størstedelen af informanterne, som indgår i undersøgelsen, deltager i kraft af deres virke som professionelle ledere eller medarbejdere i forebyggelsesindsatser. Deres erfaringer er derfor primært faglige, og i hverken interviews eller workshops med de professionelle informanter berører vi personlige og følsomme emner. Dog var vi opmærksom på, at der alligevel kan være noget på spil, når man spørger ind til informanternes arbejde.

En mindre informantgruppe i undersøgelsen var privatpersoner, som deltog i borgerworkshoppen i kraft af at være potentielle modtagere af et forebyggende helbredstjek. I den forbindelse bidrog informanterne med deres personlige erfaringer med både egen og familiemedlemmers sygdom. Disse emner var af mere følsom karakter, og undervejs i workshoppen gjorde vi derfor løbende deltagerne opmærksom på, at deres udtalelser ville blive behandlet fortroligt, og at de kun skulle svare på de spørgsmål, de følte sig tilpas ved at svare på. Desuden sikres det, at deres individuelle besvarelser og inputs ikke kan identificeres i den offentligt tilgængelige rapport.

Selvom der er forskel på den type erfaringer, vi trækker på og spørger ind til hos de forskellige informantgrupper, så er vi opmærksom på, at det uanset hvad altid vil være en indtrængning i informanternes hverdagsliv, når vi inddrager dem i et forskningsprojekt. Derfor var vi gennem både interviews og workshops opmærksomme på at sikre, at informanterne følte sig trygge i situationen, og at de havde mulighed for at stille spørgsmål.

## Anonymitet og samtykke

I projektet anonymiserer vi deltagerne i så vid udstrækning, det kan lade sig gøre. Dog er det ikke muligt fuldstændig at anonymisere de professionelle informanter i udgivelsen af resultaterne, da projektet tager udgangspunkt i kendte danske forebyggelsesindsatser, som der er et begrænset antal af og dermed også begrænset antal involverede personer. Det vil sige, at personer, der har

været involveret i en indsats, muligvis vil kunne genkende sig selv eller andre i de citater og stillingsbetegnelser, der fremgår i rapporten. Vi har dog anonymiseret citater i den udstrækning, at de stadig er forståelige i et forsøg på at minimere sandsynligheden. Alle informanter er blevet gjort opmærksom på dette forbehold både skriftligt og mundtligt, inden de deltog i undersøgelsen. Derudover har vi levet op til gældende GDPR-regler og både mundtligt og skriftligt informeret interviewpersoner og workshopdeltagere om projektet og om deres anonymitet, ligesom vi har fået deres skriftlige samtykke på både en etisk samtykkeerklæring og på en samtykkeerklæring om behandling af personoplysninger.

# Resultater

På baggrund af den samlede analyse af studierne fra de to litteratursøgninger, interviewene med nøglepersoner samt workshops har vi formuleret en programteori, der rummer syv temaer. De syv temaer er: *Målgruppe; Rekruttering og deltagelse; Mødet mellem professionelle og borgere; Opfølgende tiltag; Implementering og drift; Fælles forståelse af indsatsen; Afledte virkninger*. Nogle af temaerne har én eller flere CMO-konfigurationer (hypoteser om, hvordan en indsats forventes at virke baseret på formlen kontekst + mekanisme = outcome), mens de to temaer, som beskriver henholdsvis valg af målgruppe for fremtidige forebyggelsesindsatser og afledte virkninger af forebyggelsesindsatser ikke består af CMO-konfigurationer. Nedenfor præsenterer vi den samlede programteori, og i de følgende afsnit vil vi udfolde hvert af temaerne yderligere.

## Samlet programteori

Programteorien peger på for hvem, hvordan og under hvilke betingelser, man kan forvente at se en virkning af systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser over for kronisk sygdom hos personer i forhøjet risiko. Med programteorien opstilles hypoteser om, hvordan disse forebyggelsesindsatser forventes at virke, og de vilkår, der skal være til stede for, at virkningen kan forventes at indtræffe (Dahler-Larsen, 2018).

Tabel 3: Oversigt over temaer, hypoteser, CMO-konfigurationer og understøttende studier

Tema	Hypotese	Studier der understøtter hypotesen
<b>Målgruppe</b>	<p><u>Hvis</u> forebyggende helbredstjek målrettes grupper i forhøjet risiko for at udvikle kronisk sygdom, <u>så</u> er der størst potentiale for at reducere risiko.</p> <p><u>Hvis</u> indsatsen målrettes grupper, som er i forhøj risiko, og som ikke har ressourcer eller fleksibilitet i hverdagen, <u>så</u> er det mindre sandsynligt, at de svarer på invitationen, og at de deltager.</p>	(Annamalai et al., 2017; Bijker & Agyemang, 2016; Bjerregaard et al., 2019; Bjerregaard et al., 2016; Chamnan et al., 2010, 2012; Collins et al., 2012; de Waard et al., 2018; Eastwood et al., 2013; Hosseinpoor et al., 2012; Ismail & Kelly, 2015; Jerliu et al., 2013; Khunti et al., 2015; Koopmans et al., 2012; Larsen et al., 2019a, 2019b; Larsen, Sonderlund, et al., 2018; Lawson et al., 2010; Macinko, 2003; Mackenbach et al., 2008; Marmot et al., 2008; Marmot et al., 1987; Martinez et al., 2008; Moinuddin, 2016; Momen et al., 2020; Murray et al., 2012; NIRAS, 2015; Riley et al., 2015; Sandbaek et al., 2008; Scott & Happell, 2011; Stanley &

		Laugharne, 2012; Stuber et al., 2020; Sun et al., 2018; Thilsing et al., 2021; Vari, 2016; Wandell et al., 2018; White et al., 2011; Yousaf, 2015)
<b>Rekruttering og deltagelse</b>	CMO 1: Hvis indsatsen opleves som relevant i forhold til modtagerens konkrete livssituation, <u>så</u> er vedkommende mere motiveret for at deltage.	(Bjerregaard & Norman, 2017b; Broholm-Jørgensen et al., 2019; Broholm-Jørgensen et al., 2020; Eastwood et al., 2013; Eborall et al., 2012; Enocson et al., 2018; Harkins, 2010; Moller & Merrild, 2019; Riley et al., 2015; Stuber et al., 2020; Tonnon, 2014)
	CMO 2: Hvis indsatsen opleves som let tilgængelig, <u>så</u> er modtageren mere tilbøjelig til at deltage.	(Bjerregaard et al., 2020; Corrrigan et al., 2006; Ellis et al., 2015; Enocson et al., 2018; Harkins, 2010; Ismail & Kelly, 2015; Liljas et al., 2019; Murray et al., 2012; Olaya-Contreras et al., 2019; Stol et al., 2018; Stuber et al., 2020; Thilsing et al., 2021; Thilsing, 2020; Zhou et al., 2020)
	CMO 3: Hvis indsatsens elementer opleves som genkendelige, <u>så</u> er modtageren mere tilbøjelig til at deltage.	(Brangan et al., 2019; Bunten et al., 2020; Eastwood et al., 2013; Ellis et al., 2015; Goldfarb et al., 2015; Harkins, 2010; NIRAS, 2015; Olaya-Contreras et al., 2019; Stuber et al., 2020)
<b>Mødet mellem professionelle og deltagere</b>	CMO 4: Hvis de professionelle i mødet med deltageren tager udgangspunkt i deltagerens behov og livssituation, <u>så</u> fører det til afdækning og igangsættelse af relevant opfølgning.	(Broholm-Jørgensen et al., 2020; Groenendijk-van Woudenberg et al., 2022; Harkins, 2010; Ismail & Kelly, 2015; Mølbak et al., 2022; Riley et al., 2015; Ringkøbing-Skjern Kommune, 2017; Stol et al., 2018; Wandell et al., 2018; Whitlock & Williams, 2003)
<b>Opfølgende tiltag</b>	CMO 5: Hvis den opfølgende indsats opleves som tilgængelig og relevant, <u>så</u> er modtageren mere tilbøjelig til at deltage.	(Corrrigan et al., 2006; Ellis et al., 2015; Enocson et al., 2018; Harkins, 2010; Murray et al., 2012; NIRAS, 2015; Olaya-Contreras et al., 2019; Stol et al., 2018; Stuber et al., 2020)
<b>Implementering og drift</b>	CMO 6: Hvis indsatsen opleves relevant for dem, der udfører den, <u>så</u> styrkes implementeringen og driften.	(Corrrigan et al., 2006; Hvidt, 2017; Ismail & Kelly, 2015; Mills et al., 2017; NIRAS, 2015; Stuber et al., 2020; Tonnon, 2014; Wandell et al., 2018)
<b>Fælles forståelse af indsatsen</b>	CMO 7: Hvis der er fælles forståelse af formål, outcome og succeskriterier på tværs af de involverede parter i indsatsen, <u>så</u> styrkes implementering og evaluering.	(Alvarez-Bueno et al., 2015; Hvidt, 2017; Mills et al., 2017; Si et al., 2014; Wandell et al., 2018)
<b>Afledte virkninger</b>	Virkninger der rækker ud over det ønskede resultat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stigmatisering</li> <li>- Ulighed i sundhed</li> <li>- Overdiagnosticering/-medicinering og sygeliggørelse</li> <li>- Falsk tryghed for borgerne.</li> </ul>	(Bender et al., 2019; Det Ethiske Råd, 2019; Enocson et al., 2018; Harkins, 2010; Holtug et al., 2009; Hvidt, 2017; Mills et al., 2017; Riley et al., 2015; Søndergaard et al., 2012; Wright et al., 2006)



# Målgruppe

Målgruppen er et centralt tema i undersøgelsen, da vi har fokus på systematiske og individorienterede forebyggelsesindsatser, som er målrettet en bestemt befolkningsgruppe frem for den brede befolkning. Derfor er det et gennemgående spørgsmål, hvilke målgrupper der er relevante at målrette forebyggelsesindsatser mod. I analysen identificerede vi to hovedpointer, der knytter sig til udvælgelsen af en relevant målgruppe:

1. Hvis forebyggende helbredstjek målrettes grupper i forhøjet risiko for at udvikle kronisk sygdom, så er der størst potentiale for at reducere risiko.
2. Hvis indsatsen målrettes grupper i forhøjet risiko, som ikke har ressourcer eller fleksibilitet i hverdagen, så er det mindre sandsynligt, at de svarer på invitationen, og at de deltager.

De to pointer rummer en væsentlig udfordring, da dem, som vil have størst udbytte af en forebyggelsesindsats, samtidig er mindre tilbøjelige til at takke ja til tilbuddet og mindre tilbøjelige til at deltage. I de følgende afsnit uddyber vi de to pointer.

## Forebyggelsesindsatser målrettet personer i forhøjet risiko

På tværs af interviewene er der en fælles holdning til, at forebyggelsesindsatser bør målrettes grupper, som på baggrund af eksisterende viden forventes at være i forhøjet risiko for at udvikle kronisk sygdom. Denne målgruppe menes at rumme det største potentiale for at mindske risikoen for kronisk sygdom gennem ændringer i sundhedsadfærd. Denne pointe understøttes af litteraturen på området (Chamnan et al., 2010, 2012; Khunti et al., 2015; Lawson et al., 2010; Riley et al., 2015). Samtidig peger undersøgelsens datamateriale på, at selvom forebyggelsesindsatser forsøges målrettet til grupper, hvor den gennemsnitlige risiko for kronisk sygdom er forhøjet, så er det typisk de personer, der i forvejen har en hensigtsmæssig sundhedsadfærd, som takker ja til invitationen, blandt andet fordi de gerne vil bekræftes i, at de lever sundt:

*"Og det, man ser i alle de her typer undersøgelser, er, at der er en overvægt af kvinder, og de er mere ressourcerstærke, veluddannede i det hele taget. Man får ikke fat på dem, der ligesom sidder på bænken og drikker eller ja, er hjemløse eller lignede. De er meget, meget svære at få fat i. [...] Så det er virkelig det der med at få fat på dem, der i virkeligheden har brug for det."*

- Forsker (IP3)

*”Almen praksis oplevede, at det var patienter, som efterspurgte sådan et 13.000 kilometers eftersyn [som tog imod invitationen]. Så nogle af de mennesker, som havde en ganske sund livsstil og var ’grønne’ i vores kategorisering, havde et behov for at komme hen til almen praksis og få den der bekræftelse på, at de sådan set godt kunne forsætte med rødvinen eller den enkelte cigaret eller nogle andre ting fremover. De der grupper hører slet ikke hjemme i almen praksis.”*

- Leder i kommune/region (IP8)

Baseret på vores datamateriale har vi i denne undersøgelse identificeret nogle bestemte befolkningsgrupper, som er meningsfulde at fokusere på i fremtidige forebyggelsesindsatser, da de statistisk set har en forhøjet risiko for at udvikle kronisk sygdom. Dog er det vigtigt at understrege, at én indsats ikke kan dække alle målgrupper samtidig, og at valg af målgruppe afhænger af konteksten. De grupper, vi har identificeret, udgør: Mænd (Moinuddin, 2016; Vari, 2016; White et al., 2011; Yousaf, 2015), grupper med etnisk minoritetsbaggrund (Bijker & Agyemang, 2016), grupper med lav socioøkonomisk status, for eksempel grupper med kort uddannelse og/eller i arbejdsløshed (Hosseinpour et al., 2012; Jerliu et al., 2013; Macinko, 2003; Mackenbach et al., 2008; Marmot et al., 2008; Marmot et al., 1987), grupper med beregnet høj sygdomsrisiko (baseret på algoritmer) (Larsen et al., 2019b; Larsen, Sonderlund, et al., 2018; Martinez et al., 2008; Sandbaek et al., 2008) og grupper med psykisk og fysisk funktionsevnenedsættelse (Annamalai et al., 2017; Collins et al., 2012; Momen et al., 2020; Scott & Happell, 2011; Stanley & Laugharne, 2012; Sun et al., 2018).

Ligesom der på tværs af interviews og i litteraturen er enighed om, at fremtidige forebyggelsesindsatser bør målrettes grupper i forhøjet risiko, så er der samtidig en fælles forståelse af, at netop menneskerne i disse risikogrupper er mindre tilbøjelige til at tage imod tilbuddet om et forebyggende helbredstjek (Larsen et al., 2019a; Riley et al., 2015). Blandt dem, der er mindre tilbøjelige til at deltage, nævnes eksempelvis beboere i lokalområder med lav socioøkonomisk status, mennesker med mentale helbredsproblemer, mennesker med kort uddannelse og mennesker i arbejdsløshed (Bjerregaard et al., 2019; Bjerregaard et al., 2016; de Waard et al., 2018; Koopmans et al., 2012; Murray et al., 2012).

Udfordringen i at nå disse målgrupper med indsatser, der handler om at ændre sundhedsadfærd, er blandt andet, at den type indsatser afkræver høj grad af agens og handlemuligheder af den enkelte, hvilket ikke harmonerer med at have færre ressourcer, manglende støtte fra socialt netværk og mindre grad af sundhedskompetence, hvilket ofte gør sig gældende for personer med lav socioøkonomisk status (Stuber et al., 2020). I interviewene bliver det understreget, at disse målgrupper

ofte har mindre fleksibilitet i deres hverdag og ikke mindst andre bekymringer i deres liv, som prioriteres højere end deres sundhed:

*"Og det er jo det samme, man ser alle steder omkring deltagelse: Dem, som har færrest ressourcer, kommer ikke. Der skal først noget mere håndholdt til for at få dem med, og det skal måske være mere målrettet dem. Eller de skal i hvert fald kunne se lyset i, hvorfor er det, jeg skal komme, og hvordan skal jeg overhovedet komme derhen? Fordi jeg skal med tre busser, og jeg har også fire børn, der skal hentes."*

- Forsker (IP2)

Lignende pointer bliver fremhævet på workshopsene og i litteraturen, og særligt fordi indsatserne handler om forebyggelse og ikke behandling, kan det være udfordrende for mange at se meningen med det (Ismail & Kelly, 2015; Wandell et al., 2018). Når det kommer til de allermest socialt udsatte grupper, peger flere interviewpersoner på, at det er nødvendigt at indføre langt mere opsøgende indsatser, og at det måske snarere er socialt arbejde, der er behov for, frem for forebyggende sundhedsindsatser.

## **Betydningen af et dybdegående kendskab til indsatsens målgruppe**

Ud fra datamaterialet bliver det tydeligt, at vil man målrette forebyggelsesindsatser mod den målgruppe, som er mindst tilbøjelige til at takke ja til tilbuddet, så er det afgørende, at en fremtidig indsats bruger tid og ressourcer på at sætte sig ind i målgruppens behov.

I den forbindelse er det en forudsætning at lave en tydelig og afgrænset definition af indsatsens målgruppe for at kunne tilpasse indsatsen til dem, man gerne vil nå. Derudover blev det fremhævet, at fremtidige forebyggelsesindsatser bør lave en grundig behovsanalyse forud for igangsættelsen for at få et indblik i, hvad målgruppen vil finde relevant:

*"Vi bør starte med at spørge borgerne, om de er interesserede i, at vi hjælper – og i så fald hvordan. Men det hele er designet ud fra, at vi som forskere skal starte med interventionen og med politisk opbakning. Det starter ikke med, at borgerne udtrykker et ønske. Men vi bør starte med at undersøge, hvad det er, målgruppen gerne vil."*

- Forsker (WSD6)

Behovsanalyse er en undersøgelse og vurdering af omfanget og arten af de mulige brugeres (både dem, der skal modtage indsatsen og dem, der skal levere den) behov for en indsats, herunder

behov i forhold til udformning og implementering. Vigtigheden af en behovsanalyse understreges i et kvalitativt studie af erfaringerne fra NHS Health Check Programme i England. I studiet påpeges betydningen af løbende at udvikle og tilpasse forebyggelsesindsatsen for at sikre, at indsatsen er designet og implementeret på en meningsfuld måde, som passer til de specifikke lokale behov hos målgruppen (Ismail & Kelly, 2015). Det handler både om at tilpasse de praktiske omstændigheder og forankringen af indsatsen, men i særdeleshed også kommunikationen (Thilsing et al., 2021). Blandt andet bliver det understreget, at ønsker man at nå en særlig målgruppe med sundhedsfremmende indsatser, så bør man tage højde for og sætte sig ind i målgruppens specifikke sundhedsopfattelser og anvende et sprog, der er meningsfuldt i forhold til målgruppens forståelser af sundhed og forebyggelse (Eastwood et al., 2013; Ismail & Kelly, 2015).

Desuden blev det særligt på én workshop fremhævet, at fremtidige forebyggelsesindsatser bør gøre brug af brugerinddragelsesprocesser. Brugerinddragelse adskiller sig fra behovsanalyse ved at give brugere af sundhedsvæsnets reel indflydelse under udviklingen af nye indsatser (Munch-Petersen & Larsen, 2019). I en evaluering af 12 kommuners indsats for forebyggelse og sundhedsfremme i nærmiljøer med høj koncentration af mindre ressourcestærke borgere fremhæves gode erfaringer med brugerinddragelse (NIRAS, 2015). De kommunale sundhedsindsatser havde gode erfaringer med at involvere brugere fra nærmiljøet tidligt i projektperioden og lade brugernes idéer og ønsker være udgangspunktet for udviklingen af indsatserne (NIRAS, 2015).

# Rekruttering og deltagelse

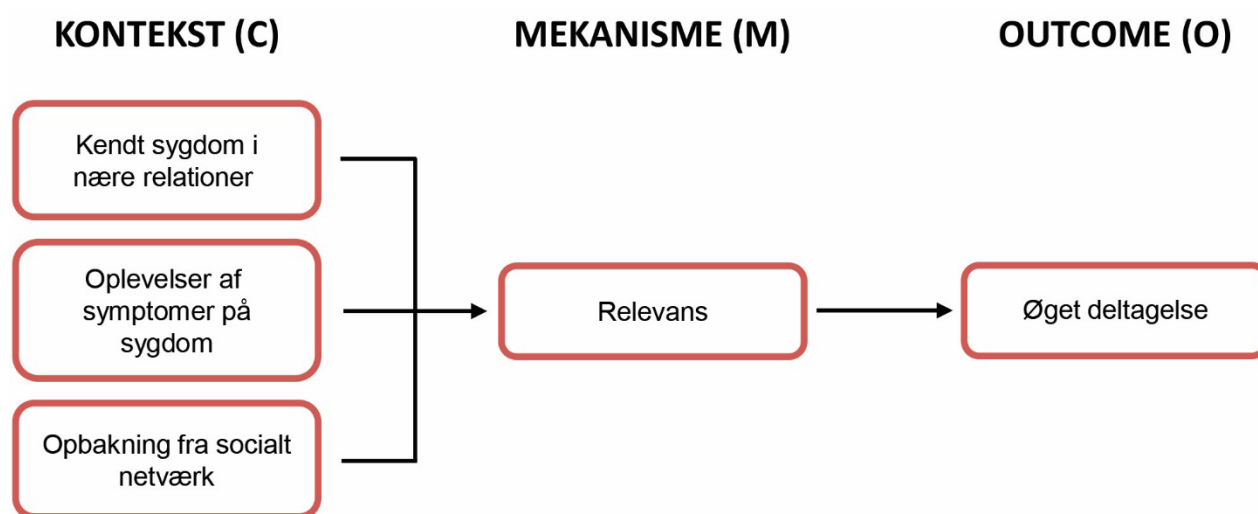
Dette tema handler om rekruttering og deltagelse i forbindelse med systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser. Under dette tema beskæftiger vi os med, hvilke kontekster der forventes at kunne bidrage til at øge deltagelsen i indsatserne. Vi præsenterer tre forskellige CMO-konfigurationer i dette tema.

## CMO 1: Relevans

Den første CMO-konfiguration under temaet *Rekruttering og deltagelse* handler om betydningen af, at deltagerne oplever indsatsen som relevant. Den overordnede pointe er, at hvis indsatsen opleves som relevant i forhold til modtagerens konkrete livssituation, så er vedkommende mere motiveret for at deltage. I CMO'en fremhæver vi tre kontekstuelle vilkår, som bidrager til at øge målgruppens oplevelse af relevans og dermed deltagelse i en forebyggelsesindsats.

Nedenfor i model 4 ses CMO-konfigurationen:

Model 4: CMO 1 om rekruttering og deltagelse



I et studie med fokus på barrierer for deltagelse blandt grupper med lav socioøkonomisk status bliver den manglende oplevelse af relevans fremhævet som den hyppigste grund til ikke at deltage (Harkins, 2010). Manglende relevans kan for eksempel handle om, at modtageren oplever at have et godt helbred og derfor ikke ser et behov for at forandre noget (Harkins, 2010). Den manglende oplevelse af relevans kan også skyldes, at modtageren mangler viden om, hvad helbredstjekket indebærer, og hvad vedkommende vil få ud af at få foretaget et helbredstjek (Harkins, 2010).

Derudover kan risikoen for kronisk sygdom forekomme abstrakt at forholde sig til, samtidig med at flere deltagere undervurderer den betydning, som sundhedsadfærd kan have på risikoen for sygdom, hvilket gør det mindre nærliggende for folk at ændre sundhedsadfærd (Moller & Merrild, 2019; Tonnon, 2014).

I de følgende afsnit uddyber vi de tre kontekstuelle vilkår, som kan bidrage til en oplevelse af relevans hos modtagerne af indsatsen.

## **Kendt sygdom i nære relationer**

På workshoppen med borgere blev det tydeligt, at borgernes historik og erfaringer med sygdom i familien påvirker dem og betød, at risikoen for selv at udvikle sygdomme føltes virkelig for dem. En deltager beskrev et stort behov for at komme sygdommen i forkøbet, fordi hendes mor havde udviklet T2DM. Sygdom i familien udgør for workshopdeltageren den primære motivation for at ville tage imod tilbuddet om et forebyggende helbredstjek.

På samme måde beskriver en praktiserende læge i et interview betydningen af at opleve sygdom tæt på:

*”Det rykker noget den dag, hvor der er sket et eller andet. Når naboen har fået en blodprop i hjertet eller noget lignende. Pludselig kan det sætte nogle tanker i gang og motivere, så det kan være, at man ville vælge at ændre på noget. Altså alle vores KOL-patienter eller alle vores kommende KOL-patienter, de ved jo godt at de ikke burde ryge. Det ved de jo godt. Men der skal jo være et eller andet, der gør, at de så også reagerer på det.”*

- Praktiserende læge (IP11)

Ifølge lægen opstår følelsen af relevans ikke ud af ingenting, og oplysning om risici ved eksempelvis rygning er sjældent motiverende nok i sig selv til at få folk til at ændre vaner. Snarere udspringer motivationen af konkrete oplevelser med sygdom i deltagernes liv. Det er pointer, som går igen flere steder i litteraturen (Eastwood et al., 2013; Eborall et al., 2012; Riley et al., 2015). Den indflydelse, som sygdom i de nære relationer har på oplevelsen af relevans, bliver også udfoldet i et studie, der undersøger årsager til deltagelse i et forebyggende helbredstjek (Broholm-Jørgensen et al., 2019). En pointe i studiet er, at kritiske begivenheder som sygdom eller dødsfald i familien, som kunne være undgået ved forebyggende undersøgelser og ændringer i sundhedsadfærd, motiverer de pårørende til at tage hånd om de risici, som før virkede skjulte eller abstrakte at forholde sig til, men som i kraft af begivenhederne fremstår mere konkrete.

På den måde kan erfaringer med sygdom i nære relationer bidrage til en bevidsthed om ens egen risiko, og det kan derfor opleves mere relevant at tage imod tilbuddet om et forebyggende helbredstjek.

## **Oplevelser af symptomer på sygdom**

I tråd med de tilfælde, hvor deltagerne har oplevet sygdom i nære relationer, peger datamaterialet på, at egne oplevelser med sygdomssymptomer kan være en motiverende faktor.

I kvalitative undersøgelser af deltagernes motivation bliver symptomer som eksempelvis højt blodtryk nævnt som en årsag til, at de finder det vedkommende at deltage (Broholm-Jørgensen et al., 2020; Riley et al., 2015). Tilsvarende finder et studie, at manglende anerkendelse af symptomer er en barriere for deltagelse (Enocson et al., 2018).

I de tilfælde, hvor deltagerne i forvejen var klar over, at bestemte aspekter af deres sundhedstilstand gør dem mere udsatte, forekom tilbuddet om et helbredstjek som mere relevant at tage imod. I det ene studie konkluderer de, at relevans og motivation blandt deltagerne i højere grad opstod som en konsekvens af konkrete erfaringer med symptomer, som påvirkede deres livskvalitet og hverdagslivet og i mindre grad det at modtage viden om risikofaktorer (Broholm-Jørgensen et al., 2020).

## **Opbakning fra socialt netværk**

I flere studier beskrives effekten af at trække på det lokale og sociale netværk i forbindelse med rekrutteringen, da det betyder, at deltagerne har nogen at spejle sig i og læne sig op ad (Eastwood et al., 2013; Harkins, 2010). Særligt understreges succesen i at benytte personer fra det lokalområde, man ønsker at rekruttere fra, til at hjælpe med at række ud til målgruppen. Et af studierne viser, at de med lokale personer som samarbejdspartnere var i stand til at motivere og opbygge en tillidsrelation til målgruppen, som var afgørende for rekrutteringen (Eastwood et al., 2013). Samme pointe bliver nævnt på en af workshoppene, hvor en deltager fortalte om den gode erfaring med at alliere sig med såkaldte "lokale ambassadører". Fordelene ved at opsøge de grupper, som ofte er svære at rekruttere, på lokale mødesteder bliver også understreget i flere studier, blandt andet fordi det giver mulighed for at informere hele familier og grupper samtidig, og fordi det giver anledning til, at deltagerne kan inspirere hinanden (Eastwood et al., 2013; Harkins, 2010).

Betydningen af at engagere det sociale netværk bliver også fremhævet i interviews og workshops. Særligt understreger informanterne og workshopdeltagerne muligheden for at få fat på flere mænd ved at invitere dem sammen med deres ægtefæller. En af de sundhedsprofessionelle, som har været med til at udføre forebyggende helbredssamtaler, fortæller, at de havde stor gavn af at invitere deltagere i par eller flere familiemedlemmer sammen:

*"Det var tit, at vi inviterede par ind samtidig, fordi det ville være godt, at man kunne tage afsted sammen, og at de så efterfølgende kunne sige: 'ej, skal vi ikke begynde at gå en tur, skal vi ikke melde os til badminton', eller hvad det nu end kunne være. Så hvis man boede sammen, så fik man invitationen samtidig, og det var nogle vildt gode snakke, der kom ud af det. Og når de så skulle udfylde spørgeskema og sådan noget, så kunne det både være manden og konen, der kunne være sådan: 'ej det passer altså ikke det her, det er altså noget mere end det, du sidder og siger', eller 'det er lidt mindre'."*

- Kommunal sundhedsprofessionel (IP16)

I evalueringsrapporten for forebyggelsesprojektet Tjek dit helbred fremgår det ligeledes, at der er højere deltagelsesprocent blandt personer, som har en partner, der også deltager i projektet (Bjerregaard & Norman, 2017b). Omvendt bliver mangel på social støtte og opbakning også beskrevet som en af grundene til, at grupper med lav socioøkonomisk status er mindre tilbøjelige til at deltage, fordi de ofte har færre sociale ressourcer at trække på (Stuber et al., 2020).

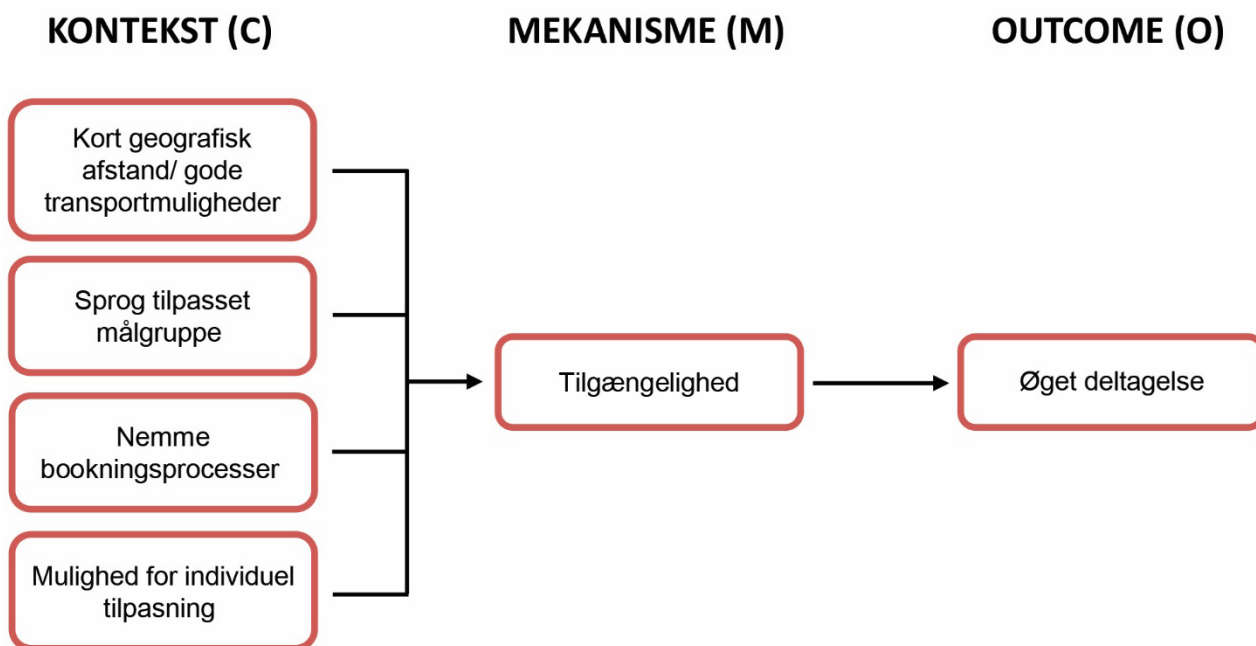
## **CMO 2: Tilgængelighed**

Den anden CMO-konfiguration under temaet *Rekruttering og deltagelse* handler om tilgængelighed. Den overordnede pointe for denne CMO er, at hvis indsatsen opleves som let tilgængelig, så er målgruppen mere tilbøjelig til at deltage.

På næste side i model 5 ses CMO-konfigurationen:



Model 5: CMO 2 om rekruttering og deltagelse



I det følgende udfolder vi de fire kontekster, som alle forventes at kunne øge deltagelsen i kraft af, at de giver målgruppen en oplevelse af, at indsatsen er let tilgængelig.

### Kort geografisk afstand/gode transportmuligheder

Den første kontekst, vi har identificeret i datamaterialet, er geografisk afstand og transportmuligheder. Vores interviews indikerer, at det er en fordel, hvis indsatsen tilbydes på en lokation, som enten er geografisk tæt på målgruppen, eller hvor der er gode transportmuligheder til lokationen. Her ved bliver det mere overskueligt og mindre tidskrævende for målgruppen at deltage i indsatsen. Et systematisk review fra 2012 undersøger patientrapporterede faktorer, som har indflydelse på deltagelse og gennemførelse af indsats, der har til formål at forebygge kardiovaskulære sygdomme ved hjælp af ændringer i sundhedsadfærd (Murray et al., 2012). I reviewet konkluderes det i tråd med vores interviews, at stor geografisk afstand og særligt dårlige transportmuligheder til en indsats udgør barrierer for målgruppens deltagelse og gennemførelse af indsats (Murray et al., 2012). Samme resultater findes i flere andre studier (Ellis et al., 2015; Enocson et al., 2018; Harkins, 2010; Stol et al., 2018; Stuber et al., 2020).

Interviewpersoner indikerer dog, at det kan variere fra område til område, om målgruppen oplever, at den geografiske afstand er en udfordring. Nogle borgere er vant til at skulle køre til en anden by,

når de for eksempel skal til lægen, mens det for andre kan være en forhindring at skulle flytte sig på tværs af sin egen by for at deltage. Derfor er det væsentligt at overveje og undersøge, hvilken betydning geografisk afstand og transportmuligheder kan have for den udvalgte målgruppe.

Overordnet set vil det være en fordel for deltagelsen at tilrettelægge indsatsen på en måde, så den er så geografisk tilgængelig for målgruppen som muligt. I interviewene foreslås muligheden for at tilbyde onlineforløb eller en kombination af online og fysiske møder. I et systematisk review fra 2020 foreslås onlinemøder ligeledes, når det kommer til forebyggelsesindsatser målrettet personer i forhøjet risiko for T2DM (Zhou et al., 2020). Artiklen beskriver blandt andet, at onlinemøder vil øge tilgængeligheden for personer, som har udfordringer ved at møde op fysisk, for eksempel hvis den geografiske afstand er for stor, ligesom det sparer målgruppen tid og penge forbundet med at møde fysisk op (Zhou et al., 2020).

Samlet set kan det konkluderes, at kortere geografisk afstand, gode transportmuligheder og eventuelt kombination med onlinemøder gør indsatsen mere tilgængelig for målgruppen, hvilket forventes at være fremmende for målgruppens deltagelse i indsatsen.

## **Sprog tilpasset målgruppen**

Tilpasning af sproget til målgruppen både i invitationen og under den egentlige indsats kan gøre indsatsen mere tilgængelig for målgruppen og dermed øge sandsynligheden for, at målgruppen takker ja til tilbuddet om et helbredstjek. En tilpasning af sproget handler for det første om at sørge for, at både skriftligt invitationsmateriale og selve indsatsen foregår på et sprog, som målgruppen kan forstå, eller at der er mulighed for tolkeservice. I evalueringen af forebyggelsesprojektet Dit liv – Din sundhed understreges denne pointe også, og i undersøgelsen formodes det, at flere ville have deltaget, hvis der havde været brugt flere ressourcer på oversættelse og tolkning (Bjerregaard et al., 2020). En interviewperson understreger i tråd med dette, at det er vigtigt, at tolken har de rette kvalifikationer til at tolke om helbredsrelaterede emner. Flere studier peger ligeledes på sproget som en barriere for deltagelse, hvis målgruppen indbefatter mennesker med udenlandsk baggrund (Ellis et al., 2015; Ismail & Kelly, 2015; Liljas et al., 2019; Stuber et al., 2020).

For det andet handler tilpasningen af sproget om de mere konkrete sproglige formuleringer og valg af ord i både rekrutteringsmaterialet og under udførelsen af indsatsen. På workshop 1 foreslås det at tage højde for målgruppens uddannelsesniveau i overvejelser om sprogbrug, men også konteksten for indsatsen – for eksempel hvis indsatsen tilbydes på en arbejdsplads. Et nyere dansk studie med fokus på målrettet forebyggelse af sundhedsadfærdsrelateret kronisk sygdom viser

desuden, at man ved at tilpasse formuleringerne i invitationen til den målgruppe, man ønsker at rekruttere, kan øge deltagelsen markant (fra 39,4 % til 48,3 %) (Thilsing et al., 2021).

Tilpasning af sproget i forhold til målgruppen og den lokale kontekst vil altså øge tilgængeligheden, hvilket forventes at være fremmende for målgruppens deltagelse i indsatsen.

## Nemme bookingprocesser

Den tredje kontekst illustrerer, at nemme og simple bookingprocesser kan fremme tilgængeligheden og dermed øge deltagelsen i forebyggelsesindsatser. I interviewene og på workshopsene understreges det, at det skal være så let og ligetil som muligt for målgruppen at booke en tid til et helbredstjek. Omstændige procedurer for booking af tid til helbredstjek og -samtaler kan være uoverskuelige særligt for grupper med færre ressourcer og kan derfor udgøre en barriere for deltagelse. Et studie fra Skotland viser, at en målgruppe bestående af personer med lav socioøkonomisk status oplevede det som positivt, når konsultationer til helbredstjek blev tilbudt som drop-in-sessioner uden krav om tidsbestilling: *"Focus group participants indicated that this flexible approach was more suitable to the competing priorities of the local residents and had a major impact on recruitment, retention and quality of care"* (Harkins, 2010, s. 5).

Flere interviewpersoner har gode erfaringer med at sende invitationer ud til målgruppen, hvori der på forhånd fremgår en konkret dato og tidspunkt for helbredstjekket, som vedkommende kunne ombooke, hvis tidspunktet ikke passede. En interviewperson, som har været evaluator på en forebyggelsesindsats, beskriver det således:

*"Men det her med at det har været nemt at booke en tid ved at klikke på et link eller sms-kode, og så snart du er inde i systemet, så [...] kan du udskyde din tid selv, og du kan gå direkte til spørgeskema og få det overstået. Det, tror jeg, faktisk har betydet rigtig meget."*

- Evaluator (IP6)

Resultaterne fra et stort dansk forebyggelsesprojekt viser desuden, at man ved at tilbyde opringing fra egen læge med henblik på at aftale dato for helbredstjek specifikt tiltrak flere mænd, flere kortuddannede og flere uden besøg hos egen læge inden for de seneste to år (Thilsing, 2020).

Flere interviewpersoner nævner derudover, at det er problematisk, når forebyggelsesindsatser har meget tekniske, lange og besværlige samtykkeerklæringer og spørgeskemaer, hvilket hænger sammen med, at mange forebyggelsesindsatser har været gennemført som forskningsprojekter.

## Mulighed for individuel tilpasning

Den fjerde og sidste kontekst handler om, at deltagelsen øges ved, at de professionelle har mulighed for at tilpasse indsatsen til den enkelte, så den gøres mere tilgængelig for målgruppen. I både interviews og på workshops understreges det, at det er væsentligt at give målgruppen mulighed for at få en tid til helbredstjek- og samtale, som ligger uden for almindelig arbejdstid, således at personer, der ikke har mulighed for eller ønsker at tage fri fra arbejde, også kan deltage. Dette ses også i andre studier (Corrigan et al., 2006; Ellis et al., 2015; Enocson et al., 2018). For eksempel viser et studie af helbredstjek målrettede personer med etnisk minoritetsbaggrund i Sverige, at hovedårsagen til ikke-deltagelse var, at målgruppen ikke fik lov til at tage fri fra arbejde (Olaya-Contreras et al., 2019).

I interviewene fortæller flere interviewpersoner, at de ser et behov for, at forebyggelsesindsatsens indhold kan tilpasses til den enkelte borger og har mulighed for at være mere håndholdt. Det kan for eksempel handle om at tilbyde opfølgning telefonisk eller ved at tilbyde opfølgende fysiske møder alt efter, hvad den enkelte deltager har behov for. Det kan også handle om, at de professionelle yder en mere proaktiv indsats for, at målgruppen deltager i eventuelt opfølgende tiltag som for eksempel samtaler eller kommunale kost- eller motionsforløb. En interviewperson beskriver det således:

*”Og det er lige præcis det med, at man prøver at finde frem til, hvordan man skal hjælpe vedkommende med at holde op med at ryge. I stedet for bare at stikke en seddel om, at du kan møde op på det her rygestopkursus. Det kan for eksempel være, at man fra den kommunale side er meget mere proaktiv; tager kontakt, følger op på, tager til hjemmet, prøver at finde ud af, hvorfor vedkommende har svært ved at holde op med at ryge. Altså det er på den måde håndholdt.”*

- Forsker (IP1)

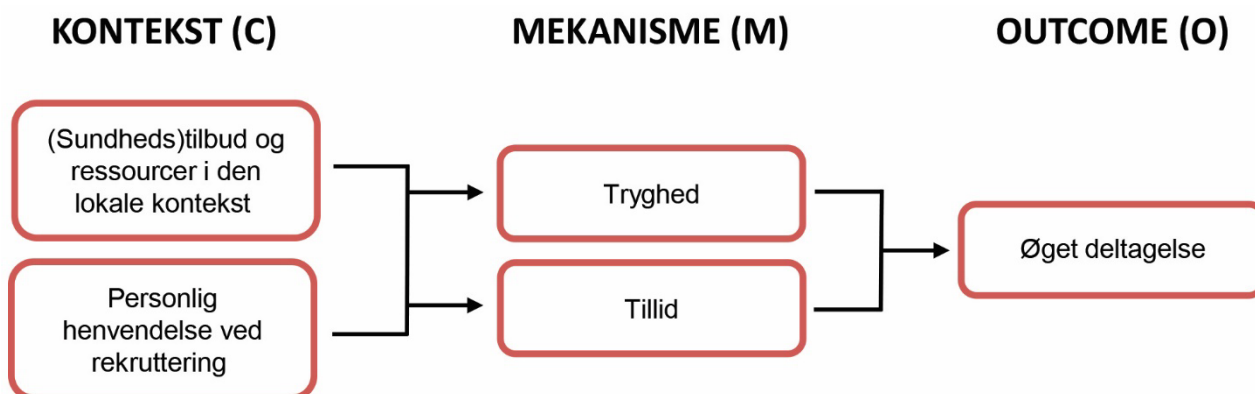
## CMO 3: Genkendelighed

Den tredje CMO-konfiguration under temaet *Rekruttering og deltagelse* handler om genkendelighed. Den overordnede pointe for denne CMO er, at hvis indsatsen gør brug af genkendelige elementer, så er målgruppen mere tilbøjelig til at deltage. Datamaterialet peger på, at forankring af forebyggelsesindsatser i den lokale kontekst, som målgruppen kender til, kan skabe tryghed og tillid, hvilket gør dem mere tilbøjelige til at deltage. Samtidig er der forskelle i, hvilke lokale genkendelige elementer, der er tillids- og tryghedsskabende for borgerne, og det er derfor nødvendigt at undersøge dette nærmere hos den udvalgte målgruppe.

I det følgende udfolder vi to forskellige kontekster, som trækker på genkendelighed og derfor forventes at kunne bidrage til, at så mange fra målgruppen som muligt vælger at takke ja til tilbuddet om et forebyggende helbredstjek.

Nedenfor i model 6 ses CMO-konfigurationen:

Model 6: CMO 3 om rekruttering og deltagelse



### **(Sundheds)tilbud og ressourcer i den lokale kontekst**

Denne kontekst handler om, at hvis forebyggelsesindsatser gør brug af lokale tilbud og ressourcer, som målgruppen kender til, så vil det øge deltagelsen, idet det skaber tryghed og tillid hos målgruppen. Det handler om at bruge lokale tilbud og ressourcer i både rekrutteringen og i leveringen af indsatsen.

Hvad angår rekrutteringen af borgere til indsatsen, foreslår flere interviewpersoner, at denne foretages ude i lokalområdet eksempelvis på apoteker, biblioteker, borgerservice eller jobcentre. Dette er i tråd med et hollandsk studie, som fremhæver fordele ved at gøre brug af eksisterende netværk til at rekruttere mennesker med lav socioøkonomisk status til sundhedsfremmeindsatser. Studiet anbefaler brug af eksempelvis kommunale indsatser, boligsociale organisationer og NGO'er i forhold til at nå ud til målgruppen .

Vores datamateriale viser, at der er bred enighed om, at indsatser bør forankres lokalt, men der er delte meninger om det konkrete valg af organisation. Nogle interviewpersoner og workshopdeltagere ser flest fordele i at implementere indsatsen i kommunalt regi, mens andre mener, at forebyggende helbredstjek bør udføres i almen praksis. Andre igen foreslår at implementere indsatser i NGO'er eller på arbejdspladser. I et studie fra England identificeres religiøse og lokale mødesteder som relevante arenaer for forebyggende helbredstjek, blandt andet på grund af deres umiddelbare tilgængelighed og lokale opbakning (Eastwood et al., 2013). Imidlertid bliver det også i dette studie

anført, at almen praksis besidder nogle fordele som følge af borgernes kendskab til egen læge, samt at almen praksis er omfattet af en fortrolighed mellem læge og patient. Nogle interviewpersoner og workshopdeltagere peger desuden på, at det kan være relevant at stratificere målgruppen, således at nogle deltagere modtager indsatsen i almen praksis, mens andre modtager indsatsen hos kommunen. De understreger dog, at indsatsens formål og målgruppe bør være styrende for, hvor indsatsen implementeres. Dette vil vi komme nærmere ind på i CMO 6.

I både interviewene og workshopkene peger informanterne på, at det er afgørende for deltagelsen, at målgruppen har en oplevelse af at være trygge ved og have tillid til den person, organisation eller lokation, som leverer indsatsen. Derfor vil det også variere fra målgruppe til målgruppe og fra person til person, om der er mest tryghed og tillid forbundet med for eksempel egen læge eller med et kommunalt tilbud. En interviewperson siger følgende om sine erfaringer fra en indsats forankret i almen praksis:

*”Og der kunne man i hvert fald se, at dem, der inden for det seneste år ikke havde haft kontakt til deres praktiserende læge, de mødte i mindre grad op til det her helbredstjek. Så der var altså noget med den her tilknytning eller tillid eller kendskab til lægen, som gjorde, at det ville man gerne møde op til.”*

- Evaluator (IP12)

Der kan på den måde forekomme en social skævvridning i deltagelsen, hvis de personer, der er tilbøjelige til at deltage, er dem, der har en god relation til eller kommer regelmæssigt dér, hvor indsatsen udbydes. Genkendelighed hænger imidlertid ikke altid sammen med tillid og tryghed. En workshopdeltager fra borgerworkshoppen fortæller følgende:

*”Det kan være godt at komme væk fra egen læge, som alligevel kender én så godt. Lægestuderende spørger for eksempel om andre ting, så det kan være godt med andre øjne på én end dem, man er vant til. Men man skal jo også have tillid til personen. Og man harmonerer jo ikke godt med alle.”*

- Borger (WSD15)

Selvom genkendelighed er en faktor, der for mange har indflydelse på, om de vælger at deltage eller ej, så kan det altså for andre være motiverende, hvis indsatsen leveres af nye eller alternative leverandører. Dog er det stadig afgørende, at målgruppen har den fornødne tillid til disse.

En anden workshopdeltager, som har erfaring fra et projekt, hvor helbredstjekkene blev tilbudt på kommunale sundhedscentre, fortæller om målgruppens oplevelse af at komme til en kommunal sundhedsprofessionel:

*”Personer, der havde et anstrengt forhold til deres læge, var virkelig glade for det. Dét at det er en anden sundhedsprofessionel end éns læge. At der kommer én med et nyt blik på éns situation, nye ideer.”*

- Forsker (WSD8)

Brug af genkendelige elementer – som her egen læge – er således ikke nødvendigvis i sig selv trygheds- og tillidsskabende. Samtidig kommer det frem i interviewene, at nogle deltagere kan have et anstrengt forhold til kommunen, hvis de for eksempel har en sag hos kommunen eller modtager kommunal støtte. Dog kan det at have en sag hos kommunen også betyde, at nogle personer vælger at deltage i forebyggelsesindsatsen på grund af en bekymring for, hvad det ellers vil have af konsekvenser for ens sag.

I CMO 6 kommer vi nærmere ind på relevante overvejelser i forhold til implementering af forebyggelsesindsatserne.

### **Personlig henvendelse ved rekruttering**

Den anden kontekst, som gør brug af genkendelighed for at skabe tillid og tryghed, er personlig henvendelse ved rekruttering. Med personlig henvendelse menes her både personliggjorte skriftlige henvendelser, telefonopkald og henvendelser ansigt til ansigt.

De fleste interviewpersoner har primært erfaring med skriftlige invitationer til forebyggelsesindsatser. Interviewpersonerne beskriver blandt andet, at de valgte at sætte et billede på invitationsmaterialet for at knytte en person og et ansigt på indsatsen og dermed gøre det mindre fremmed. Flere interviewpersoner fortæller også om deres overvejelser om, hvem afsenderen af invitationen bør være. I et projekt, som foregik i almen praksis, var overvejelserne følgende:

*”Egen læge har lidt mere autoritet, og så er det ligesom lidt mere personligt, når det kommer fra egen læge.”*

- Forsker (IP2)

Et studie af NHS Health Checks i England peger ligeledes på fordelene ved at personliggøre invitationen ud fra alder eller risikoprofil for at give målgruppen en oplevelse af, at det er relevant for netop dem at deltage (Ellis et al., 2015). Studiet fastslår dog, at der er behov for mere forskning i rekrutteringsstrategier, da andre studier har vist begrænsninger ved skriftlige invitationer sendt ud som fysiske breve (Ellis et al., 2015). En af interviewpersonerne har erfaringer med at øge deltagelsen ved at følge op på den skriftlige invitation med et telefonopkald. Det er i tråd med fund fra

andre studier, som beskriver det som fremmende for deltagelsen, at målgruppen ved telefonopkald har mulighed for at stille spørgsmål (Brangan et al., 2019; Buntun et al., 2020; Goldfarb et al., 2015; Olaya-Contreras et al., 2019).

En anden personlig rekrutteringsstrategi er rekruttering ansigt til ansigt. I et studie fra Skotland undersøges, hvordan en proaktiv, opsøgende ansigt-til-ansigt-strategi fungerer i forhold til at rekruttere mennesker med lav socioøkonomisk status til forebyggende helbredstjek (Harkins, 2010). Studiet konkluderer, at proaktive tilgange er særdeles hensigtsmæssige for rekruttering og deltagelse. I studiet foregår det ved, at såkaldte repræsentanter fra lokalområdet rekrutterer personer lokalt, som de i forvejen har en relation til. Deltagerne forklarer, at disse repræsentanter havde et stort engagement og var i stand til at opbygge en tillidsrelation til målgruppen og få dem til at føle sig godt tilpas, som ifølge målgruppen selv var afgørende for deres deltagelse i indsatsen (Harkins, 2010). I en evaluering af 12 danske kommuners indsats for forebyggelse og sundhedsfremme i nærmiljøer med høj koncentration af mindre ressourcestærke borgere findes tilsvarende gode erfaringer med en proaktiv rekrutteringsstrategi (NIRAS, 2015). Evalueringen viser blandt andet, at det er succesfuldt at rekruttere gennem telefonopkald eller ved at besøge målgruppen i eget hjem, og at det er særligt hensigtsmæssigt, hvis den proaktive rekruttering varetages af lokalt kendte medarbejdere eller borgere, som selv har deltaget i en aktivitet (NIRAS, 2015). Andre studier peger ligeledes på fordelene i at bruge personer fra lokalområdet til rekruttering af mennesker med lav socioøkonomisk status (Stuber et al., 2020) eller etnisk minoritetsbaggrund (Eastwood et al., 2013). På linje med dette siger en workshopdeltager følgende om brugen af lokale ambassadører:

*"Det har en betydning, at man har nogle ambassadører fra lokalområdet. Nogen, der kan 'oversætte', hvad indsatsen går ud på. Nogen, der kan få det til at virke meningsfuldt."*

- Kommunal sundhedsprofessionel (WSD9)



# Mødet mellem professionelle og deltagere

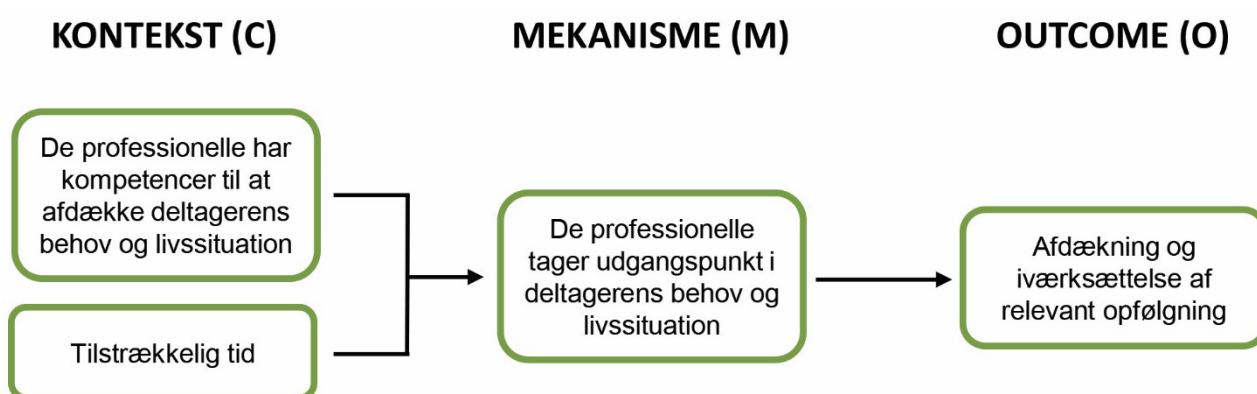
Under dette tema har vi udviklet én CMO-konfiguration, som handler om det konkrete møde mellem den sundhedsprofessionelle og deltageren, som modtager forebyggelsesindsatsen (herefter kaldet *mødet*). Mødet indebærer både selve helbredstjekket og de samtaler, som ofte tilbydes efter et helbredstjek – i det følgende kaldet helbredssamtaler. Helbredssamtaler kan have forskellig form og karakter, og det varierer også fra indsats til indsats, hvem der gennemfører helbredssamtalerne. Det kan for eksempel være en kommunal sundhedsprofessionel med en kost- og ernæringsuddannelse, fysioterapeutuddannelse eller ergoterapeutuddannelse, eller det kan være en sygeplejerske eller læge i en almen praksis.

## CMO 4: Mødet mellem professionelle og deltagere

Den overordnede pointe i denne CMO er, at hvis de sundhedsprofessionelle i mødet med deltageren tager udgangspunkt i deltagerens behov og livssituation, så fører det til afdækning og igangsættelse af relevant opfølgning. Opfølgning kunne for eksempel være opfølgende helbredssamtaler eller henvisning til kommunale eller civilsamfundsbaseede tilbud. Med relevant menes, at opfølgningen opleves som relevant for både deltageren og den sundhedsprofessionelle.

CMO-konfigurationen ses nedenfor i model 7:

Model 7: CMO 4 om mødet mellem professionelle og deltagere



Denne CMO viser, hvilke kontekster der kan forventes at bidrage til, at der bliver iværksat en relevant opfølgning i forlængelse af helbredstjekket og helbredssamtalen. Vi vælger at fokusere på, hvordan afdækningen og iværksættelsen af relevante opfølgende tiltag opnås, da der i vores data-materiale er en bred enighed om, at helbredstjek og helbredssamtaler ikke kan stå alene. Hvis

formålet er, at deltagerne skal ændre sundhedsadfærd og nedsætte risikoen for kronisk sygdom, kræves som oftest opfølgende tiltag.

I det følgende uddyber vi de to kontekster.

## **De professionelle har kompetencer til at tage udgangspunkt i deltagerens behov og livssituation**

Den første kontekst handler om, at de sundhedsprofessionelles kompetencer til at kunne afdække deltagerens behov og livssituation er afgørende for, at relevant opfølgning bliver afdækket og iværksat.

Betydningen af personalets kompetencer bliver fremhævet i et systematisk review, hvor det undersøges, hvilke barrierer og facilitatorer sundhedspersonalet oplever i forbindelse med at lave forebyggelse i primærsektoren (Wandell et al., 2018). Ifølge studiet er en af de centrale barrierer for personalet i forhold til at lave forebyggende arbejde, at de mangler træning i, hvordan de skal vejlede og kommunikere information til patienterne. Tilsvarende finder studiet, at en af de primære facilitatorer er, at de har tilstrækkelig træning og uddannelse i vejledning om forebyggelse.

Flere informanter i vores undersøgelse understreger vigtigheden i, at deltagerens ønsker og behov skal tages alvorligt i forebyggelsesindsatser. Blandt andet blev samtaleteknikken *motiverende samtale* (Farbring & Rollnick, 2016) fremhævet som en metode, der dels kan bruges til at afdække behov og dels til at motivere deltageren til at foretage ændringer i sundhedsadfærd og eventuelt tage del i opfølgende tilbud. Flere danske forebyggelsesprojekter har involveret en opkvalificering af de sundhedsprofessionelle i netop denne samtaleteknik, hvilket interviewpersonerne og workshopdeltagerne fremhæver som en hensigtsmæssig tilgang til mødet med deltageren. Den motiverende samtale involverer, ifølge informanterne, en afdækning af borgerens livssituation og en afdækning af borgerens ønsker og behov, som bliver udgangspunktet for, hvilke løsninger og mål den professionelle og deltageren i fællesskab finder frem til. Den motiverende samtale er således et eksempel på et redskab, der kan give den professionelle kompetencerne til at sætte sig ind i deltagerens livssituation og derudfra vurdere, hvilke opfølgende tiltag der vil være relevante for den enkelte. En workshopdeltager gjorde opmærksom på en tendens til, at helbredssamtaler kan fokusere for meget på ekspertviden frem for, hvad borgerens ønsker og behov er. Dette er i overensstemmelse med et fund fra et kvalitativt studie af den danske forebyggelsesindsats Tidlig Opsporing og Forebyggelse (TOF), som viser, at helbredssamtaler udført i almen praksis overvejende havde fokus på behandling og biomedicinske risikomarkører frem for at tage udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og mål (Broholm-Jørgensen et al., 2020).

Den motiverende samtale og lignende samtaleteknikker fremhæves endvidere i flere kvalitative studier og evalueringer (Groenendijk-van Woudenberg et al., 2022; Mølbak et al., 2022; Riley et al., 2015; Whitlock & Williams, 2003). Derudover nævnes det på workshops og i interviews, at det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle også har en solid faglig viden inden for sundhed, sygdom og helbred, hvilket også understøttes af litteratur på området (Groenendijk-van Woudenberg et al., 2022; Ismail & Kelly, 2015).

Flere helbredssamtaler i tidligere forebyggelsesprojekter har været struktureret omkring en guide eller et skema, som har haft til formål at sikre, at den sundhedsprofessionelle kommer bredt rundt om forskellige temaer inden for sundhed. På en workshop kom det frem, at det i den forbindelse er vigtigt, at sådanne skemaer ikke bliver brugt til en slavisk gennemgang af temaerne, men at helbredssamtalen tager udgangspunkt i, hvad der er vigtigt for den enkelte deltager. I TOF udførte alment praktiserende læger en del af helbredssamtalerne. Under helbredssamtalerne anvendte lægerne et digitalt system, som havde til hensigt at sikre, at lægen kom omkring alle relevante temaer. Et kvalitativt studie af helbredssamtalerne peger dog på, at brugen af det digitale system påvirker læge-patient-relationen, og gennem interviews med patienter finder studiet, at: *"when GPs did not follow the digital support system, patients felt that their stories and individual experiences were seen and heard. In this way, the digital support system, which was meant to ensure that all the patients' identified adverse health behaviors were considered and addressed, diminished the GPs' use of the elements of MI [motiverende samtale]"* (Broholm-Jørgensen et al., 2020).

Desuden efterspørges det blandt både praktikere, forskere og borgere, som vi har interviewet og afholdt workshops med, at der kommer et større fokus på mental sundhed som for eksempel stress, søvnproblemer, angst, depression og lignende i helbredssamtaler. I den forbindelse bliver det påpeget, at mental sundhed har betydning for den enkeltes mulighed for og præferencer i forhold til opfølgende tiltag, hvorfor et fokus på mental sundhed i helbredssamtaler vil understøtte, at relevante tiltag afdækkes og igangsættes.

Derudover påpeger et hollandsk studie af borgeres holdninger til forebyggende helbredstjek, at det er afgørende med en grundig forventningsafstemning både før, under og efter helbredstjekket (Stol et al., 2018). Studiet viser, at det er vigtigt for borgerne at få tilstrækkelig information om helbredstjekket, både at de forud for deltagelsen ved, hvad tjekket går ud på og indebærer, men også at de tilbydes en grundig opfølgning på og forklaring af resultaterne af helbredstjekket. Det er vigtigt for deltagerne at vide, hvem de kan henvende sig til efterfølgende med eventuelle spørgsmål (Stol et al., 2018). I en kvalitativ evaluering af den danske forebyggelsesindsats Sund Mand fremhæves det også, at resultaterne fra undersøgelsen bliver kommunikeret på en saglig, men pædagogisk måde (Ringkøbing-Skjern Kommune, 2017). En workshopdeltager nævner, at de havde gode

erfaringer med at give borgeren et fysisk stykke papir med fra helbredssamtalen, som beskriver, hvad opfølgningen går ud på. De sundhedsprofessionelles kompetencer til at facilitere helbredstjekket og -samtalen er derfor en forudsætning for, at samtalen kan tage udgangspunkt i deltagerens behov og lede det relevante opfølgende tiltag.

## Tilstrækkelig tid

Den anden væsentlige kontekst er tilstrækkelig tid. På workshoppen med borgerne understreges behovet for tilstrækkelig tid under helbredssamtalen. Ifølge borgerne på workshoppen er det afgørende, at den sundhedsprofessionelle har god tid til at tale om det, deltageren har behov for at tale om. En kommunal sundhedsprofessionel har samme syn på betydningen af den tid, der er sat af til mødet:

*"Tiden er virkelig vigtig. Det var det, der var unikt ved de her helbredssamtaler, og som gjorde, at de adskilte sig fra andre sammenhænge, hvor borgere er sammen med en sundhedsprofessionel. At man havde tid til rådighed."*

- Kommunal sundhedsprofessionel (WSD7)

Ligeledes peger et kvalitativt studie af en forebyggelsesindsats målrettet personer med lav socioøkonomisk status på vigtigheden af, at der er afsat god tid til helbredssamtalen, som i indsatsen lå i forlængelse af en screening for hjertekarsygdomsrisiko. Den afsatte tid giver den sundhedsprofessionelle mulighed for at kunne forklare undersøgelsesresultaterne, og målgruppen får mulighed for at stille uddybende spørgsmål (Harkins, 2010). En interviewperson nævner også, at de af samme årsag gav anledning til at tale om emner, man normalt ikke har tid til at komme omkring:

*"Altså ofte er der jo mange ting, vi heller ikke får hørt om, altså hvad har de i virkeligheden af børn eller af bolig og sådan nogle ting. Der er nogen, der bevæger sig op og ned i det sociale hierarki i samfundet gennem årene, og de har måske tidligere været supervelfungerende, og så er det gået dårligt på en eller anden måde. Og det kan være rigtig rart at have styr på. Omvendt er der altså også nogen, hvor det er gået utrolig godt i tilværelsen i forhold til, hvad de egentlig havde af baggrund."*

- Praktiserende læge (IP6)

På den måde har den mængde tid, der er sat af til helbredstjekket og særligt helbredssamtalen betydning for, at deltageren kan udfolde sine ønsker og behov.

# Opfølgende tiltag

I dette tema beskæftiger vi os med de tiltag og indsatser, som kan iværksættes som en opfølgning på et helbredstjek og en helbredssamtale. De opfølgende tiltag kan eksempelvis være flere opfølgende helbredssamtaler, civilsamfundsbaseede indsatser eller kommunale tilbud inden for eksempelvis madvaner, motion, rygning, stress eller søvn.

## CMO 5: Opfølgende tiltag

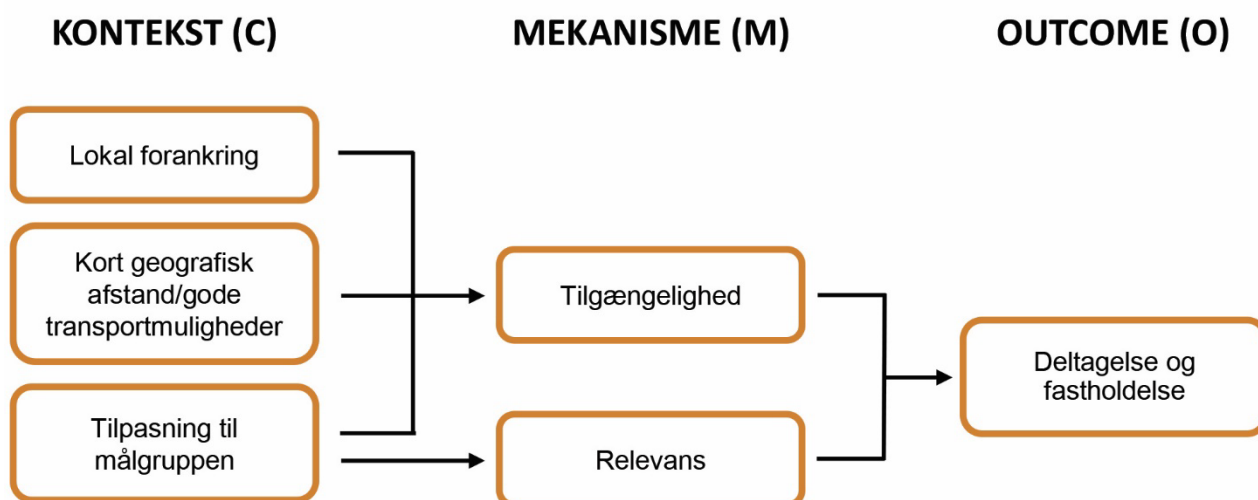
Vi har udviklet én CMO-konfiguration om opfølgende tiltag, som omhandler, hvilke kontekster der bidrager til højest mulig deltagelse og fastholdelse i opfølgende tiltag. Den overordnede pointe i CMO'en er, at hvis de opfølgende tiltag opleves som tilgængelige og relevante for modtageren, så er vedkommende mere tilbøjelige til at deltage i det opfølgende tiltag.

Denne CMO beskrives ud fra en forudsætning om, at den sundhedsprofessionelle og deltageren under helbredssamtalen har formået at komme frem til ét eller flere opfølgende tiltag, som deltageren finder relevant i forhold til egne behov og livssituation (jf. CMO 4).

Det skal bemærkes, at den kommunale økonomi spiller en stor rolle i forhold til, hvilke opfølgende tiltag der tilbydes. For eksempel om der er ressourcer til individuelle forløb og forløb uden for almindelig arbejdstid og i weekender.

Nedenfor i model 8 ses CMO-konfigurationen:

Model 8: CMO 5 om opfølgende tiltag



I det følgende gennemgår vi de tre kontekster, som forventes at bidrage positivt til deltagelse og fastholdelse i opfølgende tiltag. Flere af konteksterne og mekanismerne svarer til kontekster og mekanismer under temaet *Rekruttering og deltagelse*, da datamaterialet indikerer, at mange af de kontekster, der bidrager til deltagelse i helbredstjek og -samtaler også er kontekster, der bidrager til deltagelse i opfølgende tiltag.

## **Lokal forankring**

Ifølge en workshopdeltager er det vigtigt, at de opfølgende tilbud foregår lokalt i borgernes nærmiljø, da dette gør tilbuddene mere tilgængelige for borgerne. En evaluering af 12 kommuners indsats for forebyggelse og sundhedsfremme i nærmiljøer med høj koncentration af mindre ressourcestærke borgere (NIRAS, 2015) fremhæver ligeledes betydningen af, at forebyggende og sundhedsfremmende initiativer foregår i nærmiljøet. Ifølge evalueringen skaber medarbejdernes tilstedeværelse tæt på deltagernes hverdag en tillidsfuld relation mellem deltager og medarbejder, som vurderes at være afgørende for, om det lykkes at fremme deltagerens handlekompetencer og sundhedsadfærd (NIRAS, 2015).

På workshopkene er der desuden generel enighed om, at de opfølgende tiltag bør være langsigtede frem for tidsafgrænsede forløb. Et forslag fra workshopdeltagerne er, at fremtidige forebyggelsesindsatser har et tæt samarbejde med foreninger i civilsamfundet. Det nævnes, at det for eksempel kunne foregå ved direkte henvisning til foreninger allerede i helbredssamtalen, eller ved at kommunale forløb brobygger ud til foreninger. Herved får deltagerne mulighed for at fastholde nye vaner i en uafgrænset periode. I tråd med dette peger førnævnte evaluering på, at de forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter forankres i organisationer, som kan fortsætte aktiviteterne på lang sigt frem for tidsafgrænsede forløb, for eksempel i nærmiljøernes organisationer, foreninger, klubber og institutioner (NIRAS, 2015).

Den lokale forankring gør den opfølgende indsats tilgængelig for målgruppen, hvilket bidrager positivt til deltagelse og fastholdelse i aktiviteten.

## **Kort geografisk afstand/gode transportmuligheder**

Et systematisk review fra 2012 undersøger, hvilke faktorer der – ifølge deltagerne selv – er henholdsvis fremmende og hæmmende for deres deltagelse i indsatser, der har til formål at forebygge hjertekarsygdomme gennem ændringer i sundhedsadfærd (Murray et al., 2012). Reviewet konkluderer, at stor geografisk afstand og især begrænsede transportmuligheder hen til en indsats udgør

en barriere for deltagelsen og gennemførelsen af forebyggelsesindsatser (Murray et al., 2012). Samme konklusion findes i et studie om rekruttering af borgere med lav socioøkonomisk status til forebyggelsesindsatser (Stuber et al., 2020). På workshoppen med borgere kommer det også frem, at store geografiske afstande kan opleves som en barriere, og at det er problematisk, hvis man er nødt til at have bil for at komme frem til for eksempel et kommunalt tilbud. Pointen underbygges af litteratur på området (Ellis et al., 2015; Enocson et al., 2018; Harkins, 2010; Stol et al., 2018; Stuber et al., 2020).

Som beskrevet under CMO 2 om rekruttering og deltagelse i helbredstjek og -samtaler ses det i interviewene, at det kan variere fra område til område, om deltagerne er vant til at skulle transportere sig langt for deres sundhedstilbud (for eksempel egen læge). Der vil derfor være forskel på, i hvor høj grad geografisk distance vil være en udfordring for målgruppen.

## Tilpasning til målgruppen

I interviewene og på workshopsene understreges vigtigheden i, at de opfølgende indsatser efter helbredstjekket og helbredssamtalen er relevante og tilpasset målgruppens behov. Dette betyder ifølge flere interviewpersoner, at hvis man eksempelvis ønsker at nå en sårbar og knap så ressourcestærk målgruppe, så bør de opfølgende tiltag være håndholdte. Det kræver en proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side, ifølge en interviewperson. En anden interviewperson fortæller:

*"Hvad så hvis du får at vide, at du er for tyk, altså det ved du godt, du har prøvet i 10 år, du kan ikke selv, hvem hjælper så? Det er der ikke nogen, der gør. Du får bare at vide, du er tyk, og at du kan gå på et væggtabshold. Det kan du ikke, for der er du på arbejde. Så er det ligesom det, så er der ikke mere ... Jeg tror, hvis man skal have fat i dem, som er i høj risiko eller er sårbare på én eller anden måde, så bliver det nødt til at være mere håndholdt."*

- Forsker (IP2)

En workshopdeltager mener ikke, at det bør være op til deltageren selv at rette henvendelse til det opfølgende tiltag efter helbredstjekket og -samtalen, men at det opfølgende tiltag bør iværksættes af den sundhedsprofessionelle, som har udført helbredssamtalen. Et andet eksempel på at gøre de opfølgende tiltag mere håndholdte er blandt andet ved at benytte mere opsøgende tilgange, hvor den professionelle for eksempel ringer til deltagere, som udebliver fra aftaler.

Flere interviewpersoner og workshopdeltagere nævner også behovet for differentierede tilbud. Det handler for eksempel om, at der bør være mulighed for både gruppebaserede og individuelle

opfølgende indsatser, men det handler også om, at nogle mennesker har brug for mere hjælp og støtte til at fastholde deltagelsen i de opfølgende tiltag end andre, og at det er individuelt, hvilken type af støtte den enkelte har behov for.

Derudover peger flere interviewpersoner og workshopdeltagere på udfordringen i, at mange kommunale tilbud ikke i tilstrækkelig grad tilbydes uden for almindelig arbejdstid. En borger fra workshoppen fortæller, at mange kommunale tilbud ligger om formiddagen eller tidlig eftermiddag, hvor man ikke har mulighed for at deltage, hvis man har arbejde i dagtimerne. Borgeren foreslår i stedet, at opfølgende indsatser foregår efter almindelig arbejdstid eller i weekender. Litteratur på området underbygger pointen (Corrigan et al., 2006; Ellis et al., 2015; Enocson et al., 2018; Olaya-Contreras et al., 2019).



# Implementering og drift

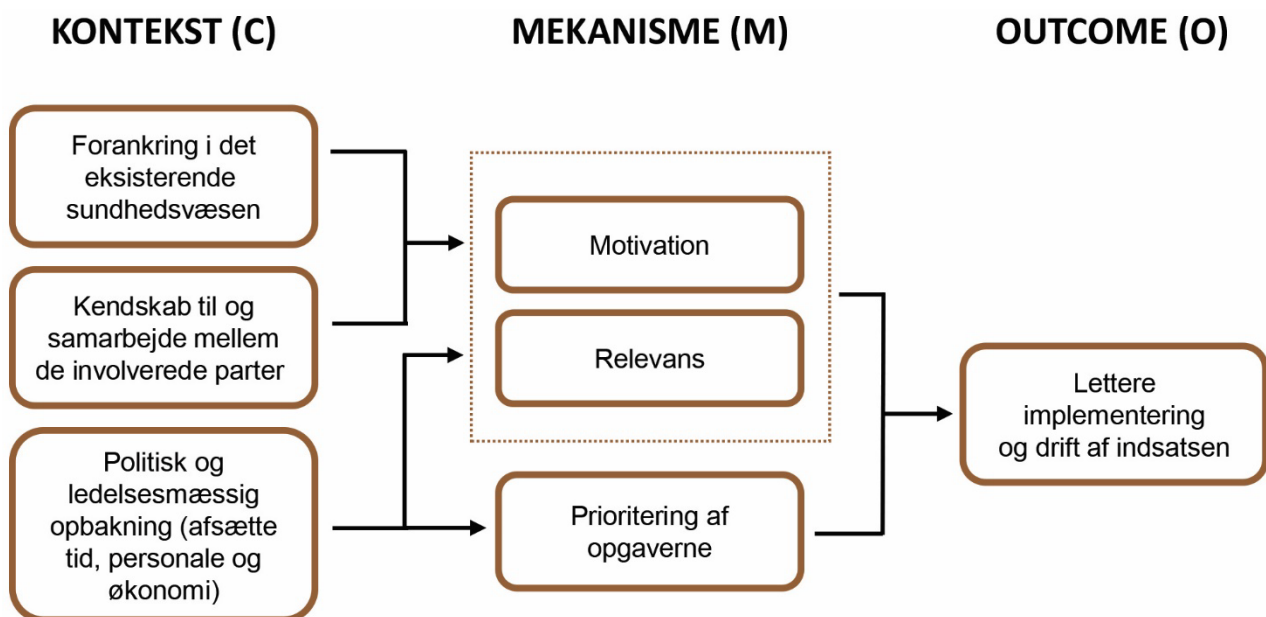
Det sjette tema handler om, hvordan man skaber de rette vilkår for implementeringen og driften af forebyggelsesindsatsen, som gør indsatsen bæredygtig.

## CMO 6: Implementering og drift

Under dette tema har vi udviklet én CMO-konfiguration, som fokuserer på de professionelle, der skal levere indsatsen. Den overordnede pointe i CMO'en er, at hvis indsatsen opleves relevant for dem, der leverer den, og hvis indsatsen prioriteres, så lettes implementeringen og driften af indsatsen.

Nedenfor i model 9 ses CMO'en:

Model 9: CMO 6 om implementering og drift



Som modellen viser, er den politiske og ledelsesmæssige opbakning central for, at dem, der skal udføre indsatsen, har mulighed for at prioritere det i deres hverdag. Hvis der er afsat tilstrækkelige ressourcer til indsatsen, godt samarbejde mellem de involverede parter, og indsatsens karakter passer ind i personalets øvrige opgaver, så bidrager det til personalets oplevelse af relevans og motivation og muliggør, at de kan prioritere indsatsopgaverne i hverdagen. Samlet set vil det skabe en lettere implementering af indsatsen og gøre driften mere bæredygtig. I det følgende udfolder vi de tre forskellige kontekster.

## Forankring i det eksisterende sundhedsvæsen

Flere interviewpersoner peger på vigtigheden af, at forebyggelsesindsatser forankres i organisationer, der i forvejen varetager opgaver, der ligner dem, som indsatsen kræver. En interviewperson fortæller:

*”[Man bør] fokusere på, hvordan vi får det implementeret i allerede eksisterende strukturer, så det bliver så lidt omkostningstungt som overhovedet muligt.”*

- Forsker (IP3)

Blandt interviewpersonerne er der delte meninger om, hvor i sundhedsvæsenet det giver bedst mening at implementere forebyggende helbredstjek. Som beskrevet i CMO 3 mener nogle interviewpersoner, at kommunale sundhedscentre er et oplagt sted at drive indsatsen, mens andre mener, at det bør foregå i almen praksis. Yderligere er der andre, som anbefaler, at målgruppen stratificeres, så nogle borgere kommer til de kommunale sundhedscentre, og andre kommer til praktiserende læge afhængigt den enkelte deltagers situation og behov. Et argument, der nævnes i den forbindelse, er, at stratificering kan bidrage til et mere optimalt brug af sundhedssystemets ressourcer. På tværs af datamaterialet finder vi desuden, at det har betydning, at indsatsen tager udgangspunkt i den konkrete lokale kontekst og sundhedsvæsen, når indsatsen udvikles (Wandell et al., 2018).

## Kendskab til og samarbejde mellem de involverede parter

Uagtet indsatsens set-up har samarbejdet mellem de parter, der er involveret i indsatsen, indflydelse på, om indsatsen bliver vellykket. Et godt samarbejde indebærer blandt andet, at de forskellige parter har kendskab til hinandens opgaver og roller, så de nemt kan trække på hinandens ressourcer og kompetencer. I et studie, der samler op på erfaringerne fra NHS Health Check i England, beskrives det, hvordan et sammenhængende team med forståelse for, hvem der har ansvar for hvilke områder, gør indsatsen effektiv og vellykket (Ismail & Kelly, 2015). Desuden finder et systematisk review fra 2018, at en af de hyppigste barrierer for en effektiv levering af forebyggelsesindsatser i primærsektoren på organisatorisk niveau er manglende samarbejde med andre organisationer eller instanser, som også leverer forebyggelsesindsatser (Wandell et al., 2018).

En række af vores interviewpersoner har erfaringer fra forebyggelsesindsatser, som både har involveret kommunale sundhedsprofessionelle og læger i almen praksis. Interviewpersonerne

pointerer, at samarbejdet og kendskabet til de involverede parters områder var særligt afgørende for en velfungerende levering af indsatsen. De fortæller, at én af de måder, hvorpå man kan sikre et godt samarbejde, er gennem en løbende sparring og dialog mellem kommune og almen praksis. Ifølge interviewpersonerne vil det nemlig øge kendskabet til hinandens arbejdsgange, systemer og muligheder, som er grundlæggende for at kunne bruge hinanden på en konstruktiv måde. En kvalitativ evaluering af det danske forebyggelsesprojekt TOF peger ligeledes på, at der blandt andet er udfordringer forbundet med måden, der udveksles informationer på mellem kommuner og almen praksis, og at samarbejdsrelationerne kan opleves uligeværdige (Hvidt, 2017). Evalueringen peger imidlertid på, at fysiske møder og relationsopbygning mellem kommunale sundhedsprofessionelle og lægerne kan medvirke til etablering af tillid og nedbrydelse af fordomme og dermed styrke og effektivisere samarbejdet (Hvidt, 2017). Særligt de praktiserende læger, vi har interviewet, fortæller, at de savner mere viden om, hvilke tilbud kommunerne har, og en af dem efterspørger muligheden for selv at kunne booke tilbud i kommunens systemer for at undgå, at borgeren selv skal tage kontakt til kommunen efter at have fået henvisning hos lægen.

En af dem, der har været med til at evaluere en af de danske indsatser, fortæller, at for nogle læger betød den begrænsede viden om kommunens tilbud, at de ikke havde tillid til, at tilbuddene var af høj nok kvalitet til at imødekomme borgernes behov, og derfor henviste de også kun sjældent til borgerne til dem:

*”Der var nogen læger, der ikke havde tiltro til, at kommunen ligesom kunne løfte den opgave, så derfor henviste de ikke de patienter. Fordi hvorfor skal jeg henvise mine patienter til noget, jeg ikke selv tror på? Så man kan sige, en del af det var, at der manglede en viden om, hvad der eksisterede, og der var også nogen, der ikke troede på, at kommunen kunne løfte den opgave. Første step er nok noget viden og noget kendskab, altså noget personligt kendskab til det. Altså fordi de sidder jo lidt satellitagtigt, og så kan det godt måske virke lidt underligt at henvise. [Som en hjælp til lægerne] havde vi i projektet sådan helt lavpraktisk printet en A4-side og lamineret den, hvor det blev gjort klart, hvad kommunen havde af tilbud, og hvordan de kunne henvise. Dét, syntes de, var et hit. Men det var sådan helt, altså det var helt overvældende for os, at de simpelthen synes, det var så fedt.”*

- Forsker (IP12)

For flere læger og sundhedsprofessionelle er en del af deres motivation for at bidrage til indsatsen netop at styrke samarbejdet til henholdsvis kommune og almen praksis, og et gnidningsfrit samarbejde bliver fremhævet som afgørende for, at indsatsen kan fungere efter hensigten.

### **Politisk og ledelsesmæssig opbakning (afsættelse af tid, personale og økonomi)**

Opbakning til og prioritering af indsatsen både fra det politiske niveau og fra ledelsen i den enkelte organisation bliver fremhævet som havende en stor betydning for personalets mulighed og motivation for at udføre opgaverne i indsatsen. Med prioritering menes, at der bliver brugt de nødvendige ressourcer i form af tid, redskaber, personale, lokaler, den nødvendige oplæring i metoderne og lignende. Manglen på den type ressourcer nævnes ofte som en af de store udfordringer for opstarten og driften af en indsats (Corrigan et al., 2006; Stuber et al., 2020; Tonnon, 2014). For eksempel finder et systematisk review om NHS Health Checks fra 2017, at forøget arbejdsbelastning på personalet og utilstrækkelige økonomiske ressourcer udfordrer både implementeringen og udførelsen af indsatsen (Mills et al., 2017). Tilsvarende finder et systematisk review fra 2018, at de hyppigst angivne strukturelle barrierer for en effektiv levering af forebyggelsesindsatser i primærsektoren er manglende tid og arbejdspress (Wandell et al., 2018). I tråd med disse pointer beskriver en interviewperson, hvordan ledelsens engagement smitter af på dem, der skal udføre indsatsen:

*”Det betyder alt. Altså det kan jeg også se i nogle af de samarbejder, jeg har nu, altså når man har ledelsesmæssig opbakning, og det er noget, man satser på, så bliver det også prioriteret ned i rækkerne. Og så tror jeg også det der med, at der faktisk var et system, som var gearet, der var faktisk et sundhedshus, som var gearet til det her.”*

- Forsker (IP2)

Ud over opbakning fra ledelsen i de institutioner, der udfører indsatsen, bliver det også nævnt i en samtale mellem en forsker og en sundhedsprofessionel på en af workshopene, at den politiske vægtning af forebyggelsesindsatser har betydning for indsatsens succes, og hvad der er muligt at gennemføre:

Forsker (WSD3): *”En barriere [for denne type indsatser] er manglende opbakning og anerkendelse af sundhedsfremme og forebyggelse i samfundet. Hvis man ikke kan få fri til at gå til et forebyggende helbredstjek, men godt kan få fri til at få fjernet en dims hos hudlægen. Det handler om en alvorlighedsgrad, det bliver tillagt, og det er noget kontekstuellet samfundsmæssigt.”*

Sundhedsprofessionel (WSD1): "Det er den politiske opbakning."

Den politiske prioritering af forebyggelsesindsatser har ifølge workshopdeltagerne indflydelse på, om både personale og deltagere oplever det som relevant at bruge tid og ressourcer på at engagere sig. En interviewperson understreger, at politiske fokusområder og beslutninger, for eksempel hvad angår overenskomst mellem regionerne og almen praksis, har indflydelse på vilkårene for en forebyggelsesindsats, og om dem, der skal udføre indsatsen, finder mening og relevans i at gøre det:

*"Der var noget, der tydede på, at der var rigtig meget holdning i det her, altså holdning til, om det her er en opgave, der skal ligge i almen praksis eller ej. Og det kan være lidt svært at afgøre, om det skal læses ind i det politiske klima, der har været omkring eller mellem regioner og almen praksis. Altså alle de konflikter, der har været om overenskomst. Så hele den der politiske kontekst, det her projekt har skullet leve i og forholde sig til. Det har jo betydet rigtig meget. Jeg tror også, det har betydet noget for almen praksis' holdning til projektet. Så nogen har bare været imod det."*

- Leder i kommune/region (IP8)

I en evaluering af 12 kommunale forebyggende og sundhedsfremmende projekter kommer det ligeledes frem, at en bred kommunal opbakning og forankring i såvel kommunens forvaltninger som på det politiske niveau er forudsætninger for en succesfuld indsats over for målgruppen af mindre ressourcestærke borgere (NIRAS, 2015). Oplevelsen af relevans og motivation hos personalet i forbindelse med leveringen af indsatsen afhænger altså af, om der bliver sat fokus på området og prioriteret de nødvendige ressourcer på både et politisk og ledelsesmæssigt niveau.

# Fælles forståelse af indsatsen

Det sidste tema handler om vigtigheden i, at de involverede parter i en forebyggelsesindsats har en fælles forståelse af indsatsens formål og udførelse, da det er en forudsætning for en vellykket implementering og evaluering af forebyggelsesindsatsen.

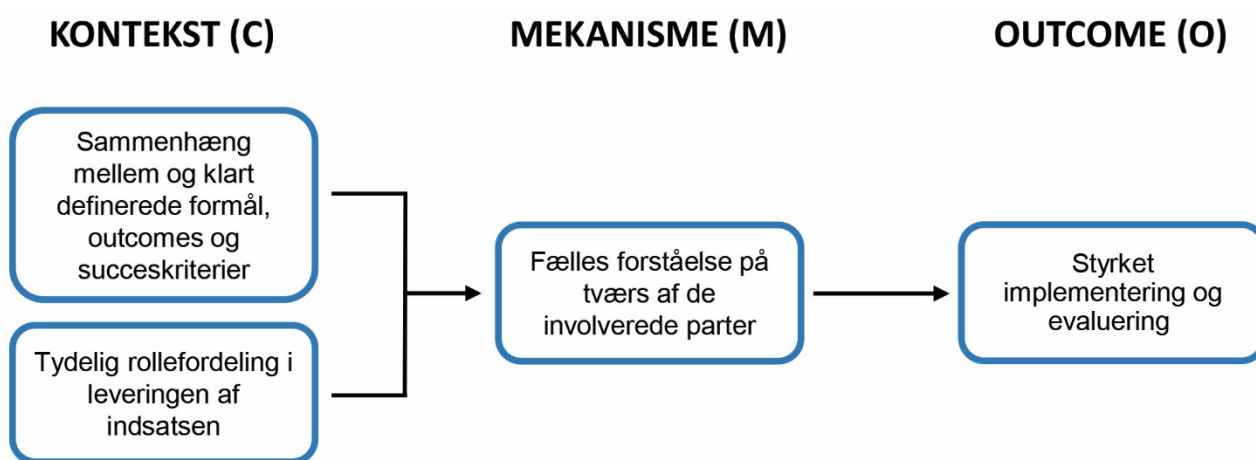
## CMO 7: Fælles forståelse af indsatsen

Gennem én CMO-konfiguration illustreres det, hvilke kontekster og mekanismer der kan forventes at bidrage til en styrket implementering og evaluering af forebyggelsesindsatser.

Hovedpointen for denne CMO er, at hvis der er fælles forståelse af formål, outcome og succeskriterier på tværs af de involverede parter i indsatsen, så styrkes implementeringen og evalueringen.

Nedenfor i model 10 ses CMO-konfigurationen:

Model 10: CMO 7 om fælles forståelse af indsatsen



I det følgende udfolder vi de to kontekster, som forventes at styrke implementeringen og evalueringen af forebyggelsesindsatser.

### Sammenhæng mellem og klart definerede formål, outcomes og succeskriterier

I interviewene fremgår det, at det er en væsentlig udfordring for både implementeringen, leveringen og evalueringen af en indsats, hvis der er uklare om indsatsens egentlige formål. Nogle

interviewpersoner har oplevet, at forskellige parter i en indsats har forskellige forståelser af, hvad indsatsens primære formål er og dermed også forskellige forståelser af, hvornår indsatsen kan betragtes som en succes. Et eksempel fra interviewene er, at det i en indsats ikke var tydeligt, om formålet var at opspore sygdom eller forebygge sygdom. Uklarhed i formålet gør det ifølge interviewpersonen sværere at definere succeskriterier, ligesom det har betydning for beslutningen om, hvor det er mest hensigtsmæssigt at implementere indsatsen. En workshopdeltager beskriver det således:

*”Man skal være klar over, hvor éns hovedfokus ligger – opsporing, forebyggelse, sundhedsfremme. Det har nemlig indflydelse på, hvordan interventionen skal designes, og hvor den skal implementeres.”*

- Forsker (WSD5)

Interviewpersonerne peger på, at den manglende fælles forståelse af indsatsen også kan handle om, at de involverede parter har forskellige opfattelser af begreber som forebyggelse, opsporing og sundhedsfremme, herunder hvad det præcist indebærer, og hvor tidligt man bør sætte ind i forhold til forebyggelse af livstilsrelateret sygdom. Mens nogen eksempelvis betragter opdagelsen og behandlingen af forhøjet blodtryk som opsporing af sygdom, betragter andre det som forebyggelse. Grænsen mellem risikofaktorer og sygdom er ifølge en interviewperson ikke entydig. Derfor er det afgørende for implementeringen af en indsats, at der opstilles klare og sammenhængende formål, outcomes og succeskriterier, så de involverede parter opnår en fælles forståelse af disse. En workshopdeltager foreslår følgende:

*”Der bør være mere samskabelse på tværs af aktører meget tidligt i udviklingen af en indsats – altså for eksempel mellem region, kommune og almen praksis. Det kan måske bruges til at skabe en fælles forståelse af indsatsen.”*

- Leder i kommune/region (WSD11)

Derudover nævnes det på workshopkene, at det er vigtigt, at succeskriterierne for en indsats også er meningsfulde og relevante for målgruppen. Dette kan forsøges imødekommet via grundig behovsanalyse og brugerinddragelse i udviklingen af en indsats. Udfordringen er dog, at mening og relevans er meget individuelle begreber, og graden af oplevet relevans vil efter al sandsynlighed variere fra deltager til deltager – selv ved omfattende brugerinddragelse.

Flere interviewpersoner og workshopdeltagere beskriver deres erfaringer med vanskeligheden i at påvise forebyggelsesprojekternes effekt på langsigtede mål som for eksempel dødelighed. Denne pointe går igen i litteraturen på området (Alvarez-Bueno et al., 2015; Si et al., 2014). Et tema i

interviewene og på workshoppene er derfor også, hvilke konkrete outcomes der kan være relevante at måle på i fremtidige indsatser for at sikre fælles, realistiske mål. Interviewpersonerne og workshopdeltagerne kommer med forskellige forslag, som for eksempel at opstille proxy-mål frem for langsigtede mål. Andre bud på effektmål er patienttilfredshed og samfundsøkonomisk effekt. En workshopdeltager siger følgende om effektmål:

*"Hvad er det for en effekt, vi måler på? Er det dødeligheden? Er det økonomi? For vi var ikke tydelige nok i forhold til, hvad vi gerne ville måle på. Det handler om at vælge de rigtige effektmål – skridtmåleren i stedet for vægten for eksempel, fordi vægt er noget af det sværeste at opnå. Når du laver en indsats, så er det afgørende at vide, hvad du vil måle på. Vi skal være meget mere tydelige i, hvad det egentlig er, vi gerne vil flytte på. Selvom man egentlig finder en god effekt, så fordi man har besluttet at måle på noget andet i udgangspunktet, så ser det ud som om, det ingen effekt har."*

- Forsker (WSD6)

Flere workshopdeltagere understreger, at deltagelse i et helbredstjek og en helbredssamtale ikke i sig selv bør være et succeskriterie, da man ikke kan antage, at folk vil ændre adfærd på baggrund af helbredstjekket og -samtalen. Et andet gennemgående bud på et muligt formål med fremtidige forebyggelsesindsatser er forbedring af mental sundhed. Flere interviewpersoner har erfaring med, at mental sundhed er en del af forebyggende helbredstjek, og mener, at det er vigtigt, at mental sundhed spiller en større rolle for fremtidige indsatser. For eksempel kunne en indsats have til formål at opspore, behandle og/eller forebygge stress, søvnbesvær, angst, depression og ensomhed. Borgerne på borgerworkshoppen mener, at mental sundhed bør være et væsentligt fokusområde for fremtidige indsatser, da det ifølge dem er tæt knyttet til somatisk sundhed, og at det er vanskeligt at foretage ændringer i sundhedsadfærd, hvis man ikke trives. Dog mener nogle workshopdeltagere fra workshops med professionelle, at det kan være vanskeligt både at rumme KRAM-faktorer og mental sundhed i forebyggelsesindsatser, blandt andet også fordi mental sundhed er et bredt begreb, som kan dække over mange ting.

Klart og sammenhængende formål, outcome og succeskriterier for en indsats er således forudsætningerne for, at der skabes en fælles forståelse af indsatsen på tværs af de involverede parter. En fælles forståelse af indsatsen vil endvidere understøtte, at indsatsen implementeres efter hensigten, da de involverede parter dermed forstår sammenhængen mellem formålet, selve udførelsen af indsatsen og det forventede outcome. Endelig styrker sammenhængende formål, outcome og succeskriterier evalueringen af en indsats.



## Tydelig rollefordeling i leveringen af indsatsen

Datamaterialet peger på, at det er afgørende for implementeringen af en forebyggelsesindsats, at rollefordelingen fra start er tydeliggjort blandt dem, der skal levere indsatsen. Dette handler om, at der opnås en enighed om, hvilken del af sundhedssystemet der har ansvaret for og bør varetage forebyggelsesopgaver. Interviewpersonerne har erfaring med, at der i almen praksis er delte meninger om, hvorvidt forebyggelse er noget, alment praktiserende læger bør beskæftige sig med. Nogle ser forebyggelse som en del af alment praktiserende lægers kerneopgave, mens andre mener, at forebyggelse og sundhedsfremme primært eller udelukkende er kommunernes ansvar. Tilsvarende finder en kvalitativ undersøgelse af en forebyggelsesindsats, at flere læger har en opfattelse af, at det ikke er deres ansvarsområde at arbejde med tidlig opsporing og henvisning af raske til kommunale tilbud (Hvidt, 2017). Derudover har nogle af de interviewpersoner, som har erfaring med projekter, der både har involveret almen praksis og kommunerne, oplevet uenigheder om, hvornår det er relevant, at deltageren skal i kontakt med lægen, og hvornår deltageren skal i kontakt med kommunale sundhedsprofessionelle. De forskellige meninger om, hvor i sundhedssystemet ansvaret for henholdsvis opsporing, forebyggelse og sundhedsfremme bør ligge, kan ifølge nogle informanter også handle om forskellige forståelser af, hvad begreberne dækker over, hvilket er beskrevet i forrige afsnit.

I et systematisk review om blandt andet alment praktiserende lægers holdninger og opbakning til forebyggende helbredstjek undersøges barrierer for implementeringen (Mills et al., 2017). I reviewet identificeres alment praktiserende lægers manglende opbakning til indsatsen som en væsentlig barriere. De alment praktiserende lægers manglende opbakning bunder ifølge reviewet blandt andet i manglende tiltro til effekterne af og evidensgrundlaget for helbredstjek. Derudover kan den manglende opbakning skyldes bekymringer om uligheden i deltagelsen i helbredstjekket, det vil sige, at de mennesker, som vil have mest gavn af et helbredstjek, også er dem, der er mindst tilbøjelige til at deltage (Mills et al., 2017). Ligeledes finder et systematisk review om barrierer og facilitatorer for implementeringen af indsatser til forebyggelse af kardio-metaboliske lidelser i primærsektoren, at en af de hyppigste barrierer på organisatorisk niveau er opfattelsen af ikke at have ansvaret for primær forebyggelse (Wandell et al., 2018). Tilsvarende finder reviewet, at det er faciliterende for implementeringen af forebyggelse i almen praksis, hvis de sundhedsprofessionelle har en holdning til, at forebyggelse er deres ansvar (Wandell et al., 2018). Derfor er en fælles forståelse af indsatsen og en tydelig rollefordeling af de involverede parter afgørende for en styrket implementering.

# Afledte virkninger

På baggrund af arbejdet med den realistiske syntese, hvor outcomes af en indsats undersøges i bred forstand, har vi i datamaterialet identificeret virkninger af forebyggelsesindsatser, som går ud over de tilsigtede virkninger. Hvis potentielle afledte og uønskede virkninger af en indsats identificeres, muliggør det, at indsatsens aktiviteter eller fokus kan ændres for at undgå disse, eller hvis dette ikke er muligt, at der iværksættes empiriske undersøgelser, der kan belyse de mulige afledte virkningers beskaffenhed (Bonell et al., 2015). I det følgende beskriver vi nogle af de afledte og utilsigtede virkninger, som datamaterialet peger på, at forebyggelsesindsatser kan have, og som bør være en opmærksomhed i udviklingen og evalueringen af fremtidige forebyggelsesindsatser.

Eftersom de afledte virkninger sjældent er en del af forebyggelsesindsatsers primære formål, er det begrænset, hvor velbeskrevne de er i indsatsernes evalueringer. Derfor bygger de næste afsnit primært på udtalelser fra interviewpersoner og workshopdeltagere, hvor flere af dem taler om risikoen for, at indsatserne afføder en bestemt virkning, snarere end at de taler om dokumenterede virkninger. Vi har identificeret følgende fire afledte virkninger, som gennemgås nedenfor: *Stigmatisering af målgruppen; Øget ulighed i sundhed; Overdiagnosticering/-medicinering og sygeliggørelse; Falsk tryghed for deltagerne.*

## Stigmatisering af målgruppen

I både interviews og workshops drøftes målgruppestigmatisering flere gange. Interviewpersoner og workshopdeltagere rejser en bekymring for, om man risikerer at stigmatisere med målrettede forebyggelsesindsatser, særligt i de tilfælde hvor målgruppen bliver udvalgt på baggrund af sociale faktorer som for eksempel bopæl eller uddannelsesniveau. Der er begrænset litteratur om stigmatisering i forbindelse med systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser, og en årsag til dette kan være, at dem, der føler sig stigmatiseret på baggrund af invitationen til et helbredstjek, typisk også vil være nogle af dem, som vælger ikke at deltage. Det er af juridiske årsager ikke muligt at opsøge denne gruppe og dermed undersøge, hvorvidt der er tale om en oplevelse af stigmatisering eller ej, hvilket muligvis kan forklare, hvorfor de to litteratursøgninger i denne undersøgelse kun i mindre omfang har kunnet understøtte og udfolde dette fund.

Kun enkelte af de studier, vi har fundet frem til, berører emnet (Enocson et al., 2018; Wright et al., 2006). I et studie, der undersøger opsporing af KOL i almen praksis, udtrykker nogle patienter, at de har følt sig utilpasse i kontakten til sundhedsvæsenet, fordi de som rygere har haft en oplevelse

af at blive behandlet anderledes. Nogle oplever derfor ikke at modtage den samme hjælp som andre, og at deres situation bliver anset for at være selvforskyldt (Enocson et al., 2018). I et andet studie, som fokuserer på forebyggelse af hjertekarsygdom hos mennesker med svær psykisk sygdom, er det primært personalet, der bekymrer sig om risikoen for stigmatisering ved at udvælge personer til indsatsen på baggrund af deres psykiske sygdomme. De personer, som er blevet indkaldt til screening, udtrykker til gengæld, at de generelt foretrækker tilbud, der er specifikt målrettet mennesker med psykiske udfordringer, da personalet så har viden om og forståelse for deres situation (Wright et al., 2006).

I borgerworkshoppen havde vi en vignette med, som beskrev et hypotetisk scenarie, hvor en person modtog en invitation til et forebyggende helbredstjek på baggrund af, at vedkommende ikke havde nogen uddannelse ud over grundskolen. Borgerne i workshoppen reagerede lidt blandet herpå. Én af dem mente, at det var fint at målrette invitationen på den måde, mens en anden ikke ville bryde sig om at blive inviteret på den baggrund:

*"Jeg kunne forestille mig, at jeg ville blive stødt over det og tænke 'de synes nok ikke, jeg er klog, så derfor bliver jeg syg'. Jeg kan forestille mig, at jeg ville blive sur over det".*

- Borger (WSD14)

En af de personer, vi interviewede, havde været med til at levere en indsats, hvor målgruppen var beboere i almennyttige boligbyggerier, og erfaringerne derfra var, at stigmatisering var en risiko, som projektgruppen var nødt til at forholde sig til:

*"Man kommer til gengæld også til at tage nogle med, som føler sig trådt over tæerne, fordi de bliver inviteret. Så vi har også fået noget feedback på, at det er en form for stigmatisering, for bare fordi man bor i almennyttigt boligbyggeri, så føler man sig ikke som en eller anden særlig målgruppe, som skal tages sig af. Så der var også nogle, der blev fornærmede simpelthen."*

- Projektmedarbejder (IP6)

I en rapport fra Sundhedsstyrelsen og i et baggrundspapir fra Det Ethiske Råd berøres etiske problemstillinger, herunder risikoen for stigmatisering, i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (Det Ethiske Råd, 2019; Holtug et al., 2009).

## Øget ulighed i sundhed

Nogle studier påpeger risikoen for at øge uligheden i sundhed ved forebyggende helbredstjek (Harkins, 2010; Hvidt, 2017; Mills et al., 2017; Riley et al., 2015). Ifølge disse studier handler det om, at socialt udsatte grupper, som er blandt dem, der vil få mest ud af et forebyggende helbredstjek, samtidig er mindst tilbøjelige til at deltage. Til gengæld vil det være de mest ressourcestærke med mere overskud og mindst behov for det, som rent faktisk deltager. Selvom det ikke nødvendigvis er formålet med alle forebyggelsesindsatser at mindske uligheden i sundhed, er det væsentligt at overveje risikoen for, at denne type indsatser vil øge uligheden i sundhed.

Interviewpersonerne fremhæver også denne pointe, og ofte er det en del af årsagen til, at nogle af dem var skeptiske over for ideen om at udføre forebyggende helbredstjek, selv hvis indsatsen målrettes personer i forhøjet risiko. Ifølge interviewpersonerne vil det nemlig altid være de bedste af de dårligste, der har mulighed for at deltage.

## Overdiagnosticering/-medicinering og sygeliggørelse

I flere af interviewene rejses bekymringen for, at forebyggende helbredstjek leder til overdiagnosticering/-medicinering og sygeliggørelse af raske personer. Blandt andet bliver det nævnt, at den type indsatser bidrager til at rykke grænserne for, hvornår man er syg og har brug for medicin:

*”Vi skal ikke undervurdere, at der er nogen, der har meget stor interesse i at lave screening, helbredstjek. Og det er medicinalindustrien. Det er dem, der for eksempel sælger blodtryksmedicin, statiner, hjertemedicin af forskellige slags, forebyggende. Grænserne for, hvornår man har for eksempel forhøjet blodtryk, de er rykket nedad, nedad, nedad. I årtier. Og så bliver der selvfølgelig solgt mere medicin. Så du kommer rask til lægen, du har ingen symptomer, han måler dit blodtryk og vupti! Pludselig er du på én eller anden grænse, hvor du måske ville have gavn af [medicin]. Dit blodtryk er let forhøjet, så lad os hellere komme i gang, pludselig er du syg. Hele den sygeliggørelse der er i det. At raske mennesker uden symptomer skal gå og tage medicin i årtier. Det er også noget, man er nødt til at diskutere, når man taler screening og helbredstjek, fordi der vil være rigtig mange, der bliver diagnosticeret med de her grænsetilstande.”*

- Forsker (IP3)

En anden forsker italesætter, at der fra hans perspektiv er noget grundlæggende forkert i, at det er lægen og sundhedsvæsnet, som indkalder borgeren til undersøgelser i stedet for, at borgeren selv tager kontakt til sundhedsvæsnet, når de oplever at have behov for det:

*”Når du kaster sådan et net ud i befolkningen, så vender du hele systemet om. Nu er det pludselig ikke borgeren, der henvender sig til lægerne, men lægerne der henvender sig til borgerne. Det er noget helt andet, og der tror jeg, du har nogen bivirkninger, eller hvad man nu skal kalde dem, nogen overreaktioner, som slet ikke burde være fundet sted.”*

- Forsker (IP14)

Ifølge forskeren bør man lade borgeren selv tage initiativet for ikke at risikere at sygeliggøre borgeren og skabe unødigt bekymring. Flere rejser altså spørgsmålet om, hvorvidt denne type indsatser overordnet set har stor nok værdi holdt op imod den bekymring, man risikerer at skabe hos folk. I den sammenhæng spurgte en praktiserende læge endvidere i en workshop:

*”Hvor mange skal man gøre måske-syge for at finde én, der er syg? Hvor mange liv redder man?”*

- Læge (WSD10)

I førnævnte rapport fra Sundhedsstyrelsen berøres etiske problemstillinger om sygeliggørelse, patientgørelse og medikalisering i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (Holtug et al., 2009). Rapporten beskriver blandt andet, hvordan sygeliggørelse – det vil sige dét at give borgere en opfattelse af at være syge – kan begrænse menneskers livsudfoldelse. Desuden nævner rapporten, at eksempelvis forebyggende helbredstjek rummer et etisk dilemma i forhold til, om det patientgør borgere således, at de indtager en passiv og afventende forhold til sundhedssystemet.

## **Falsk tryghed for deltagere i forebyggelsesindsatser**

En praktiserende læge, som deltog i en workshop, pegede på risikoen for at skabe falsk tryghed hos de mennesker, der bliver indkaldt til et forebyggende helbredstjek. Ifølge lægen er der en risiko for, at patienter ikke henvender sig med symptomer, da de regner med, at alt er blevet undersøgt og tjekket igennem ved helbredstjekket. Konsekvenserne af dette kan i sidste ende være højere dødelighed, som det eksempelvis ses blandt kvinder fra områder med høj deltagelse i Inter99-projektet (Bender et al., 2019). På workshoppen understregede lægen i samme forbindelse, at betegnelsen ”sundhedstjek” og ”helbredstjek” er misvisende ord, der bidrager til risikoen for falsk tryghed, da det kan give patienten indtryk af, at deres sundhedstilstand er, som den skal være i de

tilfælde, hvor helbredstjekket ikke leder til yderligere tiltag eller behandling. I stedet foretrækker han, at man indkalder til eksempelvis screening for diabetes, da det er tydeligere for deltagerne, hvad undersøgelsens fokus er. Risikoen for, at helbredstjek skaber falsk tryghed, findes også i et kvalitativt studie, der er baseret på interviews med danske almenpraktiserende læger (Søndergaard et al., 2012).

# Diskussion

I et forsøg på at favne de eksisterende erfaringer med individorienterede forebyggelsesindsatser i Danmark og internationalt har vi med denne undersøgelse udviklet en programteori for, hvordan systematiske og målrettede forebyggelsesindsatser kan forventes at virke for mennesker i forhøjet risiko for at udvikle livstilsrelateret sygdom. Gennem en realistisk syntese af erfaringerne på området har vi identificeret og udfoldet temaerne: *Målgruppe; Rekruttering og deltagelse; Mødet mellem professionelle og deltagere; Opfølgende tiltag; Implementering og drift; Fælles forståelse af indsatsen; Afledte virkninger* med dertilhørende hypoteser og CMO-konfigurationer.

I undersøgelsen bliver det endnu engang understreget, hvor vigtigt det er at målrette individorienterede forebyggelsesindsatser mod grupper, som har en forhøjet risiko for kronisk sygdom og derfor kan få mest gavn af indsatsen. Samtidig viser undersøgelsen, at dem, som vil få mest gavn af en målrettet indsats, ofte af forskellige årsager har ringere mulighed for at deltage. Udfordringerne i forbindelse med at udvælge en målgruppe, der både får mest gavn af og reelt har mulighed for at deltage, rejser spørgsmål om, hvorvidt denne type individorienterede forebyggelsesindsatser er den rette måde at nå disse målgrupper på. Samtidig understreger pointen under alle omstændigheder vigtigheden af at tilrettelægge rekrutteringen og indsatsens elementer efter den pågældende målgruppes livssituation og behov. I flere af CMO-konfigurationerne går det igen, at der bør være fokus på at gøre indsatsen tilgængelig, at benytte elementer, der virker genkendelige for deltagerne, og at indsatsen tager udgangspunkt i deltagernes liv. På samme måde er det afgørende at udvikle en indsats, som er meningsfuld for de sundhedsprofessionelle, som skal udføre den, og sikre, at de har de nødvendige ressourcer, samt at der etableres en fælles forståelse af indsatsens formål på tværs af de involverede parter. Flere af de identificerede CMO-konfigurationer påpeger derfor nødvendigheden i at lave en grundig behovsanalyse og en løbende inddragelse af den udvalgte målgruppe og de professionelle, før beslutninger om design og implementering af indsatsen træffes. En behovsafdækning vil yderligere skabe tydelighed omkring indsatsens forventede formål, outcome og succeskriterier, hvilket ifølge vores datamateriale letter og styrker implementeringen og driften af indsatsen.

Behovsanalyse er et anbefalet værktøj til udviklingen af komplekse interventioner og anvendes til at undersøge målgruppens behov: *"Health needs assessment (HNA) is a systematic method for reviewing the health issues facing a population, leading to agreed priorities and resource allocation that will improve health and reduce inequalities"* (Cavanagh & Chadwick, 2005, s. 6). Hvad behovet er og for hvem kan variere meget, hvilket vi også finder i datamaterialet i denne undersøgelse.

Behov kan ses som et spektrum og være alt fra behov for forebyggelse og behandling til for eksempel sociale behov, som hænger sammen med målgruppens hverdagsliv (Funnel & Rogers, 2011). Kunsten i en behovsanalyse er at kunne prioritere, sammenholde og balancere mellem forskellige behovsopfattelser hos målgruppen og dermed identificere det reelle behov. Der findes flere forskellige tilgange og modeller, som kan guide en behovsanalyse, for eksempel PRECED-logic-modellen og Intervention mapping.

Vigtigheden af en behovsanalyse tydeliggør også, hvorfor nærværende undersøgelse ikke kan komme med konkrete anbefalinger til, hvilke specifikke indsatskomponenter fremtidige forebyggelsesindsatser bør inkludere, da valg af målgruppen, og dermed målgruppens behov og ønsker for forebyggelse, bør være afgørende for, hvor og hvordan indsatsen implementeres.

## Styrker og svagheder ved undersøgelsen

Vi har anvendt den realistiske syntese til at belyse, hvad der virker, for hvem og under hvilke omstændigheder i systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser. Dette gjorde vi dels for at undgå at reducere den kompleksitet, der omgiver disse indsatser, og dels som et forsøg på at forlade en one-size-fits-all model på området.

Undersøgelsens metodiske tilgang er mere velegnet end traditionelle systematiske litteratur reviews i forhold til at rumme det komplekse setup, som kendetegner de systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser. Ikke desto mindre, har en udfordring for undersøgelsen været, at de forskellige indsatser har kontekstuelle forhold, som ofte ikke er helt tydeligt beskrevet. Det er vanskeligt at binde mekanismer identificeret i de kvalitative studier sammen med effekter/outcomes identificeret i kvantitative studier. Kontekster er endvidere sjældent beskrevet i detaljer i kvantitative studier. I de kvalitative studier beskrives dele af konteksten, men disse studier bærer også præg af, at forskning på ét område ikke nødvendigvis kan belyse (alle dele af) programteorien. For at imødekomme denne problematik har vi udført interviews og workshops, hvilket har bragt os nærmere de lokale forhold, som de danske indsatser er implementeret i. Imidlertid er feltet præget af indsatser, der varierer i design og derfor har mange forskellige mekanismer, som yderligere er aktiveret i mange forskellige kontekster. Der er elementer i de forskellige indsatser, som vi ikke har adgang til viden om, hverken igennem litteratur eller interviews med nøglepersoner, da indsatserne for eksempel ikke har fokus på alle dele af indsatsaktiviteterne. Der er således mekanismer, som vi ikke ved, hvordan er operationaliseret, og det er dermed vanskeligt at undersøge, under hvilke omstændigheder en indsats har den ønskede virkning. Undersøgelsens formål har



dog været at udvikle en programteori, som per definition er en hypotese om, hvad der virker, for hvem og under hvilke betingelser. I denne form for undersøgelse er det således en præmis, at resultaterne forbliver på et overordnet niveau.

Som forventet peger resultaterne på, at en one-size-fits-all model bør forlades, og at indsatsers aktiviteter og måden, hvorpå disse implementeres, afhænger af, for hvem og under hvilke omstændigheder indsatsen aktiveres.

## Fremtiden for individrettede forebyggelsesindsatser

Mange forsøg med individrettede forebyggelsesindsatser har gennem årene vist, at det er vanskeligt at påvise effekten på langsigtede mål som eksempelvis dødelighed. Der er derfor også forskellige holdninger til, hvorvidt man fortsat bør udvikle og igangsætte nye målrettede systematiske individorienterede forebyggelsesindsatser (Krogsbøll et al., 2019; Si et al., 2014). Flere indsatser har vist effekt på proxy-mål (eksempelvis blodtryk), og nogle forskere argumenterer af den grund for, at disse parametre bør have større vægt, da der er dokumentation for, at forhøjet blodtryk og kolesterol har indflydelse på udvikling af sygdom (Si et al., 2014). Udgangspunktet for vores undersøgelse var at undersøge, hvad man bør være opmærksom på, *hvis* det besluttes, at der skal igangsættes nye individrettede forebyggelsesindsatser, og ikke *om* man bør iværksætte disse. Empirien indsamlet i forbindelse med denne undersøgelse peger imidlertid på, at eventuelle fremtidige individorienterede forebyggelsesindsatser med fordel kan målrettes grupper i forhøjet risiko for kronisk sygdom.

I datamaterialet, og generelt inden for forebyggelsesfeltet, er der løbende diskussioner af, om det er mest hensigtsmæssigt, både folkesundhedsmæssigt og etisk, at udføre henholdsvis systematiske/proaktive eller opportunistiske helbredstjek (Dyakova et al., 2016; Moran et al., 2016). I diskussionen af, hvilken type forebyggelsesindsats der er mest hensigtsmæssig, spiller hensynet til økonomien også en central rolle. Der er inden for de senere år gennemført en række undersøgelser både internationalt og i Danmark, der beregner cost-effektiviteten ved forskellige målrettede og generelle individorienterede forebyggelsesindsatser, og i visse tilfælde sammenlignes disse også med usual care/opportunistisk tilgang. Et enkelt studie viser, at opportunistisk screening i almen praksis er billigere, men lige så effektiv til at identificere personer med uerkendt T2DM som en trinvis screeningsprocedure, hvor personens risiko for Type 2-diabetes indledningsvis beregnes ved

hjælp af et spørgeskema (Dalsgaard et al., 2010), men de fleste studier peger på, at implementering af individorienterede forebyggelsesindsatser er cost-effektive sammenlignet med usual care (KORA, 2014; Lauritzen et al., 2008; Rasmussen et al., 2007). Studier baseret på internationale data tyder endvidere på, at forebyggelsesindsatser målrettet højrisikogrupper er mere cost-effektive end forebyggelsesindsatser tilbudt den generelle befolkning – særligt hvis indsatsen målrettes personer med BMI $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup> (Hinde et al., 2017; Lawson et al., 2010).

På tværs af datamaterialet bliver det fremhævet, at individorienterede forebyggelsesindsatser i alle tilfælde bør kombineres med strukturelle tiltag (herunder politiske og lovgivningsmæssige indsatser som eksempelvis afgifter og aldersbegrænsninger på tobak og alkohol), hvor samfundet indrettes på en sådan måde, at det gøres lettere for den enkelte at have en mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd.

# Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsen præsenterer vi i det følgende ni anbefalinger til udviklingen af fremtidige systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser.

1. Vi anbefaler, at det indledningsvist besluttes, hvilken specifik målgruppe indsatsen skal komme til gavn, og at metoder til identifikation og afgrænsning af målgruppen defineres (for eksempel geografi, socioøkonomi, beregnet sygdomsrisiko, køn eller lignende).
2. Vi anbefaler, at der gennemføres en grundig behovsanalyse som det første skridt i udviklingen af fremtidige indsatser for at sikre, at der er en overensstemmelse mellem målgruppens behov og indsatsens formål, outcome og succeskriterier. Vi anbefaler desuden, at udviklingen af indsatsen sker i tæt samarbejde med målgruppen og de sundhedsprofessionelle (brugerinddragelse) med henblik på sikring af indsatsens relevans og tilgængelighed.
3. Vi anbefaler, at indsatsens forankring, rekrutteringsstrategi og aktiviteter besluttes på baggrund af de identificerede ønsker og behov fra behovsanalysen, så målgruppen oplever indsatsen som af tilgængelig, genkendelig og relevant.
4. Vi anbefaler, at det sikres, at de professionelle, der leverer indsatsen til målgruppen, har kompetencer og tid til at afdække borgerens individuelle behov og livssituation.
5. Vi anbefaler, at systematiske og målrettede helbredstjek og helbredssamtaler ikke står alene, men inkluderer opfølgende tilbud til målgruppen. De opfølgende tilbud skal forankres lokalt og tilpasses målgruppen, så de fremstår både tilgængelige og relevante for målgruppen.
6. Vi anbefaler, at den politiske og ledelsesmæssige opbakning til indsatsen sikres, så de professionelle, der skal levere indsatsen, oplever, at indsatsens aktiviteter er relevante i deres arbejdsliv og prioriterer opgaverne forbundet med disse.
7. Vi anbefaler, at kendskabet og samarbejdet mellem de involverede parter, som leverer indsatsen, styrkes i forbindelse med udviklingen af indsatsen for at sikre en lettere opstart og drift.

8. Vi anbefaler, at der sikres en fælles forståelse på tværs af de involverede parter igennem tydelighed i formål, forventede outcomes og succeskriterier samt en tydelige fordeling af rollerne i leveringen af indsatsen.
  
9. Vi anbefaler, at man i udviklingen af fremtidige forebyggelsesindsatser er opmærksom på risikoen for negative afledte virkninger, såsom stigmatisering, øget ulighed i sundhed samt overdiagnosticering/-medicinering og sygeliggørelse, og at disse så vidt muligt imødegås.

# Litteraturliste

3F. (2013a). Evaluering af Projekt "Ulighed i sundhed".

3F. (2013b). Rapport fra projekt ulighed i sundhed - oplevelser og fortællinger fra 3F's sundhedsprojekt. .

Alvarez-Bueno, C., Caverro-Redondo, I., Martinez-Andres, M., Arias-Palencia, N., Ramos-Blanes, R., & Salcedo-Aguilar, F. (2015, Jul). Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care settings for primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review of systematic reviews. *Prev Med*, 76 Suppl, S68-75. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.11.028>

Annamalai, A., Kosir, U., & Tek, C. (2017, Aug 15). Prevalence of obesity and diabetes in patients with schizophrenia. *World J Diabetes*, 8(8), 390-396. <https://doi.org/10.4239/wjd.v8.i8.390>

Barter, C., & Renold, E. (2000). 'I wanna tell you a story': Exploring the application of vignettes in qualitative research with children and young people. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(4), 307-323. <https://doi.org/10.1080/13645570050178594>

Bender, A. M., Jørgensen, T., & Pisinger, C. (2019, 2019/01/01). Higher mortality in women living in high-participation areas of a population-based health check and lifestyle intervention study. *International Journal of Public Health*, 64(1), 107-114. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1179-2>

Bernstorff, M., Deichgraeber, P., Bruun, N. H., Dalsgaard, E. M., Fenger-Gron, M., & Lauritzen, T. (2019, Oct 28). A Randomised Trial Examining Cardiovascular Morbidity and All-Cause Mortality 24 years Following General Health Checks: the Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP). *BMJ Open*, 9(10), e030400. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030400>

Bijker, R., & Agyemang, C. (2016). The influence of early-life conditions on cardiovascular disease later in life among ethnic minority populations: a systematic review. *Internal and Emergency Medicine*, 11(3), 341-353. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1272-y>

Bjerregaard, A., Dalsgaard, E., Norman, K., Larsen, L. B., & Merrild, C. H. (2020). *Dit liv – din sundhed*.

Bjerregaard, A. L., Dalsgaard, E. M., Bruun, N. H., Norman, K., Witte, D. R., Stovring, H., Maindal, H. T., & Sandbaek, A. (2022, Jan). Effectiveness of the population-based 'check your health preventive programme' conducted in a primary care setting: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*, 76(1), 24-31. <https://doi.org/10.1136/jech-2021-216581>

- Bjerregaard, A. L., Dalsgaard, E. M., Norman, K., & Sandbæk, A. (2019). *Dit Liv – Din Sundhed – Evalueringsrapport 2019*.
- Bjerregaard, A. L., Maindal, H. T., Bruun, N. H., & Sandbæk, A. (2016). Patterns of attendance to health checks in a municipality setting: the Danish 'Check Your Health Preventive Program'. *Preventive Medicine Reports*, 5(2017), 175–182.
- Bjerregaard, A. L., & Norman, K. (2017a). Sund Mand - Evalueringsrapport 2017. *Aarhus: Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet*.
- Bjerregaard, A. L., & Norman, K. (2017b). *Tjek dit helbred – Evalueringsrapport 2017*.
- Blomstedt, Y., Norberg, M., Stenlund, H., Nystrom, L., Lonnberg, G., Boman, K., Wall, S., & Weinehall, L. (2015, Dec 18). Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Vasterbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ Open*, 5(12), e009651. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009651>
- Bonell, C., Jamal, F., Melendez-Torres, G. J., & Cummins, S. (2015, Jan). 'Dark logic': theorising the harmful consequences of public health interventions. *J Epidemiol Community Health*, 69(1), 95-98. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204671>
- Brangan, E., Stone, T. J., Chappell, A., Harrison, V., & Horwood, J. (2019, Jun). Patient experiences of telephone outreach to enhance uptake of NHS Health Checks in more deprived communities and minority ethnic groups: A qualitative interview study. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 22(3), 364-372. <https://proxy1-bib.sdu.dk:2048/login?url=https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc16&AN=2018-66637-001>  
[http://UL2NB3KN6E.search.serialssolutions.com?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft\\_id=info:sid/Ovid:psyc16&rft.genre=article&rft\\_id=info:doi/10.1111%2Fhex.12856&rft\\_id=info:pmid/&rft.issn=1369-6513&rft.volume=22&rft.issue=3&rft.space=364&rft.pages=364-372&rft.date=2019&rft.jtitle=Health+Expectations%3A+An+International+Journal+of+Public+Participation+in+Health+Care+%26+Health+Policy&rft.atitle=Patient+experiences+of+telephone+outreach+to+enhance+uptake+of+NHS+Health+Checks+in+more+deprived+communities+and+minority+ethnic+groups%3A+A+qualitative+interview+study.&rft.aulast=Brangan](http://UL2NB3KN6E.search.serialssolutions.com?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft_id=info:sid/Ovid:psyc16&rft.genre=article&rft_id=info:doi/10.1111%2Fhex.12856&rft_id=info:pmid/&rft.issn=1369-6513&rft.volume=22&rft.issue=3&rft.space=364&rft.pages=364-372&rft.date=2019&rft.jtitle=Health+Expectations%3A+An+International+Journal+of+Public+Participation+in+Health+Care+%26+Health+Policy&rft.atitle=Patient+experiences+of+telephone+outreach+to+enhance+uptake+of+NHS+Health+Checks+in+more+deprived+communities+and+minority+ethnic+groups%3A+A+qualitative+interview+study.&rft.aulast=Brangan)
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic Analysis. In *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 843-860). Springer Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4\\_103](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103)
- Broholm-Jørgensen, M., Kamstrup-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>

- Broholm-Jørgensen, M., Langkilde, S. M., Tjørnhøj-Thomsen, T., & Pedersen, P. V. (2020). 'Motivational work': A qualitative study of preventive health dialogues in general practice [Article]. *BMC Family Practice*, 21(1), Article 185. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01249-z>
- Bunn, F., Goodman, C., Russell, B., Wilson, P., Manthorpe, J., Rait, G., Hodkinson, I., & Durand, M. A. (2018, Jul 18). Supporting shared decision making for older people with multiple health and social care needs: a realist synthesis. *BMC Geriatr*, 18(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0853-9>
- Bunten, A., Porter, L., Gold, N., & Bogle, V. (2020, Jan 21). A systematic review of factors influencing NHS health check uptake: invitation methods, patient characteristics, and the impact of interventions. *BMC Public Health*, 20(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7889-4>
- Cavanagh, S., & Chadwick, K. (2005). *Health needs assessment at a glance: a practical guide*.
- Chamnan, P., Simmons, R. K., Khaw, K. T., Wareham, N. J., & Griffin, S. J. (2010, Apr 23). Estimating the population impact of screening strategies for identifying and treating people at high risk of cardiovascular disease: modelling study. *BMJ*, 340, c1693. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1693>
- Chamnan, P., Simmons, R. K., Khaw, K. T., Wareham, N. J., & Griffin, S. J. (2012, Jul). Estimating the potential population impact of stepwise screening strategies for identifying and treating individuals at high risk of Type 2 diabetes: a modelling study. *Diabet Med*, 29(7), 893-904. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2012.03609.x>
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. In R. K. Glanz, B.K., Viswanath, K. (Ed.), *Health Behavior and Health Education: Theories, Research, and Practice*. Jossey Bass.
- Charles, M., Fleischer, J., Witte, D. R., Ejksjaer, N., Borch-Johnsen, K., Lauritzen, T., & Sandbaek, A. (2013, Jan). Impact of early detection and treatment of diabetes on the 6-year prevalence of cardiac autonomic neuropathy in people with screen-detected diabetes: ADDITION-Denmark, a cluster-randomised study. *Diabetologia*, 56(1), 101-108. <https://doi.org/10.1007/s00125-012-2744-5>
- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. (2012). The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *The Lancet*, 380(9841), 581-590. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60367-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60367-5)
- Collins, E., Tranter, S., & Irvine, F. (2012). The physical health of the seriously mentally ill: an overview of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 638-646. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01831.x>

- Corrigan, M., Cupples, M. E., Smith, S. M., Byrne, M., Leathem, C. S., Clerkin, P., & Murphy, A. W. (2006, Jul 18). The contribution of qualitative research in designing a complex intervention for secondary prevention of coronary heart disease in two different healthcare systems. *BMC Health Serv Res*, 6, 90. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-90>
- Dahler-Larsen, P. (2018). *Evaluering af projekter - og andre ting, som ikke er ting* (2nd ed.). Syddansk Universitetsforlag.
- Dalkin, S. M., Greenhalgh, J., Jones, D., Cunningham, B., & Lhussier, M. (2015, 2015/04/16). What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. *Implementation Science*, 10(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0237-x>
- Dalsgaard, E. M., Christensen, J. O., Skriver, M. V., Borch-Johnsen, K., Lauritzen, T., & Sandbaek, A. (2010). Comparison of different stepwise screening strategies for type 2 diabetes: Finding from Danish general practice, Addition-DK. *Primary Care Diabetes* 4, 223-229.
- de Waard, A. M., Wandell, P. E., Holzmann, M. J., Korevaar, J. C., Hollander, M., Gornitzki, C., de Wit, N. J., Schellevis, F. G., Lionis, C., Sondergaard, J., Seifert, B., Carlsson, A. C., & Group, S. R. (2018, Aug). Barriers and facilitators to participation in a health check for cardiometabolic diseases in primary care: A systematic review. *Eur J Prev Cardiol*, 25(12), 1326-1340. <https://doi.org/10.1177/2047487318780751>
- Det Etske Råd. (2019). *Baggrundspapir om tidlig opsporing af sygdom* (ISBN: 978-87-92915-18-4). [www.etiskraad.dk/tidlig-opsporing](http://www.etiskraad.dk/tidlig-opsporing)
- Dyakova, M., Shantikumar, S., Colquitt, J. L., Drew, C. M., Sime, M., Maciver, J., Wright, N., Clarke, A., & Rees, K. (2016). Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010411.pub2>
- Eastwood, S. V., Rait, G., Bhattacharyya, M., Nair, D. R., & Walters, K. (2013, Aug). Cardiovascular risk assessment of South Asian populations in religious and community settings: A qualitative study. *Family Practice*, 30(4), 466-472. <https://proxy1-bib.sdu.dk:2048/login?url=https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc10&AN=2013-27353-015>
- [http://UL2NB3KN6E.search.serialssolutions.com?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft\\_id=info:sid/Ovid:psyc10&rft.genre=article&rft\\_id=info:doi/10.1093%2Ffampra%2Fcm1017&rft\\_id=info:pmid/&rft.issn=0263-2136&rft.volume=30&rft.issue=4&rft.spage=466&rft.pages=466-472&rft.date=2013&rft.jtitle=Family+Practice&rft.atitle=Cardiovascular+risk+assessment+of+South+Asian+populations+in+religious+and+community+settings%3A+A+qualitative+study.&rft.aulast=Eastwood](http://UL2NB3KN6E.search.serialssolutions.com?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft_id=info:sid/Ovid:psyc10&rft.genre=article&rft_id=info:doi/10.1093%2Ffampra%2Fcm1017&rft_id=info:pmid/&rft.issn=0263-2136&rft.volume=30&rft.issue=4&rft.spage=466&rft.pages=466-472&rft.date=2013&rft.jtitle=Family+Practice&rft.atitle=Cardiovascular+risk+assessment+of+South+Asian+populations+in+religious+and+community+settings%3A+A+qualitative+study.&rft.aulast=Eastwood)
- Eborall, H., Stone, M., Aujla, N., Taub, N., Davies, M., & Khunti, K. (2012, Mar). Influences on the uptake of diabetes screening: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*, 62(596), e204-211. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X630106>



- Ebrahim, S., Taylor, F., Ward, K., Beswick, A., Burke, M., & Davey Smith, G. (2011, Jan 19). Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD001561. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001561.pub3>
- Ellis, N., Gidlow, C., Cowap, L., Randall, J., Iqbal, Z., & Kumar, J. (2015). A qualitative investigation of non-response in NHS health checks. *Arch Public Health*, 73(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0064-1>
- Engelsen, C., Koekkoek, P. S., Godefrooij, M. B., Spigt, M. G., & Rutten, G. E. (2014, Oct). Screening for increased cardiometabolic risk in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 64(627), e616-626. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X681781>
- Enocson, A., Jolly, K., Jordan, R. E., Fitzmaurice, D. A., Greenfield, S. M., & Adab, P. (2018, 17 May). Case-finding for COPD in primary care: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of COPD*, 13, 1623-1632. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S147718>
- Farbring, C. Å., & Rollnick, S. (2016). *Den motiverende samtale i praksis*.
- Funnel, S. C., & Rogers, P. J. (2011). Variations of Program Theory over Time. In Jossey-Bass (Ed.), *Purposeful Program Theory – Effective use of theories of change and logic models* (pp. 15-36).
- Goldfarb, M., Slobod, D., Dufresne, L., Brophy, J. M., Sniderman, A., & Thanassoulis, G. (2015, May). Screening Strategies and Primary Prevention Interventions in Relatives of People With Coronary Artery Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Cardiol*, 31(5), 649-657. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2015.02.019>
- Groenendijk-van Woudenbergh, G. J., van Hell-Cromwijk, M. C., van der Veen, Y. J. J., Algra, H. F., & Kroeze, W. (2022, Jan 19). Facilitators and barriers for promoting healthy eating among primary care patients: results of a qualitative study among practice nurses. *Fam Pract*, 39(1), 144-149. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab092>
- Grønhøj, A., & Bech-Larsen, T. (2010). Using vignettes to study family consumption processes. *Psychology and Marketing*, 27(5), 445-464. <https://doi.org/10.1002/mar.20338>
- Harkins, C., Shaw, R., Gillies, M., Sloan, H., Macintyre, K., Scoular, A., Morrison, C., MacKay, F., Cunningham, H., Docherty, P., Macintyre, P., Findlay, I. N. (2010). Overcoming barriers to engaging socio-economically disadvantaged populations in CHD primary prevention: a qualitative study. *BMC Public Health*.
- Herrett, E., Gadd, S., Jackson, R., Bhaskaran, K., Williamson, E., van Staa, T., Sofat, R., Timmis, A., & Smeeth, L. (2019). Eligibility and subsequent burden of cardiovascular disease of four strategies for blood pressure-lowering treatment: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 394(10199), 663-671. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31359-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31359-5)

- Hinde, S., Bojke, L., Richardson, G., Retat, L., & Webber, L. (2017). The cost-effectiveness of population Health Checks: have the NHS Health Checks been unfairly maligned? *Journal of Public Health*, 25(4), 425-431. <https://doi.org/10.1007/s10389-017-0801-8>
- Holsaae, M., & Bentzen, H. (2014). Lige adgang til sundhedsvæsenet - Sundhedstjek hos egen læge til personer med udviklingshæmning eller sindslidelse i botilbud. *Danske Handicaporganisationer*.
- Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S., & M.E., J. (2009). Etik i forebyggelse og sundhedsfremme. *Sundhedsstyrelsen*.
- Hosseinpour, A. R., Bergen, N., Mendis, S., Harper, S., Verdes, E., Kunst, A., & Chatterji, S. (2012). Socioeconomic inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: Results from the World Health Survey. *BMC Public Health*, 12(1), 474. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-474>
- Hvidt, E. A., Søgaard, G. I., Søndergaard, J., Larsen, L. B., Thilising, T. (2017). Perspektiver på samarbejdet mellem almen praksis og kommune om sundhedsfremme og forebyggelse: en kvalitativ undersøgelse.
- Ismail, H., & Kelly, S. (2015, Oct 20). Lessons learned from England's Health Checks Programme: using qualitative research to identify and share best practice. *BMC Fam Pract*, 16, 144. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0365-z>
- Jerliu, N., Toçi, E., Burazeri, G., Ramadani, N., & Brand, H. (2013). Prevalence and socioeconomic correlates of chronic morbidity among elderly people in Kosovo: a population-based survey. *BMC Geriatrics*, 13(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-22>
- Jørgensen, T., Jacobsen, R. K., Toft, U., Aadahl, M., Glumer, C., & Pisinger, C. (2014, Jun 9). Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ*, 348, g3617. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3617>
- Kamstrup-Larsen, N., Dalton, S. O., Gronbaek, M., Broholm-Jorgensen, M., Thomsen, J. L., Larsen, L. B., Johansen, C., & Tolstrup, J. (2019, Sep 18). The effectiveness of general practice-based health checks on health behaviour and incidence on non-communicable diseases in individuals with low socioeconomic position: a randomised controlled trial in Denmark. *BMJ Open*, 9(9), e029180. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029180>
- Khunti, K., Mani, H., Achana, F., Cooper, N., Gray, L. J., & Davies, M. J. (2015). Systematic Review and Meta-Analysis of Response Rates and Diagnostic Yield of Screening for Type 2 Diabetes and Those at High Risk of Diabetes. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 10(9), e0135702. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135702>

- Koopmans, B., Nielen, M., Schellevis, F., & Korevaar, J. (2012, 10/09). Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice. *BMC Public Health*, 12, 856. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-856>
- KORA. (2014). En omkostningsanalyse af den indledende fase af 'Tjek dit helbred' i Randers Kommune.
- Král, N., de Waard, A.-K. M., Schellevis, F. G., Korevaar, J. C., Lionis, C., Carlsson, A. C., Sønderlund, A. L., Søndergaard, J., Larsen, L. B., Hollander, M., Thilising, T., Angelaki, A., de Wit, N. J., & Seifert, B. (2019, 2019/07/03). What should selective cardiometabolic prevention programmes in European primary care look like? A consensus-based design by the SPIMEU group. *European Journal of General Practice*, 25(3), 101-108. <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1641195>
- Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., & Gøtzsche, P. C. (2019, Jan 31). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), Cd009009. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub3>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (B. Nake, Trans.; 3. ed.). Hans Reitzel.
- Larsen, L. B. (2018). *Targeting and uptake of stepwise approaches to prevent chronic disease in the Danish primary care sector - a cross-sectional analysis of three intervention studies* [Syddansk Universitet].
- Larsen, L. B., Sandbaek, A., Thomsen, J. L., & Bjerregaard, A. L. (2018, May 2). Uptake of health checks by residents from the Danish social housing sector - a register-based cross-sectional study of patient characteristics in the 'Your Life - Your Health' program. *BMC Public Health*, 18(1), 585. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5506-6>
- Larsen, L. B., Søndergaard, J., Thomsen, J. L., Halling, A., Sønderlund, A. L., Christensen, J. R., & Thilising, T. (2019a). Digital Recruitment and Acceptance of a Stepwise Model to Prevent Chronic Disease in the Danish Primary Care Sector: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1), e11658. <https://doi.org/10.2196/11658>
- Larsen, L. B., Søndergaard, J., Thomsen, J. L., Halling, A., Sønderlund, A. L., Christensen, J. R., & Thilising, T. (2019b). Step-wise approach to prevention of chronic diseases in the Danish primary care sector with the use of a personal digital health profile and targeted follow-up – an assessment of attendance. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7419-4>
- Larsen, L. B., Sønderlund, A. L., Søndergaard, J., Thomsen, J. L., Halling, A., Hvidt, N. C., Hvidt, E. A., Mønsted, T., Pedersen, L. B., Roos, E. M., Pedersen, P. V., & Thilising, T. (2018). Targeted prevention in primary care aimed at lifestyle-related diseases: A study protocol for a non-randomised pilot study [Article]. *BMC Family Practice*, 19(1), Article 124. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0820-8>

- Larsen, L. B., Thilising, T., Sondergaard, J., & Bjerregaard, A. L. (2018, Oct). A third perspective on the effects of general health checks may provide a less biased estimate (letter commenting J Clin Epidemiol 2016;71:120-2). *J Clin Epidemiol*, 102, 144-145. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.05.018>
- Lauritzen, T., Jensen, M. S., Thomsen, J. L., Christensen, B., & Engberg, M. (2008, Aug). Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs. An overview of the results from a 5-year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP). *Scand J Public Health*, 36(6), 650-661. <https://doi.org/10.1177/1403494807090165>
- Lawson, K. D., Fenwick, E. A., Pell, A. C., & Pell, J. P. (2010, Feb). Comparison of mass and targeted screening strategies for cardiovascular risk: simulation of the effectiveness, cost-effectiveness and coverage using a cross-sectional survey of 3921 people. *Heart*, 96(3), 208-212. <https://doi.org/10.1136/hrt.2009.177204>
- Liljas, A. E. M., Walters, K., Jovicic, A., Iliffe, S., Manthorpe, J., Goodman, C., & Kharicha, K. (2019, May 23). Engaging 'hard to reach' groups in health promotion: the views of older people and professionals from a qualitative study in England. *BMC Public Health*, 19(1), 629. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6911-1>
- Løkke, A., Ulrik, C. S., Dahl, R., Plauborg, L., Dollerup, J., Kristiansen, L. C., Cording, P. H., Dehlendorff, C., & study-group, T. G. (2012, Aug). Detection of previously undiagnosed cases of COPD in a high-risk population identified in general practice. *COPD*, 9(5), 458-465. <https://doi.org/10.3109/15412555.2012.685118>
- MacDonald, M., Pauly, B., Wong, G., Schick-Makaroff, K., van Roode, T., Strosher, H. W., Kothari, A., Valaitis, R., Manson, H., O'Briain, W., Carroll, S., Lee, V., Tong, S., Smith, K. D., & Ward, M. (2016, Apr 7). Supporting successful implementation of public health interventions: protocol for a realist synthesis. *Syst Rev*, 5, 54. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0229-1>
- Macinko, J. A., Shi, L., Starfield, B. and Wulu, J. T. (2003). Income inequality and health: a critical review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 60(4), 407-452.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481. <https://doi.org/10.1056/nejmsa0707519>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61690-6)
- Marmot, M. G., Kogevinas, M., & Elston, M. A. (1987). Social/Economic Status and Disease. *Annual Review of Public Health*, 8(1), 111-135. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.08.050187.000551>

- Martin, A., Saunders, C. L., Harte, E., Griffin, S. J., MacLure, C., Mant, J., Meads, C., Walter, F. M., & Usher-Smith, J. A. (2018, Jul). Delivery and impact of the NHS Health Check in the first 8 years: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 68(672), e449-e459. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X697649>
- Martinez, F. J., Raczek, A. E., Seifer, F. D., Conoscenti, C. S., Curtice, T. G., D'Eletto, T., Cote, C., Hawkins, C., & Phillips, A. L. (2008). Development and Initial Validation of a Self-Scored COPD Population Screener Questionnaire (COPD-PS). *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5(2), 85-95. <https://doi.org/10.1080/15412550801940721>
- Mills, K., Harte, E., Martin, A., MacLure, C., Griffin, S. J., Mant, J., Meads, C., Saunders, C. L., Walter, F. M., & Usher-Smith, J. A. (2017, Nov 15). Views of commissioners, managers and healthcare professionals on the NHS Health Check programme: a systematic review. *BMJ Open*, 7(11), e018606. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018606>
- Moinuddin, A., Goel, A., Saini, S., Bajpai, A. and Misra, R. (2016). Alcohol Consumption and Gender: A Critical Review. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 6(3).
- Moller, A., & Merrild, C. H. (2019, Oct 1). Exploring targeted preventive health checks in a socially disadvantaged neighborhood in Denmark. *Health Promot Int*, 35(5), 1150-1158. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz110>
- Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., Agerbo, E., Benros, M. E., Børghlum, A. D., Christensen, M. K., Dalsgaard, S., Degenhardt, L., de Jonge, P., Debost, J.-C. P. G., Fenger-Grøn, M., Gunn, J. M., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Kessler, R. C., Laursen, T. M., Lim, C. C. W., Mors, O., Mortensen, P. B., Musliner, K. L., Nordentoft, M., Pedersen, C. B., Petersen, L. V., Ribe, A. R., Roest, A. M., Saha, S., Schork, A. J., Scott, K. M., Sievert, C., Sørensen, H. J., Stedman, T. J., Vestergaard, M., Vilhjalmsson, B., Werge, T., Weye, N., Whiteford, H. A., Prior, A., & McGrath, J. J. (2020). Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1721-1731. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1915784>
- Moran, P. S., Teljeur, C., Ryan, M., & Smith, S. M. (2016, Jun 3). Systematic screening for the detection of atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev*(6), CD009586. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009586.pub3>
- Munch-Petersen, M., & Larsen, A. K. (2019). *Organisatorisk brugerinddragelse - hvorfor?*
- Murray, J., Craigs, C. L., Hill, K. M., Honey, S., & House, A. (2012). A systematic review of patient reported factors associated with uptake and completion of cardiovascular lifestyle behaviour change. *BMC Cardiovascular Disorders*.
- Mølbak, M. L., Juhl, S., Halkjær, M. W., Dørfler, A., Johansen, S. D., & Kantsø, L. S. (2022). *Tværgående evaluering – "Sundhedstjek: Styrket rekruttering til kommunale sundhedstilbud"*.

- NIRAS. (2015). Erfaringer med at løfte sundheden i nærmiljøet - Evaluering af 12 kommuners indsat for forebyggelse og sundhedsfremme i nærmiljøer med høj koncentration af mindre ressourcestærke borgere.
- Olaya-Contreras, P., Balcker-Lundgren, K., Siddiqui, F., & Bennet, L. (2019, Oct 19). Perceptions, experiences and barriers to lifestyle modifications in first-generation Middle Eastern immigrants to Sweden: a qualitative study. *BMJ Open*, 9(10), e028076. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028076>
- Pavelin, K., Pundir, S., & Cham, J. A. (2014, Feb). Ten simple rules for running interactive workshops. *PLoS Comput Biol*, 10(2), e1003485. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1003485>
- Pawson, R. (2006). Realist synthesis: new protocols for systematic review. In *Evidence-based policy* (pp. 73–104). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4135/9781849209120>
- Pawson, R. (2013). A Complexity Checklist. In *The Science of Evaluation - A Realist Manifesto* (pp. 33-45). SAGE Publications Ltd.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. SAGE Publications Ltd.
- Rasmussen, S. R., Kilsmark, J., Hvenegaard, A., Thomsen, J. L., Engberg, M., Lauritzen, T., & Søgaard, J. (2006). FOREBYGGENDE HELBREDSSUNDERSØGELSER OG HELBREDSSAMTALER I ALMEN PRAKSIS - en sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedsprojekt Ebeltoft". *Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2006*; 6 (6).
- Rasmussen, S. R., Thomsen, J. L., Kilsmark, J., Hvenegaard, A., Engberg, M., Lauritzen, T., & Søgaard, J. (2007). Preventive health screenings and health consultations in primary care increase life expectancy without increasing costs. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(4), 365-372. <https://doi.org/10.1080/14034940701219642>
- Ravn, R. (2020). Realistisk evaluering: Et supplement eller et alternativ til effektevaluering? *Metode og Forskningsdesign*(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.5278/ojs.mf.v3i3.6151>
- Riley, R., Coghill, N., Montgomery, A., Feder, G., & Horwood, J. (2015, Dec 10). The provision of NHS health checks in a community setting: an ethnographic account. *BMC Health Serv Res*, 15, 546. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1209-1>
- Ringkøbing-Skjern Kommune. (2017). *Kvalitativ evaluering af projekt Sund Mand - 2017*.
- Rycroft-Malone, J., McCormack, B., Hutchinson, A., DeCorby, K., Bucknall, T., Kent, B., Schultz, A., Snelgrove-Clarke, E., Stetler, C., Faan, M., & Wilson, V. (2012, 04/19). Realist synthesis: Illustrating the method for implementation research. *Implementation science : IS*, 7, 33. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-33>

- San Sebastian, M., Mosquera, P. A., & Gustafsson, P. E. (2019, Feb 15). Do cardiovascular disease prevention programs in northern Sweden impact on population health? An interrupted time series analysis. *BMC Public Health*, 19(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6514-x>
- Sandbaek, A., Griffin, S. J., Rutten, G., Davies, M., Stolk, R., Khunti, K., Borch-Johnsen, K., Wareham, N. J., & Lauritzen, T. (2008). Stepwise screening for diabetes identifies people with high but modifiable coronary heart disease risk. The ADDITION study. *Diabetologia*, 51(7), 1127-1134. <https://doi.org/10.1007/s00125-008-1013-0>
- Scott, D., & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues Ment Health Nurs*, 32(9), 589-597. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.569846>
- Sheridan, S. L., Viera, A. J., Krantz, M. J., Ice, C. L., Steinman, L. E., Peters, K. E., Kopin, L. A., Lungelow, D., Research, C. H. I., & Risk, T. N. W. G. o. G. C. H. D. (2010). The Effect of Giving Global Coronary Risk Information to Adults: A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine*, 170(3), 230-239. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.516>
- Si, S., Moss, J. R., Sullivan, T. R., Newton, S. S., & Stocks, N. P. (2014, Jan). Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 64(618), e47-53. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X676456>
- Stanley, S. H., & Laugharne, J. D. (2012). Obesity, cardiovascular disease and type 2 diabetes in people with a mental illness: a need for primary health care. *Aust J Prim Health*, 18(3), 258-264. <https://doi.org/10.1071/py11045>
- Stol, Y. H., Asscher, E. C. A., & Schermer, M. H. N. (2018, Jun 22). Good health checks according to the general public; expectations and criteria: a focus group study. *BMC Med Ethics*, 19(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0301-6>
- Stuber, J. M., Middel, C. N. H., Mackenbach, J. D., Beulens, J. W. J., & Lakerveld, J. (2020, Apr 16). Successfully Recruiting Adults with a Low Socioeconomic Position into Community-Based Lifestyle Programs: A Qualitative Study on Expert Opinions. *Int J Environ Res Public Health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082764>
- Sun, L., Getz, M., Daboul, S., Jay, M., Sherman, S., Rogers, E., Aujero, N., Rosedale, M., Goetz, R. R., Weissman, J., Malaspina, D., & Ahmad, S. (2018, Apr). Independence of diabetes and obesity in adults with serious mental illness: Findings from a large urban public hospital. *J Psychiatr Res*, 99, 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.01.005>
- Sundhedsstyrelsen, & Cowi. (2019). Evaluering - Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelig kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser.

- Søndergaard, A., Christensen, B., & Maindal, H. T. (2012, Jun 8). 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>
- The Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. (2014). Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular risk: a meta-analysis of individual patient data. *The Lancet*, 384(9943), 591-598. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61212-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61212-5)
- Thilsing, T., Larsen, L. B., Sonderlund, A. L., Andreassen, S. S., Christensen, J. R., Svensson, N. H., Dahl, M., & Søndergaard, J. (2021). Effects of a Co-Design–Based Invitation Strategy on Participation in a Preventive Health Check Program: Randomized Controlled Trial. *JMIR Public Health and Surveillance*, 7(3), e25617. <https://doi.org/10.2196/25617>
- Thilsing, T., Svensson, N. H., Søndergaard, J., Larsen, L. B. (2020). Evalueringsrapport for TOF, pilotprojekt 2 - Resultater af den kvantitative evaluering.
- Tonnon, S. C., Proper, K. I., van der Ploeg, H. P., Westerman, M. J., Sijbesma, E., van der Beek, A. J. (2014). A qualitative study of the anticipated barriers and facilitators to the implementation of a lifestyle intervention in the dutch construction industry. *BMC Public Health*, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1317>
- Vari, R., Scazzocchio, B., D'Amore, A., Giovannini, C., Gessani, S. and Masella, R. (2016). Gender-related differences in lifestyle may affect health status. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 52( 2), 158-166. <https://doi.org/10.4415/ann 16 02 06>
- Wandell, P. E., de Waard, A. M., Holzmann, M. J., Gornitzki, C., Lionis, C., de Wit, N., Søndergaard, J., Sonderlund, A. L., Kral, N., Seifert, B., Korevaar, J. C., Schellevis, F. G., & Carlsson, A. C. (2018, Jul 23). Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: A systematic review. *Fam Pract*, 35(4), 383-398. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz137>
- White, A., McKee, M., Richardson, N., Visser, R. D., Madsen, S. A., Sousa, B. C. D., Hogston, R., Zatonski, W., & Makara, P. (2011). Europe's men need their own health strategy. *BMJ*, 343(nov29 2), d7397-d7397. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7397>
- Whitlock, E. P., & Williams, S. B. (2003). The primary prevention of heart disease in women through health behavior change promotion in primary care. *Women's Health Issues*, 13(4), 122-141. [https://doi.org/10.1016/S1049-3867\(03\)00036-7](https://doi.org/10.1016/S1049-3867(03)00036-7)
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010* (9789240686458 (PDF)). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579>
- Wright, C. A., Osborn, D. P., Nazareth, I., & King, M. B. (2006, Apr 21). Prevention of coronary heart disease in people with severe mental illnesses: a qualitative study of patient and professionals' preferences for care. *BMC Psychiatry*, 6, 16. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-16>



Yousaf, O., Grundfeld, E. A. and Hunter, M. S. (2015). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychology Review*, 9(2), 264–276.

Zhou, X., Siegel, K. R., Ng, B. P., Jawanda, S., Proia, K. K., Zhang, X., Albright, A. L., & Zhang, P. (2020, Jul). Cost-effectiveness of Diabetes Prevention Interventions Targeting High-risk Individuals and Whole Populations: A Systematic Review. *Diabetes Care*, 43(7), 1593-1616. <https://doi.org/10.2337/dci20-0018>

# Bilag

## Bilagsoversigt

Bilag 1: Eksempel på liste over søgeord (litteratursøgning 1)

Bilag 2: Liste over inkluderede studier i første litteratursøgning (systematiske reviews og metaanalyser)

Bilag 3: Eksempler på hvis-så-sætninger

Bilag 4: Første udkast til programteori

Bilag 5: Eksempel på interviewguide

Bilag 6: Oversigt over interviewpersoner

Bilag 7: 2. programteori

Bilag 8: Liste over inkluderet grå litteratur

Bilag 9: Eksempel på liste over søgeord (litteratursøgning 2)

Bilag 10: Liste over inkluderede studier i anden litteratursøgning (kvalitative studier)

Bilag 11: Kodetræ fra NVivo

Bilag 12: 3. programteori

Bilag 13: Oversigt over workshopdeltagere

Bilag 14: Invitation til borgerworkshop

Bilag 15: Vignette til borgerworkshop

# Bilag 1: Eksempel på liste over søgeord (litteratursøgning 1)

Følgende er en liste over søgeord fra søgningen i Embase. Seneste søgning gennemført d. 21. maj 2021. Søggestrengen var bygget op som følger:

Intervention AND condition AND setting AND type of study AND target group country AND targeted

#	Searches	Results
1	Health check.mp.	5218
2	Healthcheck.mp.	30
3	1 or 2	5244
4	health check*.mp.	9190
5	3 or 4	9213
6	prevention/ or primary prevention/ or prophylaxis/ or secondary prevention/ or smoking prevention/	474104
7	Preven*.mp.	3104743
8	6 or 7	3159371
9	behavio?r advi*.mp.	50
10	behavio?ral advi*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	65
11	behavio?r modification*.mp.	11194
12	behavio?ral modification*.mp.	2683
13	behavior modification/	8310
14	9 or 10 or 11 or 12 or 13	13451
15	lifestyle modification/	42060
16	lifestyle modification*.mp.	46529
17	lifestyle intervention*.mp.	11697
18	lifestyle advi*.mp.	1583
19	15 or 16 or 17 or 18	55132
20	motivational interviewing/	5483
21	motivational interview*.mp.	8413
22	20 or 21	8413
23	screening program*.mp.	46315
24	health dialogue*.mp.	94
25	prevent* program*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	33953
26	5 or 8 or 14 or 19 or 22 or 23 or 24 or 25	3252118
27	exp non communicable disease/di, pc [Diagnosis, Prevention]	544
28	non communicable disease*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	15171

29	ncd.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	4197
30	ncds.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	3976
31	exp chronic disease/di, pc [Diagnosis, Prevention]	6858
32	chronic disease*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	265210
33	chronic illness.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	19275
34	chronic illnesses.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	7129
35	27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34	292390
36	chronic obstructive lung disease/di, pc [Diagnosis, Prevention]	11346
37	chronic obstructive lung disease.mp.	147200
38	copd.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	96101
39	non insulin dependent diabetes mellitus/di, pc [Diagnosis, Prevention]	17686
40	non insulin dependent diabetes mellitus.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	279017
41	t2dm.mp.	42053
42	type 2 diabetes.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	214692
43	cardiovascular disease/di, pc [Diagnosis, Prevention]	41114
44	cardiovascular disease*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	441553
45	cholesterol/ec [Endogenous Compound]	103441
46	36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45	959069
47	35 or 46	1221470
48	primary medical care/	113945
49	Primary care.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	172351
50	primary health care/	70736
51	Primary health care.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	83933
52	Primary healthcare.mp.	8599
53	general practice/	87926
54	general practice.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	105697
55	family practice.mp.	10252

56	family doctor.mp.	4511
57	family medicine/	11865
58	family medicine.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	19413
59	physician/	329032
60	physician.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	579515
61	general practitioner/	110325
62	general practitioner.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	122301
63	health professional.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	12338
64	health practitioner/	58450
65	practitioner.mp.	234771
66	preventive medicine/	29397
67	preventive medicine.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	36625
68	municipal*.mp.	57782
69	48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68	1099184
70	exp review/	2849696
71	(literature adj3 review\$.ti,ab.	404878
72	exp meta analysis/	217843
73	exp "systematic review"/	297177
74	70 or 71 or 72 or 73	3177249
75	(medline or medlars or embase or pubmed or cinahl or amed or psychlit or psyclit or psychinfo or psycinfo or scisearch or cochrane).ti,ab.	335047
76	RETRACTED ARTICLE/	11437
77	75 or 76	346104
78	74 and 77	265332
79	(systematic\$ adj2 (review\$ or overview)).ti,ab.	274612
80	(meta?anal\$ or meta anal\$ or meta-anal\$ or metaanal\$ or metanal\$.ti,ab.	264501
81	78 or 79 or 80	504302
82	at risk.mp.	276072
83	increased risk.mp.	376796
84	high risk.mp.	652992
85	exp high risk behavior/	29331
86	risk factor*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	1484568
87	risk factor/di [Diagnosis]	1
88	high risk patient/	142521
89	high risk patient*.mp.	168316
90	82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88 or 89	2402363
91	26 and 47 and 69 and 81 and 90	397

92	targeted.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating sub-heading word, candidate term word]	535654
93	targeting.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating sub-heading word, candidate term word]	646793
94	specific.mp.	3382028
95	tailored.mp.	88425
96	tailoring.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating sub-heading word, candidate term word]	22987
97	selective.mp.	683059
98	selected.mp.	1087006
99	92 or 93 or 94 or 95 or 96 or 97 or 98	5699511
100	26 and 47 and 69 and 81 and 90 and 99	135

## Bilag 2: Liste over inkluderede studier i første litteratursøgning (systematiske reviews og metaanalyser)

1. Taggart J., Williams A., Dennis S., Newall A., Shortus T, Zwar N, Denney-Wilson E, Harris MF. *A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors*. BMC Fam Pract. 2012 Jun 1;13:49. doi: 10.1186/1471-2296-13-49. PMID: 22656188; PMCID: PMC3444864.
2. Cheong A.T., Liew S.M., Khoo E.M., Mohd Zaidi N.F., Chinna K. *Are interventions to increase the uptake of screening for cardiovascular disease risk factors effective? A systematic review and meta-analysis*. BMC Fam Pract. 2017 Jan 17;18(1):4. doi: 10.1186/s12875-016-0579-8. PMID: 28095788; PMCID: PMC5240221.
3. Zhou X., Karen R. Siegel K. R., Ng B. P., Jawanda S., Proia K. K., Zhang X., Albright A. L., Zhang P.; *Cost-effectiveness of Diabetes Prevention Interventions Targeting High-risk Individuals and Whole Populations: A Systematic Review*. Diabetes Care 1 July 2020; 43 (7): 1593–1616. <https://doi.org/10.2337/dci20-0018>
4. Versteeg H, Spek V, Pedersen SS, Denollet J. *Type D personality and health status in cardiovascular disease populations: a meta-analysis of prospective studies*. European Journal of Preventive Cardiology. 2012;19(6):1373-1380. doi:[10.1177/1741826711425338](https://doi.org/10.1177/1741826711425338)
5. Lawlor E. R., Bradley D. T., Cupples M. E., Tully M. A. *The effect of community-based interventions for cardiovascular disease secondary prevention on behavioural risk factors*. Prev Med. 2018 Sep;114:24-38. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.05.019. Epub 2018 May 24. PMID: 29802876.
6. Simpson V., Pedigo L. *Nurse and Physician Involvement in Health Risk Appraisals: An Integrative Review*. Western Journal of Nursing Research. 2017;39(6):803-824. doi:[10.1177/0193945916660341](https://doi.org/10.1177/0193945916660341)
7. Moran P. S., Teljeur C., Ryan M., Smith S. M. *Systematic screening for the detection of atrial fibrillation*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD009586. DOI: 10.1002/14651858.CD009586.pub3. Accessed 17 May 2022.
8. Martin A., Saunders C. L., Harte E., Griffin S. J., MacLure C., Mant J., Meads C., Walter F. M., Usher-Smith J. A. *Delivery and impact of the NHS Health Check in the first 8 years: a systematic review*. Br J Gen Pract. 2018 Jul;68(672):e449-e459. doi: 10.3399/bjgp18X697649. Epub 2018 Jun 18. PMID: 29914882; PMCID: PMC6014431.

9. Engelsen Cd., Koekkoek P. S., Godefrooij M. B., Spigt M. G., Rutten G.E. *Screening for increased cardiometabolic risk in primary care: a systematic review*. Br J Gen Pract. 2014 Oct;64(627):e616-26. doi: 10.3399/bjgp14X681781. PMID: 25267047; PMCID: PMC4173724.
10. Rodrigues A. L., Ball J., Ski C., Stewart S., Carrington M. J. *A systematic review and meta-analysis of primary prevention programmes to improve cardio-metabolic risk in non-urban communities*. Prev Med. 2016 Jun;87:22-34. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.02.011. Epub 2016 Feb 12. PMID: 26876624.
11. Lee J. T., Lawson K. D., Wan Y., Majeed A., Morris S., Soljak M., Millett C. *Are cardiovascular disease risk assessment and management programmes cost effective? A systematic review of the evidence*. Prev Med. 2017 Jun;99:49-57. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.01.005. Epub 2017 Jan 11. PMID: 28087465.
12. Sheridan, S.L., Crespo, E. *Does the routine use of global coronary heart disease risk scores translate into clinical benefits or harms? A systematic review of the literature*. BMC Health Serv Res 8, 60 (2008). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-60>
13. Goris J., Komaric N., Guandalini A., Francis D., Hawes E. *Effectiveness of multicultural health workers in chronic disease prevention and self-management in culturally and linguistically diverse populations: a systematic literature review*. Aust J Prim Health. 2013;19(1):14-37. doi: 10.1071/PY11130. PMID: 22951183.
14. Galaviz K. I., Weber M. B., Straus A., Haw J. S., Narayan K. M. V., Ali M. K. *Global Diabetes Prevention Interventions: A Systematic Review and Network Meta-analysis of the Real-World Impact on Incidence, Weight, and Glucose*. Diabetes Care. 2018 Jul;41(7):1526-1534. doi: 10.2337/dc17-2222. PMID: 29934481; PMCID: PMC6463613.
15. Buntten, A., Porter, L., Gold, N., Bogle, V. *A systematic review of factors influencing NHS health check uptake: invitation methods, patient characteristics, and the impact of interventions*. BMC Public Health 20, 93 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7889-4>
16. Murray, J., Craigs, C.L., Hill, K.M., Honey, S., House, A. *A systematic review of patient reported factors associated with uptake and completion of cardiovascular lifestyle behaviour change*. BMC Cardiovasc Disord 12, 120 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2261-12-120>
17. Schumacher T. L., Burrows T. L., Neubeck L., Redfern J., Callister R., Collins C. E. *How dietary evidence for the prevention and treatment of CVD is translated into practice in those with or at high risk of CVD: a systematic review*. Public Health Nutr. 2017 Jan;20(1):30-45. doi: 10.1017/S1368980016001543. Epub 2016 Jun 22. PMID: 27330027.
18. Álvarez-Bueno C., Cavero-Redondo I., Martínez-Andrés M., Arias-Palencia N., Ramos-Blanes R., Salcedo-Aguilar F. *Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care settings for primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review of systematic reviews*. Prev Med. 2015 Jul;76 Suppl:S68-75. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.11.028.



Epub 2014 Dec 12. PMID: 25511466.

19. Curtis J., Wilson C. *Preventing type 2 diabetes mellitus*. The Journal of the American Board of Family Practice. 2005. DOI:[10.3122/JABFM.18.1.37](https://doi.org/10.3122/JABFM.18.1.37)
20. Willis A., Davies M., Yates T., Khunti K. *Primary prevention of cardiovascular disease using validated risk scores: a systematic review*. J R Soc Med. 2012 Aug;105(8):348-56. doi: 10.1258/jrsm.2012.110193. Erratum in: J R Soc Med. 2012 Oct;105(10):411. PMID: 22907552; PMCID: PMC3423129.
21. Waugh N. R., Shyangdan D., Taylor-Phillips S., Suri G., Hall B. *Screening for type 2 diabetes: a short report for the National Screening Committee*. Health Technol Assess. 2013 Aug;17(35):1-90. doi: 10.3310/hta17350. PMID: 23972041; PMCID: PMC4780946.
22. Dyakova M., Shantikumar S., Colquitt J. L., Drew C. M., Sime M., MacIver J., Wright N., Clarke A., Rees K. *Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease*. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jan 29;2016(1):CD010411. doi: 10.1002/14651858.CD010411.pub2. PMID: 26824223; PMCID: PMC6494380.
23. Crouch R., Wilson A., Newbury J. *A systematic review of the effectiveness of primary health education or intervention programs in improving rural women's knowledge of heart disease risk factors and changing lifestyle behaviours*. Int J Evid Based Healthc. 2011 Sep;9(3):236-45. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00226.x. PMID: 21884451.
24. Buckley B. S., Byrne M. C., Smith S. M. *Service organisation for the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care*. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;(3):CD006772. doi: 10.1002/14651858.CD006772.pub2. PMID: 20238349.
25. Wändell P. E., de Waard A. K. M., Holzmann M. J., Gornitzki C., Lionis C., de Wit N., Søndergaard J., Sønderlund A. L., Kral N., Seifert B., Korevaar J. C., Schellevis F. G., Carlsson A. C., *Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: A systematic review*, Family Practice, Volume 35, Issue 4, August 2018, Pages 383-398, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz137>
26. Mills, K., Harte, E., Martin, A., MacLure, C., Griffin, S. J., Mant, J., Meads, C., Saunders, C. L., Walter, F. M., & Usher-Smith, J. A., *Views of commissioners, managers and healthcare professionals on the NHS Health Check programme: a systematic review*. 2017, *BMJ open*, 7(11), e018606. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018606>
27. Si S., Moss J. R., Sullivan T. R., Newton S. S., Stocks N. P. *Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis*. Br J Gen Pract. 2014 Jan;64(618):e47-53. doi: 10.3399/bjgp14X676456. PMID: 24567582; PMCID: PMC3876170.

28. Wolfenden, L.; Reilly, K.; Kingsland, M.; Grady, A.; Williams, C. M.; Nathan, N.; Sutherland, R.; Wiggers, J.; Jones, J.; Hodder, R.; Finch, M.; McFadyen, T.; Bauman, A.; Rissel, C.; Milat, A.; Swindle, T.; Yoong SzeLin. *Identifying opportunities to develop the science of implementation for community-based non-communicable disease prevention: a review of implementation trials*. 2019, Preventive Medicine 118, 279–285, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.11.014>
29. Koopmans, B.; Nielen, M. M. J.; Schellevis, F. G.; Korevaar, J. C. *Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice*. 2012, BMC public health. 12. 856. 10.1186/1471-2458-12-856.
30. Goldfarb M., Slobod D., Dufresne L., Brophy J. M., Sniderman A., Thanassoulis G. *Screening Strategies and Primary Prevention Interventions in Relatives of People With Coronary Artery Disease: A Systematic Review and Meta-analysis*. Can J Cardiol. 2015 May;31(5):649-57. doi: 10.1016/j.cjca.2015.02.019. Epub 2015 Feb 20. PMID: 25936490.
31. Sisti, L. G., Dajko, M., Campanella, P., Shkurti, E., Ricciardi, W., Waure, C. de. *The effect of multifactorial lifestyle interventions on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis of trials conducted in the general population and high risk groups*. Preventive Medicine. 109. 10.1016/j.ypmed.2017.12.027.
32. Jepson, R.G., Harris, F.M., Platt, S., Tannahill, C. *The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews*. BMC Public Health 10, 538 (2010). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-538>
33. de Waard A. K. M., Wändell, P. E., Holzmann, M. J., Korevaar, J. C., Hollander, M., Gornitzki, C., de Wit, N. J., Schellevis, F. G., Lionis, C., Søndergaard, J., Seifert, B., Carlsson, A. C. on behalf of the SPIMEU Research Group, *Barriers and facilitators to participation in a health check for cardiometabolic diseases in primary care: A systematic review*, European Journal of Preventive Cardiology, Volume 25, Issue 12, 1 August 2018, Pages 1326–1340,

## Bilag 3: Eksempler på hvis-så-sætninger

Tema	Hvis ...	Så ...	Kommentar
<b>Tema 1: Udvalgelse af målgruppe</b>	Hvis du er kvinde	Så er der større chance for, at du deltager	Martin et al. 2018
<b>Tema 2: Rekrutteringsproces: barrierer og facilitatorer</b>	Hvis det er vanskeligt for patienterne at komme hen til klinikken (problemer med transport/lang distance)	Så er patienten mindre tilbøjelig til at deltage	Murray et al.: transport- og distanceproblemer er en barriere for deltagelse,
<b>Tema 3: Fastholde folk i at deltage Og i adfærdsændringer...</b>	Hvis man sikrer et højt optag i "high deprivation"-områder i den indledende rekruttering	Så vil deltagelsen blandt personer med lav SES kunne bibeholdes i senere dele af interventionen	*) Martin et al: Når først borgerne er rekrutteret (uptake) ses ikke samme skæve fordeling/frafald (ift SES) i senere dele af interventionen (attendance) => Vigtigt at fokusere på et højt optag i "high deprivation" områder i den indledende rekruttering
<b>Tema 4: Måling og vurdering af effekt</b>	Hvis en indsats måler effekt på surrogat outcomes (blodtryk, kolesterol osv)	Så er der større sandsynlighed for at finde effekt, da disse risiko faktorer kan ændres på kort tid	Alvarez-Bueno C., et al. (2015). Si et al (2014)
<b>Tema 5: Implementering og feasibility</b>	Hvis læger og sygeplejersker tvivler på evidensen bag helbredsscreeninger,	Så udfordrer det implementeringen og udførelsen af programmet	Mills et al. 2017
<b>Tema 6: Evalueringsmetode</b>	Hvis follow-up er længere end et år og power større	Så giver det (måske) mulighed for at måle på mortalitet	Alvarez-Bueno C., et al. (2015). Dyakove: One-year mortality is unlikely to be changed by screening

			<p>Willis A., et al (2012): The majority of the trials were limited to a follow-up period of one year</p> <p>Si et al (2014): Svært at vise ændringer i long-term</p> <p>Crouch et al (2011)</p>
--	--	--	--

# Bilag 4: Første udkast til programteori

Første udkast til programteori – fase 1 (7. juni 2021)

## *Målrettet*

Personer med dårligt mental helbred (angst og bekymringer), personer i forhøjet risiko for kronisk sygdom (pga. livsstilsrisikofaktorer og/eller kendt sygdom i den nære familie), mænd, personer med lav SES eller lokale områder med lav indkomst, lavt uddannelsesniveau og høj arbejdsløshed vil være målgrupper, hvor forebyggelsesindsatser vil kunne gøre mest gavn.

## *Oplevelse af relevans i hverdagslivet:*

Personer med bekymringer for deres helbred, slægtninge med kendt sygdom og personer med forståelse for konsekvenserne ved risikoadfærd (Health literacy), er mere motiverede til at deltage i forebyggelsesindsatser og ændre uhensigtsmæssig sundhedsadfærd på baggrund af deltagelsen.

## *Personlig og hyppig kommunikation:*

Personlig og hyppig kommunikation (fx patientcentrede mål og opfølgning gennem gruppe og individuelle sessioner, besøg, tlf., mail fra lægen) vil motivere til fastholdelse af deltagelse og at deltagerne ikke oplever negative effekter på psykiske outcomes.

## *Indsatsens tilgængelighed:*

Allerede eksisterende systemer og (sundheds)tilbud og ressourcer i den lokale kulturelle kontekst (sprog, sygdomsforståelse, afstand mm) vil gøre en indsats tilgængelig for den udvalgte målgruppe og dermed øge deltagelsen.

## *Opbakning til implementering:*

Tidspres, personale, økonomi (herunder økonomisk kompensation), politisk og ledelsesmæssig opbakning, IT, (efter)uddannelse påvirker hvorvidt den der leverer indsatsen, bruger tid og ressourcer på indsatsen.

## *Forståelse af og viden om forebyggelse:*

En positiv holdning til og viden om forebyggelse aktiverer og faciliterer implementeringen af en forebyggelsesindsats hos de personer som leverer indsatsen til målgruppen.

# Bilag 5: Eksempel på interviewguide

Emne	Spørgsmål
<p><b>Introduktion til projektet og samtykke</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Præsenter os selv</li> <li>- Vi er i gang med et forskningsprojekt om forebyggende helbredstjek, hvor vi undersøger, hvordan målrettede forebyggelsesindsatser virker overfor kronisk sygdom hos personer i øget risiko for at udvikle kroniske sygdomme.</li> <li>- Der har været gennemført en del forskellige interventioner i Danmark gennem årene, men det viser sig ofte at være svært at måle effekten af dem.</li> <li>- Nogle af erfaringerne fra projekterne er offentligt tilgængelige gennem evalueringer eller artikler, men mange erfaringer ligger stadig som en slags "tavs viden" hos alle dem, der udviklede og udførte interventionerne.</li> <li>- Derfor gør vi det, at vi laver kvalitative interviews med jer, der har været involveret i projekterne for at få adgang til den viden, og få indblik i <i>hvordan</i> systematiske og målrettede forebyggelsesindsatser virker, og <i>hvem</i> det virker for, og <i>under hvilke betingelser</i> man kan forvente at se en virkning.</li> <li>- Det skal munde ud i en samlet programteori, (der kan sige noget om, hvad der virker for hvem og under, hvilke omstændigheder,) som kan understøtte udviklingen af nye indsatser.</li> </ul> <p>Forklar om samtykkeerklæring og underskriv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Hvis der bliver spurgt til det med helbredsoplysninger: Vi kommer ikke til at behandle eller spørge til dine helbredsoplysninger. Men på et senere tidspunkt, kommer vi til at tale med patienter, hvor vi uundgåeligt kommer ind på helbredsrelaterede emner, når vi taler om deres oplevelse af at deltage i helbredstjek. Og da det er en samlet samtykkeerklæring for både professionelle og patienter, skal det stå der.)</li> <li>- Er det i orden, at vi optager interviewet? Det er kun til internt brug, så vi ikke skal skrive alt ned undervejs. <b>Start optager.</b></li> <li>- XXX vil som udgangspunkt stille spørgsmålene, og så vil jeg supplere.</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vi vil primært spørge ind til Projekt XX, men du må endelig trække på din viden fra de andre projekter og sammenligne dem, når du synes det giver mening. Vi vil også bede dig om at sammenligne dem ind i mellem.</li> <li>- Vi er godt klar over, at det er en del år siden at projekterne blev igangsat, så du svarer selvfølgelig bare ud fra det, du kan huske.</li> <li>- Vi kommer til at stille dig spørgsmål, der handler om de overvejelser og erfaringer, I gjorde jer i forbindelse med udformningen og udførelsen og evalueringen af Projekt XX. Vi tager spørgsmålene kronologisk efter udførelsen af interventionen fra implementering og processen frem til evaluering.</li> </ul>



<b>Udvælgelse af målgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vil du sætte lidt flere ord på, hvem målgruppen for jeres projekt var - hvem inkluderede I i undersøgelsen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Hvem blev inviteret?</i></li> <li>○ <i>Hvilke overvejelser gjorde I jer om at tilbyde den så bredt og til den aldersgruppe?</i></li> <li>○ <i>Hvad var fordelene/ulemperne ved den måde at udvælge deltagere på?</i></li> </ul> </li> <li>- Hvilke deltagere fik mest ud af deltage i jeres projekt? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Hos hvilke personer/grupper var der mulighed for at gøre den største forskel gennem interventionen?</i></li> </ul> </li> <li>- Hvis du sammenligner jeres målgruppe fra Projekt XX med de målgrupper, I havde i projekterne Projekt YY og Projekt ZZ, hvilke fordele og ulemper ser du så ved at tilbyde helbredstjek til de forskellige målgrupper?</li> <li>- Hvis du skulle lave et lignende projekt i dag, hvordan ville du så udvælge målgruppen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ville du fx målrette invitationerne til en anden gruppe? Til hvem?</i></li> </ul> </li> </ul>
<b>Rekrutteringsproces: Facilitatorer og barrierer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vil du fortælle om rekrutteringen af deltagerne? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Hvordan kontaktede I deltagerne?</i></li> <li>○ <i>Sendte I invitationer ud? Hvad skrev I i dem? Hvem var afsender på dem?</i></li> </ul> </li> <li>- Var der nogle samarbejdspartnere, der bidrog til rekrutteringen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Hvordan?</i></li> </ul> </li> <li>- Hvad fungerede godt i jeres rekrutteringsproces? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Hvor/hvordan oplevede I størst succes med at få fat på deltagere?</i></li> </ul> </li> <li>- Hvilke udfordringer mødte I i rekrutteringsprocessen?</li> <li>- Hvis du sammenligner rekrutteringen mellem de tre projekter, hvad ser du så af fordele og ulemper ved de forskellige måder at rekruttere på?</li> </ul>



<b>Interventionens elementer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vi er interesserede i at høre mere om, hvordan I praktisk udførte interventionen. Vil du prøve at tage os igennem et forløb som deltager i interventionen fra start til slut? <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Når man blev udtrukket og takkede ja til invitationen, hvad var så det første, man skulle som deltager?</i></li> <li>o <i>Hvad bestod interventionens aktiviteter af? Hvilke undersøgelser/målinger lavede I, og hvad handlede sundhedssamtalerne om?</i></li> <li>o <i>Hvad sker der efterfølgende?</i></li> <li>o <i>Hvilke tilbud henviste I dem til?</i></li> </ul> </li> <li>- Hvordan fulgte I op på de deltagere, der blev henvist videre til andre tilbud, fordi de var i øget risiko? <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Hvordan varetog I kommunikationen med deltagerne?</i></li> </ul> </li> <li>- Har I viden om, hvordan det gik med de deltagere, som blev henvist videre til samtale ved egen læge? <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Hvordan oplevede deltagerne det?</i></li> <li>o <i>Hvordan oplevede lægerne det?</i></li> </ul> </li> <li>- Lavede I nogle ændringer i interventionen undervejs? Hvilke?</li> <li>- Hvad fungerede særligt godt ved den måde, interventionen var designet på? Fx sammenlignet med måden I gjorde det på i Projekt YY og Projekt ZZ?</li> <li>- Hvad fungerede mindre godt ved den måde, interventionen var designet på? Fx sammenlignet med måden I gjorde det på i Projekt YY og Projekt ZZ?</li> </ul>
<b>Fastholdelse af deltagere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan oplevede I deltagernes motivation for at deltage i projektet? <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Var der nogle, der var mere motiverede for at deltage end andre?</i></li> <li>o <i>Gjorde I noget for at bidrage til deltagernes motivation?</i></li> </ul> </li> <li>- Oplevede I, at nogle deltagere faldt fra undervejs? <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Hvilke årsager, tror du, lå bag, når deltagere faldt fra undervejs?</i></li> <li>o <i>Var der forskel i frafaldet i de tre projekter?</i></li> </ul> </li> <li>- Kan du sige noget om, hvilket af projekterne der lykkedes bedst med at motivere og fastholde deltagere? Og hvorfor?</li> </ul>
<b>Mental sundhed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vi er også interesseret i at høre lidt om, hvorvidt mental sundhed har haft en plads i interventionen. <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Var formålet med interventionen udelukkende at forebygge somatisk sygdom, eller var et formål også at forebygge dårlig mental sundhed?</i></li> </ul> </li> <li>- Har I viden om, hvorvidt interventionen påvirkede deres mentale sundhed? (positivt, negativt?)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spillede mental sundhed en rolle i de andre projekter? På hvilken måde?</li> <li>- Hvis du skulle lave et lignende projekt i dag, ville mental sundhed så spille en anden rolle i interventionen?</li> </ul>
<b>Effektmåling og evalueringstoder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan er projektet evalueret? Hvorfor? <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Hvilke parametre målte I på for at måle interventionens effekt?</i></li> <li>o <i>Blev der lavet opfølgende helbredstjek i årene efter? Hvornår var det?</i></li> <li>o <i>Evaluerede I på andet end interventionens effekt på deltagerne? Fx en procesevaluering (organiseringen af interventionen, målgruppen el. Lign.)</i></li> </ul> </li> <li>- Hvad er de væsentligste resultater fra forebyggelsesindsatsen? Hvorfor? <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Viste interventionen noget, som overraskede dig? Enten positivt eller negativt?</i></li> </ul> </li> <li>- Hvad havde du håbet på projektet ville vise? Hvorfor? <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Var der nogle personer/grupper i målgruppen, for hvem projektet virkede bedre eller dårligere?</i></li> </ul> </li> <li>- Var der forskel i måden, I evaluerede de tre projekter på? <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Hvilke fordele og ulemper var der ved de forskellige måder at evaluere på?</i></li> </ul> </li> </ul>
<b>Afrunding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvad vil du sige var det vigtigste, I lærte fra interventionen?</li> <li>- Hvilke anbefalinger ville du give (embedsmænd, politikere, projektledere, projektmedarbejdere, læger eller kommunale sundhedsprofessionelle) hvis de skulle udvikle og implementere en intervention med forebyggende helbredstjek i dag (med alle ressourcer til rådighed)?</li> <li>- Er der noget vi mangler at spørge ind til?</li> <li>- Har du nogle spørgsmål eller kommentarer til os?</li> </ul>

## Bilag 6: Oversigt over interviewpersoner

Interviews	
Interviewperson	Rolle/stilling
IP1	Forsker
IP2	Forsker
IP3	Forsker
IP4	Projektmedarbejder
IP5	Læge
IP6	Projektmedarbejder
IP7	Læge
IP8	Leder i kommune/region
IP9	Kommunal sundhedsprofessionel
IP10	Kommunal sundhedsprofessionel
IP11	Læge
IP12	Forsker
IP13	Læge
IP14	Forsker
IP15	Forsker
IP16	Kommunal sundhedsprofessionel
IP17	Leder i kommune/region

# Bilag 7: 2. programteori

2. programteori – fase 2 (30. november 2021)

Rød skrift illustrerer ændringer fra programteorien fra fase 1.

## Målrettet

- Personer i høj risiko, så som dårlig mental sundhed, i risiko for kronisk sygdom (pga. livsstilsrisikofaktorer og/eller kendt sygdom i den nær familie), mænd, **etniske minoriteter**, personer med lav SES eller lokale områder med lav indkomst, lavt uddannelsesniveau og høj arbejdsløshed vil være målgrupper, hvor forebyggelsesindsatser vil kunne gøre mest gavn.
- **Personer i høj risiko, så som dårlig mental sundhed, personer med lav SES eller lokale områder med lav indkomst, lavt uddannelsesniveau og høj arbejdsløshed har ikke ressourcer eller overskud til at svare på invitationen, deltage eller ændre uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.**

## Rekruttering og deltagelse (tilgængelighed/relevans)

Oplevelse af relevans i hverdagslivet:

- Personer med bekymringer for deres helbred, **symptomer på sygdom**, slægtninge med kendt sygdom og personer med forståelse for konsekvenserne ved risikoadfærd (Health literacy), **oplever at forebyggelsesindsatser er relevante for dem** og er derfor mere motiverede til at deltage og ændre uhensigtsmæssig sundhedsadfærd på baggrund af deltagelsen.

Indsatsens tilgængelighed:

- **Fokus på tilgængelighed baseret på (Geografisk afstand, sprog, nemme bookingsprocesser, tilpasning ift. deltagernes behov) og genkendelighed (etablerede systemer, (sundheds)tilbud og ressourcer i den lokale kulturelle kontekst samt afsender er egen læge) i invitationen og implementeringen af forebyggelsesindsatser vil øge rekruttering og deltagelse.**

Opbakning til implementering

- Tidspres, personale, økonomi (herunder økonomisk kompensation), politisk og ledelsesmæssig opbakning, **de involverede parters kendskab og tiltro til hinanden, holdninger til og forståelse af forebyggelse og opgavefordelingen ift. forebyggelse i primærsektoren** påvirker, hvorvidt dem, der leverer indsatsen, bruger tid og ressourcer på indsatsen.

## Bæredygtighed

- **Implementeres forebyggelsesindsatsen i allerede eksisterende rammer er der større chance for en nemmere opstart af projektet, at indsatsen kan forsætte efter endt projektperiode, at ressourcerne i sundhedssektoren bruges optimalt samt at det øger deltagernes oplevelse af tilgængelighed og dermed deltagelsen.**

Sammenhæng i indsatsen

- **Overensstemmelse og klarhed i forebyggelsesindsatsens formål, outcome og succeskriterier på alle niveauer gør det nemmere at implementere indsatsen det rigtige sted i sundhedssystemet samt at opstille mål for implementering og evaluering.**

## Bilag 8: Liste over inkluderet grå litteratur

1. Bjerregaard, A. L., Dalsgaard, E., Norman, K., Larsen, L. B., Merrild C.H. 2020. "Dit liv – din sundhed." Aarhus: Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
2. Bjerregaard, A. L., and K. Norman. 2017. "Sund Mand - Evalueringsrapport 2017." Aarhus: Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
3. Bjerregaard, A. L., and K. Norman. 2017. Tjek dit helbred – Evalueringsrapport 2017. Aarhus Universitet.
4. Broholm-Jørgensen, M., Kamstrup-Larsen, N., 2020. "Tjek ind – forebyggende helbredstjek i almen praksis." Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
5. KORA. 2014. "En omkostningsanalyse af den indledende fase af 'Tjek dit helbred' i Randers Kommune."
6. Mølbak, M. L., Juhl, S., Abrahamsen, K. L.. 2019. Midtvejsevaluering - "Sundhedstjek: styrket rekruttering til kommunale sundhedstilbud", COWI og Sundhedsstyrelsen.
7. Rasmussen, S. R., J. Kilsmark, A. Hvenegaard, J. L. Thomsen, M. Engberg, T. Lauritzen, and J. Søgaard. 2006. "FOREBYGGENDE HELBREDSUNDERSØGELSER OG HELBREDSSAMTALER I ALMEN PRAKSIS - en sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedsprojekt Ebeltoft". " Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2006; 6 (6).
8. Sundhedsstyrelsen og NIRAS. 2015. "Erfaringer med at løfte sundheden i nærmiljøet"
9. Sundhedsstyrelsen og Cowi. 2019. "Evaluering - Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelig kognitive og psykiske funktionsevnedesættelser."
10. Thilsing, T., Svensson, N. H., Søndergaard, J., Larsen, L. B. 2020. "Evalueringsrapport for TOF, pilotprojekt 2 - Resultater af den kvantitative evaluering."

# Bilag 9: Eksempel på liste over søgeord (litteratursøgning 2)

Følgende er en liste over søgeord fra søgningen i Embase. Seneste søgning gennemført d. 8. december 2021. Søgstrengen var bygget op som følger:

Intervention AND setting AND targeted AND target group AND type of study AND country

#	Searches	Results
1	Health check.mp.	5639
2	Healthcheck.mp.	30
3	1 or 2	5664
4	health check*.mp.	10023
5	3 or 4	10046
6	prevention/ or primary prevention/ or prophylaxis/ or secondary prevention/ or smoking prevention/	491374
7	Preven*.mp.	3252255
8	6 or 7	3310538
9	behavio?r advi*.mp.	54
10	behavio?ral advi*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	73
11	behavio?r modification*.mp.	11276
12	behavio?ral modification*.mp.	2815
13	behavior modification/	8339
14	9 or 10 or 11 or 12 or 13	13672
15	lifestyle modification/	45868
16	lifestyle modification*.mp.	50737
17	lifestyle intervention*.mp.	12900
18	lifestyle advi*.mp.	1680
19	15 or 16 or 17 or 18	60218
20	motivational interviewing/	6072
21	motivational interview*.mp.	9148
22	20 or 21	9148

23	screening program*.mp.	48801
24	health dialogue*.mp.	101
25	3 or 5 or 8 or 14 or 19 or 22 or 23 or 24	3410183
26	primary medical care/	119650
27	Primary care.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	184126
28	primary health care/	74807
29	Primary health care.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	88934
30	Primary healthcare.mp.	9885
31	general practice/	89090
32	general practice.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	107270
33	family practice.mp.	10358
34	family doctor.mp.	4630
35	family medicine/	12365
36	family medicine.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	20712
37	physician/	345797
38	physician.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	605132
39	general practitioner/	114625
40	general practitioner.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	126854
41	health professional.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	13284
42	health practitioner/	59255
43	practitioner.mp.	242892
44	preventive medicine/	29631
45	preventive medicine.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	37341
46	municipal*.mp.	62096
47	26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46	1148427
48	targeted.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	595588

49	targeting.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	705331
50	specific.mp.	3560268
51	tailored.mp.	98957
52	tailoring.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	25553
53	selective.mp.	710659
54	selected.mp.	1158613
55	adjust*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	1079315
56	flexib*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	248103
57	personali*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	314272
58	48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57	7325332
59	at risk.mp.	296269
60	increased risk.mp.	408534
61	high risk.mp.	705380
62	exp high risk behavior/	30621
63	risk factor*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	1604054
64	risk factor/di [Diagnosis]	1
65	high risk patient/	152698
66	high risk patient*.mp.	180348
67	high risk population/	140163
68	minority group/	17306
69	ethnic group/	79611
70	ethnic minorit*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	17895
71	racial group*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	10969
72	unemployment/	24821
73	unemploy*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	36167
74	men.mp.	830620
75	rural population/ or rural area/	116762



76	rural*.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	232570
77	outskirts.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	1031
78	deprived.mp.	39307
79	poor.mp.	999860
80	poverty.mp. or poverty/	67238
81	disadvantaged.mp.	18706
82	socioeconomic.mp. or socioeconomics/	256047
83	uneducated.mp.	1221
84	59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79 or 80 or 81 or 82 or 83	4542744
85	qualitative research/	100915
86	qualitative research.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	113617
87	qualitative study.mp.	61007
88	ethnographic research/	1030
89	ethnography/	3292
90	Ethnograph*.mp.	15086
91	participant observation/	5345
92	participant observation.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	9269
93	qualitative methods.mp.	10272
94	85 or 86 or 87 or 88 or 89 or 90 or 91 or 92 or 93	153246
95	25 and 47 and 58 and 84	20033
96	94 and 95	572
97	denmark.mp. or Denmark/	89512
98	danish.mp.	43860
99	United Kingdom/ or England/	463894
100	england.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	123144
101	United Kingdom.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	576206
102	british.mp.	125301
103	english.mp.	159267
104	great britain.mp. or Great Britain/	22183

105	dutch.mp.	61901
106	the netherlands.mp. or Netherlands/	116028
107	holland.mp. or Netherlands/	94510
108	Scandinavia/ or scandinavia*.mp.	18438
109	nordic countries.mp.	3399
110	norway.mp. or Norway/	72684
111	norwegian.mp. or "Norwegian (people)"/	27577
112	sweden.mp. or Sweden/	140120
113	swedish.mp.	57569
114	Finland/	42293
115	finland.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	59640
116	finnish.mp.	25417
117	greenland.mp. or Greenland/	4914
118	greenlandic.mp.	591
119	iceland.mp. or Iceland/	8993
120	icelandic.mp.	3291
121	Faroe Islands/ or the faroe islands.mp.	698
122	faroesse.mp. or Faroese/	265
123	faroe islands.mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	711
124	97 or 98 or 99 or 100 or 101 or 102 or 103 or 104 or 105 or 106 or 107 or 108 or 109 or 110 or 111 or 112 or 113 or 114 or 115 or 116 or 117 or 118 or 119 or 120 or 121 or 122 or 123	1456461
125	96 and 124	135

# Bilag 10: Liste over inkluderede studier i anden litteratursøgning (kvalitative studier)

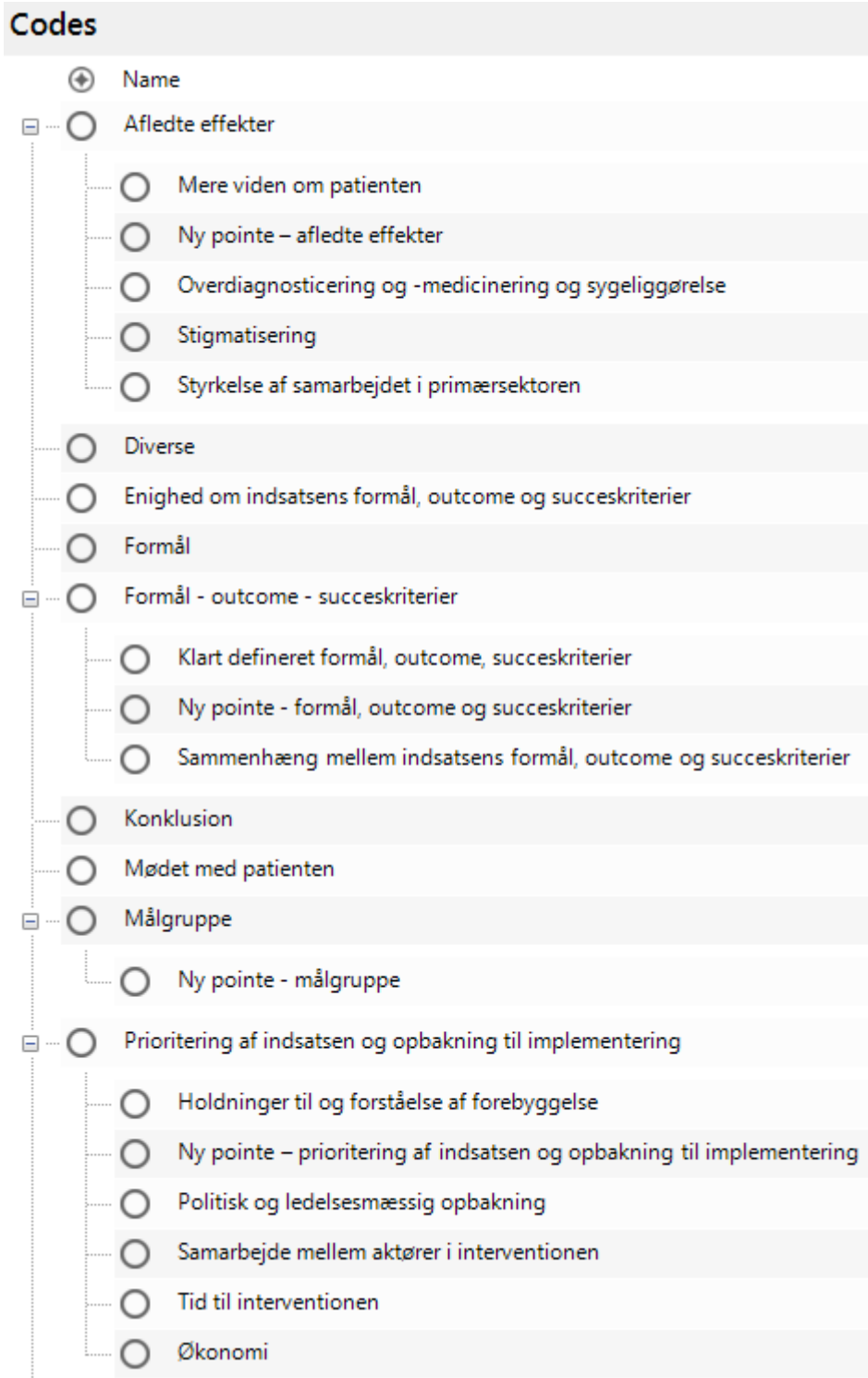
1. Bach Nielsen, Karen-Dorthe, Lise Dyhr, Torsten Lauritzen, and Kirsti Malterud. 2005. "Long-term impact of elevated cardiovascular risk detected by screening." *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 23 (4):233-238. doi: 10.1080/02813430500336245.
2. Brangan, Emer, Tracey J. Stone, Amanda Chappell, Vivienne Harrison, and Jeremy Horwood. 2019. "Patient experiences of telephone outreach to enhance uptake of NHS Health Checks in more deprived communities and minority ethnic groups: A qualitative interview study." *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy* 22 (3):364-372.
3. Broholm-Jørgensen, M., S. M. Langkilde, T. Tjørnhøj-Thomsen, and P. V. Pedersen. 2020. "'Motivational work': A qualitative study of preventive health dialogues in general practice." *BMC Family Practice* 21 (1). doi: 10.1186/s12875-020-01249-z.
4. Corrigan, M., M. E. Cupples, S. M. Smith, M. Byrne, C. S. Leathem, P. Clerkin, and A. W. Murphy. 2006. "The contribution of qualitative research in designing a complex intervention for secondary prevention of coronary heart disease in two different healthcare systems." *BMC Health Serv Res* 6:90. doi: 10.1186/1472-6963-6-90.
5. Eastwood, Sophie V., Greta Rait, Mimi Bhattacharyya, Devaki R. Nair, and Kate Walters. 2013. "Cardiovascular risk assessment of South Asian populations in religious and community settings: A qualitative study." *Family Practice* 30 (4):466-472.
6. Eborall, Helen, Richard Davies, Ann-Louise Kinmonth, Simon Griffin, and Julia Lawton. 2007. "Patients' experiences of screening for type 2 diabetes: Prospective qualitative study embedded in the ADDITION (Cambridge) randomised controlled trial." *BMJ: British Medical Journal* 335 (7618):490.
7. Eborall, H., M. Stone, N. Aujla, N. Taub, M. Davies, and K. Khunti. 2012. "Influences on the uptake of diabetes screening: a qualitative study in primary care." *Br J Gen Pract* 62 (596):e204-11. doi: 10.3399/bjgp12X630106.
8. Ellis, N., C. Gidlow, L. Cowap, J. Randall, Z. Iqbal, and J. Kumar. 2015. "A qualitative investigation of non-response in NHS health checks." *Arch Public Health* 73 (1):14. doi: 10.1186/s13690-015-0064-1.
9. Enocson, A., K. Jolly, R. E. Jordan, D. A. Fitzmaurice, S. M. Greenfield, and P. Adab. 2018. "Case-finding for COPD in primary care: A qualitative study of patients' perspectives." *International Journal of COPD* 13:1623-1632. doi:

<http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S147718>.

10. Harkins, C., Shaw, R., Gillies, M., Sloan, H., Macintyre, K., Scoular, A., Morrison, C., MacKay, F., Cunningham, H., Docherty, P., Macintyre, P., Findlay, I. N. 2010. "Overcoming barriers to engaging socio-economically disadvantaged populations in CHD primary prevention: a qualitative study." *BMC Public Health*.
11. Ismail, H., and S. Kelly. 2015. "Lessons learned from England's Health Checks Programme: using qualitative research to identify and share best practice." *BMC Fam Pract* 16:144. doi: 10.1186/s12875-015-0365-z.
12. Jansen, Yvonne Jfm, Antoinette De Bont, Marleen Foets, Marc Bruijnzeels, and Roland Bal. 2007. "Tailoring intervention procedures to routine primary health care practice; an ethnographic process evaluation." *BMC Health Services Research* 7 (1):125. doi: 10.1186/1472-6963-7-125.
13. Jansen, Yvonne Jfm, Roland Bal, Marc Bruijnzeels, Marleen Foets, Rianne Frenken, and Antoinette De Bont. 2006. "Coping with methodological dilemmas; about establishing the effectiveness of interventions in routine medical practice." *BMC Health Services Research* 6 (1). doi: 10.1186/1472-6963-6-160.
14. Liljas, A. E. M., K. Walters, A. Jovicic, S. Iliffe, J. Manthorpe, C. Goodman, and K. Kharicha. 2019. "Engaging 'hard to reach' groups in health promotion: the views of older people and professionals from a qualitative study in England." *BMC Public Health* 19 (1):629. doi: 10.1186/s12889-019-6911-1.
15. Olaya-Contreras, P., K. Balcker-Lundgren, F. Siddiqui, and L. Bennet. 2019. "Perceptions, experiences and barriers to lifestyle modifications in first-generation Middle Eastern immigrants to Sweden: a qualitative study." *BMJ Open* 9 (10):e028076. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028076.
16. Riley, R., N. Coghill, A. Montgomery, G. Feder, and J. Horwood. 2015. "The provision of NHS health checks in a community setting: an ethnographic account." *BMC Health Serv Res* 15:546. doi: 10.1186/s12913-015-1209-1.
17. Shaw, R. L., H. Lowe, C. Holland, H. Pattison, and R. Cooke. 2016. "GPs' perspectives on managing the NHS Health Check in primary care: a qualitative evaluation of implementation in one area of England." *BMJ Open* 6 (7):e010951. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010951.
18. Stol, Yrrah H., Eva C. Asscher, and Maartje H. Schermer. 2018. "Good health checks according to the general public; expectations and criteria: A focus group study." *BMC Medical Ethics* Vol 19 2018, ArtID 64 19.
19. Stuber, J. M., C. N. H. Middel, J. D. Mackenbach, J. W. J. Beulens, and J. Lakerveld. 2020. "Successfully Recruiting Adults with a Low Socioeconomic Position into Community-Based Lifestyle Programs: A Qualitative Study on Expert Opinions." *Int J Environ Res Public Health* 17 (8). doi: 10.3390/ijerph17082764.

20. Tonnon, S. C., Proper, K. I., van der Ploeg, H. P., Westerman, M. J., Sijbesma, E., van der Beek, A. J. 2014. "A qualitative study of the anticipated barriers and facilitators to the implementation of a lifestyle intervention in the dutch construction industry." *BMC Public Health* 14. doi: 10.1186/1471-2458-14-1317.
21. Usher-Smith, J. A., L. R. Winther, G. S. Shefer, B. Silarova, R. A. Payne, and S. J. Griffin. 2017. "Factors Associated With Engagement With a Web-Based Lifestyle Intervention Following Provision of Coronary Heart Disease Risk: Mixed Methods Study." *J Med Internet Res* 19 (10):e351. doi: 10.2196/jmir.7697.
22. Voogdt-Pruis, H. R., G. H. Beusmans, A. P. Gorgels, and J. W. van Ree. 2011. "Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study." *J Adv Nurs* 67 (8):1758-66. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05627.x.

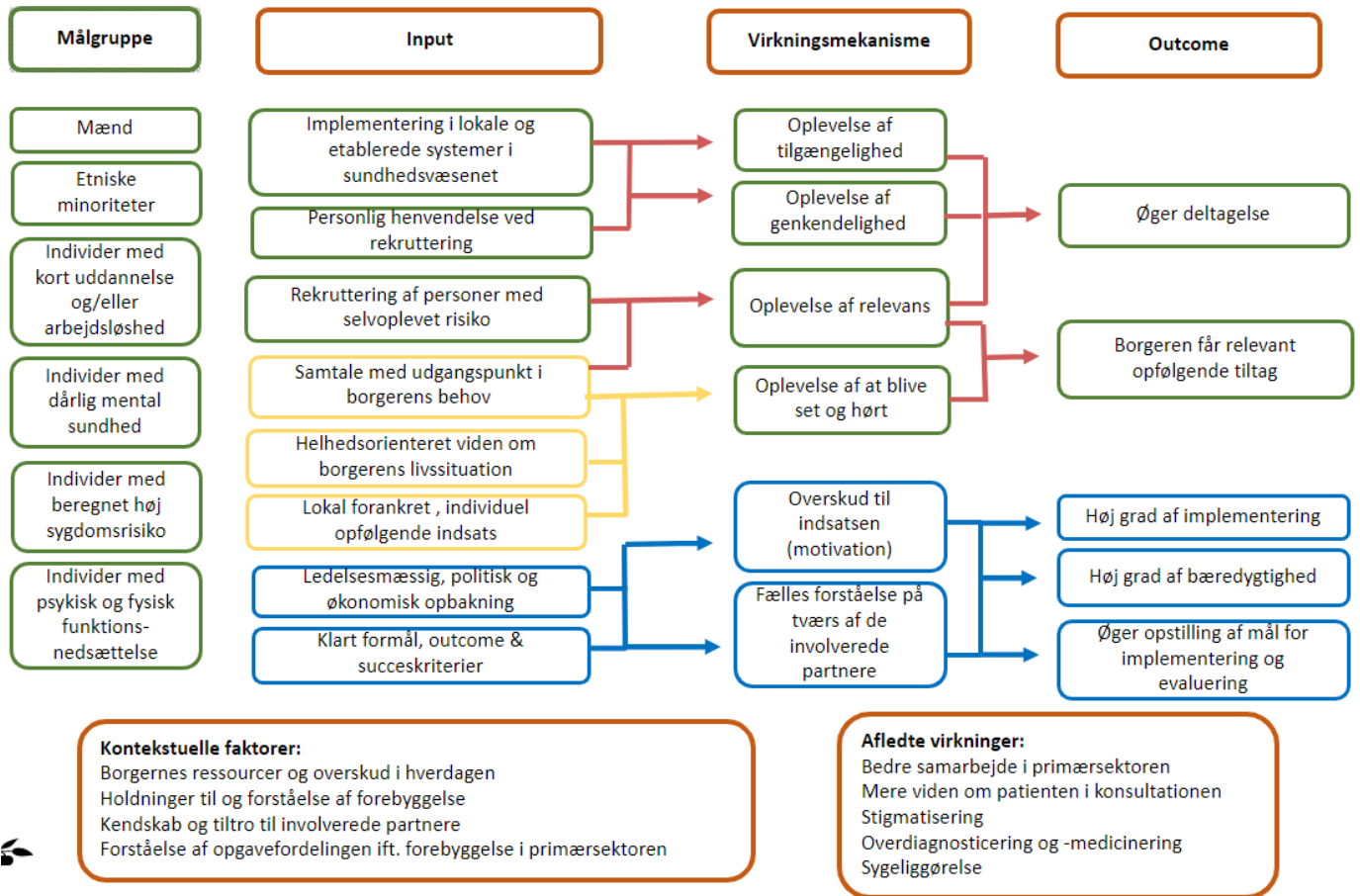
# Bilag 11: Kodetræ fra NVivo



- Rekruttering og deltagelse
  - Ny pointe - rekruttering og deltagelse
  - Relevans
    - Bekymring for helbred
    - Health literacy
    - Ny pointe - relevans
    - Sygdom blandt familie og bekendte
    - Symptomer på sygdom
  - Tilgængelighed
    - Bookingprocesser
    - Genkendelighed
    - Geografi
    - Sprog
    - Tilpasning til deltageres behov

# Bilag 12: 3. programteori

Programteori fase 3 (24. marts 2022)





# Bilag 13: Oversigt over workshopdeltagere

Workshop 1	
Workshopdeltagere	Rolle/stilling
WSD1	Kommunal sundhedsprofessionel
WSD2	Projektmedarbejder
WSD3	Forsker
WSD4	Forsker

Workshop 2	
Workshopdeltagere	Rolle/stilling
WSD5	Forsker
WSD6	Forsker
WSD7	Kommunal sundhedsprofessionel
WSD8	Forsker
WSD9	Kommunal sundhedsprofessionel

Workshop 3	
Workshopdeltagere	Rolle/stilling
WSD10	Læge
WSD11	Leder i det offentlige
WSD12	Projektmedarbejder
WSD13	Projektmedarbejder

Workshop 1	
Workshopdeltagere	Rolle/stilling
WSD14	Borger
WSD15	Borger
WSD16	Borger

# Bilag 14: Invitation til borgerworkshop

## VIL DU DELTAGE I ET FORSKNINGSPROJEKT?

På Statens Institut for Folkesundhed og Steno Diabetes Center Sjælland søger vi deltagere til et forskningsprojekt. I projektet undersøger vi, om det er en god idé at tilbyde borgere et sundhedstjek for at forebygge kronisk sygdom.

Vi vil derfor gerne invitere til en workshop, hvor vi skal tale om, hvordan du og de andre deltagere ville reagere på at blive inviteret til et forebyggende sundhedstjek.

### Vi kommer bl.a. til at tale om:

- Jeres forhold til sundhed og sundhedsvæsenet
- Hvilken betydning det har for forholdet til egen sundhed at leve med diabetes tæt inde på livet (enten som pårørende eller patient)
- Hvad der vil motivere jer til at sige ja til et sundhedstjek

### Du kan tilmelde dig workshoppen, hvis du:

- Er i alderen 40-69 år
- Er pårørende til en voksen person med type 2-diabetes og/eller selv er diagnosticeret med diabetes inden for de seneste 10 år

**Workshoppen finder sted tirsdag d. 5. april kl. 17.00-19.30 på Birkevænget 3, 3.sal, 4300 Holbæk.** I får aftensmad, snacks og kaffe/te undervejs, og vi refunderer transportudgifter. Giv os endelig besked om særlige behov ift. fødevarer (allergier/vegetar).

Kontakt Nanna Bjørnbak Christoffersen på e-mail: [nbc@sdu.dk](mailto:nbc@sdu.dk) / tlf.: 65 50 72 91 eller Freja Ekstrøm Nilou på e-mail: [frej@sdu.dk](mailto:frej@sdu.dk) / tlf.: 65 50 27 87, hvis du ønsker at deltage eller har spørgsmål til workshoppen.

Vi håber på at høre fra dig!

Mange hilsner

**Marie Broholm-Jørgensen**, adjunkt ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU

**Trine Thilsing**, lektor ved Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU

**Nanna Bjørnbak Christoffersen**, videnskabelig assistent ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU

**Freja Ekstrøm Nilou**, videnskabelig assistent ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU

**Lars Bruun Larsen**, strategisk konsulent, Steno Diabetes Center Sjælland

# Bilag 15: Vignette til borgerworkshop

## Intro til fiktiv person ved navn Lone:

Lone er 54 år, og hun bor med sin mand Peter og deres hund Fido i et alment boligbyggeri i udkanten af København. Lone har ikke taget nogen uddannelse ud over folkeskolen. Hun har et aktivt arbejdsliv som pedel på en lokal skole.

### 1. del – Invitationen:

En dag får Lone et brev ind ad døren. Det er en invitation til et sundhedstjek hos hendes praktiserende læge. I brevet står der, at Lone er inviteret til sundhedstjek, fordi hun har det, der bliver kaldt for en kort uddannelse. Ifølge en masse undersøgelser er personer med kort uddannelse i større risiko for at udvikle kronisk sygdom.

Det er lægen, der har sendt brevet til Lone, og der er allerede afsat et tidspunkt til sundhedstjekket. Hvis tidspunktet ikke passer Lone, har hun mulighed for at ændre tidspunktet ved at ringe til lægesekretæren. Det eneste Lone ellers skal gøre er at møde op hos lægen til den fastsatte tid. Tidspunktet passer Lone fint, da hun i sit arbejde godt kan tage en lille time ud for at tage til lægen.

### Spørgsmål til deltagerne:

- Hvad ville I umiddelbart tænke, hvis I var i Lones situation og fik sådan en invitation?
- Er der noget, I undrer jer over?
- Ville I deltage? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Synes I, det giver mening, at Lone bliver inviteret? Hvorfor/hvorfor ikke?

### 2. del - Sundhedstjekket:

Lone ankommer til sundhedstjekket som aftalt. Lægen fortæller, at sundhedstjekket består af, at hun skal måle Lones vægt og højde og tage hendes blodtryk. Lægen fortæller også, at der normalt er en måling af lungefunktion, men da Lone ikke er ryger, springer de det over.

Da lægen har taget diverse prøver, aftaler de en tid til en opfølgende samtale, hvor Lone kan få svar på prøverne få dage senere. Lone er spændt på at høre resultaterne på prøverne, men da hun ikke oplever nogle gener i hverdagen, har hun ikke nogen forventninger om, at lægen finder noget af betydning.

Til den opfølgende samtale fortæller lægen, at Lone er i risiko for Type 2 Diabetes på grund af, at hun er lidt overvægtig og har et højt kolesteroltal i blodprøven (kolesterol siger noget om fedtet i cellerne). Lægen tilbyder derfor Lone en henvisning til en diætist samt motion i det lokale kommunale sundhedscenter.

### Spørgsmål til deltagerne:

- Hvad ville I umiddelbart tænke, hvis I var i Lones situation og fik den besked?
- Ville I selv have lyst til at få lavet samme sundhedstjek, som Lone får lavet? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvad ville det betyde for jer at få viden om, at I er i risiko for at udvikle bestemte sygdomme? Hvordan ville det påvirke jer?
- (Hvordan ville I have det med, at lægen anbefaler jer at ændre livsstil og henviser jer til tilbud, som skal hjælpe jer med at spise anderledes og dyrke mere motion?)

### **3. del – Sundhedstilbud:**

Fordi Lone har sagt ja til at få henvisningen til det kommunale sundhedscenter, modtager hun få dage efter et telefonopkald fra en kommunal sundhedsmedarbejder. Lone tror vist nok, hun er fysioterapeut, men hun er ikke helt sikker. I telefonen taler de om, hvilke slags sundhedstilbud Lone kunne være interesseret i. Lone fortæller sundhedsmedarbejderen, at hun aldrig laver mad, og at hun derfor ikke ser meningen i at komme til diætist. Det kan sundhedsmedarbejderen godt forstå, og derfor ender de med at aftale at Lone bliver tilmeldt et tre-måneders motionsforløb.

Lone kender godt det kommunale sundhedscenter. Peters mor, som sidder i kørestol efter hun har haft en blodprop i hjernen, bor nemlig på plejehjemmet, der ligger i forbindelse med det kommunale sundhedscenter. Lone er glad for at gå på motionsholdet, hvor hun får gode fif til øvelser og lærer en masse motionsmaskiner at kende. Da de tre måneder er gået, er hun da også helt ked af, at det er stoppet. Hun og nogle af de andre fra holdet snakker om at starte deres eget hold op, men det er ved at være en måned siden holdet stoppede, og hun har ikke hørt noget endnu.

# Handout

Kroniske sygdomme relateret til sundhedsadfærd, såsom hjertekarsygdom, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og Type-2-diabetes mellitus (T2DM), har store konsekvenser for den enkelte, og stigningen i forekomsten af sygdom er samtidig en alvorlig udfordring for sundhedsvæsenet og samfundet. Forebyggelse af kronisk sygdom er derfor vigtigt. Det antages, at en systematisk individorienteret forebyggelsesindsats kan bidrage til at mindske risikoen for udvikling og forværring af kronisk sygdom på længere sigt – særligt hvis indsatsen målrettes borgere i forhøjet sygdomsrisiko. Individorienterede forebyggelsesindsatser forventes derved at kunne bidrage til at sikre flere sunde leveår og mindske belastningen på det samlede sundhedsvæsen.

Der er inden for de senere år udviklet og afprøvet forskellige individorienterede indsatser til forebyggelse af kronisk sygdom. Formen og indholdet af den type forebyggelsesindsatser kan variere, men fælles for de fleste af de indsatser, vi i denne undersøgelse beskæftiger os med, er, at de har til formål at opspore og forebygge udvikling af kronisk sygdom gennem tilbud om et helbredstjek og en opfølgende helbredssamtale. Helbredstjekket består typisk af flere kliniske undersøgelser, såsom mål af vægt, højde og blodtryk samt forskellige blodprøver. Resultater fra helbredstjekket kan give indsigt i en persons helbredstilstand og risikofaktorer, og uerkendt sygdom kan blive opsporet. Efter selve helbredstjekket følger typisk en helbredssamtale, hvor personen, som deltager i forebyggelsesindsatsen, informeres om resultaterne og rådgives om eventuel farmakologisk behandling eller ændring af sundhedsadfærd. Endelig består den type forebyggelsesindsatser af ét eller flere eventuelt eksisterende opfølgende forebyggelsestilbud, såsom rygestopkurser, motionshold eller diætistforløb. Den grundlæggende antagelse bag forebyggelsesindsatserne er, at information og viden om egen sundhedstilstand og risiko vil motivere til handling og ændring af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Formålet med dette projekt er at undersøge, hvilke faktorer man skal være opmærksom på i planlægningen og udførelsen af målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser. I undersøgelsen fokuserer vi på de individorienterede forebyggelsesindsatser, som er målrettet grupper eller personer, der på baggrund af nuværende viden forventes at være i forhøjet risiko for at udvikle kronisk sygdom.

Det centrale spørgsmål i undersøgelsen er:

*Hvorfor og hvordan virker en systematisk og målrettet individorienteret forebyggelsesindsats over for kronisk sygdom relateret til sundhedsadfærd hos grupper i forhøjet risiko? For hvem virker det, og under hvilke betingelser kan man forvente at se en virkning?*

Undersøgelsen beskriver nogle af de mere overordnede faktorer, som kan have indflydelse på, hvorvidt en målrettet individorienteret forebyggelsesindsats kan få den ønskede effekt. Undersøgelsen giver ikke konkrete anvisninger til, hvordan fremtidige indsatser skal designes, da sådanne vil være både målgruppe- og kontekstafhængige. Endvidere tages der i undersøgelsen ikke stilling til, hvorvidt der *bør* igangsættes nye forebyggelsesindsatser, men der gives i slutningen af undersøgelsen anbefalinger til, hvad fremtidige indsatser med fordel kan tænke ind, *såfremt* udviklingen af sådanne igangsættes.

Undersøgelsen er udført som en realistisk syntese af dansk og international litteratur samt kvalitativt interview- og workshopmateriale fra danske forebyggelsesindsatser. Resultatet af den realistiske syntese er en programteori, der beskriver, hvordan systematisk og tidlig opsporing og målrettede indsatser overfor kronisk sygdom kan forventes at virke på personer i øget risiko.

## Resultater

Programteorien peger på for hvem, hvordan og under hvilke betingelser, man kan forvente at se en virkning af systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser over for kronisk sygdom hos personer i forhøjet risiko. Med programteorien opstilles hypoteser om, hvordan disse forebyggelsesindsatser forventes at virke, og de vilkår, der skal være til stede for, at virkningen kan forventes at indtræffe. På næste side ses en tabel over programteorien, som indeholder en række temaer og dertilhørende hypoteser.

Tabel 1: Oversigt over temaer, hypoteser, CMO-konfigurationer og understøttende studier

Tema	Hypotese	Studier der understøtter hypotesen
<b>Målgruppe</b>	<p><u>Hvis</u> forebyggende helbredstjek målrettes grupper i forhøjet risiko for at udvikle kronisk sygdom, <u>så</u> er der størst potentiale for at reducere risiko.</p> <p><u>Hvis</u> indsatsen målrettes grupper, som er i forhøj risiko, og som ikke har ressourcer eller fleksibilitet i hverdagen, <u>så</u> er det mindre sandsynligt, at de svarer på invitationen, og at de deltager.</p>	<p>(Annamalai et al., 2017; Bijker &amp; Agyemang, 2016; Bjerregaard et al., 2019; Bjerregaard et al., 2016; Chamnan et al., 2010, 2012; Collins et al., 2012; de Waard et al., 2018; Eastwood et al., 2013; Hosseinpoor et al., 2012; Ismail &amp; Kelly, 2015; Jerliu et al., 2013; Khunti et al., 2015; Koopmans et al., 2012; Larsen et al., 2019a, 2019b; Larsen, Sonderlund, et al., 2018; Lawson et al., 2010; Macinko, 2003; Mackenbach et al., 2008; Marmot et al., 2008; Marmot et al., 1987; Martinez et al., 2008; Moinuddin, 2016; Momen et al., 2020; Murray et al., 2012; NIRAS, 2015; Riley et al., 2015; Sandbaek et al., 2008; Scott &amp; Happell, 2011; Stanley &amp; Laugharne, 2012; Stuber et al., 2020; Sun et al., 2018; Thilsing et al., 2021; Vari, 2016; Wandell et al., 2018; White et al., 2011; Yousaf, 2015)</p>
<b>Rekruttering og deltagelse</b>	<p>CMO 1: <u>Hvis</u> indsatsen opleves som relevant i forhold til modtagerens konkrete livssituation, <u>så</u> er vedkommende mere motiveret for at deltage.</p> <p>CMO 2: <u>Hvis</u> indsatsen opleves som let tilgængelig, <u>så</u> er modtageren mere tilbøjelig til at deltage.</p> <p>CMO 3: <u>Hvis</u> indsatsens elementer opleves som genkendelige, <u>så</u> er modtageren mere tilbøjelig til at deltage.</p>	<p>(Bjerregaard &amp; Norman, 2017b; Broholm-Jørgensen et al., 2019; Broholm-Jørgensen et al., 2020; Eastwood et al., 2013; Eborall et al., 2012; Enocson et al., 2018; Harkins, 2010; Moller &amp; Merrild, 2019; Riley et al., 2015; Stuber et al., 2020; Tonnon, 2014)</p> <p>(Bjerregaard et al., 2020; Corrigan et al., 2006; Ellis et al., 2015; Enocson et al., 2018; Harkins, 2010; Ismail &amp; Kelly, 2015; Liljas et al., 2019; Murray et al., 2012; Olaya-Contreras et al., 2019; Stol et al., 2018; Stuber et al., 2020; Thilsing et al., 2021; Thilsing, 2020; Zhou et al., 2020)</p> <p>(Brangan et al., 2019; Buntzen et al., 2020; Eastwood et al., 2013; Ellis et al., 2015; Goldfarb et al., 2015; Harkins, 2010; NIRAS, 2015; Olaya-Contreras et al., 2019; Stuber et al., 2020)</p>
<b>Mødet mellem professionelle og deltagere</b>	<p>CMO 4: <u>Hvis</u> de professionelle i mødet med deltageren tager udgangspunkt i deltagerens behov og livssituation, <u>så</u> fører det til afdækning og igangsættelse af relevant opfølgning.</p>	<p>(Broholm-Jørgensen et al., 2020; Groenendijk-van Woudenberg et al., 2022; Harkins, 2010; Ismail &amp; Kelly, 2015; Mølbak et al., 2022; Riley et al., 2015; Ringkøbing-Skjern Kommune, 2017; Stol et al., 2018; Wandell et al., 2018; Whitlock &amp; Williams, 2003)</p>



<b>Opfølgende tiltag</b>	CMO 5: Hvis den opfølgende indsats opleves som tilgængelig og relevant, <u>så</u> er modtageren mere tilbøjelig til at deltage.	(Corrigan et al., 2006; Ellis et al., 2015; Enocson et al., 2018; Harkins, 2010; Murray et al., 2012; NIRAS, 2015; Olaya-Contreras et al., 2019; Stol et al., 2018; Stuber et al., 2020)
<b>Implementering og drift</b>	CMO 6: Hvis indsatsen opleves relevant for dem, der udfører den, <u>så</u> styrkes implementeringen og driften.	(Corrigan et al., 2006; Hvidt, 2017; Ismail & Kelly, 2015; Mills et al., 2017; NIRAS, 2015; Stuber et al., 2020; Tonnon, 2014; Wandell et al., 2018)
<b>Fælles forståelse af indsatsen</b>	CMO 7: Hvis der er fælles forståelse af formål, outcome og succeskriterier på tværs af de involverede parter i indsatsen, <u>så</u> styrkes implementering og evaluering.	(Alvarez-Bueno et al., 2015; Hvidt, 2017; Mills et al., 2017; Si et al., 2014; Wandell et al., 2018)
<b>Afledte virkninger</b>	Virkninger der rækker ud over det ønskede resultat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stigmatisering</li> <li>- Ulighed i sundhed</li> <li>- Overdiagnosticering/-medicinering og sygeliggørelse</li> <li>- Falsk tryghed for borgerne.</li> </ul>	(Bender et al., 2019; Det Ethiske Råd, 2019; Enocson et al., 2018; Harkins, 2010; Holtug et al., 2009; Hvidt, 2017; Mills et al., 2017; Riley et al., 2015; Søndergaard et al., 2012; Wright et al., 2006)

## Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsen præsenterer vi i det følgende ni anbefalinger til udviklingen af fremtidige systematiske og målrettede individorienterede forebyggelsesindsatser.

1. Vi anbefaler, at det indledningsvist besluttes, hvilken specifik målgruppe indsatsen skal komme til gavn, og at metoder til identifikation og afgrænsning af målgruppen defineres (for eksempel geografi, socioøkonomi, beregnet sygdomsrisiko, køn eller lignende).
2. Vi anbefaler, at der gennemføres en grundig behovsanalyse som det første skridt i udviklingen af fremtidige indsatser for at sikre, at der er en overensstemmelse mellem målgruppens behov og indsatsens formål, outcome og succeskriterier. Vi anbefaler desuden, at udviklingen af indsatsen sker i tæt samarbejde med målgruppen (brugerinddragelse) med henblik på sikring af indsatsens relevans og tilgængelighed.
3. Vi anbefaler, at indsatsens forankring, rekrutteringsstrategi og aktiviteter besluttes på baggrund af de identificerede ønsker og behov fra behovsanalysen, så målgruppen oplever indsatsen som af tilgængelig, genkendelig og relevant.

4. Vi anbefaler, at det sikres, at de professionelle, der leverer indsatsen til målgruppen, har kompetencer og tid til at afdække borgerens individuelle behov og livssituation.
5. Vi anbefaler, at systematiske og målrettede helbredstjek og helbredssamtaler ikke står alene, men inkluderer opfølgende tilbud til målgruppen. De opfølgende tilbud skal forankres lokalt og tilpasses målgruppen, så de fremstår både tilgængelige og relevante for målgruppen.
6. Vi anbefaler, at den politiske og ledelsesmæssige opbakning til indsatsen sikres, så de professionelle, der skal levere indsatsen, oplever, at indsatsens aktiviteter er relevante i deres arbejdsliv og prioriterer opgaverne forbundet med disse.
7. Vi anbefaler, at kendskabet og samarbejdet mellem de involverede parter, som leverer indsatsen, styrkes i forbindelse med udviklingen af indsatsen for at sikre en lettere opstart og drift.
8. Vi anbefaler, at der sikres en fælles forståelse på tværs af de involverede parter igennem tydelighed i formål, forventede outcomes og succeskriterier samt en tydelige fordeling af rollerne i leveringen af indsatsen.
9. Vi anbefaler, at man i udviklingen af fremtidige forebyggelsesindsatser er opmærksom på risikoen for negative afledte virkninger, såsom stigmatisering, øget ulighed i sundhed samt overdiagnosticering/-medicinering og sygeliggørelse, og at disse så vidt muligt imødegås.