

Ulighed i deltagelse ved kolorektal cancerscreening i Region Nordjylland



Kandidatspeciale ved folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet
Gruppe: 9313
Medlemmer: Ulrik Deding, Anna Sharon Henig & Ann Salling
Vejleder: Henrik Bøggild
Afleveringsdato: 7. Juni 2017
Anslag: 305.919

Indhold

Forord	1
Abstract	2
Resumé	3
Læsevejledning	4
1. Initierende problem	5
2. Problemanalyse	6
2.1 Kolorektal cancer	6
2.1.1 Incidens, prævalens og mortalitet	6
2.1.2 Samfundsmæssige og individuelle konsekvenser	8
2.2 Kolorektal cancerscreening	9
2.2.1 Screeningsprogrammer som sygdomsforebyggende indsats	9
2.2.2 Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved kolorektal cancerscreening	10
2.3 Perspektiv på kolorektal cancerscreening	12
2.4 Ulighed i sundhed	13
2.4.1 Køn og alder	13
2.4.2 Samlivsstatus	14
2.4.3 Geografi	14
2.4.4 Indkomst- og uddannelsesniveau	15
2.4.5 Ethnicitet	15
2.5 Health literacy	16
2.5.1 Informeret beslutningstagen	16
2.5.2 Beslutningsværktøj	17
2.5.3 Informering af borgere	18
3. Afgrænsning og problemformulering	19
4. Metode	21
4.1 Litteratursøgning	21
4.1.1 Systematisk litteratursøgning	22
4.1.1.1 Søgestrategi	22
4.1.2 Kædesøgning	23
4.2 Mixed methods	23
4.2.1 Forskningsstilarter	23
4.2.2 Integrationsbegrebet	25
4.3 Videnskabsteoretisk tilgang	27
4.3.1 Det empirisk analytiske paradigme	27
4.3.2 Det fortolkende paradigme	27
4.3.2.1 Dataindsamling - Fænomenologisk tilgang	28
4.3.2.2 Databearbejdning - hermeneutisk tilgang	29
4.4 Delundersøgelser	30
4.4.1 Delundersøgelse 1: Statistisk analyse	30
4.4.1.1 Registre	30
4.4.1.2 Oparbejdning af data	31
4.4.1.3 Variabeloversigt	32
4.4.1.4 Eksklusion	34
4.4.1.5 Statistisk analyse	34

Univariate regressionsanalyser	35
Multivariat logistisk regressionsanalyse	35
Sensitivitetsanalyser	36
4.4.2 Delundersøgelse 2: Dokumentanalyse	37
4.4.2.1 Dokumenterne	37
4.4.2.2 Udførelse af dokumentanalyse	38
4.4.2.3 Analyseværktøj	39
4.4.2.4 Fortolkning af dokumentet	40
4.4.2.5 Vurderingskriterier for dokumenterne som beslutningsværktøj	40
4.4.2.6 Validering af dokumentanalysen	40
4.4.3 Delundersøgelse 3: Semistrukturerede interviews	41
4.4.3.1 Rekruttering og udvælgelse af respondenter	41
4.4.3.2 Interviewguide	42
4.4.3.3 Pilotstudie	43
4.4.3.4 Udførelse af interview	43
4.4.3.5 Transskribering	44
4.4.3.6 Analyse af semistrukturerede interview	44
4.5 Udviklingstiltag	45
4.6 Etiske overvejelser ved indsamling af empiri	45
4.7 Forandringsanalyse	46
5. Resultater	47
5.1 Statistisk analyse	47
5.1.1 Studiepopulationen	47
5.1.2 Ujusterede risikoestimer	50
5.1.3 Hovedeksponering og justeringer	51
5.1.4 Sensitivitetsanalyser	52
5.2 Dokumentanalysens hovedresultater	52
5.3 Semistrukturerede interview	53
5.3.1 Respondenter	53
5.3.2 Kategorier	54
5.3.2.1 Læsevejledning	54
5.3.2.2 Beslutning truffet på forhånd	55
5.3.2.3 Forholdet til afsender	56
5.3.2.4 Praktiske forhold	57
5.3.2.5 Anvendelse af invitationsmaterialet	60
5.3.2.6 Risikotanker	62
5.3.2.7 Omgangskreds	65
5.3.3 Fortolkning af interview	67
5.3.3.1 Health Belief Model	67
5.3.3.2 Modificeret Health belief model	69
5.3.3.3 Fortolkning ved health belief model	70
5.3.3.3.1 Opfattet trussel	70
Køn og uddannelse	71
Livsstil	71
Omgangskredsens betydning	72
Samlivsstatus og familie	72
5.3.3.3.2 Opfattede fordele	73
Muligheden for helbredelse	73
Hverdagsliv	73
5.3.3.3.3 Opfattede barrierer	74
Invitationsmaterialet	74
Risiko for komplikationer	75
Prøvetagningsproceduren	75

Forældreskab	76
Forsendelse af prøven.....	76
5.3.3.4 Signaler til handling	77
Medierne	77
Nære relationer	77
5.4 Udviklingstiltag.....	78
5.4.1 Lav grad af refleksion.....	79
5.4.2 Flere signaler til handling for enlige	79
5.4.3 Ændring af invitationsmaterialet.....	79
5.4.4 Udviklingstiltagene.....	80
5.4.4.1 Tiltag 1 - Forhåndsmeddelelse	80
5.4.4.2 Tiltag 2- Geografisk opdelte invitationsområder	82
5.4.4.3 Tiltag 3- Samtale med egen læge	83
5.4.4.4 Tiltag 4- Ny redigeret invitation	83
5.5 Forandringsanalyse.....	85
5.5.1 Leavitts systemmodel.....	85
5.5.2 Implementering af udviklingstiltag	89
5.5.2.1 Udviklingstiltag 1 – Forhåndsmeddelelse	89
5.5.2.2 Udviklingstiltag 2 – Geografisk inddelte invitationsområder	93
5.5.2.3 Udviklingstiltag 3 - samtale med egen læge.....	93
5.5.2.4 Udviklingstiltag 4 - Ændring af invitationsmaterialet.....	94
5.5.2.5 Afledte omkostninger	95
6. Diskussion	96
6.1 Metodediskussion	96
6.1.1 Mixed methods.....	96
6.1.1.1 Afgrænsninger.....	98
6.1.2 Metodediskussion af den statistisk analyse.....	99
6.1.2.1 Missing data.....	100
6.1.2.2 Eksklusioner	100
6.1.2.3 Variabelinddeling.....	101
6.1.2.4 Metodevalg.....	102
6.1.2.5 Justering og sensitivitetsanalyser	102
6.1.3 Diskussion af dokumentanalysens metode.....	103
6.1.3.1 Udvælgelse af dokumenter	103
6.1.3.2 Analysestrategi	104
6.1.3.3 Undersøgerens rolle	105
6.1.4 Metodediskussion af semistrukturerede interviews.....	105
6.1.4.1 Fordele og ulemper ved metoden	105
6.1.4.2 Intersubjektivitet	106
6.1.4.3 Validitet.....	107
6.1.4.4 Refleksivitet.....	108
6.1.4.5 Reliabilitet	109
6.1.5 Samlet vurdering af mixed methods.....	109
6.2 Resultatdiskussion	110
6.2.1 Diskussion af resultater fra delundersøgelse 1: Statistisk analyse.....	110
6.2.2 Diskussion af resultater fra delundersøgelse 2: Dokumentanalyse	111
6.2.3 Diskussion af resultater fra delundersøgelse 3: Semistrukturerede interview	113
6.2.4 Diskussion af udviklingstiltagene	115
6.3 Diskussion af forandringsperspektivet.....	117
6.3.1 Anvendelse af organisationsmodeller.....	117
6.3.2 Fordele og ulemper ved anvendelse af Leavitts systemmodel.....	118
6.3.3 afgrænsninger i forandringsanalysen	118

6.3.4 Procesevaluering	119
7. Konklusion	120
8. Perspektivering.....	121
9. Referenceliste	122

Bilag

Forord

Dette kandidatspeciale er udarbejdet i perioden september 2016 til juni 2017 på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet. Specialet har været igennem en godkendelsesproces af studienævnet for sundhed, teknologi og idræt. Dette på baggrund af en redegørelse for relevansen af, at udarbejde specialet som et langt afgangsspeciale, hvor læringsmål fra både tredje og fjerde semester er inddraget i udarbejdelsen af specialet, som derved bliver af et omfang på 50 ECTS point.

Tak til Peter Hindersson, overlæge ved klinisk biokemisk afdeling, Regionshospital Nordjylland, Hjørring, som i første omgang inspirerede og gav os lysten til/interessen for at skrive dette lange kandidatspeciale om kolorektal cancerscreening. Det har været en spændende proces med stor indsigt i dette faglige område.

Tak til Christian Torp-Pedersen for stort engagement og konstruktivt samarbejde i forbindelse med indhentning af data til den statistiske analyse.

Tak til vores respondenter der havde lyst til at deltage i interview og fortælle åbent og ærligt om oplevelser og opfattelser i forbindelse med deltagelse i screeningsprogrammet.

Endvidere tak til screeningssekretariatene i Region Nordjylland, for altid at være venlige og imødekommende, når vi rettede henvendelse dertil.

Til slut en stor tak til vores vejleder Henrik Bøggild, for et godt og konstruktivt samarbejde. Henrik har været en fagligt dygtig og samtidig pædagogisk vejleder. Samarbejdet har været inspirerende, lærerigt og har resulteret i mange spændende diskussioner og refleksioner, som har været gavnlige for vores proces.

Processen med at udarbejde specialet har været spændende, lærerig og indsigtsfuld for os, og uden jer, ville det ikke have været muligt.

- Ann Salling, Ulrik Deding & Anna Sharon Henig, Stud.cand.scient.san.publ. Juni 2017

Abstract

Background: Colorectal cancer screening was introduced in Denmark in 2014 and included an initial screening, testing for blood in a stool sample, and a following colonoscopy if blood were found. This master thesis revolved around the initial screening. Inequality in participation by sociodemographic predictors, may lead to inequalities in the benefits of participation for some subgroups. The problem statement therefore asked, how the development of interventions can reduce inequalities in participation and increase overall uptake of initial screening procedure, as well as how these interventions can be implemented and evaluated.

Methods: The methodological framework for this thesis is mixed methods. In the mixed methods study, three substudies are included; statistical analysis, document analysis and semi-structured interviews. Interventions were developed, using a combined analysis of the results from the substudies. Using logistic regression analyses, the risk of non-participation, were estimated for each sociodemographic variable. From this a target population was found. Seven semi-structured interviews with participants and a document analysis contributed to the substance of the interventions. This was done by interpreting the results, using the Health Belief Model as theoretical framework. Leavitt's diamond was applied, in an analysis of change, to uncover organisational changes and consequences of intervention implementation.

Results: From 93,500 invited citizens, 62,995 (67.37%) participated in colorectal cancer screening. Single individuals had the lowest participation proportion (54.2%). Logistic regression analyses showed that singles had an increased risk of non-participation (OR 1.63 CI95% 1.56;1.70), compared to individuals with a registered partner, after adjustment for gender, age, educational level, income and immigration status. Semi-structured interviews resulted in six categories: *Decision made previous to invitation, relation to sender, practical circumstances, use of the invitation material, thoughts of risk, and social circle*. Interpretation of interviews, using the Health Belief Model, showed that non-participation could be due to a lack of cues to action and limited reflections. The document analysis assessed that the documents did not supplement each other well as a combined decision aid and alterations are therefore needed.

The overall mixed methods analysis resulted in four intervention strategies: *1) distribution of an advance notification letter, 2) inviting geographical areas simultaneously, 3) general practitioner involvement and 4) revised invitation letter*. The analysis of change resulted in changes in technology, structure, people, tasks and surroundings. Evaluation could be conducted using process evaluation, in which the identified elements from Leavitt's diamond could be incorporated as evaluator measures, for both process- and implementation goals.

Conclusion: Inequality in participation was evident in the region of Northern Jutland, Denmark, as singles had a 1.63-fold risk of non-participation, compared to individuals with a registered partner. Thereby singles do not obtain the benefits of screening, to the same extend. By giving singles additional cues to action and enhancing reflections, the overall uptake may be increased and inequality decreased. Four interventions were suggested to accomplish this. These interventions will cause organisational changes. The effects of the interventions must be evaluated continuously while implementation is occurring.

Resumé

Baggrund: Screeningsprogrammet blev indført i Danmark i 2014, og består af en indledende screening ved indsendelse af afføringsprøve, samt en opfølgende koloskopi hvis der findes blod. Dette speciale omhandler ulighed i deltagelse i indledende del af screeningen. Ulighed i deltagelse kan betyde ulighed i screeningsprogrammets effekt for nogle befolkningsgrupper. Problemformuleringen søger derfor svar på, hvordan udformning af udviklingstiltag kan mindske ulighed i deltagelse og øge den overordnede deltagelse i indledende screening, samt hvorledes disse kan implementeres og evalueres.

Metode: Den metodiske ramme for dette speciale var *mixed methods*. I mixed methods-undersøgelsen indgik tre delundersøgelser; statistisk analyse, dokumentanalyse og semistrukturerede interviews. Udviklingstiltagene blev fremanalyseret med udgangspunkt i én samlet analyse af de tre delundersøgelser. Ved logistiske regressionsanalyser estimeredes risikoen for ikke at deltage i screening på baggrund af sociodemografiske variable. På baggrund af dette udpegedes målgruppen for tiltagene. Syv semistrukturerede interviews af deltagere i screeningsprogrammet og en dokumentanalyse bidrog til udvikling af indholdet i tiltagene. Dette ved fortolkning med *Health Belief Model* som teoretisk referenceramme for interviews og med inddragelse af health literacy ved dokumentanalyse. *Leavitts systemmodel* blev anvendt til forandringsanalyse af udviklingstiltagene, med henblik på at afdække organisatoriske påvirkninger og mulige konsekvenser ved implementering.

Resultater: Ud af 93.500 inviterede borgere i 2014 og 2015 deltog 62.995 (67,37%) i den kolorektale cancerscreening. Laveste deltagelse forekom for enlige (54,2%). Multivariat logistisk regressionsanalyse viste, at enlige var i øget risiko for ikke at deltage (OR 1,63 KI95% 1,56;1,70), sammenlignet med samlevende efter justering for køn, alder, uddannelsesniveau, indkomstkvarterer og immigrationsstatus. Semistrukturerede interviews frembragte 6 kategorier: *beslutning truffet på forhånd, forholdet til afsender, praktiske forhold, anvendelse af invitationsmaterialet, risikotanker og omgangskreds*. Efter analyse viste fortolkning ved Health Belief Model, at grunden til ikke-deltagelse kan være manglende signaler til handling og en lav grad af refleksion. I dokumentanalysen vurderedes det, at dokumenterne ikke supplerer hinanden godt som samlet beslutningsværktøj, og at der skal foretages ændringer for at tilpasse dette.

Den samlede mixed methods-analyse udmundede i fire udviklingstiltag: 1) *udsendelse af forhåndsmeddelelse*, 2) *geografisk inddelte invitationsområder*, 3) *samtale med egen læge* og 4) *revideret invitationsbrev*. Forandringsanalyse viste ændringer indenfor teknologi, struktur, aktører, opgaver og omgivelser. Evaluering kunne foretages ved procesevaluering, hvor de identificerede elementer i Leavitts systemmodel kan fungere som udgangspunkt for både proces- og evalueringsmål.

Konklusion: I Region Nordjylland ses en ulighed i deltagelse mellem enlige og samlevende, idet enlige har 1,63 gange risikoen for ikke-deltagelse, sammenlignet med samlevende. Dermed opnår enlige ikke screeningsprogrammets gavnlig effekt i samme grad. Ved at give enlige flere signaler til handling og skabe øget refleksion kan deltagelsen muligvis øges og uligheden mindskes. Fire udviklingstiltag foreslås for at opnå dette; udsendelse af en forhåndsmeddelelse, revideret invitationsbrev, invitation efter geografiske områder og samtale med egen læge. Det vurderes at udviklingstiltagene vil medføre forandringer i organisationen for tarmkræftscreeningen. Effekten af tiltagene skal løbende evalueres samtidig med implementering.

Læsevejledning

Dette afgangsspeciale er udarbejdet ud fra en problemorienteret tilgang med udgangspunkt i Aalborg-modellen. Specialets består af otte afsnit med dertilhørende underafsnit. Disse fremgår af indholdsfortegnelsen.

Af afsnit 1 fremgår specialets *initierende problem*. Dette uddybes og analyseres i afsnit 2 *problemanalyse*. Med udgangspunkt i manglende viden, fremanalyseret i problemanalysen, foretages i afsnit 3 en *afgrænsning* samt præsentation af *problemformuleringen*. Problemformuleringen er udgangspunktet for den videre undersøgelse. I specialet skal problemformuleringen besvares ved anvendelse af mixed methods. Denne beskrives i afsnit 4: *metode*. I specialets mixed methods-undersøgelse er der inkluderet tre delundersøgelser; statistisk analyse, dokumentanalyse og semistrukturerede interviews, hvis metoder redegøres for særskilt. *Resultater* fra de tre delundersøgelser præsenteres i afsnit 5. Resultater fra hver af de tre delundersøgelser indgår dernæst i én samlet analyse og fortolkning i 5.4 udviklingstiltag. Dette resulterer i fire udviklingstiltag som også præsenteres i dette afsnit. Udviklingstiltagene sættes dernæst i et forandringsperspektiv ved anvendelse af Leavitts systemmodel i afsnit 5.5. Af afsnit 6 fremgår *diskussion* af mixed methods, samt delundersøgelseernes metode. Dernæst diskuteres resultater fra de enkelte delundersøgelser samt udviklingstiltag. Herefter diskuteres det anlagte forandringsperspektiv. Afslutningsvist besvares problemformuleringen i afsnit 7: *konklusion* og i afsnit 8 *perspektiveres* der til nationale sammenhænge og fremtidige undersøgelser af udviklingstiltagene.

I specialet er Vancouver-formatet er anvendt som referencehåndtering.

Bilag har særskilt indholdsfortegnelse og referenceliste.

1. Initierende problem

I 2008 var kolorektal cancerscreening indført i 15 europæiske lande. Det Europæiske Råd anbefalede, at kolorektal cancerscreening skulle indføres ved test for blod i afføring (1). Denne metode har vist sig at have god effekt i forhold til reducere dødelighed samt opsporing af kolorektal cancer (2,3). I Danmark blev kolorektal cancerscreening indført i 2014 som nationalt screeningsprogram, efter at være blevet afprøvet som gennemførlighedsundersøgelse i Vejle og Københavns kommune i 2005-06 (4). Gennemførlighedsundersøgelsen viste en deltagelse på 48% for indsendelse af afføringsprøven. Dette var lavere end forventet (5). På baggrund af gennemførlighedsundersøgelsen blev der i 2008 udarbejdet en Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV), hvori deltagelsesprocentens betydning for screeningsprogrammet blev undersøgt. I MTV'en blev der redegjort for årsager til manglende deltagelse. Årsagerne var relateret til køn, alder, samlivsstatus, indkomst- og uddannelsesniveau samt viden om eget helbred (4). Ovenstående parametre er et udtryk for forskel i deltagelse relateret til sociodemografiske faktorer. Det er derfor paradoksalt, at screeningsstrategien ikke er målrettet og tager højde for viden om sociodemografiske karakteristika. Det danske velfærdssystem grunder i en forståelse af let og lige adgang til sundhedsydelser (6,7), og dermed skal screeningen målrettes alle, så indsatsen kommer hele befolkningen til gavn. Den skal ikke bidrage til ulighed i sundhed. Uligheden i sundhed har i Danmark været stigende siden 1987 (8). Det nationale mål for deltagelse var oprindeligt 60% (4). Hvis deltagelsesprocenten i Region Nordjylland er tilsvarende gennemførlighedsundersøgelsens, lever screeningen ikke op til de nationale mål, da en stor gruppe borgere dermed ikke deltager. Andre nationale screeningsprogrammer for bryst- og livmoderhalskræft viser, at der forekommer ulige deltagelse, baseret på sociodemografi (8–10). Dette er ikke undersøgt for det danske kolorektale cancerscreeningsprogram. Projektgruppen vurderer at manglende deltagelse, kan være problematisk. Særligt hvis deltagelsen er lavere i nogle befolkningsgrupper end andre, da dette kan skabe ulighed i sundhed.

2. Problemanalyse

I følgende problemanalyse redegøres først for incidens, prævalens og mortalitet af kolorektal cancer i Danmark, samt konsekvenser for både individ og samfund. Dette for at give et indblik i sygdommens omfang. Derefter fremanalyseres tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved det kolorektale cancerscreeningstilbud. Dernæst gennemgang af sociodemografiske determinanter, idet disse formodes at have betydning for deltagelse i screeningsprogrammet. For at give læseren indblik i specialets sundhedsforståelse og perspektivet på screening, fremgår specialets sundhedssyn. Til slut præsenteres begrebet health literacy. I forbindelse hermed fremanalyseres betydningen af informeret beslutningstagen, decision aid (beslutningsværktøj) og informering af borgere, i forhold til deltagelse i kolorektal cancerscreening. Problemanalysen har til formål at undersøge, afdække og analysere manglende viden på området, og afrundes med en afgrænsning, hvori specialets problemformulering fremgår.

2.1 Kolorektal cancer

Kolorektal cancer dækker over kræft i tyk- og endetarmen. Kolorektal cancer rammer en stor del af befolkningen, og kan påvirke livskvaliteten i høj grad. Dette uddybes og analyseres i nedenstående afsnit.

2.1.1 Incidens, prævalens og mortalitet

Kolorektal cancer er den næsthyppigste kræfttype, og er derudover den kræfttype med næsthøjest dødelighed i Europa (5). I Danmark har kolorektal cancer også den næsthøjeste incidens kun overgået af brystkræft, se tabel 1. Hvert år konstateres ca. 4.652 nye tilfælde af kolorektal cancer på nationalt plan, og ved udgangen af 2014 levede knap 34.000 danskere med sygdommen. Af tabel 2 fremgår, at 1.883 personer årligt dør af kolorektal cancer i Danmark, herunder 977 mænd og 906 kvinder. Overlevelsen ved tyktarmskræft er 81% efter 1 år. Efter 5 år er den 60-61%. For endetarmskræft gælder, at overlevelsen efter 1 år er 86%, mens den efter 5 år er 63-66% (11).

Tabel 1: Cancertyper med højeste incidens for henholdsvis mænd og kvinder i Danmark

Nr.	Mænd	Incidens*	Kvinder	Incidens*
1	Prostata	4.364	Bryst	4.686
2	Kolorektal	2.454	Lunge	2.237
3	Lunge	2.326	Kolorektal	2.198
4	Hud**	2.166	Hud**	2.018
5	Blære og urinveje	1.475	Hjerne og centralnervesystem	838

*: Incidens per år i perioden 2010-2014 for den danske befolkning

** : Hudkræft inkl. Modermærkekræft

Kilde: NORDCAN – Association of the Nordic Cancer Registries

(11)

Af tabel 2 fremgår, at incidensen er højere for mænd end kvinder. Dertil ses en højere dødelighed hos mændene. Af tabellen fremgår endvidere, at andelen af nye cancertilfælde på landsplan er lav sammenlignet med Region Nordjylland. Derfor er fokus i dette speciale netop Region Nordjylland.

Tabel 2: Kolorektal cancer for mænd og kvinder, henholdsvis nationalt og regionalt.

Nationalt	Mænd	Kvinder	Total
Incidens*	2.454	2.198	4.652
Prævalens**	16.663	16.827	33.490
Dødsfald per år	977	906	1.883
Andel af nye kræfttilfælde	12,70%	12,10%	12,40%
Region Nordjylland	Mænd	Kvinder	Total
Incidens*	281	260	541
Prævalens**	1.925	1.942	3.867
Dødsfald per år	110	98	208
Andel af nye kræfttilfælde	13,30%	13,60%	13,40%

*: Incidens per år i perioden 2010-2014 for den danske befolkning.

**: Prævalens ved udgangen af år 2014

Kilde: NORDCAN – Association of the Nordic Cancer Registries (11)

Af tabel 2 fremgår, at 3.867 nordjyske borgere i 2014 havde kolorektal cancer. Incidensen var dengang 541 nye tilfælde årligt i Region Nordjylland. Ved indførelse af screeningsprogrammet forventedes, at incidensen ville stige, grundet opsporing af flere nye tilfælde af både forstadier til cancer og regulær cancer. Derudover forventedes det, at antallet af dødsfald, relateret til kolorektal cancer, ville reduceres, grundet tidligere opsporing og dermed tidligere opstart af relevant behandling (4). Hvorvidt kolorektal cancerscreening kan nedbringe prævalensen af sygdommen på sigt, er svært at forudse. Det forventes at der med indførelse af screeningsprogrammet, med tiden vil være færre nye tilfælde. Derudover forventes at borgere der får diagnosticeret kolorektal cancer, skal leve længere med sygdommen grundet den tidlige opsporing. Kolorektal cancerscreening er en effektiv strategi i forhold til at reducere incidensen og mortaliteten af kolorektal cancer (12). Hvis deltagelse i screeningsprogrammet er forskellig, afhængig af social position, er det muligt, at der forekommer ulighed i dødelighed og incidens af kolorektal cancer, hvilket udgør et potentielt samfundsproblem. Dette uddybes i følgende afsnit.

2.1.2. Samfundsmæssige og individuelle konsekvenser

Foruden den direkte påvirkning af kolorektal cancer, nævnt ovenfor, ses en række økonomiske og individuelle konsekvenser som følge af sygdommen. Henover de kommende år forventes en stigning i incidensen af cancertilfælde i befolkningen som følge af en stigning i befolkningens middellevetid. I takt med bedre behandling og diagnostik ses også en stigning i overlevelse efter cancer (13). I perioden 2007-2014 steg incidensen af cancertilfælde fra 33.800 til 39.100 (14). Denne stigning kan være et resultat af implementering af nationale screeningsprogrammer for bryst- og kolorektal cancer i perioden (14). Ved udgangen af 2014 var der 280.000 mennesker i Danmark, der på et tidspunkt i livet havde fået stillet en cancerdiagnose. Dette tal er steget fra 210.000 i 2007. Den stigende incidens og prævalens har de senere år medført et øget fokus på kræftområdet, hvilket har resulteret i udarbejdelse af kræftplaner, senest *kræftplan III* (14). I Danmark fungerer Sundhedsstyrelsen som den øverste sundhedsfaglige myndighed. Det er deres opgave, i samarbejde med beslutningstagere, at skabe de bedste sundhedsfaglige rammer for forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen er hovedansvarlig for de danske kræftplaner (13,15). I august 2016 fremlagde den nuværende VK-regering et oplæg til *kræftplan IV*, hvori det foreslås, at der afsættes yderligere 1,5 milliarder kroner til kræftindsatsen i 2017-2020. Dette beløb, udover de allerede prioriterede midler på 170 mio. kr. årlig fra 2017, vil medføre, at der samlet bevilges ca. 2,2 milliarder kroner til det samlede kræftområde i Danmark i perioden 2017-2020 (16). De økonomiske konsekvenser ved cancer relaterer sig også til sygemeldinger og førtidspension (6,14).

Derudover er cancer forbundet med konsekvenser på individniveau. Foruden begrænset mulighed for at vende tilbage til hverdagslivet og arbejdsliv, kan cancer få alvorlige konsekvenser for individets livskvalitet og velbefindende (17). Omkring en tredjedel af alle kræftpatienter oplever angst eller depression. Ændret udseende, seksualitet og økonomi angives også som belastende faktorer. Derudover er deltagelse i sociale aktiviteter ofte påvirket (18), og kan derfor få betydning for relationen til familie, venner og andet netværk. Ved at indføre screeningsprogrammer minimeres risikoen for disse konsekvenser, idet cancer kan opdages i et tidligt stadie, og dermed i mindre grad påvirke individets livskvalitet.

For at mindske samfundsmæssige, økonomiske og individuelle konsekvenser forbundet med cancer, er tidlig opsporing relevant. Til dette formål er kolorektal cancerscreening og andre cancerscreeningsprogrammer indført i Danmark. En problematik i forbindelse med indføring af disse sundhedsfremmende og forebyggende tiltag er imidlertid, at effekter som besparelser på sundhedsområdet og mindre sygefravær, først viser sig i fremtiden (6). Der vil derfor være

økonomiske omkostninger forbundet med indførelse af et screeningsprogram, mens den mulige gevinst først viser sig på et senere tidspunkt (6).

2.2 Kolorektal cancerscreening

Kolorektal cancerscreening er indført i en lang række europæiske lande. Screeningsstrategierne afviger på tværs af landene ved den anvendte test-type og rekrutteringsstrategi. I følgende afsnit redegøres for det danske screeningsprogram.

2.2.1 Screeningsprogrammer som sygdomsforebyggende indsats

Det danske kolorektale cancerscreeningsprogram indeholder to trin. Først modtager borgeren en skriftlig invitation, udsendt af Postnord Strålfors, med prøvetagningskit og dertilhørende vejledning. Dette skal anvendes til at opsamle en fæcesprøve. Denne skal af borgeren afleveres i en postkasse i en frankeret returkuvert, hvorefter den returneres til klinisk biokemisk afdeling i Hjørring. Her udføres en biokemisk analyse, som angiver, hvorvidt der er blod i afføringen eller ej. Andet trin af screeningen iværksættes i tilfælde af et positivt analysesvar (mindst 100 mikrogram blod per liter fæces (19)), hvor der via IAM automatisk udsendes en indkaldelse til koloskopi-undersøgelse samt en besked til praktiserende læge (19).

Det danske kolorektale cancerscreeningsprogram er en primær forebyggelsesstrategi, der har til formål at forhindre at sygdom opstår i målgruppen; danskere i alderen 50-74 år. Ifølge en MTV, udgivet af Sundhedsstyrelsen, diagnosticeres 55% af nye tilfælde af kolorektal cancer hos personer i denne aldersgruppe (4).

Forebyggelsen udføres ved en populationsrettet intervention, som modsat højrisikointerventioner, målrettes hele populationer uden at kende de enkelte individers risikostatus (20). Kolorektal cancerscreening er en teknologi der anvendes til at opspore risikofaktorer eller sygdomme, hos personer der som udgangspunkt er raske. Der skelnes overordnet mellem to screeningsstrategier; den opportunistiske individuelle screening og den systematiske screening. Kolorektal cancerscreening er en systematisk screeningsstrategi, idet denne rettes mod hele populationer eller populationsgrupper (20). Ifølge WHO skal en række kriterier være opfyldt, for at indførelse af systematisk screening kan anbefales. Disse kriterier indbefatter at:

"sygdommen repræsenterer et alvorligt sundhedsproblem, de diagnostiske metoder skal være acceptable for befolkningen, en overordnet organisering af programmet, sygdommen skal kunne diagnosticeres i et tidligt stadium ved hjælp af valide test"

(citater: WHO, Chapter 2, Key goals of global risk assessments (21) projektgruppens oversættelse).

For flere sygdomme gælder, at tidlig opsporing og behandling medfører bedre prognose, end hvis sygdom først opdages, når den er så fremskreden, at den viser sig ved symptomer, der får borgeren til at henvende sig ved egen læge (13). Kolorektal cancer udgør et reelt sundhedsproblem. De

anvendte metoder til opsporing og diagnosticering af kolorektal cancer findes at være i overensstemmelse med deltagernes præferencer (4).

Første screeningsrunde blev påbegyndt i Danmark i 2014 og forventes at have en varighed af fire år. Screeningen skal herefter forløbe over toårige perioder (19). Da de fleste kolorektale cancertyper er langsomt udviklende (22), vurderes den fireårige periode, fra første person inviteres til næste invitationsrunde opstartes, ikke at være problematisk. Sundhedsstyrelsen anbefaler dog, at der efter første screeningsrunde indføres et screeningsinterval på to år. Dette for at opnå optimal detektionsrate (23). Det angives i forbindelse hermed, at et etårs-interval vil være for omkostningsfuldt i forhold til gevinsten, fordi antallet af falsk-positive prøvesvar potentielt bliver for højt som konsekvens af analysens sensitivitet (23).

Sundhedsstyrelsen og en national styregruppe organiserer screeningsprogrammet. Derudover er der i hver region en regional styregruppe samt et tarmkræftscreeningssekretariat. For samtlige regioner anvendes ét fælles invitations- og administrationsmodul (IAM) til distribution og udsendelse af invitationer. Organiseringen betyder, at der udsendes ens pjecer i alle regioner, dog med et regionalt tilpasset invitationsbrev (19). På baggrund af ovenstående vurderes det således, at screeningsprogrammets relevans, metoder og organisering lever op til WHO's anbefalinger.

En forudsætning for et effektivt screeningstilbud er, at de inviterede borgere deltager i både indledende og opfølgende undersøgelse, idet udredning og behandling, kun sker såfremt, de inviterede indvilger i at deltage i det samlede screeningsprogram.

2.2.2 Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved kolorektal cancerscreening

En konsekvens af dette screeningsprogram er, at kolorektal cancer kan opspores, før sygdommen ellers ville have vist sig ved symptomer. Dette opfattes som en tilsigtet konsekvens ved screeningsprogrammet. Hvis en borgers liv udelukkende forlænges med det antal år, kræftsygdommen opdages tidligere, vil borgeren imidlertid ikke have vundet noget ved screeningen. Tværtimod skal borgeren leve flere år, velvidende at han/hun har en potentielt dødelig sygdom (13). Dette er et udtryk for lead-time-bias (13). Der er således først en reel levetidsmæssig gevinst af screening, når tidspunktet for død udsættes. Dertil kommer, at en forlængelse af levetid ikke nødvendigvis øger den samlede livskvalitet for borgeren (6), idet individuelle konsekvenser forbundet med cancer, jf. afsnit 2.1.2, kan nedsætte livskvaliteten i betydelig grad (18).

Den tidlige opsporing kan endvidere medføre length bias, som er en fejltolkning af den positive effekt, der i virkeligheden skyldes, at sygdomme har forskellige udviklingshastigheder. Dette

medfører, at en større andel af langsomt udviklende sygdomme, såsom kolorektal cancer, vil kunne afsløres allerede ved første screeningsrunde. Sygdomme opdaget ved screening med lang udviklingshastighed, kan potentielt udvikle sig så langsomt, at de aldrig ville nå til et stadie, hvor de ville blive opdaget og oplevet af patienten. Screening medfører derfor en risiko for overdiagnosticering og dermed overbehandling (13). Derudover skal personer, der potentielt aldrig ville være blevet påvirket af sygdommen, forholde sig til at have cancer, med de mulige bekymringer, behandlinger og forløb der er forbundet hertil.

Deltagelse i screeningsprogrammer kan potentielt medføre falsk beroligelse, ved falsk negativt prøvesvar. Ligeledes unødigt sygeliggørelse, ved falsk positivt prøvesvar, opstå hos borgeren (13). Ved en iFOBT (immunochemical faecal occult blood test) er andelen af individer med en falsk positiv prøve høj (24). Det betyder, at en stor andel af borgere bliver koloskoperet, uden at der findes cancer. Et falsk positivt prøvesvar kan udmønte sig i unødigt frygt, angst og stress hos deltagere i screeningsundersøgelsen. Ved det kolorektale cancerscreeningsprogram er der, ifølge bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme (BEK 1749), krav om, at borgere der har en positiv fæcesprøve, skal have tid til koloskopi indenfor 14 dage fra der foreligger positivt prøvesvar (19). Det betyder, at de mulige negative psykologiske konsekvenser forbundet med et positivt prøvesvar vil være relativt kortvarige, hvis der er tale om et falsk positivt svar.

Den opfølgende koloskopiundersøgelse er dog ikke risikofri, og kan resultere i utilsigtede konsekvenser såsom punktur af tarm og i sjældne tilfælde død. Den tidligere opsporing øger omvendt chancerne for, at mindre kirurgiske indgreb (f.eks. fjerne polyper ved kikkertoperation) er hyppigere, end de mere omfattende og komplicerede indgreb senere i sygdomsforløbet (f.eks. fjernelse af større del af tarmen). Hvis utilsigtede konsekvenser såsom sygeliggørelse, psykologiske konsekvenser og risici for komplikationer overstiger gevinsten ved den tidlige opsporing, vil det være nærliggende at overveje, om det vil være bedre at undlade screening.

Vurderinger af screeningsprogrammer kan være komplekse. Screening er ikke nødvendigvis det rette for alle borgere, selvom nationale anbefalinger er udformet således. De forventede positive konsekvenser ved den tidlige opsporing er afgørende for, om interventionen vil have en gavnlig effekt. Dertil kommer om interventionen er omkostningseffektiv, eller om ressourcerne kunne prioriteres anderledes.

2.3 Perspektiv på kolorektal cancerscreening

Kolorektal cancerscreening blev indført (19), da det vurderedes effektivt i forhold til tidlig opsporing og reducere af dødelighed forbundet med kolorektal cancer i befolkningen (4). Når Sundhedsstyrelsen fokuserer på risikofaktorer og forebyggelse af disse, som argument for implementering af screeningsprogrammet, kan det anskues som et overvejende sundhedsfundamentalistisk sundhedssyn. Det fundamentalistiske sundhedssyn grunder i en objektiv, biomedicinsk, naturvidenskabelig tænkning, hvor der sættes lighedstegn mellem sundhed og fravær af sygdom (25). Sundhedsstyrelsens hensigt, vil med udgangspunkt i denne forståelse, derfor være et fravær af kolorektal cancer i befolkningen.

Som nævnt er screeningsprogrammet en populationsrettet intervention. Den målrettes en hel befolkningsgruppe, idet det formodes, at en vis andel af målgruppen er uvidende om, at have en potentielt dødelig sygdom. Ved invitation til screeningsprogrammet gøres borgeren opmærksom på dette, hvilket i en periode kan være forbundet med angst eller bekymringer (26). Gevinsten ved den tidlige opsporing opvejer dog disse utilsigtede konsekvenser, idet den tidlige opsporing kan lede til fravær af sygdom i målgruppen. Nogle individer kan dog have incitament til ikke at deltage i screeningen. Sundhedsrelativismen, som modsætning til fundamentalismen, lader sig derimod ikke definere, idet sundhed opfattes som samfunds- og kulturbestemt. Derved anerkendes, at opfattelsen af sundhed, og dermed tilgange hertil, kan afvige mellem subgrupper, hvorved sundhed opfattes som et relativt begreb (25).

Perspektivet på sundhed vil i dette speciale i høj grad være i tråd med Steen Wackerhausens sundhedsforståelse, idet formålet er, at udforme screeningsprogrammet, så det så vidt muligt, tager højde for, og accepterer samtlige borgers mål, livsbetingelser og handlekompetencer (25). Wackerhausens sundhedsforståelse indeholder både det fundamentalistiske og det relativistiske sundhedssyn, og positionerer mellem disse ved *et åbent sundhedsbegreb*. Specialet grunder således i en forståelse af, at opfattelsen af sundhed kan være forskellig fra person til person. Dette afspejler specialets hypotese om, at der er ulighed i deltagelse. Dette fordi det formodes, at sundhedsopfattelser kan divergere mellem subgrupper. Derudover formodes, at ikke alle har lige forudsætninger for at deltage i screeningsprogrammet. Dog grunder specialet også i en opfattelse af, at nogle tilstande er sunde for alle mennesker. I den forbindelse vurderes, at et cancerfrit liv er sundt, idet cancer er associeret med reduceret livskvalitet (18).

Wackerhausen opfatter sundhed som evnen til at indfri mål under givne livsbetingelser (25). Ifølge Wackerhausen, skal *ægte mål* grunde i individers egen selvbestemmelse, og samtidig være realistiske og rationelle ud fra en kritisk og reflekteret tilgang. Målene må derfor ikke være påtvungne ude- eller indefra, idet de i så fald vil være *uægte*. Sundhed opfattes som et middel til at opnå mål, og dermed ikke et mål i sig selv. Et udefrakommende mål om deltagelse i

screeningsprogrammet, med henblik på at reducere incidens og mortalitet af kolorektal cancer, kan dog blive gjort ægte, hvis borgeren forholder sig reflektivt til dette. Derfor er opfattelsen, i dette speciale, at refleksivitet relateret til deltagelse i programmet, kan øges. Dette hvis programmet gøres lettilgængeligt og håndterbart for samtlige borgere, uanset social position eller sociodemografiske karakteristika, hvorved en ulige fordeling i deltagelse kan reduceres.

2.4 Ulighed i sundhed

Ved begrebet ulighed i sundhed forstås, at forekomst af sygdom og sundhedsrisici fordeler sig forskelligt, afhængigt af sociale determinanter (8). Endvidere kan ulighed udtrykkes ved en social gradient, hvor befolkningsgruppers sundhedssundstilstand gradvist er bedre i takt med indtægts- eller uddannelsesniveau (27). I gennemførlighedsundersøgelsen sås en ulighed i deltagelse i screeningsprogrammet (5). Dette findes relevant, da ulighed i deltagelse kan have betydning for ulighed i dødelighed blandt befolkningsgrupper med forskellige sociodemografiske karakteristika. Dette fordi der ikke opspores samme andel sygdomstilfælde i grupperne af personer med lav socioøkonomisk position, som i gruppen af personer med højere socioøkonomisk position (8). Uddannelse, indkomst, jobstatus og geografisk placering er ofte anvendte proxy for socioøkonomisk position (28). Ulighed i deltagelse ses dog også på parametrene alder, køn, samlivsstatus og etnicitet (4), hvorfor *ulighed* i dette speciale ses i et bredere perspektiv. I følgende afsnit analyseres hvorledes de sociodemografiske forhold, ifølge videnskabelige artikler, kan influere på deltagelsen. Ved systematisk litteratursøgning har nedenstående baggrundsvariable vist at være associeret med risikoen for, at individer fravælger deltagelse i cancerscreening. Disse sociodemografiske variable findes derfor relevante at inddrage i specialets analyser og videre undersøgelser.

2.4.1 Køn og alder

Gennemførlighedsundersøgelsen viste, at flere kvinder end mænd deltager i kolorektal cancerscreening. Ydermere viser undersøgelsen, at alder har betydning for deltagelse. Fokusgruppeinterview afslørede, at dette bl.a. grunder i, at nogle borgere føler sig for gamle til at deltage i screeningsprogrammet (5). Dog har den modsatte tendens også vist sig, idet de yngre i målgruppen ikke deltager (29). Ved en anden aldersgruppe-inddeling fremgik, at de ældste (<70 år) samt yngste (50-59 år) i målgruppen deltager i mindre grad end mellemgruppen (60-69 år) (3). Yderligere har det vist sig, at personer der føler sig “for gamle” til at få kræft, ikke deltager i screening, idet opfattelsen er, at “faren er passeret”. Det påpeges, at der kan være sammenhæng mellem deltagelse i screening og borgerens forventede yderligere levetid eller opfattelse af livsstadie. Ældre over 65 år værdsætter nuværende sundhed højere end langtidssundhed (30). Det er derfor muligt, at nogle borgere i den ældste population ikke ønsker at blive diagnosticeret, da den øjeblikkelige påvirkning af deres livskvalitet ikke opvejes af den mulige forlængede levetid.

Den mulige øjeblikkelige negative påvirkning af livskvaliteten for borgeren, forventes dog væsentligt mindre ved en tidlig diagnose end ved sen opsporing og diagnose.

Det er muligt at der er faktorer ved kolorektal cancerscreening, der adskiller sig fra andre typer af cancerscreening. Ved screening for brystcancer sås, at deltagelsen hos kvinderne steg med alderen (31). Uanset alder, findes en kønsmæssig forskel i deltagelse ved kolorektal cancerscreening, idet mænd deltager i lavere grad end kvinder (5,29). Forklaringen er muligvis at kvinder fravælger screening grundet frygt for selve testen, mens årsagen hos mænd kan være manglende bekymring og egenomsorg ift. egen sundhed (32). Dermed skal mænd og kvinder ikke nødvendigvis tilgås ens, hvis det ønskes at mindske ulighed i deltagelse imellem køn. Det er endvidere fundet, at samlevende deltager i højere grad end enlige. Dette tyder på, at samlevende par kan præge hinanden i en sundhedsfremmende retning (33). Derudover ses det at kvinder deltager i højere grad, når de inviteres samtidigt med deres partner. Dette gælder ikke for mænd (33). Det er derfor relevant at undersøge, hvordan køn og alder er associeret med deltagelse i Region Nordjylland.

2.4.2 Samlivsstatus

Internationalt har samlivsstatus betydning for deltagelse i screeningsprogrammer, idet personer der bor med en partner i højere grad deltager, end personer der er enlige (5,33,34). En mulig forklaring herpå er, at personer i parforhold føler større ansvar for at holde sig sunde. En anden forklaring er, at samlevende par påminder hinanden om deltagelse. Kvinder der bor med en partner, deltager muligvis i højere grad i brystkræftscreeningsprogram end enlige, grundet fælles beslutningstagning (30). Derudover foreslår et studie, at samlevende par inviteres til screening på samme tid, for derved at øge ovennævnte tendens til at hjælpe og påminde hinanden om deltagelse (33).

2.4.3 Geografi

Da prøvetagningskittet sendes til borgeren og prøven tages i hjemmet, er forudsætningerne for deltagelse umiddelbart ens for samtlige borgere. Der burde derfor ikke være forskel i deltagelse baseret på geografiske forskelle.

Indsendelsen af prøven er dog besværliggjort for borgere med bopæl udenfor byerne, da posten her kun omdeles og afhentes i hverdage (35). Transporttid fra hjemmet til biokemiske afdelinger er af betydning for prøvens anvendelighed. Hos Hospitalsenhed Midt, i Region Midtjylland, har man pr. 1. Juli 2016 indført, at prøverne skal sendes direkte fra posthusene (36). Hyppigheden af postomdeling ved PostNord er faldende (37), hvilket giver en udfordring i forhold til indsendelse af prøven, for borgere i landområderne.

Geografiske forhold kan muligvis have større betydning for deltagelse i den opfølgende koloskopi end i indledende undersøgelse, idet deltagelse i denne indebærer transport til én af de fire koloskoperende enheder i Region Nordjylland. Disse er placeret i Hobro, Frederikshavn, Thisted og Aalborg. For brystkræftscreening i Danmark ses at afstand, kombineret med manglende adgang til et køretøj, kan have betydning for deltagelse (38).

Gennemførlighedsundersøgelsen viste, at inviterede borgere i Vejle deltog i højere grad end inviterede i København i den indledende undersøgelse (5). Dette fund kan være et udtryk for en forskel i deltagelse, grundet forskel i den sociodemografisk sammensætning i de to byer. Selvom bopæl/geografi har betydning for deltagelse i screeningsprogrammer, kan dette tilskrives en forskel i socioøkonomisk position mellem områderne, hvorfor det ikke er den geografiske placering alene, der har betydning for deltagelsen (39–41).

2.4.4 Indkomst- og uddannelsesniveau

Ulighed i deltagelse ved kolorektal cancerscreening i Danmark kan være associeret med indkomst og uddannelsesniveau. I København og Vejle sås højt uddannelses- og indkomstniveau som prædisponerende for deltagelse i screeningen (5). Studier viser samme tendens, hvor der ses signifikant lavere deltagelse fra lavindkomstområder (3,29). I Storbritannien er der større sandsynlighed for deltagelse for borgere der har gennemført en uddannelse, sammenlignet med borgere der ikke har (33). I Holland er ikke-deltagere oftere højtuddannede og har lønnet arbejde (42). Effekten af uddannelse og indkomst lader dermed ikke til at være entydig. Indkomst og uddannelse hænger sammen i mange erhverv, og disse faktorer bør undersøges hver for sig, såvel som samlet, for at afdække en eventuel sammenhæng med deltagelse i kolorektal cancerscreening.

2.4.5 Etnicitet

Etnicitet kan muligvis have betydning for manglende deltagelse. Dette kan være grundet manglende forståelse for risikoen for udvikling af sygdom og vigtigheden af deltagelse i screeningsprogrammet (43). For bryst- og livmoderhalskræftscreening ses en mindre screeningsdeltagelse blandt lavindkomstlande (31). Områder med særligt mange immigranter har lavere deltagelse (39), og nyligt immigrerede deltager i mindre grad end immigrerede med længerevarende ophold (29). Gennemførlighedsundersøgelsen fra 2010 fandt, at etnicitet i sig selv ikke kan associeres med risiko for ikke-deltagelse, men påpeger at etnicitet har sammenhæng med lav socioøkonomisk position, og derfor påvirkes deltagelsen (5). Det er derfor vigtigt at justere for socioøkonomiske variable, inden effekten af etnicitet vurderes. I overensstemmelse med de europæiske retningslinjer, skal alle der inviteres have korrekt og forståelig information (44). Viser det sig, at der er etniske forskelle i deltagelsen i Region Nordjylland, kan det være relevant at målrette og udvikle informationen til personer med anden etnisk herkomst i målgruppen.

Det er muligt, at der er forskellig forståelse, opfattelse og tilgang til det udsendte invitationsmateriale afhængig af sociodemografiske karakteristika, hvorved den endelige beslutningstagen kan være forskellig. Derfor vil begrebet health literacy, som er et udtryk for de potentielle deltageres sundhedskompetencer, i følgende afsnit introduceres og analyseres i relation til det udsendte invitationsmateriale.

2.5 Health literacy

I det kolorektale cancerscreeningsprogram udsendes skriftligt invitationsmateriale til borgere i målpopulationen. Hvordan de inviterede forstår dette materiale, afhænger bl.a. af borgerens health literacy, hvilket er et udtryk for graden af sundhedskompetencer. Der findes en sammenhæng mellem social position og sundhedskompetencer (32), hvor lavt uddannelsesniveau er associeret med lavere niveau af health literacy. Health literacy er ifølge WHO, defineret som:

“the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.” (Citat: World health organization, chapter 2, Key goals of global risk assessments. (45))

Individets kognitive og sociale ressourcer er dermed centrale for den enkeltes sundhed, fordi disse faktorer har betydning for evnen til at forstå og bruge viden til fordel for egen sundhed (32). Hvis et større vidensgrundlag om kolorektal cancer og screeningsprogrammet vil kunne ruste de inviterede bedre til at kunne træffe beslutningen om deltagelse, er det muligt, at individer med lav health literacy har dårligere forudsætninger for at træffe beslutningen, end personer med høj health literacy.

2.5.1 Informeret beslutningstagen

Ifølge de europæiske retningslinjer for kvalitetssikring af kolorektal cancerscreening og diagnose, skal alle der inviteres til kolorektal cancerscreening, have adgang til korrekt og forståelig information. Denne information skal afspejle den nyeste epidemiologiske evidens på området, viden om reducere af risiko for død som følge af kolorektal cancer, samt information om risici og begrænsninger ved screeningen (44). Samme er ifølge dansk lovgivning gældende, idet det af sundhedsloven fremgår, at retten til information i forbindelse med diverse sundhedsydelser er et krav, jf. § 16:

“Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger”
(Citat: Sundhedsloven 2013(46)).

Informeret beslutningstagen kan dog være en udfordring for personer med lav health literacy. Dette tilskrives utilstrækkelige evner til at vurdere, forstå og anvende information til at kunne træffe begrundede og informerede beslutninger om eget helbred. Endvidere er det muligt, at personer med høj health literacy generelt er højere uddannede. Det er derfor muligt, at socioøkonomisk status har betydning for health literacy, og dermed betydning for at kunne træffe en informeret beslutning omkring kolorektal cancerscreening (13).

Personer der deltager i screeningsprogrammer besidder mere viden om kolorektal cancer og testtyperne, end ikke-deltagere (32). Endvidere er der sammenhæng mellem lav health literacy og lav grad af forståelse af viden om screening efter modtagelse af invitationsmateriale (47). Ikke-deltagere har en mere negativ indstilling til screeningsens effekt end deltagere (48). Personer der har talt med egen læge inden, og læst og forstået invitationsmaterialet, er mere tilbøjelige til at deltage, end personer der ikke læser materialet (48). Det er dermed af betydning, om de inviterede læser og forstår invitationsmaterialet, både for at kunne træffe en informeret beslutning, men også for at kunne drage fordel af screeningen.

At personer med lav social status har manglende viden på området, kan skyldes sammenhængen mellem lav social status og lavere niveau af health literacy. Hvis denne gruppe har sværere ved at forstå det udsendte invitationsmateriale, kan det blive en hindring for at træffe en informeret beslutning (32). Spørgsmålet er derfor om udformningen af det nuværende invitationsmateriale er medårsag til ulighed i deltagelse ved kolorektal cancerscreening, idet det ikke er simpelt og overskueligt at læse for alle i målpopulationen.

2.5.2 Beslutningsværktøj

Et gennemgående begreb i litteraturen, omhandlende health literacy og screening, er *beslutningsværktøj*. Et beslutningsværktøj er et redskab til at træffe en informeret beslutning. Gode beslutningsværktøjer kan øge de inviteredes muligheder for at tilegne sig viden om fordele og ulemper, og dermed reducere ubesvarede spørgsmål omkring screening (12,47). Den præsenterede information skal reflektere moral, etik og juridiske forpligtelser (12) samt fordele og risici ved screeningen. Disse skal fremlægges på en måde, der gør det muligt at træffe en informeret beslutning, der er i overensstemmelse med egne ønsker og værdier.

Ifølge en Cochrane metaanalyse er der dog stadig mangelfuld viden om, hvordan fordele og risici ved screening præsenteres bedst, med henblik på at hjælpe inviterede til at træffe informeret beslutning, baseret på empirisk evidens (49). Det kan derfor være udfordrende at udforme et fyldestgørende beslutningsværktøj. Det udsendte invitationsmateriale i Region Nordjylland indeholder den umiddelbare information som borgerne modtager, og kan derfor fungere som et

beslutningsværktøj. Idet det kan være udfordrende at udforme et fyldestgørende beslutningsværktøj, er det muligt, at det nuværende invitationsmateriale har mangler. Det kan være vanskeligt at imødekomme problematikker omkring individer med lav social position eller lav health literacy, når der stadig er mangelfuld viden om, hvordan beslutningsværktøjer udformes på bedst mulige vis.

2.5.3 Informering af borgere

Ved kolorektal cancerscreening udsendes invitationsmaterialet til hele befolkningsgruppen. Derfor må det overvejes, hvordan hele målgruppen favnes, da mangelfuld viden om kolorektal cancer og screeningsprogrammet er medvirkende årsag til ikke-deltagelse. At give støtte til beslutningstagen til borgere med lav health literacy er en udfordrende opgave. Læsefærdigheder har en tydelig påvirkning på health literacy (47). Det er derfor en udfordring at komme dette til livs, da screeningsprogrammet, som det ser ud i dag, beror på udsendt skriftlig invitationsmateriale. Health literacy indbefatter ikke kun læse- og skrivefærdigheder, men også tal- og taleforståelse som helhed (47). Dette skal derfor medtænkes i udarbejdning og implementering af tiltag i screeningsprogrammet.

Der er de senere år kommet øget fokus på, at måden hvorpå informationer om risiko præsenteres, har indflydelse på beslutningen om deltagelse eller ej (32). Som nævnt skal individet have viden om potentielle risici og fordele forbundet med screeningen, for at kunne træffe en informeret beslutning. I august 2016 ændrede Sundhedsstyrelsen den udsendte informationspjece, efter kritik af den præsenterede gavnlige effekt. I den oprindelige pjece var det relative fald i dødelighed angivet som 25%. Dette blev kritiseret for at være misledende, og den nye formulering lyder nu på, at 0,1% undgår at dø af kolorektal cancer ved deltagelse i screeningen (50). Det relative fald på 25% er ikke nødvendigvis forkert, men kan være svært at forholde sig til, idet effekten for nogle borgere muligvis opfattes større end den reelt er. Derfor kan det være nemmere for befolkningen at forstå den nye formulering.

Der ses at flere forhold gør sig gældende, når det kommer til fravalg af screeningsundersøgelser. Blandt andet anses fravær af helbredsproblemer og symptomer samt manglende anbefalinger fra sundhedspersonale som barrierer i forhold til deltagelse (48). Derudover angiver ikke-deltagere, at; formodet ubehag ved testen, angst for resultat, ønske om ikke at kende egne helbredsproblemer, samt lav prioritering er medvirkende årsager til fravalg af bryst- og livmoderhalskræftscreening (51). Det er muligt at dette fund også gør sig gældende ved kolorektal cancerscreening, hvorved fravælgelse kan ske uafhængigt af health literacy niveau.

At undersøge effekten af information i relation til personers health literacy kan være en udfordring, da flere elementer skal fungere samlet, før sundhedsrisiko kan kommunikeres og forstås korrekt. Først skal der være en bevæggrund for at læse informationsmaterialet (48). Det betyder, at informationens effekt ikke kan tilskrives lavt niveau af health literacy, hvis invitationsmaterialet ikke læses.

3. Afgrænsning og problemformulering

Af ovenstående problemanalyse fremgår, at deltagelse i kolorektal cancerscreening kan være påvirket af sociodemografiske karakteristika samt health literacy. De inviteredes bevæggrunde for deltagelse og ikke-deltagelse er undersøgt og analyseret ved anvendelse af, og i sammenligning med, dansk og international videnskabelig litteratur. Dette speciale afgrænses til inviterede borgere i Region Nordjylland, idet det af problemanalysen fremgår, at kolorektal cancer her udgør en større andel af nye kræfttilfælde end på nationalt plan. Målpopulationen er borgere i alderen 50-74 år, da det er denne aldersgruppe, screeningsprogrammet indbefatter. På trods af foreliggende viden om påvirkningen af køn, alder, indkomstniveau, uddannelsesniveau, geografi, etnicitet og samlivsstatus er der stadig manglende viden om disse sociodemografiske karakteristika's indflydelse på deltagelse i det regionale screeningsprogram. I dette speciale undersøges derfor, hvordan deltagelsen fordeler sig i grupper med udvalgte sociodemografiske karakteristika, hos borgere i Region Nordjylland. Hvis der er forskel i deltagelse indenfor disse grupper, er formålet at udforme et tiltag der søger at mindske ulighed i deltagelse i screeningsprogrammet. Projektet afgrænser sig endvidere til den indledende del af screeningsprogrammet, og vil derfor ikke undersøge deltagelse ved opfølgende koloskopiundersøgelse. Problemanalysen viste, at der er manglende viden om, hvordan invitationsmaterialet opfattes af de nordjyske borgere, samt hvilke bevæggrunde der findes for deltagelse i screeningsprogrammet. Dette er relevant viden, idet det muliggør udformning af udviklingstiltag der er i overensstemmelse med borgernes præferencer. Herved imødekommes udfordringen; ulighed i deltagelse.

Dette speciale har derfor til formål at undersøge følgende problemformulering:

Hvordan vil et muligt udviklingstiltag i den indledende del af det kolorektale cancerscreeningsprogram kunne udformes, med henblik på at mindske ulighed og øge den samlede deltagelse i Region Nordjylland, og hvilke organisatoriske konsekvenser ses ved implementering heraf?

Besvarelsen forudsættes af nedenstående undersøgelsesspørgsmål:

1. *Hvordan er associationen mellem sociodemografiske determinanter og deltagelse ved indledende screening i kolorektal cancerscreening i Region Nordjylland?*
2. *Hvordan opleves- og påvirker screeningsprogrammets invitationsmateriale beslutningen om deltagelse hos inviterede i Region Nordjylland, og hvorledes kan health literacy påvirke beslutningen om deltagelse?*
3. *Hvilke temaer opleves, af de inviterede, som værende af betydning for sundhedsadfærden, og dermed beslutningen om deltagelse, i det kolorektale cancerscreeningsprogram i Region Nordjylland?*

4. Metode

I dette afsnit redegøres for projektets metodologiske opbygning. Den opstillede problemformulering indeholder en kompleks problemstilling, hvilket fordrer anvendelse af flere undersøgelsesmetoder (52). Identificering af ulighed i deltagelse, undersøges ved anvendelse af én metode, mens forståelse for, hvorfor ulighed eksisterer, undersøges ved anvendelse af andre metoder. Inklusion af flere metoder i samme undersøgelse, gør det muligt at undersøge samme fænomen med forskellige metodiske tilgange. Dette ved anvendelse af mixed methods som overordnet metodisk ramme for specialet. I det følgende redegøres først for litteratursøgning. Denne udgjorde udgangspunktet for problemanalysen og inkluderet litteratur i specialet. Derefter er principperne i mixed methods, herunder hvilke forskningsstilarter der anvendes i specialet, samt hvordan delundersøgelser integreres, redegjort for. Slutteligt begrundes og redegøres for inkluderede videnskabsteoretiske tilgange, samt delundersøgelser til indsamling af empiri til besvarelse af problemformuleringen.

4.1 Litteratursøgning

I specialets indledende fase blev litteratursøgning foretaget, med henblik på tilegnelse af baggrundsviden. Formålet med litteratursøgningen var at afdække centrale aspekter og begreber ved problemfeltet. Litteraturen er anvendt til undersøgelse og analyse af problemfeltets relevans.

Til dette blev ustruktureret litteratursøgning, systematisk litteratursøgning samt kædesøgning udført (53). Ustruktureret søgning blev foretaget i Aalborg Universitets biblioteksdatabase (54), Google Scholar (55) samt på Sundhedsstyrelsens (56) og Danmarks Statistiks hjemmesider (57). Dette med henblik på opbygning af solidt kendskab til eksisterende national og international litteratur på området.

Nye litteratursøgninger er løbende foretaget, idet der i processen opstod ubesvarede spørgsmål. Litteratursøgningerne er i den forbindelse foretaget med henblik på justeringer af problemanalysen, problemformuleringen og udarbejdelse af udviklingstiltag. Relevansen og kvaliteten af inkluderet litteratur er vurderet, idet formålet var at anvende nyeste evidens, samt litteratur af høj kvalitet. Evidensniveauet af studierne er vurderet ud fra evidenshierarkiet. Ifølge evidenshierarkiet er studiedesigns med højeste evidensniveau randomiserede kontrollerede studier, idet der her udføres en intervention med en randomiseret stikprøve, som opfølges efter en given periode. Studiets evidensniveau vil dog aldrig kunne vurderes på designet alene, men skal understøttes af en kvalitetsvurdering (58). Styrken af inkluderede studier er vurderet ved elementer fra tjeklisterne PRISMA, CONSORT og STROBE (59–61).

4.1.1 Systematisk litteratursøgning

Med udgangspunkt i den erhvervede baggrundsviden blev systematiske litteratursøgninger i databaserne; Cochrane, PsycINFO, Sociological abstract og Embase foretaget. Begrundelser for valg af databaser, søgestrategi og resultat af søgningen fremgår af bilag 1. Formålet med søgningen var, at opnå større forståelse for problemets karakter og finde områder med manglende viden. Desuden anvendes eksisterende evidens i diskussionen af de fremanalyserede fund fra delundersøgelserne samt udviklingstiltag.

Systematisk litteratursøgning blev foretaget i perioden 05-09-2016 til 20-10-2016. Derudover blev en opfølgende systematisk litteratursøgning foretaget forud for diskussion af de udarbejdede udviklingstiltag, for at sikre at disse udsprang af nyeste viden på området. Opfølgende litteratursøgning blev foretaget i samme søgedatabaser som indledende.

4.1.1.1 Søgestrategi

Litteratursøgningen blev udarbejdet ved bloksøgning. Dette for at skabe struktur i søgningen. Bloksøgningen bestod af 4 facetter. Facet 1 indeholdte emneord omhandlende målgruppen, borgere i alderen 50-74 år. Facet 2 indeholdte emneord, der indrammer temaet screening. Facet 3 indeholdte emneord omhandlende ulighed. Facet 4 afdækkede temaet deltagelse. Derudover blev fritekstsøgning anvendt i samtlige søgninger. Dette når de kontrollerede emneord, i databaserne, ikke stemte overens med det ønskede søgeord. Eksempelvis fandtes emneordet *elderly* ikke i databasen PsychInfo, hvorfor dette blev angivet som fritekstsøgning. Trunkering blev anvendt ved fritekstsøgningerne, for at inkludere alle relevante endelser af søgeordet.

De boolske operatorer AND og OR blev benyttet til kombinerings af søgeordene i ovennævnte facetter. AND blev brugt til indsnævring og præcisering søgningen, mens OR blev anvendt til at brede søgningen ud. I facetterne blev emneordene derfor kombineret med OR, mens facetterne imellem kombineredes med AND (62). I nogle af databaserne blev enkelte facetter udeladt, da søgningerne blev for specifikke, og ikke gav resultater. Derudover blev alternative søgeord anvendt fra database til database. Dette medførte at søgningen ikke kunne anskues som fuldstændig systematisk og stringent. I databaserne blev limits tilføjet, for at sikre at målgruppen i fundne studier var tilsvarende screeningsprogrammets målgruppe. Derudover blev limit-funktionen anvendt til at finde tidssvarende studier. Slutteligt blev kun studier fra vestlige lande, hvor sundhedsvæsen og kultur syntes sammenlignelige med det danske, inkluderet. Dette for at øge overførbareheden til danske forhold. Indledningsvist blev samtlige studier uanset cancerform inkluderet. Årsagen hertil var, at finde inspiration i, tiltag anvendt ifm. opsporing og screening for andre kræfttyper. Dog var det i databasen Embase nødvendigt at ekskludere andre cancer typer. Inklusions- og eksklusionskriterier, søgestrategi samt dokumentation fremgår af bilag 1.

4.1.2 Kædesøgning

I litteratursøgningsprocessen er endvidere benyttet kædesøgning. Dette er en metode, hvor inspiration fra ét studies kilder, fører videre til næste studie. Fordelen ved denne metode er, at den kan føre fra én god reference til en anden. Argumenternes udvikling kan endvidere følges gennem litteraturen. Derudover blev det, ved denne metode, muligt at finde de primære kilder (53). Kædesøgningen bidrog i dette speciale til at finde yderligere relevante studier, til afklaring af løbende spørgsmål, samt afdækning af områder med manglende viden undervejs i processen.

4.2 Mixed methods

Mixed methods fik i 1990'erne sit gennembrud som det tredje videnskabelige paradigme. Dette som følge af et paradigmeskifte fra opfattelsen af at det positivistiske kvantitative paradigme og det fortolkende kvalitative paradigme var uforlignelige, til en tankegang hvor metoder fra begge paradigmer kunne inkluderes i samme studie. Dette speciale grunder i tilsvarende tankegang, idet besvarelse af projektets problemformulering forudsætter anvendelse af elementer fra både den kvantitative og den kvalitative tænkning (52,63).

I specialets mixed methods-undersøgelse inkluderes tre delundersøgelser, med hver deres videnskabsteoretiske tilgang. Fundene fra disse vil tilsammen kunne besvare den komplekse problemformulering, ved at indgå i én samlet analyse. Disse tre delundersøgelser udgør:

- 1: Statistisk analyse af registerdata
- 2: Dokumentanalyse af udsendt invitationsmateriale
- 3: Semistrukturerede interviews med inviterede borgere

Hvis der udelukkende var foretaget statistisk analyse af registerdata i specialet, ville det kun være muligt at beskrive hvilke grupper der deltager i screeningsprogrammet, men ikke muligt at forklare hvorfor. Havde projektet udelukkende foretaget interviews, ville det ikke være muligt at bekræfte en eventuel ulighed. Havde dokumentanalysen ikke bidraget med viden om det udsendte invitationsmateriale, var der risiko for, at relevante emner ikke ville blive afdækket. De tre analysemetoder; dokumentanalyse, semistrukturerede interviews og statistisk analyse er dermed forbundne og resultaterne komplimenterer hinanden (63).

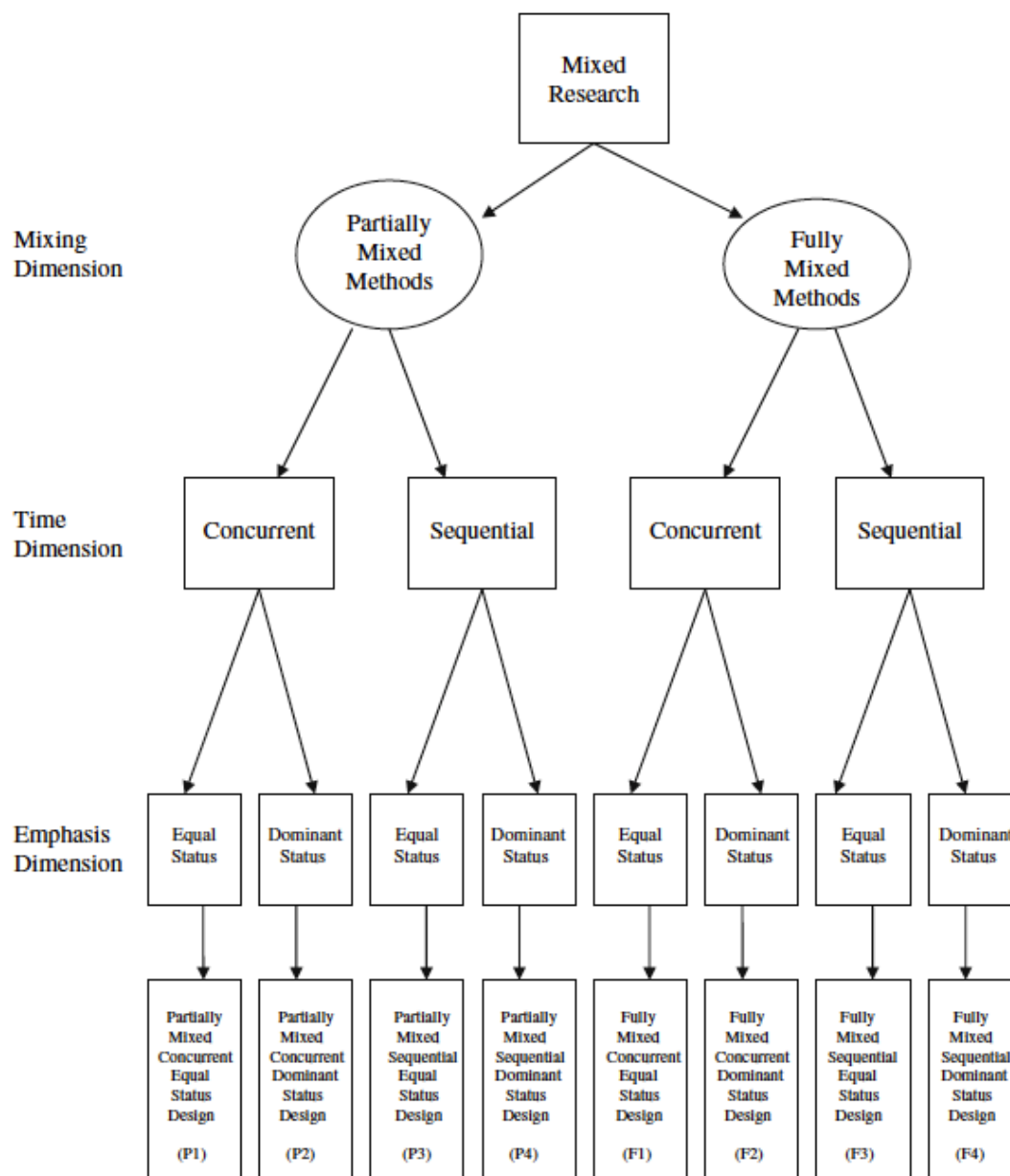
4.2.1 Forskningsstilarter

Mange inddelinger og typer af studiedesigns indenfor mixed methods har igennem tiden været foreslået. Ifølge Frederiksen et al. placeres metoder i fire forskningsstilarter; *feltarbejde*, *interviewmetoder*, *eksperimenter* og *ikke-indgribende metoder*. Mixed methods består, ifølge denne tilgang, i at kombinere to eller flere af disse stilarter (63). En anden og mere simpel måde at forstå mixed methods på, er en generel kombination af kvantitative og kvalitative metoder til undersøgelse af samme fænomen (52). Ifølge denne tilgang kan mixed methods forstås som en

varierende metode, der kan være 1; *fuldt ud mixed* eller *delvist mixed*, 2; foretaget *samtidigt* eller *sekventielt* og 3; have *ligestillede metoder* eller være *dominerede* af en enkelt metode (se fig. 1) (52).

Ifølge Frederiksen er dette speciales metode mixed methods ved kombination af interview-metoden og ikke-indgribende metoder (63), mens det ifølge Leech er delvist mixed methods med samtidig udførelse og ligestillede metoder (P1, fig. 1)(52).

Fig. 1: Inddeling af mixed methods-former



Kilde: Leech og Onwuegbuzie, *A typology of mixed methods research designs* (52).

Interview-metoden dækker over alle metoder, hvori der indsamles data ved at stille spørgsmål til undersøgelsens deltagere, og dernæst anvende de fremkomne udsagn (63). Dette er foretaget ved indsamling af data ved semistrukturerede interview med inviterede til kolorektal cancerscreening i Region Nordjylland. Derudover anvendes ikke-indgribende metoder. Denne forskningsstil er kendetegnet ved, at metoderne til indhentning af data foregår på en måde, der ikke påvirker undersøgelsens resultater. Kilderne forbliver uberørte af undersøgelsen (63). Dette er foregået ved dokumentanalyse af invitationsmaterialet der udsendes til målpopulationen i Region Nordjylland, samt statistiske analyser af registerdata med information om deltagelse og ikke-deltagelse ved indsendelse af fæcesprøve.

Ved anvendelse af mixed methods i dette speciale skabes metodesynteser mellem to anvendte forskningsstilarter. Ved kombination af de nævnte metoder og stilarter, bliver det muligt at besvare problemformuleringen, idet metoderne anvendt i delundersøgelserne hver bidrager til helheden. Dette vil derfor samlet munde ud i mulige udviklingstiltag. Kombinationen af delundersøgelser beskrives i mixed methods ved integrationsbegrebet (64).

4.2.2 Integrationsbegrebet

Hvordan delundersøgelser kombineres, er afgørende for kvaliteten af mixed methods-undersøgelsen. Ifølge Frederiksens mixed methods-tilgang findes seks integrationsformer; *teoriintegration*, *designintegration*, *metodeintegration*, *dataintegration*, *analyseintegration* og *fortolkningsintegration* (63). Disse er illustreret i figur 2. I dette speciale anvendtes *design*-, *metode*-, *data*-, *analyse*- og *fortolkningsintegration*.

Fig. 2: Mixed methods - Integrationsformer

Integrationsform	Teori	Design	Metode	Data	Analyse	Fortolkning
Hvad integreres?	Antagelser om forskningsgenstanden	Delstudier-nes rolle ift. forsknings-spørgsmålene	Dataindsamlingen	Data-sættene	Procedurerne for at bearbejde og strukturere data	Vurderingen af analysernes fund i forhold til forsknings-spørgsmål og teori
Hvilke integrationsformer kan især afhænge af denne?	Design, metode, fortolkning	Metode, data, analyse	Data, analyse	Analyse, fortolkning	Fortolkning	-
Hvilken integrationsform kan denne især være afhængig af?	-	Teori	Design	Metode	Design	Teori

Kilde: Frederiksen, Gundelach og Nielsen, *Mixed Methods-forskning. Principper og praksis* (63).

Formålet med *teoriintegration* er at sikre, at forskningsgenstanden; ulighed i deltagelse i screeningsprogrammet, anskues ud fra samme teoretiske synsfelt (63). Dette speciale har en induktiv tilgang til dataindsamlingen, hvorefter fund fra to af delundersøgelserne fortolkes med udgangspunkt i særskilte teorier. Der er derfor ikke anvendt teoriintegration i denne mixed methods-undersøgelse, idet delundersøgelser ikke anskues ud fra samme teoretiske referenceramme.

Planlægning af mixed methods-undersøgelsen udgør *designintegrationen*. Der er her foretaget valg om inklusion af delundersøgelser, og truffet beslutning om disses rækkefølge og prioritering. Disse delundersøgelser anvendtes til at undersøge og beskrive den samme forskningsgenstand, ved at rette undersøgelserne mod forskellige aspekter af denne (63). Dette blev gjort ved at anvende tre undersøgelsesspørgsmål. Designet udgøres af tre delundersøgelser; statistisk analyse af registerdata, dokumentanalyse og semistrukturerede interviews. Dette fordi metoderne vurderes at give den nødvendige viden om problemfeltet, med hver deres rolle, hvilket vurderes at være en forudsætning for besvarelse af problemformuleringen.

Metodeintegration afspejler forholdet mellem metoderne, og omhandler anvendelse af metoderne, her om de anvendes sekventielt, parallelt eller indlejret (63). I denne mixed methods-undersøgelse er delundersøgelserne anvendt parallelt og samtidigt. Ved parallel metodeudførelse vil fund fra de enkelte undersøgelser ikke inddrages i udarbejdelse og analyse af de andre delundersøgelser. Derudover er der her tale om delvist mixed methods, der udføres samtidigt med ligestillede metoder (52).

Dataintegration omhandler konkrete relationer mellem datasæt, og hvordan data på en direkte og håndgribelig måde, er forbundet mellem delundersøgelser (63). De respondenter der indgår i semistrukturerede interviews, indgår også i datasættet i den statistiske analyse. Derudover har samtlige personer der indgår i datasættet, samt respondenterne i semistrukturerede interviews, modtaget det invitationsmateriale der indgår i dokumentanalysen. På den måde er data forbundet mellem datasættene. Ifølge Frederiksen kan dataintegration også forstås ved at, interviewpersoner indgår i samtidige survey- eller observationspopulationer (63). Respondenterne fra interviews kan dog ikke identificeres i datasættet fra den statistiske analyse i dette speciale, da datasættet er baseret på registerdata, registreret i en anden sammenhæng. Dokumenterne der analyseres i dokumentanalysen, undersøges også ved semistrukturerede interviews, og har muligvis påvirket deltagelsen, og dermed data ved den statistiske analyse. På den måde er data forbundet mellem delundersøgelserne, selvom disse ikke er identiske.

Der er til slut skabt syntese mellem de tre delundersøgelser, hvilket udgør analyseintegration. Her indgår resultater fra hver af de tre delundersøgelser i én samlet analyse, hvorfra udviklingstiltagene udformes (63). Ved samtidig fortolkningsintegration sættes udviklingstiltagene i relation til teori og videnskabelig litteratur (63).

4.3 Videnskabsteoretisk tilgang

Metoder i de inkluderede delundersøgelser bidrager forskelligt til besvarelse af problemformuleringen. Dermed er risikoen for at miste eller overse centrale elementer, i forhold til specialets overordnede formål, mindsket. Eksempelvis bidrager interview med indblik i, hvordan screeningsprogrammet anskues fra et borgerperspektiv, hvilket ikke ville være kommet frem, hvis metoden var udeladt. Dermed ville afdækning af området, og besvarelse af problemformuleringen, ikke være fyldestgørende. Metoderne og det videnskabsteoretiske grundlag er således flervidenskabeligt, med afsæt i både det empirisk analytiske og det fortolkende paradigme. Paradigmerne repræsenterer forskellige måder at erkende verden på, ontologi, og forskellige måder hvorpå viden erkendes, epistemologi (65).

4.3.1 Det empirisk analytiske paradigme

For at undersøge hvordan deltagelse og ikke-deltagelse i screeningsprogrammet er associeret med sociodemografiske determinanter, anvendes statistisk analyse. Denne udspringer af det empirisk analytiske paradigme, som har et biomedicinsk syn på verden (66). Paradigmets ontologi indebærer, at metoder hvorpå viden opnås, reduceres til at omhandle variable og analyse heraf, med henblik på afdækning af årsagssammenhænge. I specialet testes en mulig association mellem deltagelse og sociodemografiske determinanter. En association angiver hvorvidt der er sammenhæng mellem to variable, hvor værdierne af den ene variabel følger værdierne af den anden (67). I det empirisk analytiske paradigme erkendes viden gennem tal og lovmæssigheder, som opstilles på baggrund af reglen om falsifikation. Ved falsifikation forstås, at påviselige og reproducérbare videnskabelige fund er gældende indtil de falsificeres/modbevises (66). Ved logistisk regressionsanalyse testes nulhypoteser, hvorved der er tale om en deduktiv tilgang. Nulhypoteserne er i denne forbindelse, at der ingen sammenhæng er mellem de givne sociodemografiske determinanter og deltagelse.

4.3.2 Det fortolkende paradigme

I modsætning til det empirisk analytiske paradigme har det fortolkende paradigme en ontologi med menneskets forståelser og oplevelser som omdrejningspunkt. Indenfor dette paradigme er epistemologien indbefattet af, at formålet er afdækning af individets forståelse, oplevelse og opfattelse af virkeligheden eller fænomener (65). Indenfor paradigmet stræbes mod beskrivelser, der gør det muligt at forstå og leve sig ind i det enkelte fænomen set fra individets perspektiv. Indenfor det fortolkende paradigme bliver data produceret i samme øjeblik og situation, som

forskeren møder det empiriske genstandsfelt (20,65,66,68,69). I dette speciale skal dokumentanalyse og semistrukturerede interview bidrage til viden og indsigt i personers meninger, opfattelser og holdninger. Dette med henblik på at afdække individets forståelse i forhold til beslutningstagen om deltagelse i screeningsprogrammet.

4.3.2.1 Dataindsamling - Fænomenologisk tilgang

Specialet har en empiristytet tilgang. Det betyder at den indsamlede data om deltageres opfattelser og oplevelser forbundet med beslutningstagen, samt forståelse af invitationsmaterialet, ligger til grund for den videre analyse. Fænomenologi er videnskaben om fænomener, dvs. videnskaben om, hvordan en forskningsgenstand fremtræder for et individ (70). Forskningsgenstanden er i denne sammenhæng både borgernes oplevelser ifm. screening og invitationsmaterialet. Udgangspunktet i fænomenologien er, at ethvert fænomen altid er en fremtrædelse af noget for nogen. Fokus er på den menneskelige bevidsthed og livsverden, idet det er via disse to begreber verden fremtræder (70). Når ovennævnte fænomener ønskes undersøgt, er det nødvendigt at inddrage de individer genstanden fremtræder for. Derfor rekrutteres respondenter til semistrukturerede interviews, for at klarlægge hvad der gør sig gældende for beslutningstagning ved deltagelse i screeningsprogrammet. Derudover er der foretaget dokumentanalyse, hvor det analyseres hvilken påvirkning dokumenterne har på borgernes incitament for deltagelse.

Centrale begreber inden for fænomenologien er *intentionalitet* og *livsverden*. Intentionalitet afspejler forholdet mellem bevidstheden og verden, hvor den grundlæggende præmis er bevidsthedens rettedhed. Det betyder at den menneskelige erfaring altid er rettet mod noget (70). Når dette speciale ønsker at forstå hvordan screeningsprogrammet og invitationsmaterialet fremtræder for de potentielle deltagere, kan dette siges at være med udgangspunkt i intentionalitet. Ved fænomenologi ønskes ligeledes at klarlægge individernes livsverden. Et individs livsverden er verden, fra individets optik, forud for refleksion og teoretisering af denne (71). Formålet med at undersøge livsverdenen er at nå en præcis beskrivelse af fænomenet, sådan som det præsenterer sig for individernes bevidsthed (68). Den fundne empiri og litteratur danner grundlag for senere valg af teori (66).

Det fænomenologiske interview er præget af åbenhed, og er som udgangspunkt semistruktureret. Det betyder at der anvendes åbne spørgsmål, hvor undersøgeren forfølger temaer angivet af respondenteren selv (72). Intervieweren stræber efter omfattende beskrivelser af specifikke situationer og hændelser. Hovedvægten i interviewet er dermed på spørgsmål, der har til hensigt at få respondenteren til at *beskrive*. Med udgangspunkt i fænomenologien er det essentielt, at interviewerens fordomme og formodninger tilsidesættes. Forforståelsen sættes i parentes, for at

klarlægge respondentens livsverden uden forudindtaget, påvirkning af egne teorier og antagelser om emnet (72).

I dette speciale vil dokumentanalysen have en fænomenologisk tilgang og blive sammenholdt med interviews, idet det ønskes, at analysere hvilken påvirkning dokumenterne har på borgernes incitament for deltagelse. Denne kombination er ofte anvendt ved analyser med en fænomenologisk tilgang, da det ønskes at analysere, hvordan subjekter anvender dokumenter, og ikke blot hvilke temaer dokumenterne indeholder (73).

4.3.2.2 Databearbejdning - hermeneutisk tilgang.

Til analyse og fortolkning af den indsamlede empiri anvendes en hermeneutisk tilgang. Der tages udgangspunkt i den tyske filosof Hans-Georg Gadamer's udlægning af hermeneutikken. Ifølge Gadamer kan det udforskende subjekt, i dette tilfælde specialegruppen, ikke adskilles fra det udforskede objekt, hvorfor specialegruppens fordomme og forforståelse er et aktivt element i forståelsen af fænomenet (66,70). Dette er udgangspunkt for analyse og fortolkning af data fra dokumentanalyse og semistrukturerede interviews. Derudover erkendes det, at meningen med delene i delundersøgelserne, kun kan ses i sammenhæng med helheden, mens også at helheden kun er mulig at se ud fra delene (70). Dette kendes som den hermeneutiske cirkel. I den valgte udlægning af hermeneutikken, ses en række centrale begreber; forforståelse, situation, horisont og horisontsammensmeltning. Disse gennemgås kort nedenfor, med henblik på at klarlægge grundlaget for videre analyse.

Med begrebet *forforståelse* menes at specialegruppen, på trods af den fænomenologiske erkendelsesinteresse i dataindsamlingsprocessen, er præget af egne tidligere erfaringer, fordomme og viden om det undersøgte emne. Forforståelsen går forud for den indsamlede empiri, og kan dermed have betydning for, hvordan empirien vil behandles. Forforståelse omfatter alt som på forhånd vides eller formodes om emnet (70). Ifølge hermeneutikken er det umuligt at udviske eller glemme forforståelsen i en undersøgelsesproces, idet mennesket til enhver tid vil anvende fordomme og derigennem fortolke verden.

I begrebet ligger endvidere, at forståelsen er foranderlig, hvormed denne udfordres og forandres i mødet med andre (66,70). Ifølge Gadamer er det vigtigt at forholde sig til egen forforståelse, da denne er en nødvendig betingelse for forståelse og altid vil være til stede. Situationen er, ifølge Gadamer, udgangspunktet for forståelsen. Denne skal forstås som stædet hvorfra der ses, og hvorfra man søger at forstå den anden. Han beskriver mennesker som historiske væsener, der er påvirket af sin historie (74). Måden hvorpå et fænomen anskues, er præget af situationen. Dette med udgangspunkt i interviewssituationen, og hvordan specialegruppen vil være præget af situationen, og dermed måden at forstå og forholde sig til data. Horisonten er, ifølge Gadamer,

rækkevidden udsynet har. Denne breder sig som en vifte fra situationen (66,70). I mødet med andre horisonter sættes for forståelsen på spil, hvormed horisonten kan rykkes. Dette er formålet ved specialets kvalitative del, idet der ønskes at opnå en forståelse for, hvad der gør sig gældende i beslutningsprocessen hos borgeren med udgangspunkt i deltagernes udsagn. Den forståelse i mødet mellem to horisonter kaldes horisontsammensmeltning, og opstår når en person forsøger at sætte sig ind i den andens horisont (66,70). Det er vigtigt at bemærke at horisontsammensmeltning ikke forudsættes af en ren adaption af den andens horisont, men at den skal smelte sammen med egen horisont, hvorved der opstår noget tredje. Dette tredje vil i projektet være den nye viden, der udspringer af analyse og fortolkning af empirien. Dog erkendes det, med udgangspunkt i denne hermeneutiske tilgang, at analyse og fund i specialet, kun vil afspejle specialets egen forståelse, hvormed det ikke udgør et endegyldigt resultat. Den hermeneutiske cirkel er uendelig, og der vil dermed altid kunne opstå nye spørgsmål.

4.4 Delundersøgelser

For at besvare den overordnede problemformuleringen inkluderes tre delundersøgelser. For at udpege målgruppen for udviklingstiltagene, undersøges hvilke subgrupper der var i øget risiko for ikke at deltage i screeningen. Dette blev undersøgt ved statistiske analyser af registerdata, delundersøgelse 1. Derudover undersøgtes det udsendte invitationsmateriales betydning for deltagelse, samt hvordan materialet kan opfattes af personer med forskellig health literacy. Dette blev undersøgt ved dokumentanalyse af det samlede invitationsmateriale, delundersøgelse 2. For at undersøge hvordan screeningsprogrammet og aspekter relateret hertil opfattes af inviterede, blev semistrukturerede interviews med inviterede borgere i Region Nordjylland foretaget, delundersøgelse 3. Fund fra de tre delundersøgelser bidrog efterfølgende til én samlet analyse hvorfra udviklingstiltag blev udformet.

4.4.1 Delundersøgelse 1: Statistisk analyse

4.4.1.1 Registre

Specialegruppen etablerede forskeradgang til et projekt på Danmarks Statistik. Dette projektnummer indeholdte variabeludtræk fra en række datasæt, herunder invitationslister til tarmkræftscreening (screeningsregistret), CPR-registret, Indkomststatistik-registret (indkomstregistret), grundregister UDDF - højest fuldførte uddannelse (uddannelsesregistret), Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret. Disse datasæt blev koblet via krypterede cpr-numre (pnr). Det endelige datasæt, anvendt til kvantitativ analyse, er dannet på baggrund af informationer fra de seks datasæt. I nedenstående tabel 3 er angivet hvilke informationer vi har anvendt fra registre.

Tabel 3: *Oversigt over anvendte registre*

Registre	Anvendelse
<i>Screeningsregistret</i>	Fra dette register blev indhentet information om, hvilke borgere der var blevet inviteret til screeningsprogrammet i henholdsvis år 2014 og 2015. Derudover er bopælsregion, dato for invitation og dato for laboratoriesvar inkluderet. Laboratoriesvar opfattes som indikator for, at personen har indsendt prøven. Disse informationer blev koblet med de resterende fem registre via pnr.
<i>Uddannelsesregistret</i>	Fra dette register blev indhentet information om højest fuldførte uddannelse, angivet for samtlige individer i studiepopulationen, der har gennemført en uddannelse (75). Her anvendtes en inddeling i uddannelsesniveauer kaldet Danish International Standard Classification of Education (DISCED).
<i>Indkomstregistret</i>	Fra dette register blev indhentet variable for forbruger-indekserede indkomster i forhold til år 2009. Dette for at muliggøre sammenligning af indkomster på tværs af årstal. Informationerne i dette register er baseret på information fra mindre omfangsrige offentlige registre (76).
<i>cpr-registret</i>	Fra dette register blev indhentet data om køn, fødselsdato, immigrationsstatus og oprindelsesland (77), for at kunne beregne alder og kode alternativ immigrationsvariabel.
<i>Dødsårsagsregisteret</i>	Fra dette register blev indhentet information om dødsdato for alle dødsfald i Danmark (78), til anvendelse ved eksklusion.
<i>Landspatientregisteret</i>	Fra dette register blev indhentet data på stillede diagnoser ved de danske hospitaler (79). Specifikt diagnosekoder for tyk- og endetarmskræft samt indlæggelsesdatoer.

4.4.1.2 Oparbejdning af data

Før det endelige datasæt kunne anvendes til statistisk analyse, blev det oparbejdet og gjort anvendeligt. Databearbejdningen er foretaget i SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Nødvendige variable blev koblet og kodet. Unødvendig information blev frasorteret. Primære trin i denne proces er beskrevet nedenfor, mens detaljeret SAS-program fremgår af bilag 2.1. For oversigt over datamanagement, se figur 3.

Datasæt med invitationslister blev opdelt i to datasæt. Ét med data for inviterede i 2014 og ét for inviterede i 2015. Dette med henblik på at koble alle inviterede med registeroplysningerne; uddannelse, indkomst og samlivsstatus fra det seneste år. Derfor blev samlivsstatus, forbruger-indeksret årsindkomst og højest udførte uddannelsesniveau fra år 2013 koblet med datasættet for borgere inviteret i 2014. Derefter blev samlivsstatus, forbruger-indeksret årsindkomst og højest fuldførte uddannelsesniveau fra 2014 og borgere inviteret i 2015 koblet. De to datasæt er dernæst samlet i et datasæt.

Herefter blev variable på pnr, køn, fødselsdato, oprindelsesland og immigrationsstatus importeret fra cpr-registeret. Samtidig blev en ny variabel kodet for immigrationsstatus kategoriseret som; dansk, vestlig immigrant og ikke-vestlig immigrant, baseret på oprindelsesland. Variablene pnr og dato for dødsfald blev importeret fra dødsårsagsregistret, med henblik på senere at kunne ekskludere personer der var døde før de modtog invitationen til screeningsprogrammet. Fra landspatientregistret blev efterfølgende importeret records med en diagnosekode for tyk- eller endetarmskræft. Disse blev sorteret og begrænset til første observation per pnr. Efterfølgende blev datasættet begrænset til variablene pnr og indlæggelsesdato.

De oparbejdede datasæt blev koblet via pnr. Herefter blev de resterende variable, alder og indkomst kodet, idet information herfra skulle tage udgangspunkt i målpopulationen. Alder ved invitationsdato blev beregnet ved hjælp af fødselsdato og invitationsdato og dernæst grupperet i femårs-intervaller. Deltagelse blev kodet som en dikotom variabel. Hvis der forelå dato for prøvesvar, blev personen kodet som deltager, mens ingen dato for prøvesvar tolkes som et udtryk for ikke-deltagelse. Indkomst blev inddelt i kvartiler. Data blev derefter begrænset til Region Nordjylland.

4.4.1.3 Variabeloversigt

I tabel 4 nedenfor indgår beskrivelse af variable anvendt i statistisk analyse. I tabellen er oplyst, hvordan variablen er kodet, herunder om variablen er dikotom eller kategorisk (ingen kontinuerte variable indgik i analyserne).

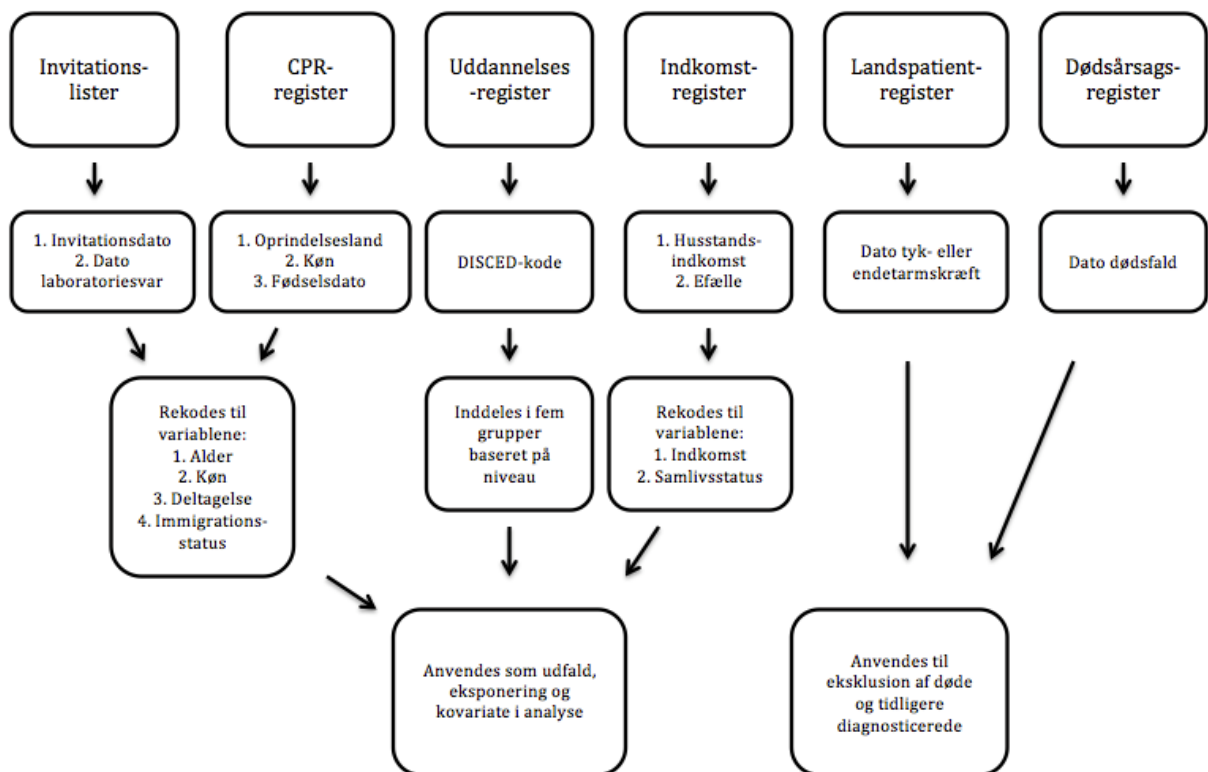
Tabel 4: Beskrivelser af variable anvendt i statistisk analyse

Variabel	Beskrivelse
Deltagelse	Dikotom variabel kodet som 0 for deltagere og 1 for ikke-deltagere. Hvis individer havde en dato for laboratoriesvar, blev de registreret som deltagere.
Køn	Dikotom variabel kodet som 0 for kvinde og 1 for mand.
Alder	Kategorisk variabel inddelt i grupperne <56, 56-60, 61-65, 66-70 og >70 år. Alder behandles kategorisk, da det ved undersøgelse viste sig, at denne variabel ikke var lineært sammenhængende med udfaldet.
Uddannelse	Kategorisk variabel inddelt i fem grupper baseret på DISCED klassifikationer. Grupperne blev defineret som følger: - Grundskole - Gymnasieuddannelse - Erhvervsfaglig uddannelse - Kort til mellemlang videregående uddannelse - Lang videregående uddannelse
Indkomst	Kategorisk variabel. Brutto husstandsindkomst, justeret for inflation, blev inddelt i kvartiler i studiepopulationen. Indkomsten blev delt med 1,5 hvis personen havde en registreret e-fælle, som dækker over registrerede partnere, samlevende og gifte.
Samlivsstatus	Dikotom variabel kodet som 0 for enlig og 1 for registreret e-fælle i register. Hvis et individ havde en registreret e-fælles indkomst i datasættet, blev denne kodet 1.
Immigrations-status	Kategorisk variabel som blev inddelt i grupperne; dansk, vestlig immigrant og ikke-vestlig immigrant baseret på oprindelsesland. Lande inkluderet som vestlige var: <i>Andorra, Australien, Belgien, Canada, Cypern, Estland, Finland, Frankrig, Grækenland, Holland, Irland (Inkl. Nordirland), Island, Italien, Letland, Liechtenstein, Litauen, Luxemborg, Malta, Monaco, New Zealand, Norge, Polen, Portugal, San Marino, Schweiz, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjekkiet, Tjekkioslovakiet, Tyskland (Inkl. Østtyskland), Ungarn, USA (Nordamerika), Vatikanstaten og Østrig.</i> Alle andre lande (på nær Danmark inkl. Grønland) blev inkluderet som ikke-vestlige (80). Til sensitivitetsanalyse blev en inddeling i; dansk, immigrant og anden-generations immigrant anvendt. Immigrant er defineret ved personer født i udlandet, hvor ingen af forældrene både er født i Danmark og har dansk statsborgerskab. Anden-generations immigranter er født i Danmark og ingen af forældrene har både dansk statsborgerskab og er født i Danmark. Resten af studiepopulationen er danskere (80).

4.4.1.4 Eksklusion

Der blev foretaget eksklusioner af flere årsager. Ved hjælp af landspatientregisteret var individer med diagnoser for tyk- eller endetarmskræft blevet identificeret. Individer med en diagnose stillet tidligere end invitationsdatoen blev ekskluderet, da det specifikt fremgår af invitationen, at denne gruppe ikke skal indsende en prøve. Derudover ekskluderedes alle individer der var afdøde inden afsendelse af invitation til screeningsprogrammet. Disse personer kunne ekskluderes ved anvendelse af dødsårsagsregistret, hvor dødsdato fremgik. Idet det kun ønskedes data på den nordjyske population, ekskluderedes individer fra de resterende regioner fra datasættet. Til slut blev datasættet tilskåret således, at der kun var individer med komplet information tilbage i datasættet. Processen er illustreret i figur 3.

Fig. 3: Procesbeskrivelse for specialets oparbejdning data



4.4.1.5 Statistisk analyse

Deskriptiv statistik for deltagelse blev udført med frekvenstabeller og χ^2 -tests. Efter deskriptiv statistik gennemførtes univariate logistiske regressionsanalyser for de enkelte sociodemografiske variable. Efterfølgende blev en hovedeksponering udvalgt. Ved multivariate logistiske regressioner blev denne undersøgt ved løbende justering for de resterende sociodemografiske karakteristika. Justeringen er foretaget i fire modeller. Dernæst blev mulige interaktionsled undersøgt. Til alle statistiske analyser er ligeledes anvendt SAS 9.4.

Univariate regressionsanalyser

Regressionsanalyserne estimerede risiko for ikke at deltage baseret på de enkelte sociodemografiske variable. De sociodemografiske variables indflydelse på deltagelsen blev først undersøgt ved en univariat regressionsanalyse for hver determinant; køn, alder, indkomst, uddannelsesniveau, immigrationsstatus og samlivsstatus. De univariate analyser resulterede i ujusterede risikoestimer (odds ratioer), med 95% konfidensintervaller og p-værdier. Et odds ratio er et risikoestimat imellem eksponerede og ikke-eksponerede (58). Reference for hver variabel var som følger:

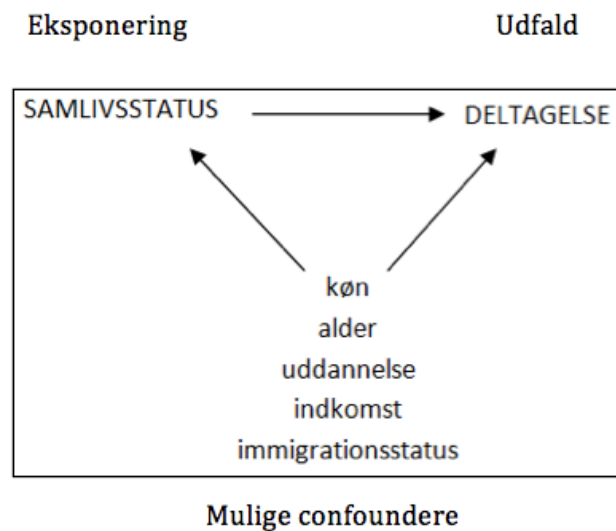
- Køn: Kvinder
- Alder: <56 år gammel
- Indkomst: Fjerde (højeste) kvartil
- Uddannelsesniveau: Grundskole
- Immigrationsstatus: Dansk
- Samlivsstatus: Samlevende

Med udgangspunkt i resultaterne fra univariate regressionsanalyser blev hovedeksponeringen udvalgt og inkluderet i multivariate analyser som eksponeringsvariabel. De resterende variable indgik i modellen for at justere for dem som mulige confoundere.

Multivariat logistisk regressionsanalyse

Samlivsstatus indsættes som hovedeksponering i den logistiske regressionsmodel, mens de resterende variable betragtes som mulige confoundere. Disse blev undersøgt ved at justere for dem løbende i modeller. Først justeres for køn og alder (model 1). Dernæst justeres for immigrationsstatus (model 2). Derefter uddannelsesniveau (model 3) og slutteligt tilføjes uddannelsesniveau og indkomstkvartil (model 4, fig. 4). Hvis justeringerne påvirkede risikoestimatet for samlivsstatus, var det tegn på, at der var tale om confounding fra én eller flere af de inkluderede kovariate. Løbende justering i modeller, giver mulighed for, at undersøge hvilke kovariate der påvirker risikoestimatet for eksponeringen.

Fig. 4: Multivariat regressionsmodel 4



Sensitivitetsanalyser

For at undersøge om der var tegn på effektmodifikation, blev der i den multivariate analyse indsat to interaktionsled;

- Interaktionsled 1 - *Indkomstkvartil og uddannelsesniveau*. Idet der var en formodning om, at uddannelsesniveau muligvis kunne påvirke risikoen for ikke at deltage forskelligt, afhængigt af hvilken indkomstkvartil der var tale om.
- Interaktionsled 2 - *Køn og samlivsstatus*. Grundet en formodning om at samlivsstatus muligvis kunne påvirke risikoen for ikke at deltage forskelligt for mænd og kvinder.

Hvis inklusion af interaktionsled 1 i regressionsmodellen påvirkede risikoestimatet for samlivsstatus, blev interaktionsleddet beholdt i hovedanalysen. Hvis inklusion af interaktionsled 2 viste tegn på effektmodifikation, stratificeredes for køn for at undersøge effekten af samlivsstatus for hvert køn.

For at undersøge om den inkluderede variabel for immigrationsstatus var korrekt, blev sensitivitetsanalyse udført, hvor en alternativ inddeling af immigrationsstatus blev anvendt, jf. tabel 4. Dermed blev det undersøgt, om risikoestimerne for hovedeksponeringen blev påvirket forskelligt afhængigt af, hvilken immigrationsinddeling der blev anvendt.

4.4.2 Delundersøgelse 2: Dokumentanalyse

Af problemanalysen fremgår, at information og beslutningsværktøjer kan have indflydelse på den inviteredes beslutning om deltagelse i screeningsprogrammet. Dokumentanalysens formål er derfor at foretage analyser af det udsendte invitationsmateriale, med henblik på at klarlægge og analysere dokumenternes indhold, form og budskab (70). Dokumentanalysen anvendes til besvarelse af problemformuleringen, idet der ved inddragelse af begrebet health literacy (jf. afsnit 2.5) fremanalyseres, hvordan det udsendte materiale som beslutningsværktøj, opleves af borgere med forskellige sociodemografiske karakteristika og forskellige niveauer af health literacy.

4.4.2.1 Dokumenterne

I denne dokumentanalyse inkluderes invitationsmaterialet der udsendes til de inviterede borgere. Dermed er eksterne dokumenter, såsom avisartikler og anden medieomtale af screeningsprogrammet, samt hjemmesider, ekskluderet. Beslutningsværktøjet indeholder et invitationsbrev, et prøvetagningskit, en vejledning samt en frankeret konvolut. Det centrale dokument er invitationsbrevet. Dette benævnes i analysen; moder-dokumentet. De medsendte dokumenter er underdokumenter (68). Sammenhængen mellem dokumenterne beskrives ved begrebet intertekstualitet (68). I dette dokumentsæt refererer invitationen til underdokumenterne, hvorfor det interne netværk af dokumenter er interkorreleret, og dermed genstand for analyse (73).

I august 2016 blev den medsendte pjece fra Sundhedsstyrelsen udsat for kritik grundet præsentation af effekterne ved screeningen. På baggrund af dette blev der foretaget ændringer i denne. Da den statistiske analyse i specialet er baseret på personer, der har modtaget den *oprindelige* pjece, er denne pjece inkluderet i dokumentanalysen. Den nye pjece er ligeledes inkluderet, idet selve udviklingen af dokumenter også er genstand for analyse (81).

Dokumentanalysen inkluderer og analyserer nedenstående dokumenter i nævnte rækkefølge. Årsagen til netop denne rækkefølge er en formodning om, at borgerne anvender dokumenterne i tilsvarende rækkefølge, hvorfor det tilstræbes en ensartet oplevelse af materialet.

- *Moderdokument*: Invitationsbrevet.
- *Underdokumenter*:
 - Vejledning i at tage afføringsprøve til Screening for tarmkræft.
 - Udsendt pjece; “*Screening for tyk - og endetarmskræft*”
 - Den nye pjece: “*tilbud om undersøgelse for kræft i tyk - og endetarm*”

I denne delundersøgelse inkluderes og analyseres både tekst, illustrationer og figurer. Formålet med dokumentanalysen er at analysere dokumenterne med fokus på hvordan individer i målgruppen forstår, og bliver påvirket af indholdet. Det er dermed en analyse af konsumptionsprocessen. Konsumptionsprocessen angiver, processen der foregår efter produktionen af dokumentet, og opstår når et dokument anvendes i en anden social sammenhæng, end hvor det er produceret (81). Materialet er udfærdiget af Sundhedsstyrelsen og Region Nordjylland, og modtages derefter af borgere. Konsumptionsprocessen er derfor i denne sammengæng, situationen hvor borgeren modtager og forholder sig til invitationsmaterialet. Modtagelsen af et dokument opfattes som en aktiv proces, hvorfor det af analysen vil fremgå, hvordan borgerne behandler dokumenterne (73).

4.4.2.2 Udførelse af dokumentanalyse

Der findes flere tilgange til dokumentanalyse. Tanggaard og Brinkmann har en fri tilgang, hvor der anvendes en analytisk-induktiv tilgang. Her beskrives bevægelser i dokumenter multiteoretisk, hvorfor det er op til analytikeren selv at operationalisere metoden (68). I dette speciale er Leif Becker Jensens analysespiral anvendt som analysemodel (82). Spiralen består af syv trin; *gennemlæsning, formålet, indfaldsvinkel, metode, analyse, fortolkning og vurdering*.

Den initierende del af dokumentanalysen er inspireret af den fænomenologiske tilgang, hvor dokumenterne er mødt med en åben, objektiv og fordomsfri tilgang. Dokumenterne blev *gennemlæst (trin 1)* med henblik på at danne et helhedsindtryk af beslutningsværktøjet (82). For at mindske risiko for at dokumenterne og dokumentanalysen blev tillagt subjektive opfattelser, holdninger eller forforståelser, blev dokumenterne gennemlæst af to medlemmer af specialegruppen uafhængigt af hinanden. Med udgangspunkt i gennemlæsningen kortlagdes dokumenternes afsender, emne, indhold, budskab, stil og sproglige karakteristika. Resultatet af denne gennemlæsning fremgår af bilag 4.2, tabel 4.2.1. Besvarelse af problemformuleringen udgør *formålet* med dokumentanalysens (*trin 2*).

Hovedfokus i denne delundersøgelse var modtagerens opfattelse og forståelse af dokumenterne. Dette afspejler dokumentanalysens *indfaldsvinkel (trin 3)*. Der blev stillet spørgsmålstejn ved, om teksten var letlæselig og forståelig for målgruppen. Derudover vurderedes, om teksten manipulerede med modtageren, herunder afsenderens hensigter. Andre indfaldsvinkler blev også taget i betragtning, men opfattedes som sekundære. Her fokuseredes på tekstens indhold, hvilke påstande og temaer den havde, samt hvordan disse var underbygget. Derudover fokuseredes på tekstens form. Dette i form af tekstens disposition, sprog, argumentation og layout.

Den *metodiske tilgang (trin 4)* forudsættes af dokumentanalysens formål. I denne dokumentanalyse var den analytiske tilgang en kombination af læsbarhedsanalyse og forbedringsanalyse. Ved læsbarhedsanalysen tages højde for om målgruppen, i dette tilfælde inviterede borgere i Region Nordjylland, har mulighed for at læse og forstå teksten (82). Ved en læsbarhedsanalyse analyseredes sproglige træk, anvendelse af billeder, farver, grafik og sammensætningen af disse. Med forbedringsanalysen fokuseredes på tekstens forbedringspotentiale, så den i højere grad opfylder afsenders hensigt og modtagers formodede præferencer.

4.4.2.3 Analyseværktøj

For at kunne foretage en læsbarheds- og forbedringsanalyse, blev analyse foretaget på næranalytisk- og kommunikationsanalytisk niveau (*trin 5*). Disse to niveauer fungerede som analyseværktøj, og indeholdte særskilte tilgange til dokumenterne.

På det næranalytiske niveau er udgangspunktet, at enhver tekst altid har et emne som omdrejningspunkt. Derudover forudsættes, at en tekst altid indtager en position med et budskab eller synspunkt på emnet, hvilket den implicit eller eksplicit argumenterer for. Dermed forsøger teksten at få modtager til at forholde sig på en bestemt måde. For at undersøge dette, blev et skema udarbejdet, hvor begreberne; kohærens, emne, formål, selektion, argumentation, disposition, sproglig form og layout er fremanalyseret for hver af de inkluderede dokumenter. Analyseværktøj til det næranalytiske niveau fremgår af bilag 4.2.2.

På det kommunikationsanalytiske niveau blev konteksten inddraget, hvor afsender og modtager analyseredes. På dette niveau analyseres kommunikationssituationen, som i denne sammenhæng er det invitationsmateriale, modtageren skal forholde sig til. En tekst kan beskrives som en envejskommunikation, idet der overføres information fra en afsender til én eller flere modtagere. Der skelnes på dette niveau mellem *meddelelsessituationen* og *kommunikationssituationen*. Meddelelsessituationen er en unik situation, idet det er den konkrete kontekst, hvori teksten modtages. Meddelelsessituationen bestemmes af den sociale sammenhæng den indgår i, hvilket er et udtryk for kommunikationssituationen. I analysen vil kommunikationen i dokumenterne blive fremanalyseret ved at fokusere på roller, rollefordelinger og rollerelationer i dokumenterne. Derudover skelnes mellem adressaten, som er den person afsenderen ønsker at henvende sig til, og modtageren, som er den, der faktisk modtager budskabet (82). Perspektivet i teksten blev analyseret ved analyse af markører, som er ord eller vendinger, der afslører perspektivet. Slutteligt blev afsender-modtager-relationen fremanalyseret (82). Analyseværktøj til det kommunikationsanalytiske niveau fremgår af bilag 4.2.3.

4.4.2.4 Fortolkning af dokumentet

Ved fortolkning (*trin 6*) af dokumenterne opnås forståelser og forklaringer på, hvordan dokumenternes udformning kan påvirke modtageren. Formålet med denne fortolkning var, at undersøge hvordan materialet opleves og opfattes af modtagerne, herunder hvilken påvirkning udformningen har for forståelsen og oplevelsen af materialet, velvidende at målgruppen er en mangfoldig gruppe af borgere med forskellige sundhedskompetencer og sociodemografiske karakteristika. Dokumenterne er derfor fortolket ved inddragelse af begrebet health literacy, jf. afsnit 2.5.

4.4.2.5 Vurderingskriterier for dokumenterne som beslutningsværktøj

Dokumentanalysen indeholder til slut en samlet *vurdering* af dokumentsættet som beslutningsværktøj (*trin 7*). Her fremgår vurdering af fordele og ulemper af den nuværende udformning af dokumentsættet. Dette fordi delundersøgelsen skal bidrage med viden om, hvordan det udsendte invitationsmateriale kan forbedres, så der tages højde for borgere med forskellige niveauer af health literacy.

4.4.2.6 Validering af dokumentanalysen

Analysespiralens syv trin er suppleret med begreberne *autencitet*, *troværdighed*, *mening* og *repræsentativitet* (83). Dette med henblik på at øge validiteten af analysen idet disse begreber vurderedes, at kunne understøtte og bekræfte dokumenternes anvendelighed i specialet.

Ved inddragelse af *autencitet* analyseredes, hvorvidt der var tale om ægte dokumenter. Dette for at sikre at de inddragede dokumenter i dokumentanalysen var tilsvarende det udsendte dokumentsæt til borgere i Region Nordjylland. Denne vurdering er foretaget på næranalytisk niveau, hvor afsender og forfattere klarlægges. Ved inddragelse af *troværdigheden* fremanalyseredes, om dokumentsættet trak dokumentanalysen i en bestemt retning. Dette ved at afsender iscenesatte sig på en måde, der havde til hensigt at opnå en bestemt effekt hos modtageren (81,83). Analyse af troværdigheden blev inddraget i spiralmetodens kommunikationsanalytiske niveau, hvor der fremgår analyse af roller og rollefordelinger, perspektivet og relationen mellem afsender og modtager. Ved analyse af dokumenternes *repræsentativitet* var formålet, at undersøge hvorvidt dokumentsættet repræsenterede det givne fænomen, og om dette behandles i dokumenterne. Sluttelig analyseres om materialet indeholdte klart sprog, og om teksten var fuldstændig eller mangelfuld. Dette ved inddragelse af begrebet *mening*. Hvorvidt sproget fremstod uklart eller ej, vurderedes her ud fra modtagerens perspektiv (83). Begrebet mening blev derfor inddraget ved analyse på både det næranalytiske og kommunikationsanalytiske niveau.

4.4.3 Delundersøgelse 3: Semistrukturerede interviews

Til indsamling af empiri om modtagerens oplevelse af screeningsprogrammet, herunder opfattelse af invitationsmaterialet, anvendtes semistrukturerede interviews. Med udgangspunkt i disse blev forandringsmuligheder for interventionen kortlagt med henblik på at mindske ulighed i deltagelse. I denne delundersøgelse defineres oplevelse som tanker, brug og vurdering af den indledende del af screeningen.

Den semistrukturerede tilgang medførte en struktur der fastholdte fokus på screeningsprogrammet gennem et åbent samtalerum. Her var det interviewerens, der opstillede rammerne for interviewet i form af emner og spørgsmål, mens interviewsituationen var styret af, hvad den interviewede associerede med emnerne (72). Sammenlignet med et struktureret interview, hvor rammerne ligger mere fast, var den interviewedes besvarelser med til at sætte rammerne for, hvad der blev uddybet.

Interviewet var styret af en fænomenologisk tilgang, idet formålet var at indsamle empiri, der tog udgangspunkt i respondenternes intentionalitet og livsverden. Interviewene var semistrukturerede og præget af åbenhed og åbne spørgsmål, hvor interviewerens fulgte temaer og sprogliggørelser, angivet af respondenterne (68,72,84). Interviewet havde dog stadig en struktur i den forstand, at forskeren fastholdte respondenterne på beskrivelser af erfaringer. Hovedvægt var på spørgsmål, der fik respondenterne til at beskrive følelser, sansninger, fornemmelser og erindringer. Den fænomenologiske tilgang fordrede, at interviewerens anvendte åbne og fordomsfri spørgsmål, og var opmærksom på ikke at være præget af egen forforståelse. Dertil anvendtes uddybende spørgsmål, som blev stillet med udgangspunkt i respondentens egne udsagn (68,72,84).

Interviewet fulgte en struktur, en interviewguide, hvor temaer var udledt af problemanalysen. Rækkefølgen af spørgsmål var ikke fastlagt, idet samtalen spontant kunne udvikle sig i en rækkefølge, som ikke behøvede at være ens fra interview til interview. Strukturen sikrede dog, at de ønskede temaer kom frem i samtalen (69).

4.4.3.1 Rekruttering og udvælgelse af respondenter

Rekruttering af respondenter er foretaget via det sociale netværk, Facebook (se figur 5). Formålet var rekruttering i specialegruppens netværk, samt rekruttering via sneboldmetoden, hvor opslaget blev delt i netværkets netværk.

Fig. 5: Facebook-opslag anvendt til rekruttering til semistrukturerede interviews

Er du- eller kender du nogen som er nordjyde i aldersgruppen 50- 74 år, som vil stille op til interview som skal bruges i vores kandidatspeciale ved Aalborg universitet?

Vi leder efter mænd og kvinder som har modtaget invitationen til tarmkræft screening med posten.

Vi vil gerne både tale med nogen som har valgt at deltage og indsende prøven- og nogen som har undladt at indsende prøven.

Så hvis du selv har modtaget invitationen, eller kender nogen som har, så vil vi rigtig gerne i kontakt med dig eller vedkommende, med henblik på at lave et kort interview.

Interviewet handler om beslutningen der ligger til grund for deltagelse. Interviewmaterialet bliver fuldt anonymiseret, og vi skal ikke tale om prøven eller resultatet af den- det handler udelukkende om valg eller fravalg af deltagelse i screeningsundersøgelsen.

Vi vil gerne komme ud og interviewe der hvor personen befinder sig, eller vedkommende kan komme på besøg på Aalborg universitet.

På forhånd tak 😊

/Anna Sharon Henig, Ulrik Deding og mig

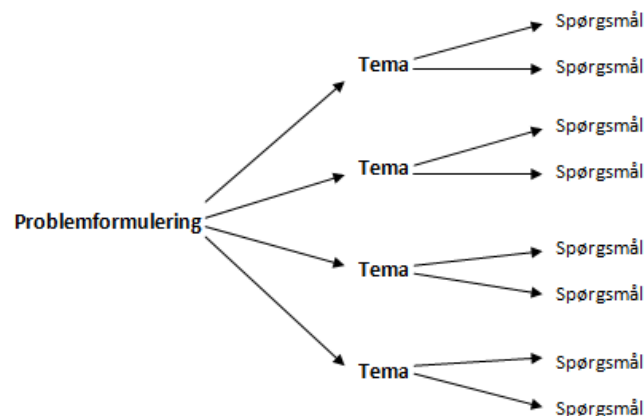
Opslået 25. oktober, 2016

Følgende udvælgelseskriterier blev opsat; borgeren skulle være fra Nordjylland, og borgeren skulle have modtaget invitationsmaterialet. Dette for at afdække hvad der lå til grund for beslutningen. Det var derfor hensigten at rekruttere både deltagere og ikke-deltagere. Derudover var hensigten at rekruttere, så individer med forskellige sociodemografiske karakteristika blev repræsenteret.

4.4.3.2 Interviewguide

Interviewguiden er et redskab til intervieweren, og omfattede en oversigt over emner, stikord og formulerede spørgsmål, se bilag 5.2. Den udarbejdede interviewguide er inspireret af Rieper, Olsen & Launsø's model (65), se figur 6.

Fig. 6: Opbygning af interviewguide



Inspireret af Launsø, Olsen og Rieper, *Forskning om og med mennesker* [Fig. 5.6] Launsø og Rieper (65).

Jf. figur 6, anvendes problemformuleringen som overordnet fænomen. Problemanalysen udledte overordnede temaer. Med udgangspunkt heri udarbejdedes interviewspørgsmål, der havde til hensigt at få respondenterne til at beskrive oplevelser, opfattelser samt erindringer forbundet med beslutningstagen vedr. deltagelse i screeningsprogrammet (68,72). Interviewguiden tog udgangspunkt i en fænomenologisk tilgang, hvorfor hovedvægten var på spørgsmål, der skulle opfordre respondenterne til at beskrive specifikke situationer og hændelser frem for forklaringer herpå (84). Temaernes rækkefølge i interviewguiden blev overvejet, idet respondenterne skulle have mulighed for at begynde og afslutte interviewet på en hensigtsmæssig måde. Interviewguiden fremgår af bilag 5.2.

4.4.3.3 Pilotstudie

Forud for interviewene blev der udført et pilotinterview med en deltager fra Region Midtjylland. Dette for at afprøve interviewguiden med henblik på at foretage eventuelle rettelser i tilfælde af, at nogle spørgsmål kunne misforstås, eller ikke blev modtaget efter hensigten af respondenterne (72).

4.4.3.4 Udførelse af interview

Forud for interviewene blev brev og samtykkeerklæring udsendt til respondenterne (bilag 5.1) hvori de blev informeret om interviewets formål og anvendelser samt deres rettigheder. Der blev i samarbejde med respondenterne planlagt, hvor og hvornår interviewene skulle finde sted, i overensstemmelse med respondenterens præferencer. Interviewene var inddelt i tre faser; indledende-, hoved- og afsluttende fase. Ved interviewets start blev respondenterne briefet om specialet, specialegruppen, formål med interviewet og respondenterens rettigheder. Denne fase havde til hensigt at skabe en god og tillidsfuld relation mellem respondenter og interviewer (65). Respondenterne blev i den forbindelse bedt om at underskrive en samtykkeerklæring (bilag 5.1), der forskningsetisk bekræftede, at respondenterne havde fået information, og afgav samtykke til specialegruppen (65).

I hovedfasen var der, jf. den fænomenologiske tilgang, krav om naivitet i interviewsituationen. Dette betød, at interviewer forholdte sig åbent overfor respondenterens beskrivelser uden at inddrage egen viden og forforståelse (69). Det erkendtes, at der i interviewsituationen var tale om et asymmetrisk magtforhold, idet intervieweren havde opsat, indledte og afsluttede samtalen, samt bestemte hvilke aspekter, der blev viderebragt derfra (72). Derudover erkendtes det, at respondenterne i interviewsituationen blev bedt om at dele oplevelser og følelser, hvilket ikke nødvendigvis var naturligt for respondenterne at tale om (69). De udarbejdede spørgsmål i interviewguiden blev fremstillet med ord i et sprog med lægmandstermer. Dette for at skabe grundlag for at samtlige respondenter havde mulighed for at forstå og omsætte de stillede

spørgsmål til relevante svar (69). Det anerkendtes, at respondenten kunne have udsagn, der var flertydige, udtrykte ambivalens eller modstridende holdninger. Dette blev i interviewsituationen afdækket ved anvendelse af fortolkende spørgsmålstyper. Denne spørgsmålstype søgte, at det respondenterne eksplicit udtrykte, var i overensstemmelse med, hvad respondenterne ønskede at sige (68). I interviewene blev der tilstræbt anvendelse af tavshed og aktiv lytten. Tavsheden medvirkede til at interviewpersonen fik tid og mulighed for at tænke og finde rette beskrivelser af situationen. Derudover tilstræbte interviewer at have et åbent kropssprog, holde øjenkontakt, være anerkendende og ikke afbryde vedkommende i en talestrøm. Der tilstræbtes en tilstedeværende interviewer, der interesseret og engageret gav respondenterne plads til sine fortællinger (65).

Interviewene afsluttedes med en debriefing, hvor der blev samlet op og givet plads til, at respondenterne kunne beskrive, hvordan det var at blive interviewet om emnet (65). To af interviewene blev udført som telefoninterview med udgangspunkt i respondenterens ønske. Dette gjorde rammerne for aktiv lytten mere udfordrende, idet der ikke kunne inddrages åbent kropssprog, men derimod måtte der igennem telefonen, skabes en behagelig stemning for interviewet.

4.4.3.5 Transskribering

Lydoptagelserne fra interviews blev fordelt mellem specialegruppens medlemmer med henblik på transskribering. Hensigten med transskribering var at gøre data tilgængeligt og håndterbart for videre analyse (68,72). Der blev udformet retningslinjer for transskribering (bilag 5.3). Da projektet fulgte en empiristytet tilgang, blev interviewene forsøgt transskriberet uden tillægelse af mening eller vurdering af det sagte ord. Der blev udelukkende nedskrevet hvad respondenterne sagde uden tydeliggørelse af stemmeføring og pauser i sætninger. Efterfølgende blev transskriberingerne censureret, så respondenterne fremstod anonyme.

4.4.3.6 Analyse af semistrukturerede interview

Analyse og bearbejdning af empiri fra semistrukturerede interviews foregik ved en dekontekstualisering efterfulgt af en rekontekstualisering. Denne analysestrategi er inspireret af den hermeneutiske analyse (74). I overensstemmelse med projektets videnskabsteoretiske position bestod de første trin i analysen af en dekontekstualisering som grundede i en fænomenologisk tilgang. I denne del blev egen forforståelse sat i parentes, idet formålet her var en empirinær tilgang med fokus på fænomenernes fremtræden (74). Dekontekstualiseringen blev efterfulgt af en rekontekstualisering, inspireret af den hermeneutiske tilgang, hvor der blev skabt

en forståelse for fænomenerne med udgangspunkt i respondenternes udsagn. Analysestrategien bestod af nedenstående fire trin:

1. Trin: Det transskriberede materiale blev gennemlæst. Dette trin fordrede en åbenhed overfor interviews og det transskriberede materiale, idet formålet her var at danne sig et helhedsindtryk (68,74).
2. Trin: Der blev foretaget dekontekstualisering med henblik på at organisere materialet i meningsbærende enheder. Disse blev tildelt overordnede temaer. Her fokuseredes udelukkende på *hvad* teksten siger. Det blev således ikke forsøgt at finde dybere mening med udsagn, og der blev ikke stillet spørgsmålstejn ved enhederne. Der blev foretaget en induktiv kodning med udgangspunkt i interviewpersonens egen begrebsverden (68,74).
3. Trin: Dette trin bestod i en operationalisering af de fundne temaer med dertilhørende meningsbærende enheder. I andet trin blev der fundet mange og overlappende temaer, hvorfor der i 3. trin foregik en operationalisering og ordning i kategorier, hvilket medførte at nogle temaer blev lagt sammen. Derved opnåedes en større forståelse for, hvad hvert enkelt kategori dækkede over (68,74).
4. Trin: I sidste trin blev en rekontekstualisering af teksten foretaget, hvilket betød at tekstdele blev sammensat på en ny måde med henblik på besvarelse af problemformuleringen. I denne del af analysen blev hermeneutisk tolkning af tekstens dele og helhed foretaget, hvormed den hermeneutiske cirkel indgik som metode. Fænomener blev set i deres helhed/kontekst, ved en bevægelse fra det specifikke til det generelle, fra individ til det almene, og fra empiri til teori (74). Teorien blev i trin 4, udvalgt med udgangspunkt i analysen. Health Belief Model vurderedes at være passende til forståelse af analytiske fund. Teorien præsenteres efter analysen i afsnit 5.3.3.

4.5 Udviklingstiltag

Ved anvendelse af analyse og fortolkningsintegration blev syntese mellem delundersøgelsernes resultater i én samlet analyse skabt. Resultater fra statistisk analyse, dokumentanalyse og semistrukturerede interviews bidrog således til udviklingstiltagene, der havde til formål at mindske ulighed i deltagelse. De udviklede tiltag blev understøttet ved inddragelse af videnskabelige studier.

4.6 Etiske overvejelser ved indsamling af empiri

Ved indsamling af empiri til dette speciale indgik en række etiske overvejelser. Ved indsamling af empiri gælder en række formelle etiske regler. Disse omfatter eksempelvis anonymisering af personfølsom data. Dette er gældende for både den kvalitative - og den kvantitative analyse. Til dette speciale foreligger godkendelse fra Datatilsynet (ref.: 2008-58-0028, 2016-34). Anonymiserede retrospektive registerstudier kræver dog ikke personlig skriftligt samtykke og etisk godkendelse (85–87), hvorfor dette ikke er indhentet. Registerdata foreligger på baggrund

af registreringer og analyser af biologisk materiale foretaget af andre. Havde specialegruppen selv foretaget indsamling af biologisk materiale, er der lovkrav om indhentelse af samtykke fra individer samt godkendelser fra videnskabsetisk komité (88). Dog anvendes analyseresultater fra fæcesprøven ikke i delundersøgelsen, idet kun registreringer om modtagelse af prøver, er inddraget. I delundersøgelse 1 blev koblinger mellem registre foretaget. Koblingerne kan skabe specifikke data, som kan virke invaderende og overvågende for borgere. Koblinger mellem offentlige registre er tilladt i Danmark, hvilket er en unik mulighed. Derfor kan kobling af data være i overensstemmelse med makroetiske principper, men da det potentielt bliver muligt at identificere enkeltindivider, er der også mikroetiske problematikker forbundet hermed.

De semistrukturerede interviews genererer data omhandlende borgerens personlige liv, erfaringer og holdninger, og var derfor genstand for en etisk problemstilling, idet respondentens private udtalelser placeres i en offentlig arena (89). Derudover findes en række vejledende etiske retningslinjer, som er taget højde for ved indsamling og bearbejdning af den kvalitative empiri. Dette omfatter, at specialet lever op til god videnskabelig praksis, og at resultatet gøres offentligt tilgængeligt efter aflevering.

Der er således ved udarbejdelse af dette speciale overvejet både mikro- og makroetiske problematikker. Mikroetiske problematikker omhandler sikring og varetagelse af de individer der indgår som respondenter i specialet (89). Mikroetiske problematikker er forsøgt imødekommet ved at skabe fortrolighed mellem respondenter og specialegruppen. Dette ved udsendelse af informationsbrev forud for interviewet samt en briefing umiddelbart inden interviewet påbegyndelse, hvor respondenter informeredes om sine rettigheder. Derudover er der indhentet informeret samtykke fra samtlige respondenter, hvorved de forsikres om, at deres udtalelser og oplysninger bliver behandlet anonymt. De makroetiske problematikker omhandler undersøgelsens placering i en samfundsmæssig kontekst (89).

4.7 Forandringsanalyse

Udviklingstiltagene blev analyseret i et forandringsperspektiv ved inddragelse af Leavitts systemmodel, som præsenteres i afsnit 5.5.1. Formålet med analysen var, at afdække hvilke organisatoriske konsekvenser implementering af udviklingstiltagene kan medføre for screeningsprogrammet i Region Nordjylland. Herved kan specialet fungere som beslutningsgrundlag for beslutningstager i Regionen. Analysen blev udført ved at identificere elementer og give overblik over påvirkninger ved forandringer i organisationen. Formålet var ikke at udføre økonomisk analyse, men at identificere hvor forandringer i organisationen kan finde sted, så disse kan vurderes af beslutningstager.

5. Resultater

I det følgende præsenteres først resultaterne fra de tre delundersøgelser. Her præsenteres resultater fra den statistiske analyse, dernæst dokumentanalysens resultater og til sidst resultater fra analyse af semistrukturerede interviews. Efterfølgende præsenteres Health Belief Model (HBM), som anvendtes til fortolkningen af analysefund fra interviews. Resultaterne fra de tre delundersøgelser blev dernæst analyseret samlet, hvorfra der blev udformet fire udviklingstiltag.

Forandringsanalysen præsenteres efterfølgende. Den organisatoriske forandringsteori, Leavitts systemmodel, blev anvendt til dette, med analyse af konsekvenser ved implementering af udviklingstiltagene.

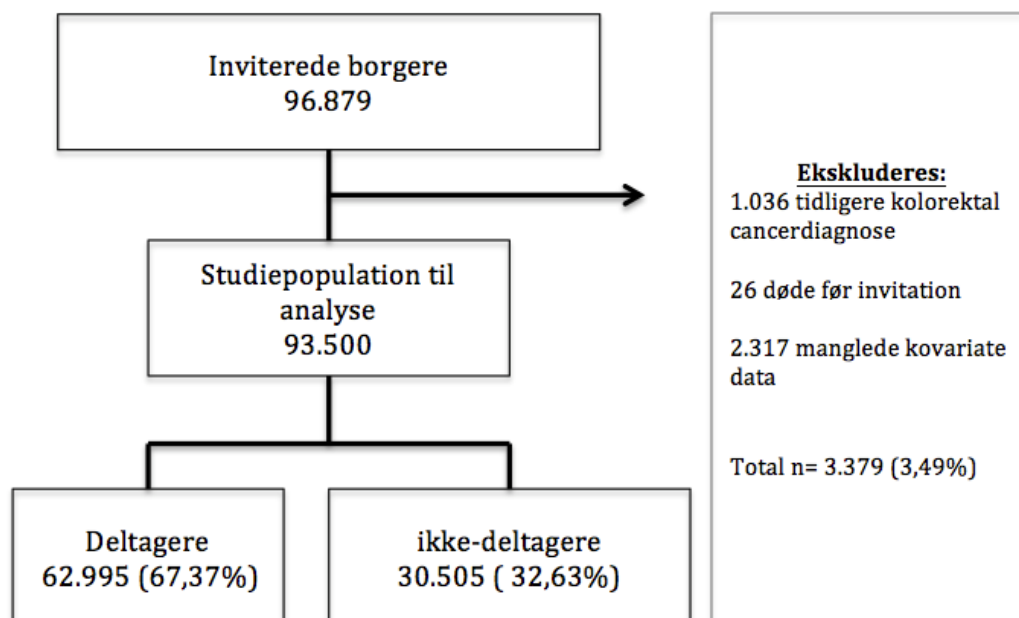
5.1 Statistisk analyse

I dette afsnit præsenteres fund fra den statistiske bearbejdning af registerdata i SAS. Program og output fra analyserne fremgår af bilag 2.1-2.6.

5.1.1 Studiepopulationen

Forud for analyserne blev oparbejdning af data foretaget. Antallet af ekskluderede borgere fra stikprøven var 3.379. Dette efterlod en studiepopulation på 93.500 borgere fra den oprindelige population på 96.879 nordjyder, der i perioden 2014-2015 modtog invitation til kolorektal cancerscreening. Nedenstående flowchart (fig. 7) viser hvorledes ekskluderingen er foretaget.

Fig. 7: Flowchart over 96.879 inviterede borgere



Af de inviterede borgere havde 1.036 tidligere fået stillet en cancerdiagnose relateret til tyk- og endetarm. Disse blev ekskluderet, idet disse borgere i invitationen opfordres til ikke at indsende materialet. Derudover formodes, at en del af disse borgere allerede var i et behandlingsforløb, hvorfor det ikke var relevant for dem at deltage i screeningsprogrammet. Ved sammenkobling af

data fra dødsårsagsregistret og data fra invitationslisterne blev 26 borgere ekskluderet, da de var døde før de modtog invitationen. Derudover blev 2.317 borgere med manglende information om køn, alder, indkomst, etnicitet, uddannelsesniveau eller samlivsstatus ekskluderet, idet kun borgere med komplet information blev inkluderet i analyserne (fig. 7). For specifikke antal missing per sociodemografisk gruppe, se bilag 2.2. For samlivsstatus og indkomst manglede information om 55 borgere. Ved alder, køn og etnicitet manglede information om fire borgere, og ved uddannelse manglede der information ved 2.316 borgere, se bilag 2.2.

Som det fremgår af fig. 7, var deltagelsesprocenten i Region Nordjylland 67,37%. Af tabel 5 fremgår deltagelsesprocenten for de undersøgte sociodemografiske karakteristika (for kategori-inddelte frekvenstabeller, se bilag 2.3). Af tabellen fremgår, at kvinderne deltog i højere grad end mænd. For aldersgrupperne viste det sig, at den yngste aldersgruppe (<56 år) havde en deltagelsesprocent på 62,4, hvilket var den laveste deltagelse af aldersgrupperne. Deltagelsesprocenten steg med stigende alder, indtil aldersgruppen over 70 år, hvor deltagelsesprocenten igen faldt.

Samme mønster viste sig for uddannelsesniveau, hvor borgere med grundskole som højest fuldførte uddannelse, havde en deltagelsesprocent på 61,2. Dette var den laveste deltagelsesprocent for uddannelsesgrupperne. Deltagelsesprocenten steg med stigende uddannelsesniveau bortset fra højest fuldførte uddannelsesniveau, svarende til lang videregående uddannelse, hvor der igen var fald i deltagelse til 66,8%. Den højeste deltagelsesprocent var i denne sammenhæng for personer med kort eller mellemlang videregående uddannelse (73,1 %).

Tabel 5: Deltagelse fordelt på sociodemografiske karakteristika

Karakteristika	Deltagere (n=62.995)	Ikke-deltagere (n=30.505)	Total (n=93.500)	p-værdi*
Samlivsstatus				
Samlevende	56.752 (69.2)	25.221 (30.8)	81.973	
Enlig	6.243 (54.2)	5.284 (45.8)	11.527	< 0,001
Køn				
Kvinder	33.287 (70.8)	13.751 (29.2)	47.038	
Mænd	29.708 (63.9)	16.754 (36.1)	46.462	< 0,001
Aldersgruppe				
<56 år	18.835 (62.4)	11.370 (37.6)	30.205	
56-60 år	10.101 (67.7)	4.812 (32.3)	14.913	
61-65 år	10.389 (71.8)	4.074 (28.2)	14.463	
66-70 år	10.825 (72.7)	4.072 (27.3)	14.897	
>70 år	12.845 (67.5)	6.177 (32.5)	19.022	< 0,001
Uddannelsesniveau				
Grundskole	18.538 (61.2)	11.760 (38.8)	30.298	
Gymnasial uddannelse	1.542 (64.5)	850 (35.5)	2.392	
Erhvervsfaglig uddannelse	27.906 (69.9)	12.034 (30.1)	39.940	
Kort/mellemlang videregående uddannelse	12.359 (73.1)	4.541 (26.9)	16.900	
Lang videregående uddannelse	2.650 (66.8)	1.320 (33.2)	3.970	< 0,001
Indkomst				
1. Kvartil < 196.222 kr.	12.957 (57.0)	9.770 (43.0)	22.727	
2. Kvartil 196.222-298.894 kr.	15.598 (67.1)	7.646 (32.9)	23.244	
3. Kvartil 298.895-431.927 kr.	16.842 (71.3)	6.788 (28.7)	23.630	
4. Kvartil > 431.927 kr.	17.598 (73.6)	6.301 (26.4)	23.899	< 0,001
Immigrationsstatus				
Dansk	61.068 (67.6)	29.228 (32.4)	90.296 (100.0)	
Vestlig immigrant	963 (62.4)	581 (37.6)	1.544 (100.0)	
Ikke-vestlig immigrant	964 (58.1)	696 (41.9)	1.660 (100.0)	< 0,001

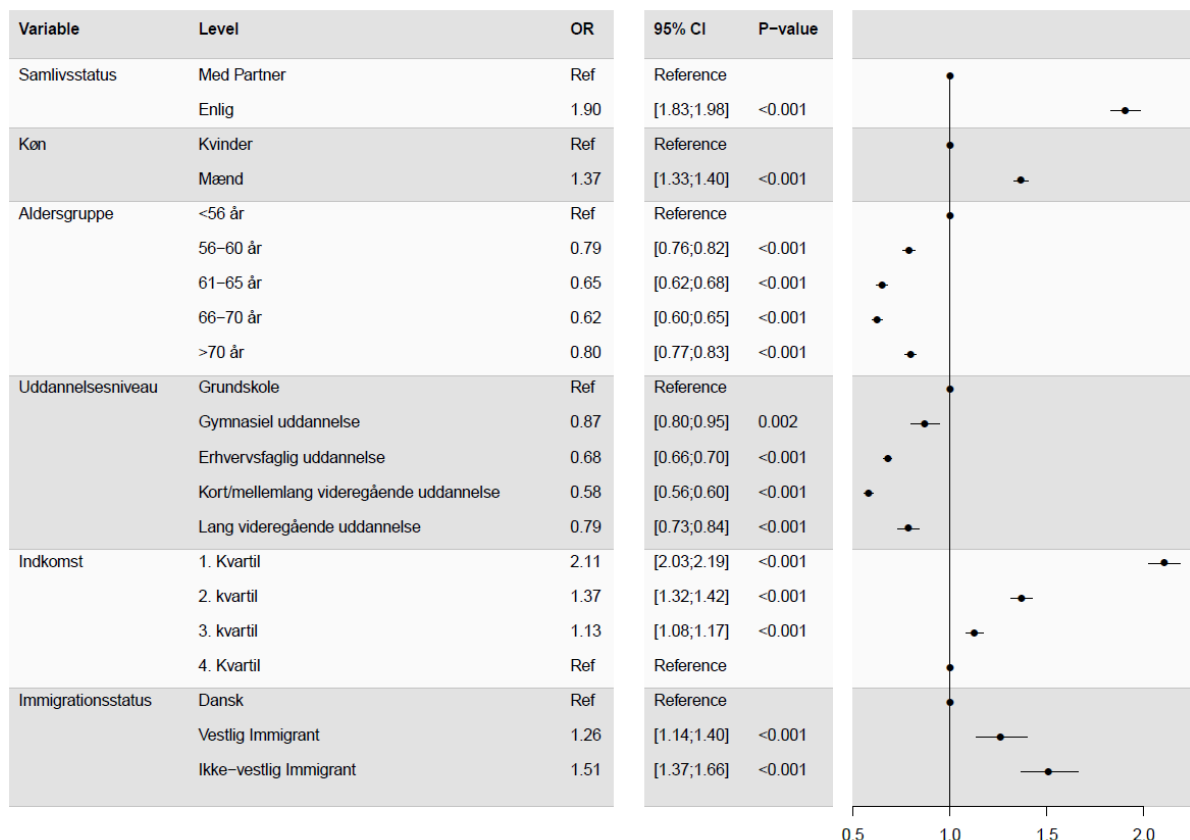
*P-værdi udregnet ved chi²-test.

For indkomst steg deltagelsesprocenten med stigende indkomstkvartil. Højeste indkomstkvartil havde den højeste deltagelsesprocent af alle subgrupper med en deltagelsesprocent på 73,6. Immigranter deltog mindre end danskere, hvor laveste deltagelse var ved ikke-vestlige immigranter, som havde en deltagelse på 58,1%. Det mest fremtrædende fund var deltagelsesprocenten ved samlivsstatus. Her sås at borgere med partner, havde en deltagelsesprocent på 69,2, mens enlige havde en deltagelsesprocent på 54,2. Dette fund afspejler den laveste deltagelsesprocent for samtlige sociodemografiske karakteristika inkluderet i statistisk analyse.

5.1.2 Ujusterede risikoestimer

Af figur 8 fremgår de ujusterede risikoestimer ved odds ratioer (OR) for de inkluderede sociodemografiske karakteristika. Af figuren fremgår, at enlige havde et OR på 1,90 sammenlignet med samlevende. Mænd havde et OR på 1,37 sammenlignet med kvinder. Samtlige aldersgrupper var beskyttede i forhold til lavest aldersgruppe (<56 år). OR for aldersgrupperne var 0,79 for 56-60-årige, 0,65 for 61-65-årige, 0,62 for 66-70-årige og 0,80 for gruppen over 70 år. Samme er gældende for uddannelsesniveau, hvor borgere med gymnasieuddannelse, erhvervsuddannelse, kort, mellem og lang videregående uddannelse, alle var beskyttede sammenlignet med borgere med grundskole som højest fuldførte uddannelse. OR for uddannelsesgrupperne var 0,87 for gymnasieuddannelse, 0,68 for erhvervsfaglig uddannelse, 0,58 for kort til mellemlang uddannelse og 0,79 for lang videregående uddannelse. Borgere med laveste indkomst var i dobbelt så stor risiko for ikke-deltagelse ved sammenligning med borgere med højeste indkomstniveau. OR for indkomstkvarterne var 2,11 for første, 1,37 for anden og 1,13 for tredje. Immigranter var i øget risiko sammenlignet med danske statsborgere. OR for vestlige immigranter var 1,26, og OR for ikke-vestlige immigranter var 1,51. Samtlige ujusterede risikoestimer havde p-værdier under 0,001, på nær gymnasial uddannelse som havde en p-værdi på 0,002.

Fig. 8: Relative risici for ikke at deltage - Univariate logistiske regressionsanalyser.



5.1.3 Hovedeksponering og justeringer

Idet de enlige havde den laveste deltagelsesprocent af alle subgrupper og en markant øget risiko for ikke at deltage, vil fokus i det følgende være på samlivsstatus.

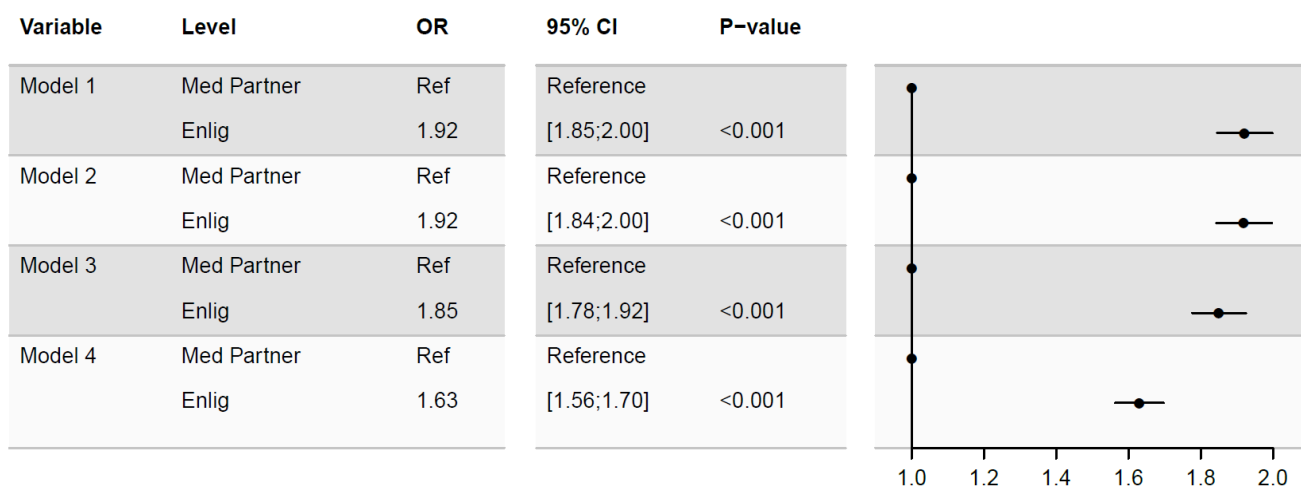
I model 1, hvor estimatet for samlivsstatus blev justeret for køn og alder, ses OR på 1,92 (KI 95% 1,85;2,00). Ved den univariate analyse var OR 1,90 (KI 95% 1,83;1,98), og dermed indikerede justeringen ikke confounding, se figur 8, figur 9 og bilag 2.4-2.5.

I model 2, hvor der blev justeret for alder, køn og immigrationsstatus, var estimatet på 1,92 (KI 95% 1,84;2,00). Idet estimatet fra model 1 var 1,92, har immigrationsstatus dermed ikke betydelig indflydelse på estimatet.

I model 3, hvor estimatet blev justeret for køn, alder, immigrationsstatus og uddannelse, var OR 1,85 (KI 95% 1,78;1,92), hvor estimatet fra model 2 var 1,92. Dette viser at uddannelsesniveau ikke påvirker estimatet betragteligt.

I model 4, hvor estimatet blev justeret for køn, alder, immigrationsstatus, uddannelsesniveau og indkomst, var OR 1,63 (KI 95% 1,56;1,70). Dette tyder på at indkomst var en confounder for risikoen fra samlivsstatus.

Fig. 9: Relative risici for ikke at deltage - Multivariate logistiske regressionsanalyser.



Model 1: Justeret for køn og alder.

Model 2: Yderligere justeret for immigrationsstatus

Model 3: Yderligere justeret for uddannelsesniveau

Model 4: Yderligere justeret for indkomst.

5.1.4 Sensitivitetsanalyser

Det blev undersøgt om køn modificerede effekten af samlivsstatus. Det viste sig, at der ikke var interaktion mellem disse, idet indsættelse af interaktionsleddet i analysen gav en insignifikant p-værdi ($p=0,5297$), se bilag 2.6. Stratificering for køn viste heller ikke tegn på forskellig risiko for enlige mænd og enlige kvinder. Derudover blev interaktion mellem indkomstniveau og uddannelse testet. Ved indsættelse af interaktionsleddet ændredes risikoestimatet for samlivsstatus ikke, og interaktionsleddet havde en insignifikant p-værdi ($p=0,1376$). Derfor vurderedes denne interaktion ikke at have betydning for deltagelse i screeningsprogrammet ift. samlivsstatus. Slutteligt blev det testet, om inddelingen for immigrationsstatus havde betydning. Dette blev gjort ved at udføre den logistiske regressionsmodel, hvor den alternative inddeling, beskrevet i metodeafsnittet (afsnit 4.4.1.3, tabel 4), blev inkluderet i stedet for den oprindelige inddeling. Risikoestimatet for samlivsstatus forblev 1,63, hvorfor valg af variabel for immigrationsstatus ikke havde betydning for risikoestimatet for samlivsstatus, se bilag 2.6.

5.2 Dokumentanalysens hovedresultater

Dette afsnit er et resumé af dokumentanalysen i dens fulde længde, bilag 4. I dokumentanalysen inddrages; Invitation (inklusive kuvert), vejledning (inklusive svarkuvert), den oprindelige pjece: *“Screening for tyk - og endetarmskræft”* og ny pjece: *“tilbud om undersøgelse for kræft i tyk - og endetarm”*. Resultaterne er udledt ved anvendelse af spiralmetodens syv trin. Begrebet health literacy er anvendt i fortolkningen, idet formålet er, at få forståelse for borgere med forskellige sociodemografiske karakteristika og deres opfattelse af invitationsmateriale. På baggrund af dokumentanalysen foretages en vurdering af det samlede invitationsmateriale som beslutningsværktøj. Denne fremgår nedenfor, og kan betragtes som hovedresultatet af dokumentanalysen, hvorfor fundene herfra blev anvendt til udformning af udviklingstiltag.

I det samlede dokumentsæt var invitationsbrevet moderdokumentet. Dette brev trak det samlede budskab i en bestemt retning, idet der i brevet er fokus på fordele ved deltagelse. I brevet nævnes de øvrige dokumenter, men vigtigheden i at orientere sig i disse, pointeres ikke. Derfor kan de enkelte dokumenter ikke siges at supplere hinanden optimalt i det samlede beslutningsværktøj. Ved at samle informationen i ét dokument kan den ulige fremstilling af information for og imod deltagelse imødekommes. Dog kan et længere brev muligvis blive en udfordring for personer med lav health literacy, og derved bevirke at materialet ikke læses. Derudover er der mangler i invitationsbrevet, idet der ikke tydeligt fremgår, hvor der kan findes yderligere information.

Som en del af det samlede dokumentsæt indgår også vejledningen til prøvetagningen. Denne kan betragtes som en del af beslutningsværktøjet for nogle modtagere, mens den for andre muligvis blot betragtes som et dokument, der har til formål at vejlede brugeren i gennemførelse af

proceduren. Vejledningens udformning, som særskilt dokument, vurderes at give mening i det samlede beslutningsværktøj. Derudover fremstår den letlæselig og informativ.

Intertekstualitet mellem invitation og den oprindelige pjece vurderes at være mangelfuld. I brevet findes information om, at der skal afleveres en afføringsprøve, mens pjecen informerer grundigt om kikkertundersøgelse. Dette giver dårlig kohærens mellem dokumentets dele, hvilket kan medvirke til, at pjecens indhold kan virke overraskende for modtageren. Den oprindelige pjece har påvirket det nuværende datagrundlag, da denne har været udsendt i perioden 2014-2015. Den har dermed indgået som beslutningsværktøj for de borgere der har været inviteret i samme periode. At der forekommer mere information om kikkertundersøgelsen i den oprindelige pjece end i den reviderede udgave, kan medføre forskellig effekt i form af deltagelse. Denne effekt påvirkes af, hvorledes dokumentsettet virker som beslutningsværktøj. I den nye pjece fremgår tydeligt, at Sundhedsstyrelsen anbefaler deltagelse, men at det er op til den enkelte, om invitationen tages imod eller ej. Layout ved den nye pjece, adskiller sig fra den oprindelige pjece. Der er anvendt fremhævede og røde tal, som angiver risiko for dødelighed og incidens, hvilket vurderes at forekomme markant, da den røde farve kan være alarmerende. Det vurderes at pjecen er et godt beslutningsværktøj, men invitationen pointerer ikke vigtigheden i at læse pjecen. Når denne vigtighed ikke fremgår, kan der være risiko for, at pjecen ikke kommer til at indgå som en del af beslutningsværktøjet i praksis. Dokumentsettet udsendes udelukkende på dansk, og der tages dermed ikke højde for personer med mindre gode danskkundskaber. Den ovennævnte vurdering af dokumentsettet som beslutningsværktøj, antages dermed ikke at have samme indvirkning på personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Som beslutningsværktøj vurderes det, efter analysen, at der er grund til forbedring i det samlede dokumentset der udsendes til modtagerne. Intertekstualiteten kan forbedres ved bedre intern henvisning mellem dokumenterne. Derved tydeliggøres at det er ét samlet sæt, der skal anvendes til at træffe en informeret beslutning. Derudover kunne invitationsbrevet forbedres ved tydeligere kontakthinformationer og bedre henvisning til yderligere information samt de andre dokumenter. Vejledningen vurderes god til formålet, men med risiko for at blive nedprioriteret i læsningen af dokumentsettet.

5.3 Semistrukturerede interview

5.3.1 Respondenter

Rekrutteringsstrategien, jf. afsnit 4.4.3.1, resulterede i syv respondenter. Fem individer kontaktede specialegruppen direkte for at deltage. Én blev ekskluderet da han ikke var fra Nordjylland, og en faldt fra grundet langtidssygdom. Specialegruppen blev yderligere kontaktet af to i netværket, som havde forældrepar der alle ville deltage. Begge forældre i det ene

par indgik. I det andet par indgik kun den ene, da faderen ikke havde modtaget invitationen. Samme pars nabo tog også kontakt, og blev inkluderet. Facebookopslaget resulterede dermed i rekruttering af syv respondenter; 4 mænd og 3 kvinder. Det var kun muligt at rekruttere borgere, der havde deltaget i screeningen. Personerne havde en blandet sociodemografisk sammensætning. Fire respondenter boede udenfor byen. Resten var fra Aalborg. Respondenterne havde forskellige uddannelsesmæssige baggrunde. Der var både samlevende og enlige respondenter, dog var alle etniske danskere. Alle respondenterne havde børn, og alderen spændte fra 50 til 66 år. Karakteristika for hver af de syv respondenter fremgår af nedenstående tabel 6.

Tabel 6: Respondenternes karakteristika

Respondent*	Alder	Uddannelsesniveau	Samlivsstatus	Køn
M66	66	Erhvervsuddannelse	Enlig	Mand
K59	59	Erhvervsuddannelse	Partner	Kvinde
M56	56	videregående	Enlig	Mand
M52	52	Erhvervsuddannelse	Partner	Mand
K50	50	Mellemlang videregående	Partner	Kvinde
M51	51	Ufaglært	Partner	Mand
K51	51	Lang videregående uddannelse	Partner	Kvinde

**Respondenterne var alle etniske danskere. Alle havde børn. Alle havde deltaget i screeningsprogrammet.*

5.3.2 Kategorier

Ved bearbejdning af den indsamlede empiri blev seks centrale kategorier fundet, der for respondenterne har betydning i forbindelse med deltagelse i screeningsprogrammet. Kategorien "*Beslutning truffet på forhånd*" omhandler tanker, holdninger og meninger i forbindelse med at træffe beslutningen om deltagelse i screeningsprogrammet. "*Forholdet til afsender*", handler om respondenternes forhold til Regionen og Sundhedsstyrelsen som afsender af invitationen. "*Praktiske forhold*" omhandler overvejelser over praktiske aspekter vedrørende prøvetagning, indsendelse og svar på prøven. "*Anvendelse af invitationsmaterialet*", handler om, hvordan respondenterne i praksis anvendte invitationsmaterialet, samt deres opfattelse af materialet. "*Risikotanker*" omhandler forestillinger om risiko forbundet med kolorektal cancer, og hvordan de opfatter egen risiko. "*Omgangskreds*" handler om, hvorvidt respondenternes omgangskreds har haft betydning for deres beslutning. De seks kategorier vil i det følgende analyseres ved brug af citater fra respondenterne.

5.3.2.1 Læsevejledning

Anvendte citater fremstår med en mindre og kursiv skriftstørrelse. Citater fra interviews anvendes som referencer ved udsagn om respondenternes holdninger, og er her gengivet som følger: [respondent(linjenummer)]. Respondenternes identitet er anonymiseret, og gengives i teksten

med et bogstav, M(mand) eller K(kvinde) efterfulgt af tal (alder), f.eks. er M51 en mandlig respondent på 51 år. I teksten nævnes respondenter efterfulgt af en reference, der angiver linjenumret for det pågældende udsagn i parentes (L efterfulgt af linjenummer) i den pågældende persons transskript. Er der sat flere personer på samme udsagn, opdeles disse af semikolon. Af bilag 5.4 ses meningsbærende enheder, tematiseringer og kategorier dannet på baggrund af transskriptionerne.

5.3.2.2 Beslutning truffet på forhånd

Alle respondenter angav, at beslutning om deltagelse havde fundet sted inden modtagelse af invitationen eller efter hurtig gennemlæsning af invitationsbrevet. Respondenterne havde således ikke anvendt informationerne i det samlede beslutningsværktøj til at træffe beslutningen.

- *Citat 1: M51: "Det havde ikke noget med det her [invitationsmaterialet, red.] at gøre. Det var en beslutning jeg sådan set allerede havde på forhånd." (L47)*
- *Citat 2: M52: "Ja, som jeg sagde før, så vidste jeg godt at man fik det der prøvesæt når man bliver 50. Det var jeg sådan set forberedt på at det kom [...]. Så det var jeg forberedt på." (L117)*
- *Citat 3: K50: "Nej, den [beslutningen, red.] var taget inden." (L257)*

Det beskrives som en selvfølge at deltage [M66(L28); K59(L175); M51(L76); M56(L65); M52(L69); K51(L72)], eller noget man bør gøre [K50(L44)]. Flere respondenter nævner, at de ikke kan komme i tanke om noget, der skulle få dem til at ændre mening [M66(L240); K59(L1133); M51(L1025); K50(L369); M52(L277)]. Dog nævner M66, at det er afgørende at invitationsmaterialet er letlæseligt, idet han i modsat fald ville smide materialet væk (L27). Ovenstående antyder dermed, at respondenterne ikke reflekterer over, hvorvidt de skal deltage i screeningen.

- *Citat 4: K51: "Nej, for jeg tror at ligegyldigt hvad, så havde jeg sagt ja." (L525)*
- *Citat 5: M66: "Sådan har jeg det med alt, det er ligegyldigt hvad det er, jeg skal kunne forstå hvad det drejer sig om. Ellers kommer det bare væk." (L76)*

Respondenterne deltager hvis de bliver inviteret, og nævner, at de også vil deltage ved opfølgende undersøgelse. To af kvinderne tilføjer hertil, at det kan komme samfundet til gode, hvorfor de deltager [K59(L689); K51(L89)]. Dette tyder derfor på, at nogle borgere har overvejelser om den samfundsmæssige gevinst ved deltagelse, og ikke kun individets egne fordele.

Viden om kræft og kendskab til kræftforløb viste sig også at være af betydning. Flere af respondenterne var bevidste om, at tidlig opsporing kan være afgørende for udfaldet af

kræftsygdom [M52(L42); K51(L501); M51(L70)], hvorfor disse respondenter kan have haft større incitament til deltagelse. Samtidig mener de, at de hellere være uvidende om en potentiel kræftsygdom, hvis ikke tidlig opsporing kommer dem til gavn [K51(L504); M51(L975)].

- *Citat 6: K51: "[...] så sidder man bare med en eller anden viden, som man ikke kan bruge til noget."*(L511)

Derved kan det være vigtigt, at sygdom, fundet ved den tidlige opsporing, har en behandling, en levetidsmæssig gevinst og at kunne bibeholde eller øge livskvaliteten. Dette stemmer overens med kravene til populationsrettede screeningsundersøgelser, jf. afsnit 2.2.1.

5.3.2.3 Forholdet til afsender

Respondenterne har forskellige holdninger til Sundhedsstyrelsens og Regionens rolle i forbindelse med screeningen. M56, K51 og K59 udtrykker tilfredshed med at få tilbud om at blive undersøgt [M56(L29); K51(L70); (K59(L92))], mens M51 ytrer, at det offentlige ikke nødvendigvis skal informere for meget (L482). Han mener, at det er borgernes eget ansvar at søge information, hvis der opstår behov for det (L688). Der er dermed forskellige holdninger til, hvor meget Sundhedsstyrelsen og Regionen skal involvere sig i borgernes sundhed.

M56 beskriver i tråd med ovenstående, at personer i screeningsprogrammets målgruppe, er vant til at klare sig selv, og ikke behøver at blive "taget i hånden" af det offentlige:

- *Citat 7: M56: "Dem Sundhedsstyrelsen henvender sig til her, er i aldersgruppen 55-70, og den generation har lært altid at du skal klare dig selv. [...] det kan godt være at den generation der skal undersøges om 20 år, den måske nok skal have meget mere information, fordi det er udviklingen, at samfundet skal ligesom sørge for det hele."*(L514)

Ved tilrettelæggelse af screeningsprogrammer er det således vigtigt, at der tages højde for målgruppen og disses præferencer. M56 har positive tilkendegivelser i forhold til hans oplevelse af, at Sundhedsstyrelsen og Regionen har fået mere fokus på mænds sundhed, idet han mener, at der tidligere i høj grad har været fokus på kvinders sygdomme og forebyggelse heraf:

- *Citat 8: M56: "Piger bliver undersøgt i hoved og røv, og det gør mænd ikke. Så der synes jeg det er positivt [...]"* (L394)

Hos denne respondent eksisterer dermed et lighedsrationale i forhold til køn, hvor vedkommende giver udtryk for at der er mere fokus på kvinders sundhed. Vedkommende opfatter det derfor passende, at kønnene prioriteres ligeligt i denne screening.

For respondenterne er det naturligt at Regionen og Sundhedsstyrelsen er afsender [M52(L249); M51(L578); K50(L274); M51(L578)], på trods af, at flere af respondenterne ikke havde tænkt

yderligere over, hvem der var afsender af materialet. Det lader derfor ikke til, at Sundhedsstyrelse og Region som afsender, havde betydning for beslutning om deltagelse, idet der var andre bevæggrunde herfor. Disse var relateret til personlige årsager [M51(L1161); M56(L424)], tanker omkring familieliv, hverdagsliv og ønsket om at leve et langt og sundt liv [K59(L694)].

K51 nævner, at befolkningsundersøgelser er til gavn for flere (L89):

- Citat 9: K51: "Og så ved jeg jo også godt at [...] befolkningsundersøgelser har andre betydninger end bare lige for mig [...]" (L89). "Så det syntes jeg egentlig er fint nok at være med i." (L91)

Dermed har hun en positiv indstilling til, at afsender fortager denne type undersøgelser, og har ikke noget imod at modtage invitationen fra dem. Uanset hvilket forhold respondenterne har til- og hvilke beskrivelser de tillægger afsender, er det et fællestræk, at Region og Sundhedsstyrelsen som afsendere, ikke har givet anledning til revurdering af beslutningen om deltagelse [M66(L200); K50(L286); K51(L324); M56(L379); K59(L782); M51(L1173)].

5.3.2.4 Praktiske forhold

Et gennemgående fund fra interviewene er, at respondenterne primært har fokuseret på de praktiske omstændigheder forbundet med screeningen. Måden hvorpå screeningsprogrammet er tilrettelagt, har ifølge respondenterne, afgørende betydning for om de deltager. M51 beskriver at det gør en himmelvid forskel [M51(L1192)], at materialet og prøvetagnings-kittet udsendes til eget hjem. Det gør det nemt at deltage, idet prøven kan foretages uafhængigt af tid, uden tilstedeværelse af andre og uden tidsbestilling hos læge [K59(L1029); K50(L69); M51(L1222)].

- Citat 10: M66: "Det er så nemt. Man skal ikke til at køre nogle steder for det, og bestille tid og alt det der. Det er meget afgørende for om jeg deltager i nogle ting, det er om man skal bestille tid i forvejen." (L43)
- Citat 11: K59: "og så får man det bare aldrig gjort. Så jeg tænkte, det er da dejligt, at det kommer hertil, så bliver det til noget." (L158)

Af dette kan udledes, at investering af egen tid, planlægning af tid og eventuelt transport kan blive en forhindring for deltagelse i screeningsundersøgelser. Om respondenterne havde deltaget, hvis prøven ikke kunne udføres i eget hjem, er dermed usikkert. Respondenterne nævner, at selve det at foretage prøvetagningen og tilrettelæggelsen i forbindelse hermed blev opfattet som simpel, ligetil og risikofrit:

- Citat 12: M66: "Og der var ikke [...] noget uhygiejnisk synes jeg. [...] Det kan nok ikke gøres ret meget bedre." (L237)

- Citat 13: K59: "*Det var jo ikke noget man skulle spise [...] men hvis det havde været et eller andet, man skulle drikke [...] og som de havde skrevet, der var en risiko ved det, så kunne det da godt være man havde tænkt*". (L526)

Af ovenstående citater fremgår holdningen om, at prøvetagningen ikke opfattes som grænseoverskridende eller uhygiejnisk. K50 nævner dog, at en bekendt har fravalgt screeningsprogrammet, netop fordi proceduren omkring prøvetagningen blev opfattet som grænseoverskridende (L347). M56 tilskriver en del af hans afslappede tilgang, at han har børn (L248). Idet samtlige respondenter havde børn, er det muligt, at det kan være medvirkende årsag til deltagelse.

På trods af at samtlige deltagere finder vejledningen anvendelig, udtrykker K59, M56, K50, at de på forskellig vis har haft udfordringer eller overvejelser i forbindelse med prøvetagningen. Opsamlingspapiret, prøvetagningspinden og klistermærket nævnes. M56 havde fæstnet sig ved prøvetagningspinden, som ikke vurderes optimal til formålet grundet dens udformning (L171). Vedkommende nævnte, at pinden kunne optimeres ved at være mere konisk udformet, hvorved prøvetagningen ville blive lettere. Derved ville deltagerne i højere grad kunne være sikre på, at der var opsamlet tilstrækkeligt, til at prøven kunne undersøges.

- Citat 14: M56: "*For at sige det rent ud af posen, så synes jeg opsamlere heri ikke er alt for god, for der står man skal skrabe i overfladen, og man skal sørge for, at de der riller i selve pinden, [...], den synes jeg ikke er udformet allerbedst*". (L171)

Dette kan være en indikation af, at vejledningen ikke er præcis nok, da respondenterne viser sig at være i tvivl om, hvorvidt prøvetagningen er udført korrekt. Dette er også gældende for K59 og K50:

- Citat 15: K59: "*Det var nok hvis nu at man lavede et eller andet og så det var forkert [...] så fik man jo ikke tjekket noget alligevel*". (L199)
- Citat 16: K59: "*det var nok det værste, det der med at få det der film sat på [...]*". (L392)
- Citat 17: K50: "*Jeg havde ikke været opmærksom på klistermærket, at det kunne tages af. Så jeg troede jeg havde tabt mit, da jeg tog materialet ud af posen. Jeg ringede så ind til, hvor man skal sende den til, og de sagde at det bare skulle tages af*". (L209)

I forbindelse med spørgsmål om screeningen eller prøvetagning, havde to af deltagerne brug for at kontakte sundhedsvæsenet [K50(L209); K59(L926)]. Det har dog for begge været en udfordring, idet der ikke tydeligt er angivet kontaktoplysninger ved yderligere spørgsmål. En af respondenterne beskriver processen således:

- Citat 18: K59: *"Jamen jeg tror at jeg gik igennem Hjørring sygehus [...] jeg har bare søgt et nummer og så, måske blevet stillet videre [...]"* (L904)

Kvinden havde spørgsmål til indkaldelsesproceduren, idet hun undrede sig over, hvorfor hendes mand ikke var blevet indkaldt. K59 havde dermed selv overskuddet og overblikket til selv at finde kontaktoplysninger, så hendes spørgsmål kunne blive besvaret. Flere respondenter har i overensstemmelse hermed, haft tanker om hvorledes indkaldelsessystemet er udformet, da de er bevidste om, at de er indkaldt som en del af en befolkningsundersøgelse. De kender dog ikke detaljerne. Kun én påpeger at indkaldelse sker efter fødselsmåned [K51(L492)]. Af interviews fremstår således et behov for oplysning om, hvilket system der indkaldes efter, således at bekymring om, om man er blevet glemt i systemet kan elimineres:

- Citat 19: K59: *"Nå ja, der kunne man måske have oplyst, hvad system [...] man indkalder efter [...] hvorfor jeg blev kaldt ind, der kunne de måske godt have oplyst at, først indkalder vi alle mændene."* (L1191)

I brevet angives, at svaret kan forventes indenfor 10 dage. Ifølge respondenterne er det af betydning, at have en konkret svartid at forholde sig til [M52(L101); M56(L251); K51(L618)].

- Citat 20: M56: *"Senest 10 dage, og det er sådan noget med, at hvis man er inde og få taget en blodprøve [...], hvornår kommer der nu svar. Men her har man så ligesom sagt jamen 10 dage, okay, så hører jeg noget deromkring, og det var meget positivt, jeg fik svar allerede indenfor 2 dage."* (L252)
- Citat 21: M52: *"Så det var vigtigt at det stod [svartid, red.], så man nemt kunne se det."* (L111)

Ovenstående kan indikere at ventetiden er forbundet med en vis usikkerhed og eventuelt ængstelse. Et gennemgående tema i interviewene er overvejelser og bekymringer i forhold til returnering af prøven og aflevering i postkassen [M66 (L123); M52 (L134); K50 (L79)]. M56 nævner, at han har gjort sig overvejelser om, at postkassen ikke tømmes så hyppigt som tidligere (L135). Så på trods af at det forekommer nemt at udføre prøven og tilbagesende den, kunne der ifølge respondenterne tydeliggøres hvilke dage prøven skulle sendes afsted:

- Citat 22: M56: *"[...] når man går hen og putter noget i en postkasse i dag, så er det jo sådan, at der kan godt risikere at gå fem dage før det er fremme. Så jeg synes måske der skulle have stået heri, at man skal undersøge hvornår postkassen bliver tømt, fordi nogle af postkasserne bliver faktisk kun tømt onsdag og fredag."* (L142)

Derudover har tidligere erfaring med, og tillid til postvæsenet betydning for hvordan deltagerne har tilbagesendt prøven, og hvilke overvejelser der var forbundet hermed. Af nedenstående citat fremgår:

- Citat 23: K50: "ja. Det eneste jeg tænkte over, da det skulle afsted, var at jeg turde da ikke komme det i en postkasse, for sæt nu at det ikke kom frem til tiden. Så jeg tog på posthuset med det. Men jeg tror da at det er ét fedt om jeg putter det i postkassen eller om jeg afleverer det på posthuset. Jeg ved det ikke."(L79). [...] "ja, vi har dårlige erfaringer med post Danmark". (L86)

Forsendelsen er altså forbundet med usikkerhed for nogle individer, særligt fordi det frygtes, at forsendelsen forhindrer deres deltagelse. K50 udtaler, at hun anvendte hele materialet, for at forberede sig på processen (L153). På trods af det, er hun uvidende om, hvordan den efterfølgende undersøgelse vil forløbe, hvis hun har blod i afføringen (L112). Dermed findes her en selvmodsigelse, idet vedkommende har følt sig forberedt, men alligevel ikke har forstået materialet. Dette kan betyde, at hun har haft fokus på den indledende del af undersøgelsen, og ikke på helheden. Det kan endvidere tyde på, at materialet ikke giver inviterede overblik over forløbet. K59 har selv efter telefonisk kontakt med hospitalet, ikke fået svar på hendes spørgsmål (L874). Hun har tidligere hørt om kvinder i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, der ikke var blevet inviteret, grundet fejl i systemet (L865). Hun var derfor bekymret for, om indkaldelsessystemet fungerede optimalt, og efterspurgte et bedre overblik. Dette indikerer at der er et behov for en oversigt over forløbet, for at gøre screeningsprogrammet forudsigeligt og derved mere trygt.

5.3.2.5 Anvendelse af invitationsmaterialet

Det samlede invitationsmateriale har begrænset betydning som beslutningsværktøj. Som nævnt er det afgørende dokument, vejledningen til prøvetagningsproceduren. Derudover læses invitationsbrevet, hvori der kort informeres om, hvad der inviteres til, samt hvornår svaret kan forventes. Når respondenterne udtaler sig om det udsendte materiale, er det således i høj grad vejledningen der omtales og fokuseres på. På trods af at respondenter angiver, at det er vigtigt for dem, at sætte sig ind i, hvad de inviteres til, huskes kun pjecen og dennes indhold svagt [K50(L187), K51(L291)]. Der forekommer således modstridende udsagn, idet respondenter angiver, at have læst hele dokumentsettet, med henblik om at sætte sig grundigt ind i det, mens der samtidigt angives, at beslutningen mere eller mindre var truffet på forhånd:

- Citat 24: K50: "jamen jeg havde interesse i at kigge i det, altså jeg kan godt lide at hvis jeg skal deltage i sådan noget her, så kan jeg godt lide at være godt forberedt." (L146)
- Citat 25: M66: "Jeg tænkte lige i øjeblikket; hvad er nu det her. Men, nu har jeg det sådan, ligeså snart der er noget nyt, så læser jeg det, hvis jeg forstår det. Hvis jeg ikke forstår det, så kommer det bare ud."(L62)

Flere respondenter giver udtryk for, at det er vigtigt, at informationen der gives er kort, præcis og forståelig. Forståelse er i dette tilfælde relateret til forståelse af det skrevne ord og billeder i

vejledningen, og knap så meget til forståelse af materialets budskab eller baggrunden for screeningen:

- Citat 26: K50: "Det er i hvert fald vigtigt, at det er så simpelt som muligt. At man ikke bruger flere sider på at beskrive noget, og at der er billeder. At man ikke kan gøre noget forkert, at proceduren er billedligt beskrevet. Når man har med ældre mennesker at gøre, er det vigtigt at man både kan læse sig til hvordan man skal gøre, men også at du kan se hvordan du skal gøre det." (L357)
- Citat 27: M52: "ja. Det er håndgribeligt, det kan man forstå. Så får man det gjort." (L86)
- Citat 28: K59: "Der er ikke så mange fremmedord i, eller sådan. Nogle gange når man får sådan nogle brochurer med oplysninger, så er det sådan, når man støder på sådan en tre fire ord som man ikke lige forstår så tænker man [...] der er også nogle gange de er flinke til lige at sætte i parentes, fordi mange gange så findes der jo [...] et dansk ord der, dækker lidt det samme, så man ved hvad det er, altså, så det ikke bliver for latinsk [...] det er i hvert fald vigtigt for mig, når jeg skal læse et eller andet, at det står sådan, på talemåden". (L461)

Der er enighed om, at information om hvordan korrekt prøvetagning opfattes som vigtig. Der er dog divergerende opfattelse af, hvor meget information materialet skal indeholde. M56 havde tænkt over formålet med selve screeningsprogrammet, og nævnte, at der burde informeres mere om det i materialet, mens andre ikke fokuserer yderligere på kolorektal cancerscreening efter de har fået negativt prøvesvar. Dette understøtter, at der er forskelligt informationsbehov og forskellige tilgange til anvendelse af invitationsmaterialet.

- Citat 29: M56: "ja, for det synes jeg da er ret vigtigt at få fortalt, at det her, det er ikke en dom, du har kræft, du har ikke kræft. Det er en prøve for at få belyst om der er noget der burde undersøges." (L371)
- Citat 31: M51: "Så man kunne måske, i stedet for at lave en hel pjece her, så bare informere mere om selve screeningen. Ikke så meget om alt det andet." (L658)

På trods af at de færreste har forholdt sig til, eller husker pjecen, har M56 gjort sig overvejelser om forsiderne:

- Citat 30: M56: "hvis nu det var hjemme i min stue, så kunne den [Den oprindelige pjece, red.] der nok godt lige have ligget ved spisebordet – det kommer den der ikke til [ny pjece, red.] [...] så jeg synes måske den er lidt for, ups. Den anden den ser sådan lidt mere diskret ud. Det var min første reaktion med forsiden." (L323)

Hvis andre har samme opfattelse af forsiden, og dermed ikke vil have materialet liggende fremme, kan anvendelsen begrænses. På trods af forskellige holdninger til pjecerne, fremgår det, at pjecen ikke har haft betydning for beslutningen om deltagelse. En respondents opfattelse af den nye pjeces forside er, at den ser formel ud og henleder tankerne på autoriteter eller risiko [(K59)(L599)]. Det er muligt at nogle inviterede er blevet påvirket af pjecernes forsider. Hvis det er tilfældet, kan ovennævnte negative opfattelser af den, potentielt have påvirket borgeren til ikke at deltage.

5.3.2.6 Risikotanker

Risikotanker er tanker, meninger og holdninger der fremgår af respondenternes udsagn ved spørgsmål vedr. screening og risikoen for cancer. Når respondenterne spørges ind til, hvad de forstår ved ordet screening, er risikotanker ikke noget der kommer til udtryk:

- Citat 32: M52: *"Det [screening, Red.] er en form for undersøgelse eller forebyggelse eller hvad man nu kan kalde det, hvor man finder ud af, om der er et problem eller ikke et problem."*(L48)

Ved modtagelse af invitationsmaterialet øges risikotanker om cancer ikke hos respondenterne. M66, K59 og M52 angiver, at screening blot drejer sig om en undersøgelse, der har til hensigt at opspore cancer eller andre problemer [M52(L48); M66(L55); K59(L101)], mens K50 ser det som et led i forebyggelse (L61). Fælles for de fire er, at de ikke har yderligere tanker om ordet screening, og der udtrykkes ikke risikotanker om utilsigtede konsekvenser.

- Citat 33: K51: *"jamen undersøger en større befolkningsgruppe, for en eller anden sygdom. [...]. Så undersøger man dem, og det kunne jo være enten spørgeskema, her er det så en kræftsygdom man leder efter nogle [...] kræftceller, eller nogen forstadier. [...]."* (L102)

K51 er endvidere bevidst om, at man ikke behøver at være syg for at deltage (L106). Hun anskuer screening som en undersøgelse, der har til formål at forebygge et sundhedsmæssigt problem på mere end blot individniveau. Hun er derved velvidende om formålet med screening og metoden bag.

I enkelte af interviewene fremgår overvejelser om risiko for falsk positivt eller falsk negativt prøvesvar. Respondenterne anvender ikke denne terminologi, men er bekendte med, at blod i afføringen ikke er lig med sygdom. Der er derfor fokus på falsk-positivt prøvesvar. Om de kender til falsk negativ er uvist. Det tyder dog på, at de ikke kender til dette, da de fortæller, at de ved et negativt prøvevar ikke forholder sig yderligere til kolorektal cancerscreening. K50 nævner som den eneste, at hun er bekendt med risikoen for falsk negativt prøvesvar (L373). Det er dog ikke noget hun reflekterer yderligere over. Hun udtaler endvidere, at hun er villig til at lade sig koloskopere unødigt, og anskuer derfor ikke risikoen for falsk positivt prøvesvar som et problem (L375).

Risikofølelse ikke noget der forbindes med screeningen, ud fra den viden respondenterne har. K59 opfatter screening som risikofrit, idet det ikke er et invasivt indgreb [K59(L526)]:

- Citat 34: K59: "men der er jo ingenting, man skulle have indvortes [...]".(L538)

Invitation til screeningsprogrammet har hos tre af respondenterne skærpet opmærksomheden på screeningen. K59 nævner, at hun lytter mere efter, når hun hører om det i medierne [K59(L786)]. M51 er blevet mindet om risikoen for kolorektal cancer efter at have modtaget invitationen.

- Citat 35: M51: "Jamen det er jo underbevidstheden som [...] bliver påvirket når ordet kræft det kommer op, og det er jo lige meget hvilke former for kræft det er ikke. Jamen når det kommer op så er der en risiko og, du er jo også i risikogruppen."(L932)

K51 er ligeledes blevet mindet om, at hun nu tilhører en risikogruppe [K51(L118)]. Hun påpeger dog, at hun ikke er blevet bekymret eller utilpas over at blive mindet om det [K51(L133)]. Derved er konsekvensen ved invitationen, at borgerne gøres opmærksomme på deres egen risiko for at få sygdommen, uden at det har haft tydelige utilsigtede konsekvenser for dem.

Forekomst af cancer i familien eller hos venner er et aspekt der påvirker respondenternes egen risikofølelse for sygdommen, og viser sig at have haft betydning for deltagelsen [K50(L38); K59(L87); M56(L95); K51(L414)].

- Citat 36: K50: "Jamen dels i kraft af mit arbejde som sygeplejerske, men også i kraft af at jeg har haft nogen venner, hvor de har opdaget noget i forbindelse med den her screening, men også i kraft af at vi har kræft i familien." (L38)

Respondenterne er derfor, pga. nære relationers cancertilfælde, blevet gjort bevidste om screeningens rolle ved tidlig opsporing. Fælles for førnævnte respondenter er, at cancer hos familie eller venner har haft betydning for deres deltagelse i screeningen. Da K51 har en kollega, hvor kolorektal cancer opdages efter deltagelse i screeningsprogrammet på trods af at vedkommende var uden symptomer. Herved bliver betydningen af deltagelse synlig for hende;

- Citat 37: K51: "så kommer det lige pludseligt, så kan man se at det har en betydning [...] fordi han havde ingen symptomer overhovedet. Så tænker man jo også lige over det, ikke også [...]". (L438)

M51 udtaler, at han deltager i undersøgelser, hvis de har noget med hans eller hans families sundhed at gøre (L1154). Villigheden til at tage ansvar strækker sig derfor også til hans families sundhed og ikke blot hans egen. Hvis andre har samme opfattelse, er det muligt, at risikotanker om kolorektal cancer også omfatter påvirkning af familiens liv ved individets sygdom.

Hos M51 og M66 fremgår, at refleksioner og tanker om konsekvenserne ved et positivt prøvesvar, er noget de ønsker at udsætte til prøvesvaret foreligger. De ønsker dermed ikke at cancer og behandling skal fylde i hverdagen, og ønsker at distancere sig fra det, indtil det er aktuelt.

- Citat 38: M66: *"Nej, egentligt ikke. [...] Det var ikke sådan jeg gik og var bange for noget, eller noget. [...]. Det kan jo ikke hjælpe at man er hundeangst for noget, fordi altså, man kan ligeså godt vente til man opdager, at man fejler et eller andet. Bekymre sig om det. Så jeg har [...] på intet tidspunkt har jeg været bange for at jeg havde de her ting. Altså at prøven den skulle være positiv."* (L94)
- Citat 39: M51: *"Man lever i et eller andet lykkeligt jeg."* (L466)
"At det er alle de andre der bliver ramt" (L470)
"og det er den illusion, den bliver man ved med at have". (L474)
"Men det, om det er en illusion det ved jeg ikke, men så vil jeg gerne have lov til at have den". (L781)

Det tyder på at respondenterne udsætter deres refleksioner om sygdom, til det er relevant for dem, og reflekterer derfor ikke over deltagelse i screeningsprogrammet, inden de deltager. På trods af dette, udtaler K50 og K51 at invitation til screeningsprogrammet tilskynder refleksion og risikotanker relateret til alder, idet de gøres bevidste om, at de er i en aldersgruppe hvor der er øget risiko for cancer [K50(L67); K51(L61)]. Flere af respondenterne mener desuden, at yngre mennesker ikke tænker på konsekvenserne af deres livsstil og risiko for sygdom [M51(L580); M56(L430)];

- Citat 41: M51: *"Jo yngre man er jo, jo mindre tænker man jo på at, at sygdom det kan ramme en, jo ældre man bliver jo mere begynder man jo at tænke på det, fordi [...] der er flere og flere i ens omgangskreds som bliver ramt af nogle sygdomme."* (L580)

Alder fremstår dermed som en del af risikotankerne, idet stigende alder associeres med øget risikofølelse ift. at få alvorlige sygdomme. Livsstilsovervejelser er også noget respondenterne nævner i forbindelse med screening, idet tidligere usunde vaner sættes i relation til øget risiko for sygdom. M56 fortæller at han har indtaget en del alkohol og røget tobak i hans ungdom (L432). M52 nævner modsat, at han har en sund livsstil [M52(L5)], mens K50 og K51 mener at de er sunde og raske [K50(L313); K51(L149)]. Livsstilsovervejelser kan dermed være et aspekt der har betydning for beslutningen om deltagelse. Det tyder derfor på at deltagelse i screeningen opfattes som et valg der bidrager til en sund livsstil.

Derudover fremkommer også udtalelser om kønnenes sundhedsadfærd. Det er muligt at mænd har behov for at distancere sig fra tanker om sygdomme, og derfor ikke i ligeså høj grad som kvinder er opsøgende ved sundhedsfremmende eller sygdomsforebyggende tilbud. M66 nævner, at han ikke går til læge til daglig, da han ikke ønsker at opsøge sygdom (L34). M56 nævner, at han formoder at mange mænd afholder sig fra at deltage, til dels pga. prøvetagningsproceduren, men også grundet frygt for prøvesvaret:

- Citat 42: M56: *"[...] Jeg ved, sådan tænker mange mænd, for mange mænd har det der med, de er satme så bange for at gå til læge, for sæt der er noget galt, selvom man har blod i afføringen og pisser grønt, og hvad ved jeg. [...]."* (L351)

Ifølge ham vil nogle mænd afholde sig fra at gå til læge, selv hvis de finder blod i afføringen. M56 mener at den oprindelige pjeces forside ikke giver mændene en yderligere positiv oplevelse:

- Citat 43: M56: "[...] han er sort, han er nok fyldt med kræft og alt muligt, hvad ved jeg. [...] For havde man nu lavet, pigen måtte for min skyld gerne pink, men hvorfor er manden ikke blå eller grøn." (L229). "Den sorte det kan være døden." (233)

Forsiden får ham til at tænke at mænd må være i øget risiko, hvilket kan medvirke til, at nogle mænd fravælger at deltage. Dette kan tyde på at mænd frygter prøvesvarret og eventuelle besøg ved lægen mere end kvinder. De mandlige respondenter inkluderet i dette speciale har dog alle deltaget.

Af dette afsnit fremgår, at risikotanker i forbindelse med screeningsprogrammet i høj grad er relateret til overvejelser om alder, familieforhold og netværk. Derudover er cancer i familie og omgangskreds af betydning i forhold til deltagelse. Udtalelserne insinuerer at der skulle være forskel i adfærd mellem mænd og kvinder. Der ses ikke en risikofølelse ved deltagelse og respondenterne udtrykker heller ikke en følelse af høj risiko for kolorektal cancer.

5.3.2.7 Omgangskreds

Respondenterne blev spurgt ind til, hvorvidt de havde talt med andre om screeningsprogrammet. M52 har talt med andre, og på den måde fået viden om screeningsprogrammet. M56 bor alene, og har ikke haft behov for at tale med nogen om det. Han nævner at han kunne have talt med sine søskende og børn, men har ikke haft behov for det (L455). M51 har i mindre grad har involveret pårørende, idet det nævnes, at der er tale om en tabuprøve og ikke noget man taler om i omgangskredsen.

- Citat 44: M52: "hvad man hører rundt omkring, snakker med folk, det er nok det jeg har. Det er ikke sådan pjecen. Jeg har jo nok læst den, men derfor kan jeg ikke sige, at det lige er der, jeg kan huske alle tingene fra." (L183)
- Citat 45: M51: "[...] den snakker man ikke om, [...] min hustru de sidder og snakker om mammografiscreeninger, og de sad og snakkede om livmoderhalskræft og brystkræft og alt sådan noget der ikke. [...] det gør vi mænd ikke". (L839)
- Citat 46: M51: "Det er ikke noget vi snakker om sådan. Så er det bedre at se om Aston Villa de har slået Liverpool." (L858)

K59 nævner sin mand, og udtrykker bekymring for, at han endnu ikke er blevet inviteret. Hun mener at han må være blevet glemt. Hun fortæller endvidere, at hun ikke tror hun ville kunne få sin mand til at gå til lægen og foretage prøven frivilligt (L1287). K59 forsøger altså at tage del i hendes samlevers sundhed. Dermed kan samlever være en opbakning og en påmindelse om screening. Idet hun yderligere har undersøgt hvornår han bliver indkaldt, er hun behjælpelig med at sørge for, at det bliver nemt for ham at deltage, og at det ikke kræver meget af ham.

Netværk synes endvidere at have betydning, da det at kende nogle med cancer gør, at man i højere grad bliver bekendt med risikoen og refleksioner omkring det. To af respondenterne, M51 og K59, nævner at de har forældre der har været syge [M51(L701); K59(L87)], hvilket kunne have betydning for deres efterfølgende valg, idet de tidligere har skulle forholde sig til sygdommen:

- Citat 47: M56 "Men jeg kan godt se, hvis ikke jeg havde haft nogle bekendte, så hvis ikke man kender til kræft, så ligger det jo bare herude. Så det er ikke sådan noget man tænker over, men jeg har tænkt meget over det." (L101)
- Citat 48: M51: "Jeg har nogle forældre som begge har haft kræft [...] lige så snart ordet kræft det kommer, så begynder man at tænke." (L701)

Dog nævner samtlige, at omgangskredsens holdninger til deltagelse i screeningsprogrammet ikke kan eller har påvirket beslutningen. M66 nævner, at eventuelle negative holdninger til screeningsprogrammet skal bakkes op af medierne, hvis det skal påvirke vedkommende:

- Citat 49: M66: "Så havde der jo nok været en større modstand omkring det i den offentlige presse. Hvis det var sådan, at det var noget negativt. Så ville man nok havde hørt om det". (L227)
- Citat 50: M66: "[...] det er deres oplevelser ikke også. Det skal man jo ligesom sortere. Hvis der havde været mange negative holdninger omkring det, så havde vi jo nok hørt det." (L233)

K50 har talt med sin mand og sine veninder. Hun nævner dog, at hendes mands beslutning ikke ville kunne påvirke hendes (L330). Respondenterne giver udtryk for at de ville have deltaget, selvom der var modstand i omgangskredsen [K59(L1000); M51(L888)]. Respondenterne kender umiddelbart kun til positive konsekvenser ved deltagelse, fordi de ikke kender nogen der har haft negative oplevelser [M52(L264); K51(L539)]. Der nævnes at der skal være argumenter for at fravælge deltagelse før de vil overveje det:

- Citat 51: M52: "Nej. Så skal han i hvert fald have nogen rigtig gode argumenter, og dem har jeg ikke mødt nogen af endnu." (L264)

Alle disse fund indikerer at omgangskredsens gode eller dårlige erfaringer i forbindelse med screening eller cancer, kan påvirke respondenternes holdning til deltagelse, mens omgangskredsens holdninger til screeningen, ikke har lige så stor effekt. Et gennemgående fund er, at respondenterne, når de taler om screeningsprogrammet med andre, oftere overleverer meddelelsen om, at de er blevet inviteret, og i mindre grad taler om beslutningen [K51(L477); M56(L463)]. Der er ikke noget der indikerer at respondenterne har deltaget på baggrund af drøftelser og havde ikke behov for at tale med omgangskredsen om beslutningen. Erfaringer de har gjort sig ved at observere sygdomsforløb i omgangskredsen har derimod muligvis påvirket deres prioritering af egen sundhed.

5.3.3 Fortolkning af interview

I dette afsnit redegøres først for HBM som teoretisk udgangspunkt for fortolkningen. Dernæst vil resultaterne fra interviews blive fortolket med henblik på at opnå viden om respondenternes sundhedsadfærd. Ved anvendelse af komponenterne fra HBM i fortolkningen udledes mulige forklaringer på, hvordan opfattelser af barrierer, fordele, sygdomstrussel og signaler til handling kan påvirke sundhedsadfærd i relation til screeningsprogrammet. Resultaterne fra fortolkningen vil efterfølgende anvendes i udformningen af udviklingstiltagene, der har til hensigt at øge deltagelsen og mindske ulighed i deltagelse.

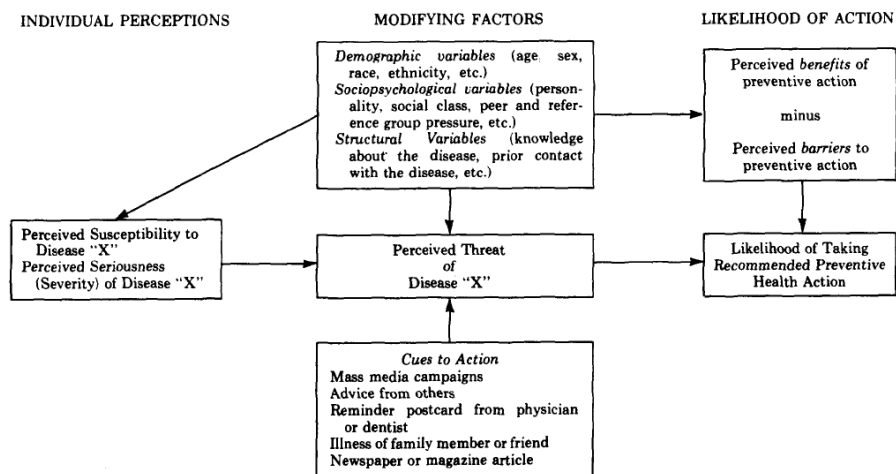
5.3.3.1 Health Belief Model

HBM er udviklet i 1950'erne af socialpsykologerne Hochbach og Rosenstock (90). Modellen grunder i en undring over, hvorfor befolkningen på daværende tidspunkt, valgte ikke at deltage en række forebyggende indsatser på trods af meget lave omkostninger. Modellen er således udviklet til at beskrive sundhedsadfærden hos individer i en population (91). Modellen er udviklet med udgangspunkt i en fænomenologisk erkendelsesinteresse, hvor verden skal ses ud fra deltagerens perspektiv, idet beslutningen om deltagelse i forebyggende interventioner udspringer af personens individuelle opfattelse (90). Hochbach og Rosenstock fandt ud af, at følgende er gældende, i forhold til individers sundhedsadfærd:

"If individuals regard themselves as susceptible to a condition, believe that condition would have potentially serious consequences, believe that a course of action available to them would be beneficial in reducing either their susceptibility to or severity of the condition, and believe the anticipated benefits of taking action outweigh the barriers to (or costs of) action, they are likely to take action that they believe will reduce their risks."

(Citat; Champion og skinner (Health belief model) i Health behavior and health education af Glanz, Rimer og Viswanath s. 85 (91))

Fig. 10: Health belief model 1974



Kilde: Rosenstock 1974 (90)

Modellen kan anvendes til at fortolke deltagernes forståelse, mening og holdning til screeningsprogrammet, og derved kortlægge hvad der gør sig gældende for sundhedsadfærden i relation til kolorektal cancerscreening, idet det netop er deltagernes perspektiv, der udgør empirien. Med udgangspunkt i ovenstående bliver det muligt at vurdere, hvorledes implementering af et udviklingstiltag, teoretisk, kan øge deltagelsen i screeningsprogrammet, og i den forbindelse om tiltagene vil have effekt. Udgangspunktet i HBM er, at sundhedsadfærden afhænger af forskellige *health beliefs*, der skal være tilstede, for at en person aktivt gør noget for at undgå en sygdom. Disse beliefs indbefatter opfattelsen af alvorlighedsgraden og egen modtagelighed overfor sygdommen. Dermed kan det klarlægges, i hvor stort et omfang sygdommen vil påvirke personens liv, samt personens forventninger til, hvordan dette kan ændres gennem en given sundhedsadfærd, herunder opfattelse af fordele og barrierer, se figur 10 (90).

Modellen er sidenhen blevet videreudviklet, og begrebet self-efficacy er blevet tilføjet. Self-efficacy knytter sig til troen på egne evner, og får derved afgørende betydning for individets selvfølelse, tænkning og mulighed for at motivere sig selv til handling. Personer med stærk følelse af self-efficacy vil i højere grad udfordre sig selv, og opnå individuelle mål. Personer med lavere self-efficacy vil i højere grad opfatte udfordringer som en personlig trussel. Disse personer har sværere ved at opnå og forfølge personlige mål eller forpligtelser overfor sig selv, idet de har større tilbøjelighed til at opgive, hvis en opgave synes uoverskuelig (92). I forbindelse med screeningsprogrammet knytter begrebet self-efficacy sig til troen på, at man kan gennemføre deltagelse i det samlede screeningsprogram (91), herunder fæcesprøve, udredning og behandlingsforløb. I dette speciale anvendes den nyere model, se figur 11, til at fortolke respondenternes udsagn i afsnit 5.3.3.3 med henblik på at undersøge forudgående elementer, der påvirker beslutning om deltagelse.

Opfattelsen af modtagelighed, *perceived susceptibility*, handler om den individuelle opfattelse af, hvor modtagelig personen er overfor en given sygdom eller et helbredsproblem. Der er dermed tale om en opfattelse af egen risiko. Opfattelsen af modtagelighed kan være påvirket af demografiske variable såsom køn, alder, etnicitet, uddannelsesniveau og sygdomshistorik i familien. Personens sandsynlighed for deltagelse, vil stige i takt med at opfattelsen af modtageligheden, risikoen, stiger (90). Borgeren skal altså have en opfattelse af, at vedkommende kan få kolorektal cancer, før vedkommende vil være modtagelig overfor screeningsprogrammet.

Opfattelsen af alvorlighedsgrad, *perceived seriousness*, omfatter personens individuelle opfattelse af, hvor alvorlig sygdommen er, og i hvor høj grad den vil påvirke personens liv. Denne er ligeledes influeret af en række individuelle faktorer, idet personer der opfatter sygdommen som alvorlig, vil være mere engagerede og tilbøjelige til at have en sundhedsadfærd der imødekommer

det forebyggende tiltag. Kombinationen af modtagelighed og alvorlighedsgrad betegnes i HBM som 'Den opfattede trussel' (*perceived threat*) (90).

Selv hvis en person opfatter sig selv som modtagelig overfor en trussel, er ændringen i sundhedsadfærden afhængig af, om personen tror på, at det er fordelagtigt at handle på en måde, der reducerer truslen ved en given sygdom (91). Dette betegnes i modellen; opfattelsen af fordele, *perceived benefits*. Således skal den individuelle opfattelse af, at fordelene overstiger barrierer, eksempelvis i form af unødigt bekymring eller ubehag ved testen, være til stede for at personen ændrer sundhedsadfærd. Fordelene består ikke kun af overlevelse eller nedsatte symptomer fra sygdom, men også eventuelle påvirkninger af arbejds-, familie- og socialt liv.

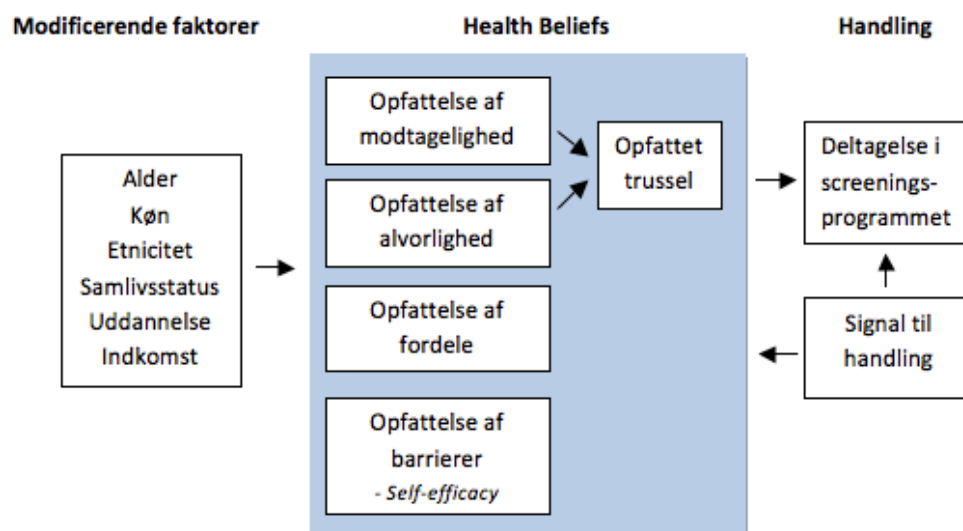
Opfattelsen af barrierer, *perceived barriers*, omhandler de potentielle negative aspekter, der kan blive en hindring med hensyn til at følge den anbefalede adfærd. Hos individet bliver de forventede fordele ubevidst vejret op imod forventede ulemper. På trods af erkendelse af at deltagelse i screeningsprogrammet vil være fordelagtigt, er det muligt, at der findes barrierer. Disse barrierer kan eksempelvis være opfattet ubehag ved testen, at testen er grænseoverskridende og overvejelser om tidsforbrug. Under opfattede barrierer hører også troen på egen evne til at gennemføre adfærden (self-efficacy). Hvis borgeren ikke tror på at han/hun har evnen til at gennemføre prøvetagningsproceduren, indsende den og herefter gennemgå en evt. koloskopi, kan dette afholde vedkommende fra at deltage. Self-efficacy har i nyere udgaver af HBM, været inkluderet som et særskilt komponent (91).

Signal til handling, *cue to action*, er en nødvendig komponent, hvis sundhedsadfærden hos individer skal ændres. Komponenten er en påvirkning, der kan "udløse" en handling. Komponenten kan være påvirket af indre faktorer, eksempelvis mavesmerter, blod i afføringen, eller ydre faktorer såsom cancer i familie eller netværk, sundhedskampagner eller invitationen til screeningsprogrammer. Det er afgørende for deltagelsen, at der forekommer signaler til handling (90).

5.3.3.2 Modifieret Health belief model

HBM blev i dette speciale, anvendt til at analysere hvilke elementer der kunne øge deltagelsen, og mindske ulighed i deltagelse i screeningsprogrammet. I nedenstående figur 11 ses den anvendte HBM. Modellen blev udformet af specialegruppen med inspiration fra modellen præsenteret i bogen "Health behavior and health education" (91).

Fig. 11: *Modificeret Health Belief Model*



Figur Inspireret af Champion og Skinner, *The Health Belief Model* (91).

De sociodemografiske karakteristika alder, køn, etnicitet, samlivsstatus, uddannelse og indkomst indgår som modificerende faktorer i modellen. Disse faktorer formodes at kunne påvirke individers health beliefs. I den modificerede HBM består den opfattede trussel af både opfattet modtagelighed og alvorlighed. Derudover er health beliefs også indbefattet af opfattede fordele og opfattede barrierer, herunder self-efficacy. Disse komponenter kan påvirkes af signaler til handling. Signaler til handling kan yderligere føre til handling, hvis individets health beliefs tillader det. Fortolkning af respondenternes udsagn ved HBM fremgår af nedenstående afsnit.

5.3.3.3 Fortolkning ved health belief model

Ved fortolkning af resultaterne med HBM bliver det muligt at komme med bud på, hvorfor individer i målgruppen deltager eller ikke deltager i screeningen. Det bliver fortolket hvordan de modificerende faktorer kan påvirke health beliefs og hvordan disse, sammen med signaler til handling, kan påvirke handlingen at deltage.

5.3.3.3.1 Opfattet trussel

Ifølge HBM skal de inviterede opfatte kolorektal cancer som en trussel, for at sundhedsadfærden påvirkes. Idet samtlige respondenter har valgt at deltage i screeningsprogrammet, har de således både en opfattelse af, at de er modtagelige overfor kolorektal cancer, samt at der er en grad af alvorlighed forbundet hermed. Det er muligt, at borgere der ikke har deltaget i programmet, har manglende tro på, at de er i risiko for at få kolorektal cancer, eller at de ikke anser sygdommen som alvorlig.

Respondenterne deltager, fordi de føler, at de potentielt er modtagelige overfor sygdommen. Dog vælger flere at udsætte tankerne om en fremtid med cancer, indtil det er en realitet (jf. afsnit

5.3.2.6). De er således bekendte med truslen, men vil ikke lade det påvirke dem. Der gives udtryk for, at sygdommen vil kunne påvirke eget og familiens fremtidige liv i en grad, der gør, at de valgte at deltage, jf. afsnit 5.3.2.6. Af respondenternes udsagn fremgår således, at cancer er en trussel mod egen og familiens livskvalitet. Det er dermed muligt, at individer med familie, såsom samlever og børn, muligvis føler større trussel.

Når respondenterne modtager invitationsmaterialet til screeningsprogrammet, gøres de opmærksom på risikoen for at få kolorektal cancer (jf. afsnit 5.3.2.6). Dette er et udtryk for den opfattede modtagelighed, idet de bliver bevidste om, at risikoen for kolorektal cancer stiger med alderen. En trusselsopfattelse kræver, ifølge HBM, både opfattet modtagelighed og alvorlighedsgrad. Opfattelse af øget modtagelighed med alderen, vil ikke i sig selv være nok til at respondenterne opfatter det som en trussel, og dermed er det ikke selvsagt at det påvirker deres sundhedsadfærd.

Af analysen fremgik, at livsstil, omgangskreds, alder, køn og uddannelse samt samlivsstatus og familie kan være associeret med risikotanker. Betydningen af disse komponenter i forhold til den opfattede trussel fortolkes nedenfor.

Køn og uddannelse

Respondenterne har alle, uanset køn og alder, valgt at deltage i screeningsprogrammet. Årsager hertil er forskellige. Respondenterne med erhvervsuddannelse og kort videregående uddannelse taler i højere grad om livsstilsfaktorer end andre, mens kvinderne med henholdsvis mellemlang og lang videregående uddannelse (K50 og k51) er mere præget af deres faglige virke, som er af sundhedsmæssig karakter, hvorigennem de er blevet gjort opmærksomme på deres modtagelighed og screeningsprogrammet generelt. Derudover fremgår flere udtalelser om mænd og deres formodede holdning til screening og sundhed generelt. Disse formodninger kan ikke bekræftes, idet samtlige mænd inkluderet i delundersøgelsen, har valgt at deltage. Det er derfor uvist om mænds formodede fravælgelse af screeningsprogrammet, kan relateres til manglende opfattelse af modtagelighed overfor sygdommen. Mændene ytrer at de føler sig i øget risiko, jf. afsnit 5.3.2.6, og dermed har en opfattet trussel. Det er dog muligt, at dette ikke i sig selv fører til deltagelse, hvis de opfattede barrierer er for store.

Livsstil

M51 og M56 nævner, jf. afsnit 5.3.2.6, konsekvenser af unges livsstil. På trods af at M51 nævner, at han ikke er bekymret for prøvesvaret, er han opmærksom på, at livsstil kan have betydning for udfaldet af prøven. Det er derfor muligt, at invitationen til screeningsprogrammet ubevidst har fået de inviterede til at reflektere over nuværende eller tidligere livsstils motions-, ryge- og alkoholvaner, og den dertil knyttede risiko. Dette kan være medvirkende årsag til holdningen om,

at man *bør* deltage, idet det anerkendes, at man er modtagelig overfor sygdommen (jf. afsnit 5.3.2.6). Om deltagelse i screeningsprogrammet kan relateres direkte til tanker om uhensigtsmæssig livsstil tidligere i livet er dog uvist. M56 nævner, at han tidligere har drukket og røget (L432), hvilket kan have påvirket den opfattede trussel. M52, K50 og K51 nævner dog, at de på trods af en sund livsstil, har valgt at deltage. Dette kan tolkes som en sundhedsadfærd, hvor der ønskes at bibeholde et sundt og sygdomsfrit liv. Det er muligt at kolorektal cancer er en trussel mod opfattelsen af en sund livsstil, hvorfor respondenterne vælger at deltage.

Omgangskredsens betydning

Af analysen fremgik en opfattelse af at man ikke er syg, fordi man deltager i screeningsprogrammet. Der sættes dermed ikke lighedstegn mellem deltagelse og sygdom (afsnit 5.3.2.5 og afsnit 5.3.2.6). Fælles for K50, K59, M56 og K51 er, at de alle har oplevet cancer, eller anden alvorlig sygdom i deres nære familie eller omgangskreds, hvilket har påvirket deres opfattelse af modtagelighed (Jf. afsnit 5.3.2.6). Når respondenterne fortæller, at beslutningen var taget på forhånd (jf. afsnit 5.3.2.2), kan det være et udtryk for, at sygdom i omgangskredsen, kan have gjort dem bevidste om egen modtagelighed og alvorlighedsgraden af kolorektal cancer. Det er derfor muligt, at sygdom i familie og omgangskreds kan have indvirkning ift. deltagelse i screeningsprogrammet, da opfattelsen af trussel stiger. Det tyder på, at oplevelser og erfaringer fra omgangskredsen kan påvirke den opfattede trussel i højere grad end holdninger og meninger i omgangskredsen.

Samlivsstatus og familie

Med udgangspunkt i respondenternes udsagn, kan det tolkes, at de føler de har meget på spil, hvorfor tanker om risiko for at få cancer medvirker til deltagelse. Af afsnit 5.3.2.6 fremgår, at deltagelse er påvirket af tanker vedr. familielivet og ønsket om at være der for sin familie og børn så længe som muligt. Samtlige respondenter enten er eller har været i parforhold. Derudover har samtlige respondenter børn. Det er således muligt, at dette kan have betydning for deltagelse, og derfor også muligt at personer uden ægtefælle, børn, nære venner eller bekendte, deltager i mindre grad, fordi de ikke føler sig forpligtede overfor andre. Flere har oplevet familie eller omgangskreds med cancer og død relateret hertil, og ønsker ikke at udsætte egen familie for det samme. Sygdommen er altså også en trussel for familien, og truslen kan derfor føles større for individer med familie og netværk end for enlige.

Det fremgår at kvinderne i parforhold bekymrer sig om deres mænd, og deres manglende deltagelse jf. afsnit 5.3.2.7. Derfor er der en mulig opbakning at finde i relationen mellem samlevende, idet kvinderne føler ansvar for mændene. En sådan støtte fra samlever, vil muligvis kunne øge samleverens opfattede trussel. At kvinderne bekymrer sig om mændene, vil

angiveligvis kunne påvirke mændenes tilbøjelighed til deltagelse, og mændene vil muligvis føle et ansvar for deres samlever.

5.3.3.3.2 Opfattede fordele

Ifølge HBM skal fordelene ved en handling være tydelige for deltageren. Opdagelsen af en eventuel kræftsygdom angives som hovedformålet med screeningen. Dette kan ifølge HBM anskues som den opfattede fordel der følger ved deltagelse i programmet. Analysen viste dog, at deltagerne også opfatter den tidlige opsporing som en fordel, grundet bedre chance for helbredelse og overlevelse (jf. afsnit 5.3.2.6). Screeningen betegnes som forebyggende, da der ved deltagelse i programmet, kan findes tegn på forstadier til cancer. K59 og K61 er bevidste om, at screeningsprogrammet er til fordel for både individ og samfund jf. afsnit 5.3.2.3. Ved indførsel af screeningsprogrammer, er det gældende, at det skal have positive konsekvenser for både samfund og deltagere (93). Af analysen fremgik mulige fordele indenfor emnerne helbredelse og hverdagsliv.

Muligheden for helbredelse

Hvis opdagelse af sygdom, som følge af deltagelse i screeningsprogrammet, ikke leder til helbredelse af sygdommen kan det, ifølge K51 og M51, være en barriere (jf. afsnit 5.3.2.2). Et krav til screeningsprogrammer er dog, at de skal være rettet mod en sygdom, for hvilken der findes en virksom behandling (93). Kravet er ikke nødvendigvis almen viden i befolkningen. Individer der ikke kender til kravet, kender dermed muligvis heller ikke til de fordele, der følger med screening. En fordel ved den tidligere opsporing er således muligheden for helbredelse samt en forlængelse af livet. I den forbindelse kan børn være en motiverende faktor, ligesom en samlever kan være det (jf. afsnit 5.3.2.7). Ansvarsfølelsen overfor familien, kan blive en opfattet fordel. Man opnår fordele for sig selv og også for dem, man føler ansvar for. Disse fordele kan muligvis være større, hvis man har flere nære relationer. At forlænge sit liv kan betyde, at man oplever vigtige begivenheder i børn eller børnebørns liv. Dette vil ikke være en motiverende faktor for individer uden familie. Derudover mindskes risikoen for reduceret livskvalitet, komplikationer og symptomer som følge af sygdommen.

Hverdagsliv

Respondenterne har gjort sig tanker om familieliv, hverdagsliv og levetid samt kvaliteten af disse. Hvis disse aspekter kan forbedres, eller som minimum ikke forværres, opfattes det som en fordel ved screeningsprogrammet. Af analysen fremgår, at deltagelse i screeningsprogrammet, i nogen grad relaterer sig til tanker vedr. familieliv, idet screening opfattes som en måde at bibeholde kvaliteten af dette. Bibeholdelse af kvaliteten af familieliv kan, ifølge Wackerhausen, opfattes som et ægte mål, der øger chancerne for deltagelse. Individer, for hvem et fremtidigt familieliv ikke er et ægte mål, kan derfor have andre mål, der skal eksistere for at de vil deltage. Samtlige

respondenter i dette speciale havde familie i form af samlever eller børn. I specialet er det derfor ikke undersøgt, hvilke mål der er afgørende for personer uden nær familie.

5.3.3.3.3 Opfattede barrierer

Af analysen fremgår mulige barrierer. Idet samtlige respondenter har valgt at deltage, tolkes det, at respondenterne ikke har anskuet potentielle barrierer ved screeningen som uoverskuelige. Alligevel fremgår flere potentielle barrierer fra analysen, herunder udformning af invitationsmaterialet, risiko for komplikationer samt udfordringer i forhold til prøvetagning og forsendelse af prøven.

Invitationsmaterialet

Det nævnes af respondenterne, at sværhedsgraden af indholdet i invitationsmaterialet, kan blive for høj, hvilket kan blive en barriere, jf. afsnit 5.3.2.5. Respondenternes udtalelser vedrørende sværhedsgraden i brevet og pjecen er positive, idet sproget omtales som letlæseligt. Vejledningen medvirker til at nedbringe barrierer i forhold til prøvetagningen, idet respondenterne beskriver hvordan den giver overblik over situationen (jf. afsnit 5.3.2.5). Vejledningen opfattes som simpel. Det nævnes som særligt vigtigt, at borgeren føler sig i stand til at forstå informationerne i materialet. Hvis borgeren ikke føler sig i stand til at forstå vejledningen, og dermed ikke føler sig i stand til at udføre prøvetagningen korrekt, kan borgerens self-efficacy blive en barriere der forhindrer deltagelse. En udførlig og letlæselig vejledning, kan derimod medføre, at både borgere med høj self-efficacy og borgere med lav self-efficacy har tiltro til, at de kan gennemføre prøvetagningen korrekt. Dermed er en mulig barriere mindsket, da vejledningen til prøvetagningen omtales positivt og overskuelig.

En måde at undgå at borgere med lav self-efficacy fravælger screeningsprogrammet, er at tilstræbe at materialet udformes med udgangspunkt i viden om health literacy, hvorved materialet gøres tilgængeligt for samtlige modtagere. Omfanget af materialet er også en mulig barriere. Af analysen fremgår, at respondenterne fokuserer på vejledningen og informationsbrevet, mens pjecen i mindre grad anvendes. Respondenterne har dermed ikke anvendt det samlede beslutningsværktøj som beslutningsgrundlag (jf. afsnit 5.3.2.2). Det tyder på at barrierer i forbindelse med screeningen, for disse respondenter, primært relaterer sig til bekymringer og tanker om korrekt prøvetagning. Af dette tolkes at barriererne primært relaterer sig til hvordan prøvetagningen skal udføres, og ikke hvorfor. Det er derfor muligt, at informationen i pjecen omkring risici forbundet med screening, kan have været en barriere for personer der har læst pjecen. Dette kan være en årsag til, hvorfor disse borgere ikke deltager. Placering af information i brev, pjece og vejledning er derved ikke uden betydning, idet der er borgere som ikke gennemgår det samlede beslutningsværktøj.

Risiko for komplikationer

K59 nævner, at idet der ikke skal noget indvortes, opleves det risikofrit at deltage. Prøvetagningen nedbringer dermed barrierer ved mere invasive metoder, såsom koloskopi og blodprøvetagning. Falsk positivt prøvesvar og unødigt koloskopi, med dertilhørende risici, vil derfor være mulige barrierer. K50 nævner, at risikoen for unødigt koloskopi, ikke er en barriere for deltagelse i den indledende undersøgelse (jf. resultatafsnit 5.3.2.6). Konsekvenserne ved en positiv fæcesprøve ift. koloskopi, bliver dog ikke nævnt af de resterende respondenter. Risikoen for falsk positivt prøvesvar, og unødigt koloskopiundersøgelse, lader derfor ikke til at være en del af deres bekymringer. Information om koloskopien findes i den oprindelige pjece, men er nedtonet i den nye, hvorved det er blevet mindre tydeligt, hvilket omfang dette indgreb har. Selvom en respondent nævner, at det er en fordel, at indledende prøve ikke er invasiv, vil andet trin i screeningsundersøgelsen i høj grad være det. Derfor er det muligt, at der ved opfølgende undersøgelse i højere grad vil være opfattede barrierer.

Det er muligt at borgere, der vælger ikke at deltage, kan være personer der har forstået, at der følger en koloskopi, hvis prøvesvaret er positivt. I den sammenhæng er det muligt at personer med høj health literacy, i højere grad har læst og forstået invitationsmaterialet, og på baggrund af dette, bevidst har fravalgt deltagelse i indledende prøve. Respondent K50 fortæller, at hendes overbevisning var, at den opfølgende prøve var en gentagelse af afføringsprøven (jf. afsnit 5.3.2.4). Denne respondent har dermed ikke den samlede screeningsproces med i sine overvejelser, inden hun deltager. Dette betyder at mulige barrierer forbundet med koloskopi, ikke vil påvirke hendes beslutning. Om dette er gældende for flere af respondenterne er uvist, men hvis borgerne ikke er klar over hvad undersøgelsen indebærer, kan det blive problematisk. Dette fordi opsporing og behandling af sygdommen forudsættes af, at man har deltaget i opfølgende koloskopiundersøgelse.

K51 og M52 nævner, at de ikke kender nogen der har haft negative oplevelser med screeningen. De inviterede, som ikke har deltaget, kan have hørt om negative oplevelser ved screeningsprogrammet, såsom komplikationer eller ubehag ved koloskopi. Denne viden kan skabe barrierer i form af frygt for ubehag. Andres erfaringer med koloskopi kan også oplyse og gøre de inviterede opmærksomme på denne del af screeningen.

Prøvetagningsproceduren

Udfordringer med opsamlingspapiret, prøvetagningspinden og klistermærket nævnes af respondenterne (jf. afsnit 5.3.2.4). Disse kan være mulige barrierer, der kan få borgeren til at opgive, idet ansvaret for prøvetagningsproceduren og forsendelsen pålægges borgeren. Prøvetagningen kan være en barriere i sig selv, idet den kan opleves som grænseoverskridende. Det er muligt at denne barriere er reduceret, fordi kittet sendes til borgerens hjem og foretages i

vante omgivelser. Dermed reduceres risikoen for, at denne barriere resulterer i et fravalg af screening, som ved andre screeningsprogrammer, hvor borgeren skal møde op hos egen læge eller på hospitalet. Yderligere kan det at prøven foretages i hjemmet, og beskrives som overskuelig, medvirke til at individer med lav grad af opfattet trussel eller fordele deltager, da barriererne i forbindelse med prøvetagning er begrænsede.

M50 nævner, at hvis prøvetagningspinden ikke er perfekt til formålet, kan der opstå tvivl om, hvorvidt prøven er anvendelig. Dette kan blive en barriere, hvis borgerne tror, at prøvekitet ikke virker, og prøvetagningen derfor er forgæves. Flere respondenter er opmærksomme på, at det skal gøres rigtigt første gang. Individer der foretager fejl i prøvetagningen, kan muligvis opgive, og ikke benytte sig af muligheden for at modtage et nyt prøvekit. Derfor kan der være en barriere for inviterede der har udfordringer ved prøvetagningsproceduren. Usikkerhed ift. hvordan prøvetagningen skal udføres, kan skabe tvivl om prøvesvarets resultat, og mistillid til screeningsprogrammets effektivitet.

Forældreskab

Samtlige respondenter havde børn. Det er derfor muligt, at det at have børn har en modificerende effekt. Borgerne med børn kan have en højere tolerance i forhold til at håndtere afføring, hvilket er en modificerende faktor. Borgere der har børn, har sandsynligvis udført bleskift, og derfor håndteret deres børns afføring. Dette kan muligvis have betydning for, at de i højere grad deltager i screeningsprogrammet, fordi det ikke er grænseoverskridende for dem at udføre prøvetagningen. Forældre kan muligvis, via disse erfaringer, have en højere self-efficacy, hvor håndteringen af fæces bliver en mindre barriere for dem.

Forsendelse af prøven

Returnering af prøven ved aflevering i postkassen giver anledning til overvejelser. Dette særligt for borgere boende på landet, hvor postkasser ikke tømmes dagligt, og hvor der kan være langt til nærmeste postkasse. I den forbindelse nævnes, at personer der bor på landet er vant til at anvende bil, hvorfor det ikke opfattes som en udfordring at skulle aflevere prøven i en postkasse (jf. afsnit 5.3.2.4). I den kontekst er det muligt, at borgere der bor på landet, uden samtidigt at eje bil, kan være særligt udsatte i forhold til ikke at deltage. Af analysen fremgår, at samtlige respondenter har valgt at deltage, hvorfor forsendelsen ikke har været en uoverskuelig barriere for dem. Det er uvist om netop returnering af prøven, er en barriere for personer der ikke deltager, fordi de har fundet det besværligt eller unaturligt at sende en prøve af deres fæces med posten.

5.3.3.3.4 Signaler til handling

Borgernes beslutning om deltagelse i screeningsprogrammet, kan teoretisk, være påvirket af antallet og karakteren af de signaler til handling de modtager. Alle de erfaringer og oplevelser et individ har haft, der relaterer sig til sundhedsadfærden, kan være signaler til handling og påvirke individets health beliefs. I denne forbindelse viste resultater fra analysen at medier og nære relationer kan give signaler til handling. Nogle respondenter kendte til screeningsprogrammet inden modtagelse af invitationsmaterialet og havde på den måde modtaget signaler til handling på forhånd.

Medierne

Modtagelse af invitation til screeningsprogrammet kan, anskuet igennem HBM, virke som et signal til respondenterne. De fleste respondenter har truffet beslutning om deltagelse inden de modtog invitationen (jf. afsnit 5.3.2.2), hvilket kan tolkes som, at der tidligere har været signaler til handling. Der kan eksempelvis være bekendte der har modtaget invitationsmaterialet, de kan have hørt det omtalt i medierne, eller talt om det med egen læge. I den forbindelse kan mediedækning og presse være vigtigt. M66 fortæller, at hvis ikke screening var en god ide, så havde han nok hørt om det i medierne (jf. afsnit 5.3.2.7). Dermed kan mediedækning give signaler til handling. Signaler til handling er ikke nødvendigvis signaler til deltagelse. Mediernes tavshed kan tolkes som et kvalitetsstempel og dermed muligvis give signal til deltagelse, hvor kritik i medierne muligvis kan give signal til fravalg af screening. Handlingen bliver på den måde en aktiv adfærd, relateret til screeningsprogrammet.

K59 forklarer, at hendes deltagelse, har gjort, at hun lægger mærke til, når screeningen eller kolorektal cancer omtales i medierne (jf. afsnit 5.3.2.6). Invitationen til deltagelse kan således forstærke senere signaler til handling, da screeningen har en plads i bevidstheden, og derfor genkendes. Det er også muligt, at informationer om symptomer gør at borgeren lettere genkender disse, og dermed kan reagere fremover, hvor de tidligere havde ignoreret eller ikke bemærket det.

Nære relationer

Cancer i familien kan også tolkes som et signal til handling. Som beskrevet i afsnit 5.3.2.6 kan cancer i familien medføre øget risikofølelse i forhold til at få eller have sygdommen. Dette kan få borgere til at handle og på den måde deltage i screeningsprogrammet. Flere af respondenterne opstiller formodninger om, at mænd i højere grad afholder sig fra gå til lægen end kvinder (jf. afsnit 5.3.2.6). Hvis dette er sandt, skal mænd muligvis have flere eller stærkere signaler til handling. Derudover er det muligt, at invitationen kan få samlevende til at gøre hinanden opmærksomme på undersøgelsen. Derved skabes flere signaler til handling for samlevende borgere, idet de både påmindes når de selv modtager invitation eller påmindelse, samt når

samleveren modtager disse. Enlige modtager kun signaler til handling når invitationen modtages. Det er dog muligt, at der findes ikke-deltagende par, som bekræfter hinanden i, at det rette valg er at fravælge deltagelse.

Viden og erfaringer, opnået inden modtagelse af invitationen, synes at have afgørende betydning for den selvfølge respondenterne angiver, deltagelse er (jf. afsnit 5.3.2.2). Dette tyder på, at screeningsprogrammet kan styrkes ved at skabe signaler til handling for modtagergruppen, allerede inden de modtager invitationen. Respondenterne udtrykte også behov for mere overbliksskabende information om screeningsprogrammets opbygning og fremtidige forløb, såsom information om, hvornår de inviteres igen. Altså om de fremover vil modtage nye signaler til handling, eller om de selv skal huske hvornår de skal handle.

5.4 Udviklingstiltag

Med analyse- og fortolkningsintegration af de tre delundersøgelers resultater, fremanalyseres udviklingstiltag der har til formål at øge deltagelsen og mindske ulighed i deltagelse i screeningsprogrammet. De udformede tiltag, sammen med resultater fra den efterfølgende forandringsanalyse, er tænkt som beslutningsgrundlag for screeningsprogrammet i Region Nordjylland.

Fund fra videnskabelige studier og dette speciales statistiske analyser, resulterede i en udvalgt målgruppe for interventionen, idet de viste, at enlige har øget risiko for ikke at deltage i screeningsprogrammet sammenlignet med samlevende personer (33,38,94). Dermed er målgruppen for udviklingstiltagene enlige borgere i Region Nordjylland.

Resultater fundet ved dokumentanalyse, interviews og videnskabelige studier ligger til grund for udformningen af udviklingstiltagene. Analyse af interview viste, at der var manglende refleksion inden deltagelse, hvorfor der ses potentiale for udvikling med fokus på dette. Ved fortolkning af interviews ved HBM, fandtes at flere og tidlige signaler til handling kan være fordelagtigt. Dokumentanalysens fortolkning viste, at en ændring af invitationsbrevet var nødvendigt, hvilket fund fra de semistrukturerede interviews også indikerede.

Med udgangspunkt i fund fra de tre delundersøgelser, fandtes en række elementer, som er inkluderet i udviklingstiltagene; lav grad af refleksion, flere signaler til handling til enlige samt en ændring af invitationsmaterialet.

5.4.1 Lav grad af refleksion

Ifølge HBM kan deltagelse i screeningsprogrammet afhænge af, om de inviterede opfatter det som fordelagtigt at deltage. De inviterede skal opfatte kolorektal cancer som en trussel, og opfattede barrierer må ikke overstige fordelene. Ved fortolkningen af interview udledtes, at deltagerne havde en lav grad af refleksion forud for beslutningen om deltagelse, jf. afsnit 5.3.2.2. Respondenterne reflekterer ikke over, om de vil deltage eller ej, idet de havde besluttet, at de ville deltage, da de modtog invitationen. Dermed har respondenternes opfattede barrierer, trusler og fordele allerede været fastsatte inden de læste materialet, og invitationsmaterialet har ikke ændret disse.

Ifølge Wackerhausen kan refleksion over beslutningen medføre, at deltagelse bliver et ægte mål for de inviterede. Refleksionen kan gøre mål ægte for individet, da ægte mål skal komme indefra, jf. afsnit 2.3. Hvis personer der ikke deltager i screeningsprogrammet, på samme måde som deltagerne, ikke reflekterer, kan det betragtes som en udfordring, idet disse ikke kan påvirkes gennem invitationsmaterialet. En informeret beslutningstagen vil være forudsat af, at borgerne har de informationer som det kræves, hvilket kan erhverves igennem invitationsmaterialet. Dette betyder, at borgerne tager stilling efter at have forholdt sig til information om screeningen. For borgere der ikke har erhvervet sig information om screening andre steder fra, vil en reel informeret beslutningstagen kræve, at borgerne tager stilling ved at reflektere over invitationsmaterialets indhold og budskab.

5.4.2 Flere signaler til handling for enlige

Den statistiske analyse viste, at enlige borgere var i øget risiko for ikke at deltage, sammenlignet med samlevende. I fortolkning af interviews udledes, i afsnit 5.3.3.4.3, at borgerne potentielt ændrer sundhedsadfærd ved at modtage flere signaler til handling. Der formodes at enlige får færre signaler til handling end samlevende, idet samlevende påvirkes, både når de selv modtager invitationsmaterialet, samt når partner gør. Derudover kan en partner også give signaler til handling. Dette vurderes at kunne være én af årsagerne til, at risikoen for ikke at deltage er større for enlige end for samlevende.

5.4.3 Ændring af invitationsmaterialet

På baggrund af resultaterne fra interviews og dokumentanalyse, vurderes det, at en ændring af invitationsmaterialet kan være fordelagtigt, idet både borgere med høj health literacy og borgere med lav health literacy skal kunne drage nytte af tiltagene. Respondenterne havde konkrete forslag til forbedringer af invitationsmaterialet, eller udfordringer relateret til manglende information, jf. resultatafsnit 5.3.2.4. Disse forslag tages i betragtning i specialets udviklingstiltag. Flere respondenter havde ikke forholdt sig til det samlede invitationsmateriale. Det udsendte invitationsmateriale er derfor ikke anvendt som beslutningsværktøj. Placering af information i

dokumenterne kan have betydning for, om borgeren læser, og dermed modtager informationen. En omfordeling af information fra pjece til invitationsbrev kan medvirke til, at borgere i højere grad anvender viden der skal til, for at træffe en informeret beslutning. Det vurderes, at en ændring i invitationsmaterialet, med udgangspunkt i deltagernes ønsker og udsagn, vil være fordelagtigt, idet det potentielt kan at øge deltagelsen i screeningsprogrammet.

5.4.4 Udviklingstiltagene

Med udgangspunkt i ovenstående analyse udspringer fire udviklingstiltag, der har til formål at øge deltagelsen for enlige, og dermed mindske ulighed i deltagelse i screeningsprogrammet.

Tiltag 1: Udsendelse af forhåndsmeddelelse.

Tiltag 2: Geografisk opdelte invitationsområder.

Tiltag 3: Samtale med egen læge.

Tiltag 4: Nyt revideret invitationsbrev.

5.4.4.1 Tiltag 1 - Forhåndsmeddelelse

For at skabe flere signaler til handling for enlige, samt øge refleksion og stillingtagen til screeningsprogrammet, foreslås det, at der udsendes en forhåndsmeddelelse. Formålet med denne er at påvirke og øge refleksionen hos borgerne, allerede inden de modtager invitationsmateriale. Studier viser, at udsendelse af forhåndsmeddelelse har øget effekt på deltagelse (41,95,96) Det anbefales, at forhåndsmeddelelsen udsendes 2-3 uger forud for invitationsmaterialet (41,95). Dermed er borgeren forberedt på at modtage en screeningsinvitationen senere. Denne del af tiltaget fungerer som et signal til at opnå øget refleksion over valg eller fravalg af deltagelse, idet der opstår vished om screeningen, inden selve prøvetagningskittet sendes. Udover at udsendelse af en forhåndsmeddelelse kan øge opmærksomheden på screeningsprogrammet, har det samtidigt lave omkostninger (95).

Resultaterne fra interviews viste, at der var et ønske om en specifik plan med et overblik over, hvordan og hvornår screeningen forløber. Derudover var der et ønske om tydeligere kontaktoplysninger, så den inviterede havde mulighed for personligt at stille spørgsmål (jf. afsnit 5.3.2.4 og afsnit 5.3.2.5). Disse skal derved fremgå tydeligt af forhåndsmeddelelsen, som det fremgår af det udarbejdede brev (figur 12).

Fig. 12: Forhåndsmeddelelse – udviklingstiltag 1

**REGION NORDJYLLAND**
– i gode hænder

Tarmkræftscreeningssekretariatet
Postnummer, By,
Tlf: xxxx xxxx
E-Mail: kontakt@spørgsmål.dk
Web: www.tarmkræft.dk

FOR INFORMATION IN ENGLISH: PLEASE GO TO
www.tarmkræft.dk/english

Borger Inviteret
Borgervej 1
0000, By

01.01.2000
Aalborg

Kære Borger Inviteret

Alle der er 50-74 år, modtager dette forhåndsbrev til en landsdækkende undersøgelse for tarmkræft. Om ca. 14 dage får du en invitation og et prøvetagningssæt med posten. Prøvetagningssættet skal bruges til at tage en afføringsprøve, som skal sendes i en frankeret svarkonvolut. Prøven sendes til analyse i et laboratorium. Prøven viser, om der er usynligt blod i din afføring. Hvis der er usynligt blod i prøven, vil du blive indkaldt til en undersøgelse af tarmen på hospitalet. Denne undersøgelse kan finde tegn på sygdom.

Usynligt blod i afføringen kan dog forekomme af andre årsager end kræft. Du er derfor ikke nødvendigvis syg, hvis din prøve er positiv. Så blodet giver kun anledning til yderligere undersøgelse i første omgang. Tidlig opdagelse af kræft, er dog vigtigt for at blive hurtigt rask, hvis du er syg.

Vi anbefaler at du går ind på vores hjemmeside: sst.dk/tarmkræftscreening, og tænker over, om du vil indsende prøven. Vi anbefaler også at du taler med din omgangskreds om det.

Nederst på siden fremgår en oversigt over undersøgelsen.

Mere information kan findes på.
Derudover er du velkommen til at ringe til os på tlf. xx xx xx xx.
Telefonerne er åbne fra 09.00-14.00 alle hverdage.

Med venlig hilsen

Tarmkræftscreeningssekretariatet, Region Nordjylland
Tlf: xxxx xxxx

PLAN FOR DIT FORLØB I SCREENINGSPROGRAMMET	
Tidspunkt	Hændelse
I dag	Du varsles om invitation
Indenfor 21 dage	Du modtager invitation og prøvekit
Når du er klar	Du sender prøve
Indenfor 10 dage	Du modtager prøvesvar

Positivt prøvesvar	Negativt prøvesvar
Du indkaldes til undersøgelse ved koloskopi indenfor 10 dage for at udrede, hvorfor prøven var positiv	Du inviteres ved næste screeningsrunde, senest i år 2020.

Ved at udsende en forhåndsmeddelelse 2-3 uger før selve invitationen, forventes det, at enliges sandsynlighed for deltagelse øges, idet forhåndsmeddelelsen er et ekstra signal til handling. Ved udsendelse af forhåndsmeddelelsen forud for selve invitationen, kan borgerens health beliefs påvirkes allerede inden modtagelse af invitationen. Dette gælder, hvis HBM forstås således, at alle borgerens tidligere erfaringer er med til at afgøre health beliefs ift. et givent fænomen.

Forhåndsmeddelelsen kan således være en måde at give borgeren kendskab til screeningen, inden den mulige handling udføres. Det betyder ikke, at meddelelsen nødvendigvis kan påvirke borgerens self-efficacy, men den kan være med til gøre borgeren bevidst om, hvad dennes holdning til screeningen er.

Dokumentanalysen viste, at der mangler henvisninger til materiale på engelsk, hvorfor dette skal oprettes. Af både forhåndsmeddelelsen og invitationsbrevet skal det fremgå, hvor denne information kan findes. Enlige individer der ikke læser dansk på tilstrækkeligt niveau, er muligvis endnu mere udsatte end samlevende, da de ikke har den nære kontakt at forstå materialet sammen med.

5.4.4.2 Tiltag 2- Geografisk opdelte invitationsområder

En strategi til at skabe øget kommunikation og refleksion over deltagelse i screeningsprogrammet er en ændring af invitationsstrategien. Dette fra at være baseret på fødselsmåned, til at udsende invitationsmaterialet til mindre geografiske områder fra hver af de fire koloskopiudførende enheder. Disse geografiske områder kan baseres på de tidligere anvendte kirkesogne eller de mindre kommuner fra før kommunalreformen i 2007. Formålet er, at skabe et lokalt fokus i de mere koncentrerede invitationsområder, ved at samtlige borgere i målgruppen modtager materialet samtidigt. Derved muliggøres øget kommunikation om emnet mellem borgerne, samt refleksion og stillingtagen. Ved øget kommunikation i lokalområderne kan mulige barrierer italesættes, og der kan gøres op med tanken om det mulige tabu. Derudover kan øget kommunikation medføre at opfattede barrierer, såsom prøvetagningsproceduren, tales igennem. Den opfattede trussel og de opfattede fordele vil muligvis blive drøftet med bekendte, hvilket forventes at kunne påvirke borgerens health beliefs. Dette kan være med til at skabe refleksion hos de inviterede.

Den lokale indsats kan endvidere øge interessen for at forholde sig til invitationsmaterialet, for at kunne følge med i, hvad der foregår i lokalsamfundet og derigennem skabe en informeret beslutningstagen. Ved en lokal indsats kan borgere i højere grad opleve at andre taler om emnet og tager stilling, hvilket kan inspirere til handling eller refleksion. I lignende tiltag har samtidig invitation af samlevende vist sig effektiv. Denne effekt var dog begrænset til kvinder (33). Ved at invitere borgere i mindre geografiske områder samtidigt, er en tilsvarende effekt mulig, hvormed enlige vil kunne drage fordel af tiltaget. Dette forudsætter dog at effekten er afledt af signaler til handling og øget refleksion, og ikke af forhold der isolerer sig til samlevende. Samtidig kræves det, at borgerne bruger lokalområdet og mødes med medborgere heri.

5.4.4.3 Tiltag 3- Samtale med egen læge

Analysen af interviews viste, at flere respondenter ikke havde forholdt sig til pjecen, og at de i højere grad fokuserede på vejledningen. At læse udsendt invitationsmateriale, har vist sig at være associeret med deltagelse. Derudover øges sandsynligheden for deltagelse, hvis borgeren taler med egen læge (48). Hvor det for individer, der i forvejen ikke kommer til lægen, ofte kan være øget risikoen for ikke at deltage (97) kan anbefalinger, påmindelser og udlevering af prøvekit fra egen læge øge deltagelsen (98–102). Derfor foreslås det, at praktiserende læger skal være en aktiv del af screeningsprogrammet. Dette i form af oplysning om emnet, når borgere over 50 år konsulterer lægen i andre henseender. Dermed gives signal til handling til målgruppen inden de modtager forhåndsmeddelelse eller invitationsmateriale. Her vil lægen kunne tale med borgeren om fordele og ulemper ved deltagelse, samt understrege vigtigheden i refleksion forud for beslutningen. Derudover vil samtalen kunne nedbringe barrierer, ved afklaring af misforståelser om screeningen, og på den måde øge sandsynligheden for, at individet træffer en reflekteret og informeret beslutning (97–102).

5.4.4.4 Tiltag 4- Ny redigeret invitation

At have læst invitationsmateriale er associeret med deltagelse i kolorektal cancerscreening (48). Som nævnt anvendes pjecen i mindre grad, hvorfor information om fordele og ulemper ved deltagelse, går tabt. Det foreslås derfor at implementere et revideret invitationsbrev, hvor disse aspekter inkluderes. Brevet skal indeholde elementer som respondenterne efterspurgte og inddrage elementer fundet i dokumentanalysen. Brevet skal derfor indeholde en oversigt over screeningsforløbet. Der skal være tydelige kontaktoplysninger. Derudover skal brevet indeholde tydelig henvisning til, hvor der kan findes information på engelsk. I brevet skal der opfordres til refleksion, herunder opfordring til at tale med venner og familie. Ved at opfordre til at tale med andre om screeningen, er sigtet, at enlige i højere grad vil tage kontakt til andre, og derved øges deres chance for deltagelse. Hvis enlige ikke har relationer at kontakte, er der tydeligt angivet, hvordan screeningssekretariatet kan kontaktes.

Det foreslås, at brev og forhåndsmeddelelse bliver en del af det nye beslutningsværktøj. Disse skal favne bredt i befolkningen. Ved udarbejdelse af brevene er derfor medtænkt elementer fra begrebet health literacy, idet formålet er, at brevene skal være forståelige og lettilgængelige for samtlige borgere. Derudover tilstræbes i brevet korte sætninger og formuleringer samt letlæselig tekst. Nedenfor ses forslag til et revideret invitationsbrev (figur 13).

Fig. 13: Revideret invitationsbrev – udviklingstiltag 4



REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder

Tarmkræftscreeningssekretariatet
Postnummer, By,
Tlf: xxxx xxxx
E-Mail: kontakt@spørgsmål.dk
Web: www.tarmkræft.dk

FOR INFORMATION IN ENGLISH: PLEASE GO TO
www.tarmkræft.dk/english

Borger Inviteret
Borgervej 1
0000, By

Dato: 01.01.2000
Aalborg

Kære Borger Inviteret

Du inviteres til undersøgelse for tarmkræft. I dette invitationsbrev har du modtaget en pjece, en vejledning til prøvetagning, og et prøvetagningssæt.

Hvis du indsender afføringsprøven er det muligt at opdage blod i afføringen, som kan være tegn på tarmkræft. Der er dog mange, som har blod i afføringen, uden at have tarmkræft.

Hvis der findes blod i din afføring, vil du straks blive tilbudt yderligere undersøgelser af tarmen (koloskopi-undersøgelse). I tabellen herunder kan du se en oversigt over undersøgelsesforløbet.

Undersøgelsen er indført fordi, det er muligt at opdage tarmkræft.

Omvendt er der også negative konsekvenser, såsom:

- Unødigt bekymring hvis der findes blod i afføringen, som ikke skyldes tarmkræft.
- Risici forbundet med koloskopi-undersøgelsen.

I den medsendte pjece står der mere om negative og positive konsekvenser ved at deltage. Vi opfordrer dig til at læse pjecen grundigt, og at du tænker over om du vil indsende prøven. Vi håber også at du vil tale med din omgangskreds om det.

Hvis du i forvejen har tarmsygdomme, skal du tale med din læge inden du deltager.

Du kan aktivt framelde dig på screening.rn.dk, hvis du ikke vil deltage. Du vil derefter ikke modtage mere.

Med venlig hilsen

Tarmkræftscreeningssekretariatet, Region Nordjylland

Tlf: xxxx xxxx

PLAN FOR DIT FORLØB I SCREENINGSPROGRAMMET	
Tidspunkt	Hændelse
I dag	Du varsles om invitation
Indenfor 21 dage	Du modtager invitation og prøvekit
Når du er klar	Du sender prøve
Indenfor 10 dage	Du modtager prøvesvar




Positivt prøvesvar	Negativt prøvesvar
Du indkaldes til undersøgelse ved koloskopi indenfor 10 dage for at udrede, hvorfor prøven var positiv	Du inviteres ved næste screeningsrunde, senest i år 2020.

5.5 Forandringsanalyse

5.5.1 Leavitts systemmodel

I dette speciale blev udviklingstiltagene analyseret i et forandringsperspektiv. Ved anvendelse af Leavitts systemmodel analyseredes, hvilke konsekvenser implementering af de enkelte tiltag kan få for organisationen. En organisation kan forstås som:

"et socialt system som er bevidst konstrueret med det formål at løse særlige opgaver og realisere bestemte mål." (Citat: Jacobsen og Thorsvik s. 15 (103)).

I dette speciale blev organisationen defineret som det Regionale kolorektale cancerscreeningsprogram. Aspekter og påvirkninger ved implementering af tiltagene relateret hertil, blev analyseret ved hjælp af Leavitts systemmodel.

Leavitts systemmodel er et planlægningsværktøj ved organisationsændringer. I modellen indgår fire hovedelementer; *opgaver, aktører, teknologi og struktur*. Disse er interkorreleret, idet ingen af elementerne kan påvirkes, uden at det påvirker de øvrige elementer (104).

I systemmodellen refererer *opgaver* til de arbejdsopgaver der skal udføres, for at organisationen kan realisere sine mål (105). Screeningsprogrammets mål er at få befolkningen til at deltage (93), og derved øge befolkningens sundhedstilstand samt at højne oplysningsgraden om kolorektal cancer og screeningsprogrammet. Opgaverne omfatter eksempelvis udsendelse af invitationsmateriale samt prøvetagningskit, sekretariatsopgaver såsom besvarelse af telefoniske henvendelser, laboratorieanalyser af de indsendte afføringsprøver, arbejdsopgaver relateret til udførelse af koloskopi og udredning for kolorektal cancer. Ved implementering af udviklingstiltag 1-4, vurderedes hvilke ændrede arbejdsopgaver det vil medføre i organisationen. Dertil blev det vurderet, om de ændrede arbejdsopgaver bidrog til at opnå det ønskede mål (104). Udviklingstiltag 1-4 er allerede vurderet egnet, jf. afsnit 5.4.4, og derfor er denne vurdering mindre betydningsfuld. Opgaver i forbindelse med implementeringen af udviklingstiltagene eksisterer, fordi de formodes at være effektive. Efter implementering kan der dog opstå utilsigtede konsekvenser såsom øget antal komplikationer ved koloskopi. De utilsigtede konsekvenser kan medføre ændrede og ekstra arbejdsopgaver, der ikke er en forudsætning for implementeringen af udviklingstiltagene, men som skal udføres, for at disse kan blive succesfulde.

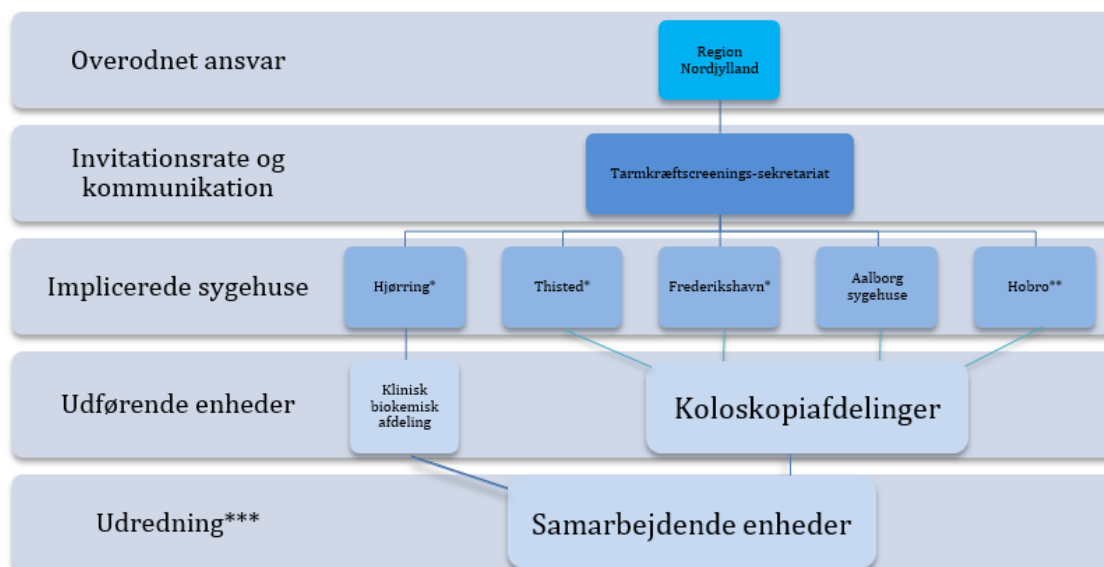
Aktørerne er medarbejdere, ansat i organisationen, som arbejder efter de rammer, strukturen angiver (105). I forbindelse med dette screeningsprogram er aktørerne således; Sundhedsstyrelsen og Regionen, herunder tarmkræftscreeningssekretariatet, samt ansatte på de regionshospitaler, hvor analyser af afføringsprøver, koloskopier og udredningen udføres. Tarmkræftscreeningssekretariatet har mulighed for at justere raten af udsendte invitationer i perioder med mange deltagere, for at de udførende enheder kan overholde tidsfrister. Derudover

er PostNord en aktør i dette screeningsprogram, idet de har ansvar for udsendelse af invitationsmateriale samt prøvekit. Dette foretages af PostNord Strålfors, som også varetager indhentning og aflevering af afføringsprøverne fra postkasse eller posthus til Regionshospitalerne (106). I afsnit 5.5.2 fremgår analyse af, hvilke aktører der berøres ved implementering af de udarbejdede udviklingstiltag, samt om der skal inddrages nye aktører.

Elementet *teknologi* er ifølge Leavitt, det der skal til, for at aktører og organisationen kan udføre deres opgaver. Teknologien omfatter maskiner, metoder og programmer, og alle de tekniske hjælpemidler der er til rådighed for medarbejderne i deres arbejde, eller som er til rådighed for at organisationen kan udføre sit arbejde. Teknologi omfatter også arbejdsprocesser og administrative procedurer som har relation til teknologien (104). Teknologi i screeningsprogrammet omfatter derfor udformning af invitation, vejledning samt prøvetagningskit. Analyseredskaber til analyse af afføringsprøven, indgår også under teknologien, foruden afdelinger med viden og udstyr til udførelse af koloskopi. E-Boks indgår også som teknologi, hvorfra prøvesvar, påmindelser og indkaldelser udsendes.

Strukturen opfattes som det mest stabile element i organisationen, og kan beskrives som de rammer organisationen fungerer i. Overordnet er enhver organisation kendetegnet ved en organisationsstruktur, som beskriver hvordan arbejdsopgaverne skal fordeles og koordineres i organisationen (103). I organisationer indgår både en formel og en uformel struktur. Den formelle struktur omfatter den formelt vedtagende arbejdsdeling (103). Den formelle organisationsstruktur er i dette screeningsprogram præget af en top-down styring, hvor standarder, formål og retningslinjer er udarbejdet øverst i organisationen (19). Den formelle struktur består øverst af politikere og Sundhedsstyrelsen. Herunder Regionen, herunder tarmkræftscreeningssekretariatet, og Regionshospitalerne. Længere nede i organiseringen består regionshospitalerne af en række afdelinger med både horisontal og vertikal struktur, idet samarbejde både sker på tværs af afdelinger og indenfor de involverede afdelinger (19). Organisationsstrukturen er illustreret i figur 14.

Fig. 14: Organisationsstruktur for det kolorektale screeningsprogram, Region Nordjylland

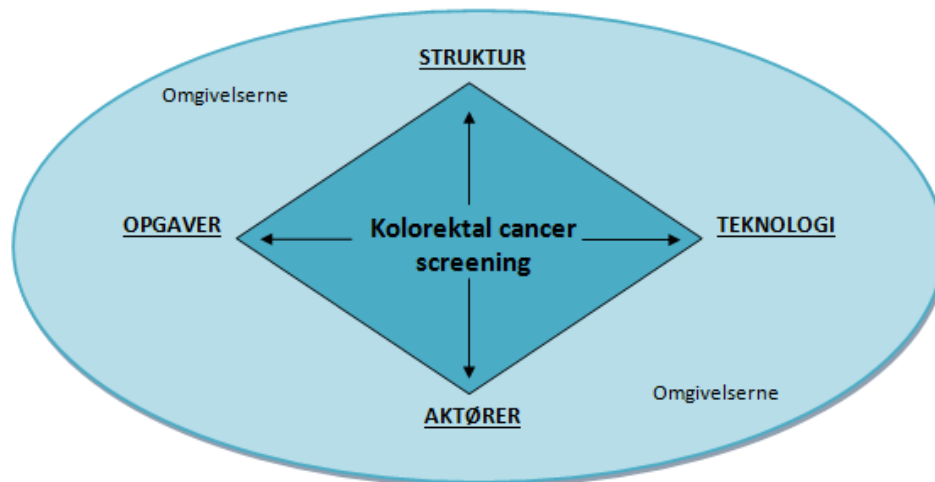


Hører under Regionshospitalet Nordjylland. **Hører under Aalborg universitetshospital. *Udredning ved samarbejdende enheder: Ved behov for diagnostisk udredning af en borger, er afdelingerne: klinisk biokemisk, patologisk, onkologisk, mave-tarm kirurgis*

Den uformelle struktur består af kulturen i en afdeling, samt måden hvorpå medarbejderne organiserer sig for at løse arbejdsopgaver (103). Ved implementering af udviklingstiltagene kan den uformelle struktur påvirkes.

Organisationsstrukturen har tre former for indvirkning på adfærden i organisationen; Specialisering, koordinering og stabilitet i adfærden (103). Ved specialisering forstås fordelingen af arbejdsopgaver der gør det muligt at specialisere sig indenfor enkelte aspekter ved screeningsprogrammet. Eksempelvis ved at enkelte afdelinger på hospitalet er specialiseret, og har kompetencer i, at analysere afføringsprøverne eller udføre koloskopi. Derudover er formålet med organisationer at koordinere flere menneskers adfærd med henblik på at løse opgaver og realisere mål, som enkeltindivider ikke ville kunne klare alene. Stabilitet i adfærden sikres af forudsigelighed og regelmæssighed i arbejdet. Denne kan derfor ændres ved nye arbejdsopgaver der følger ved indførelse af nye tiltag, idet de mere eller mindre faste arbejdsopgaver i en periode vil ændres, hvilket kan medføre uforudsigelighed for aktørerne (103). Mulige konsekvenser herved analyseres i afsnit 5.5.2.

Fig. 15: *Modificeret udgave af Leavitts systemmodel*



Inspireret af Seeman, Metodehåndbogen for medicinsk teknologivurdering (105).

Den oprindelige model med hovedelementerne; struktur, opgaver, aktører og teknologi er siden dens tilblivelse blevet kritiseret, idet den ikke medtænker omverdenens påvirkning på organisationen (105). Dette er et kritikpunkt, idet alle organisationer indgår i et samspil med deres omgivelser (103). Ved analyse af de udarbejdede udviklingstiltag i en forandringskontekst, inddrages en modificeret organisationsmodel i specialet, hvor også organisationens omgivelser er genstand for analyse, se figur 15. Omgivelser defineres her som:

"alle de forhold udenfor en organisation som kan have en potentiel indvirkning på organisationens effektivitet og legitimitet." (Citat: Jacobsen og Thorsvik s. 182 (103))

Omgivelserne omfatter alle aktører, grupper og organisationer, samt samfundsmæssige forhold såsom internationale tendenser, national politik og den økonomiske udvikling i samfundet. Organisationens omgivelser kan inddeles i tre niveauer; 1. domæne som er organisationens nære omgivelser, 2. de nationale forhold og 3. de internationale og globale forhold (103). Analyse af omgivelserne vil i dette speciale primært fokusere på de nære omgivelser. Derudover vil afledte omkostninger ved implementering af udviklingstiltagene blive analyseret og vurderet. Afledte omkostninger præsenteres i afsnit 5.5.2.5.

5.5.2 Implementering af udviklingstiltag

I dette afsnit fremgår forandringsanalysen ved implementering af udviklingstiltagene. Med udgangspunkt i Leavitts systemmodel fremanalyseres, hvilke elementer af screeningsprogrammet der påvirkes og ændres i forbindelse med implementering af udviklingstiltagene.

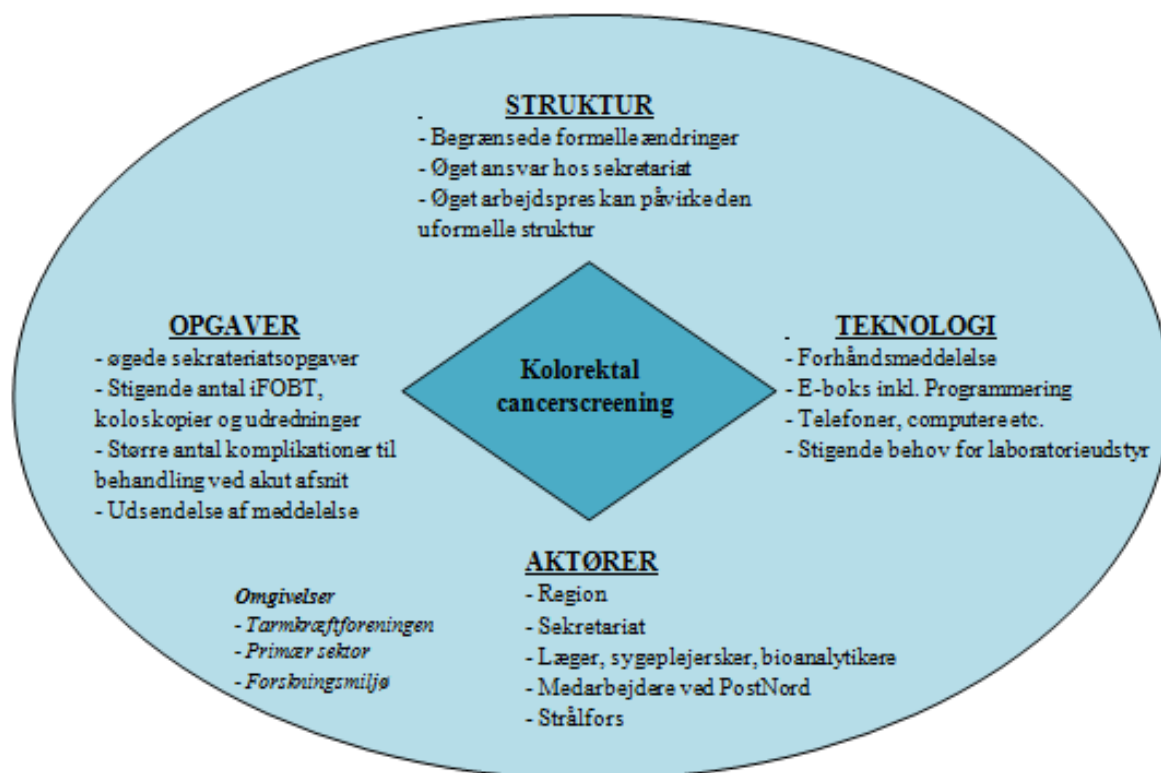
En implementering af nye tiltag forudsætter samtidig udarbejdelse af en plan for evaluering. Dette for at tydeliggøre effekten, tilsigtede- og utilsigtede konsekvenser for beslutningstagere. Beslutningstagere skal på baggrund af dette vurdere, om tiltaget fremtidigt skal prioriteres, eller om det skal ændres. Implementering af de udviklede tiltag, vil kunne evalueres ved procesevaluering, idet der er tale om en kompleks intervention med flere interagerende komponenter. Procesevaluering indebærer, at der opsættes proces- og effektmål samtidig med implementeringsplanlægningen af den komplekse intervention. Evalueringsmålene udarbejdes ud fra påvirkede elementer ved tiltaget, som skal implementeres (107). I specialet vil det derfor først kræve, at disse elementer identificeres, hvilket Leavitts systemmodel anvendes til. I specialet fremgår den efterfølgende planlægning af evaluering ikke, men de identificerede elementer kan alle gøres til genstand for evaluering.

De 5 elementer i Leavitts systemmodel er som nævnt interkorreleret, idet de alle indvirker på hinanden. I det følgende bliver elementerne analyseret for hver af de fire tiltag. Der er i projektet udarbejdet en uddybende analyse for udviklingstiltag 1, *forhåndsmeddelelse*, mens udviklingstiltag 2, 3 og 4 vil fremgå som kortere gennemgange af påvirkede elementer.

5.5.2.1 Udviklingstiltag 1 – Forhåndsmeddelelse

Målet med indførelsen af forhåndsmeddelelsen er en øget deltagelse, særligt blandt enlige. I det følgende beskrives hvilke påvirkninger og konsekvenser der forventes i screeningsprogrammet i Region Nordjylland ved indførelse af meddelelsen. Disse ses i nedenstående figur 16, og vil blive analyseret i dette afsnit.

Fig. 16: Leavitts systemmodel med skitsering af konsekvenserne ved implementering af udviklingstiltag 1, forhåndsmeddelelsen.



Teknologi: Implementering af udviklingstiltag 1 forudsættes af en udarbejdet forhåndsmeddelelse. Specialets kvalitative analyser fandt elementer, der bør inkluderes i dette. Elementerne, samt forslag til indhold og udseende, indgår i det konkrete forslag, figur 12, afsnit 5.4.4.1.

Ved indførelse af tiltaget forventes det, at flere borgere vil tage kontakt til screeningssekretariatet, hvilket kan bevirke øget behov for teknologi, såsom ekstra udstyr i form af telefoner og computerudstyr, jf. figur 16. Dette bidrager til afledte omkostninger. For samtlige udviklingstiltag gælder en række afledte omkostninger som følge af den potentielle stigning i deltagelse i screeningsprogrammet. Disse fremgår af afsnit 5.5.2.5. Postnord Strålfors udsender nuværende invitationsmateriale pr. brev. Dette er uændret ved implementering af den nye teknologi. Forhåndsmeddelelsen skal udsendes via e-Boks eller brev. Det forventes at omkostningerne ved udsendelse af forhåndsmeddelelsen vil være lav, idet der blot skal oprettes en afsendelse ved IAM (19).

Opgaver: Implementeringen af forhåndsmeddelelsen vil medføre en mulig øgning i arbejdsopgaver for screeningssekretariatet i form af telefoniske henvendelser, besvarelse af spørgsmål samt samtaler med borgerne. Dette fremgår af figur 16. Dette forventes, fordi den udarbejdede forhåndsmeddelelse indeholder mindre information end invitationsbrevet, og fordi

kontaktinformationer til sekretariatet er tydeliggjort. En mulig konsekvens af dette er, at den inviterede søger information, før vedkommende modtager invitationsmaterialet.

Som konsekvens af den potentielle stigning i deltagelse, der følger implementeringen, forventes også en stigning i arbejdsopgaver. Dette gælder for både sekretariatet, men også for andre aktører der udfører opgaver relateret til screeningsprogrammet. Hvis udviklingstiltaget har effekt, vil der potentielt opspores flere med positive prøvesvar. Dette kan medføre et stigende antal iFOBT, koloskopier, udredninger, samt behandlinger af individer med komplikationer fra koloskopi. Implementeringen tilføjer derudover en opgave i at udsende forhåndsmeddelelsen. Forslaget er, at anvende IAM-modulet, som i forvejen udsender påmindelser via e-Boks (19), hvorfor implementeringen ikke forventes at få store komplikationer. En opgave bliver derfor en tilføjelse i IAM, så der, et givent antal dage inden invitationen, udsendes en forhåndsmeddelelse. Alternativt kan meddelelsen udsendes som brev, dog med større omkostninger ved udsendelse. Denne opgave skal varetages af PostNord. Det forventes at antallet af påmindelser vil falde efter implementering af forhåndsmeddelelsen (95,108), idet effekten, i form af øget deltagelse, vil vise sig allerede når invitationsbrevet udsendes. Dermed bliver behovet for påmindelser mindre. Samlet forventes, at opgaverne kan ændres uden store omvæltninger og omkostninger, da disse ikke adskiller sig betydeligt fra de nuværende opgaver.

Struktur: Som nævnt i ovenstående afsnit, forventes udviklingstiltag 1, forhåndsmeddelelsen, ikke at medføre store ændringer i screeningsprogrammets struktur, idet den blot er en tilføjelse til proceduren for udsendelse af information. Idet der vil rettes flere henvendelser fra borgere, forventes arbejdsopgaverne i sekretariatet at stige, og derved forventes at disse pålægges større ansvar og arbejdsbyrde. Det ændrer ikke på den formelle struktur. Derimod kan det muligvis påvirke den uformelle struktur. Arbejdsgangen kan være præget af vante elementer og faste arbejdsfordelinger hos medarbejderne. Denne uformelle struktur kan påvirkes, eksempelvis ved indførelse af telefontider der kan ændre på sekretærenes arbejdsdag. En tilføjelse af en opgave kan betyde en forandring af hverdagen for ansatte, hvilket kan resultere i modstand mod forandringen hos medarbejderne (103). Derudover er en mulig konsekvens, at medarbejderne får mere travlt, hvis de både skal løse de opgaver de havde i forvejen, samtidig med øget borgerkontakt. Dette kan give anledning til udfordringer, eksempelvis i form af et belastet arbejdsmiljø og derved lavere kvalitet ved borgerhenvendelserne. Det er uhensigtsmæssigt hvis disse mulige uformelle strukturelle påvirkninger skaber negative og utilsigtede konsekvenser for implementeringen. For at forebygge dette, skal det vurderes hvorvidt afdelingerne kan håndtere de ekstra opgaver ved en øget deltagelse, samt skabes fokus på arbejdsmiljø. Dette gælder både sekretariatet og de kliniske afdelinger som er involveret. Ovenstående påvirkninger er skitseret i figur 16.

Aktører: Når der foretages forandringer i en organisation, er der risiko for, at nogle af aktørerne i organisationen påvirkes. Disse fremgår af figur 16. Implementering af dette udviklingstiltag indbefatter ikke mange nye opgaver, hvilket gør, at de implicerede aktører ikke får brug for yderligere uddannelse for at lære nye procedurer. Regionens rolle vil være uændret, bortset fra, at der på regionalt plan skal træffes beslutning om implementering og vurderes, om dette kan indføres indenfor de økonomiske rammer Regionens har fastlagt. Sekretariat, læger, bioanalytikere, sygeplejersker og andre medarbejdere vil påvirkes, ved at antallet af opgaver forventes at stige. Der kan dermed blive et større arbejdspress på disse aktører, samt et muligt behov for ansættelse af nye medarbejdere til varetagelse af de ekstra opgaver.

Udover ansatte i de implicerede afdelinger der udfører led i screeningen, vil også ansatte på andre hospitalsafdelinger kunne påvirkes. Med stigende deltagelse, vil antallet af borgere med komplikationer efter koloskopi potentielt stige. Disse bliver modtaget i akutenheder i den følgende periode, og kan dermed påvirke arbejdsmængden der. Den forventede stigning i deltagelse kan derudover påvirke PostNord Strålfors, idet flere afføringsprøver skal bringes til analyse på klinisk biokemisk afdeling på Regionshospitalet i Hjørring. Det er vigtigt at PostNord kan løfte denne opgave, da prøverne har begrænset holdbarhed. Slutteligt forventes det, at reaktionen på forhåndsmeddelelsen kan være, at flere borgere i aldersgruppen kontakter egen læge med spørgsmål eller bekymringer, allerede inden de modtager prøvetagningskittet. Dermed bliver der flere opgaver hos egen læge, eksempelvis i form af informering, vejledning eller samtale.

Omgivelser: Forandringen i organiseringen af screeningsprogrammet, vil påvirke omgivelserne, idet andre interessenter kan være *for* eller *imod* implementering af det nye tiltag. Målpopulationen, enlige i alderen 50-74 år, betragtes i høj grad som organisationens nære omgivelser, hvorfor ønsker og behov herfra spiller en stor rolle ved udarbejdelse af forhåndsmeddelelsen. Tarmkræftforeningen og Kræftens Bekæmpelse er interessenter der forventes at være *for* forandringen, idet de varetager borgernes interesser, og ønsker at nedbringe cancertilfælde. Derudover kan primærsektoren have interesse i implementeringen, da forhåndsmeddelelsen kan medføre stigende arbejdsopgaver for dem, hvilket kræver ekstra tid og finansiering. Dette fordi indførelse af forhåndsmeddelelsen kan resultere i, at flere borgere konsulterer sundhedsprofessionelle med spørgsmål relateret til screeningen. Yderligere kan der være interessenter der vil have indflydelse på udformningen og indholdet af en forhåndsmeddelelse. Interessenter i omgivelserne fremgår af figur 16.

5.5.2.2 Udviklingstiltag 2 – Geografisk inddelte invitationsområder

Teknologi. Teknologien vil her bestå i en procedure som inviterer borgere ved en ny invitationsalgoritme. De samme borgere inviteres, men data med geografisk inddelte områder skal være udgangspunktet for invitation i stedet for fødselsmåned. Derudover skal PostNord i perioder afsætte flere ressourcer og materialer.

Opgaver. IAM skal rekodes, så udtrækninger af borgere til invitation baseres på den nye teknologi. Afhængigt af hvilke områder der inviteres, kan der opstå udfordringer med koncentreret af invitationsområdet. Områder med stor befolkningstæthed kan ikke inviteres indenfor samme tidsramme som mindre befolkede områder, grundet den arbejdsomængde der ville opstå på de nærmeste koloskoperende afdelinger. IAM indeholder borgernes adresser. Det er uvist, om disse kan omdannes til anvendelige inddelinger uden kobling med andet data. PostNord Strålfors vil få til opgave at levere prøvetagningskit som hidtil, men vil skulle levere flere i de specifikke områder ad gangen.

Struktur. Strukturen for screeningsprogrammet, forventes ikke at blive påvirket. Dog kan strukturen indenfor PostNord Strålfors, hvor opgaver i forbindelse med invitation er udliciteret til, blive påvirket. Endvidere vil konsekvensen i strukturen, ved øget deltagelse, være tilsvarende forhåndsmeddelelsen, afsnit 5.5.2.1.

Aktører. PostNord Strålfors vil være den mest påvirkede aktør ved tiltaget. Antallet og raten af invitationer vil ikke blive påvirket på Regionalt plan. De koncentrerede områder kan dog medføre at arbejdsgange i perioder må omlægges, hvis der i bestemte områder er behov for flere omdelere, for efterfølgende at falde til normalt niveau igen. Det samme kan gælde for privatpraktiserende læger i områderne, som kan opleve stigende antal henvendelser i perioden. Derudover er tarmkræftscreeningssekretariatet en aktør, idet de skal justere raten for invitationer, og vil blive påvirket med øgede arbejdsopgaver på hospitalsafdelinger.

Omgivelserne. Omgivelserne forventes både at være positivt og negativt stillede overfor dette tiltag. Primær sundhedssektor kan påvirkes ved et øget pres i perioder, hvor særligt mange borgere søger råd og vejledning. På den anden side kan primærsektor, lokale foreninger og interessenter udnytte det nye tiltag, ved at bakke op om screeningsprogrammet i perioden, med færre udgifter end hvis et lokalt tiltag skulle fortsætte i hele screeningsperioden.

5.5.2.3 Udviklingstiltag 3 - samtale med egen læge

Teknologi. Teknologien som indføres ved implementering af dette tiltag, er en samtale, som den praktiserende læge skal tage med alle borgere, som i andre henseender konsulterer egen læge, efter de er fyldt 50 år. De praktiserende læger skal bringe screeningen op, for at skabe vished om eksistensen af screeningsprogrammet, vejlede og oplyse om fordele og ulemper ved deltagelse i screeningsprogrammet.

Opgaver. Samtalen vil være med til at øge den praktiserende læges opgaver. Da praktiserende læge er familiens sundheds tovholder (109), er det muligt, at samtalen fremadrettet vil gavne kommunikationen, hvis borgeren senere i livet oplever mave-tarm problemer.

Struktur. Indførelse af teknologien kræver en ny aftale mellem regionerne og Privatpraktiserende Lægers Landsorganisation (6). Med tiltaget vil praktiserende læger inddrages på et tidligere tidspunkt end hidtil. Hidtil har de praktiserende lægers rolle været at være tovholder for borgerens forløb, hvis der findes blod i afføringen (19). Ved en forebyggende samtale vil der derfor ske en forandring i strukturen, idet lægen allerede inden borgeren inviteres, vil være sat i forbindelse med screeningsforløbet for borgeren. Dette kan medføre forandringer i den formelle struktur, idet der for den praktiserende læge vil kunne ske en ændring i konsultationstyperne med patienter over 50 år, i form af mere tid til samtale. Ændringer i strukturen som vedrører hospitalsafdelinger og sekretariatet ved en øget deltagelse, vil være tilsvarende forhåndsmeddelelsen, afsnit 5.5.2.1.

Aktører. Den praktiserende læge er aktør. Ved en øget deltagelse vil hospitalsafdelingernes ansatte også blive aktører, grundet et øget antal iFOBT med efterfølgende udredning, som ved de andre tiltag.

Omgivelserne. Omgivelsernes interesser ved implementering af udviklingstiltag 3, er tilsvarende udviklingstiltag 1 og 2.

5.5.2.4 Udviklingstiltag 4 - Ændring af invitationsmaterialet

Teknologi: Med udgangspunkt i deltagernes konkrete forespørgsler, er forslag udarbejdet til revideret invitationsbrev. I det reviderede invitationsbrev henvises til information på engelsk, idet screeningsprogrammet også skal tiltænkes personer, som enten ikke kan eller er begrænsede i at tale eller forstå dansk. Derfor bliver en del af teknologien, ved implementering af det reviderede invitationsbrev, at udforme en hjemmeside med information om kolorektal cancerscreening på engelsk. Derudover er det tilstræbt, i overensstemmelse med deltagernes ønsker, at tydeliggøre kontaktoplysninger til screeningssekretariatet. Yderligere skal der af brevet fremgå en oversigt over screeningsforløbet. Det ændrede informationsbrev skal udsendes på samme måde som det nuværende, hvorved teknologien ved udsendelse forbliver den samme.

Opgaver: Opgaverne ved at udsende det reviderede invitationsbrev, forventes at være de samme som ved udsendelse af det nuværende. Dog er det muligt, at screeningssekretariatet får flere arbejdsopgaver, ved flere henvendelser per telefon. Derudover vil sekretariatet muligvis i højere grad modtage henvendelser fra inviterede der udelukkende er engelsktalende, hvorfor de ansatte i screeningssekretariatet bør have gode engelskkundskaber. Derudover består en opgave, som nævnt, i at udarbejde og opdatere hjemmesiden med information på engelsk.

Struktur: Den formelle struktur forbliver den samme, bortset fra en mulig udvidelse af sekretariatet, jf. afsnit 5.5.2.1. Derudover er formålet, at en ændring af invitationsmaterialet, ligesom de andre tiltag, skal øge deltagelsesprocenten, hvorved presset i både de analyserende og de koloskoperende enheder vil stige, se afledte omkostninger, afsnit 5.5.2.5.

Aktører: IT-medarbejdere, der kan håndtere opgaverne i forhold til hjemmeside på fremmedsprog, vil være en forudsætning. Derudover er aktørerne ved indførelse af dette udviklingstiltag de samme som ved det nuværende brev.

Omgivelserne: Ændringer i invitationsmaterialet er foretaget, grundet ønsker fra respondenterne i dette speciale. Målpopulationen er dermed også, ved dette udviklingstiltag, en del af omgivelserne. Derudover er det muligt, at interesseorganisationer, såsom Tarmkræftforeningen eller Kræftens Bekæmpelse, har interesse i, at der udarbejdes nyt invitationsmaterialet, bl.a. med henvisning til information på engelsk, idet de også varetager brugernes interesse.

5.5.2.5 Afledte omkostninger

De tilsligtede konsekvenser ved implementering af de ovennævnte udviklingstiltag, er en øget deltagelse og en mindsket ulighed i deltagelse mellem enlige og samlevende. Samtlige udviklingstiltag resulterer derfor i en række afledte omkostninger som konsekvens af, at flere borgere deltager i screeningsprogrammet. Ved øget deltagelse skal klinisk biokemisk afdeling på Regionshospitalet Nord i Hjørring udføre flere iFOBT, mens de fire koloskoperende enheder vil få flere borgere på ventelisterne. Der kan derfor opstå behov for ansættelse af flere koloskoperende sygeplejersker, bioanalytikere og patologer til at håndtere et øget pres. Derudover vil den biokemiske afdeling potentielt få brug for mere eller hurtigere laboratorieudstyr til analyse af iFOBT. De koloskoperende enheder vil kunne få brug for ekstra lokaler. Dette kan få omkostninger for Regionerne, hvis ikke den nuværende teknologi er tilstrækkelig til at håndtere den stigende mængde opgaver, der følger med en stigende deltagelse.

6. Diskussion

6.1 Metodediskussion

Af dette afsnit fremgår diskussion af mixed methods og de inkluderede delundersøgelser, med udgangspunkt i metodernes egne kvalitetskriterier. Det vurderes og diskuteres derfor, i hvilken grad der i mixed methods-undersøgelsen er integreret, og hvilken betydning det får for besvarelsen af problemformuleringen. Dertil kommer en metodediskussion af de enkelte delundersøgelser, og til slut en diskussion af inddragelsen af Leavitts systemmodel som udgangspunkt for forandringsanalysen.

6.1.1 Mixed methods

I dette speciale er mixed methods anvendt som den overordnede metodiske ramme, hvorunder delundersøgelserne; statistisk analyse, dokumentanalyse og semistrukturerede interviews indgår. I specialet er de tre delundersøgelser udført parallelt og samtidigt. Det betyder, at udarbejdelsen og resultater fra den enkelte delundersøgelse, ikke påvirker planlægning og udførelse af de andre delundersøgelser. Ved efterfølgende analyse- og fortolkningsintegration indgår resultaterne fra hver af delundersøgelserne i én samlet analyse, hvormed det bliver muligt at besvare problemformuleringen. Ved anvendelse af ovennævnte tre delundersøgelser, skabes en bredere forståelse og nuanceret viden på området (52,63).

Mixed methods skaber bro mellem delundersøgelserne (63). I dette speciale blev der anvendt to forskningsstilarter, og der er integreret på flere niveauer. Ved anvendelse af mixed methods som studiedesign kunne specialets problemformulering besvares ved analyse – og fortolkningsintegration af de inkluderede delundersøgelser.

Der kan derfor argumenteres for, at problemformuleringen indeholder flere forskningsgenstande såsom; ulighed, invitationsmaterialet og forståelse for screeningen. Derfor var det ikke muligt at udføre metodetriangulering, idet dette forudsætter, at samme genstand undersøges med forskellige metoder. Specialegruppen vurderede derimod, at problemformuleringen kunne besvares ved hjælp af mixed methods. Dette ved at opstille tre undersøgelsesspørgsmål, der fordrede anvendelse af forskellige metoder, som samlet kunne besvare den overordnede problemformulering i en samlet forståelsesfase.

Mixed methods kritiseres for, at der endnu ikke er klarlagte begreber om den egentlige metode. Der er således stadig manglende viden om, hvordan metoder, analyser og fortolkning integreres (52,63). Mixed methods kan derfor være svært endegyldigt at definere. Dette er i specialet forsøgt imødekommet, ved at inddrage to forskellige tilgange til mixed methods. Ifølge Frederiksen er integration selve metoden, og beskrives ved, at være en måde at kombinere delundersøgelserne, og skabe syntese mellem de adskilte forskningsstilarter (63). Ifølge Leech varierer metoder fra

mono-methods til fuldt ud mixed methods. Hvor på kontinuummet en mixed methods-undersøgelse befinder sig, afgøres af tre dele; grad af mixed, tidshorisont og dominering af metoder (52). Selvom der foretages data- og analyseintegration (63), ville Leech definere undersøgelsen som delvist mixed, idet delundersøgelserne gennemføres enkeltvis, før de kombineres i en forståelsesfase (52).

Selvom det overordnede tema i specialet er *ulighed i deltagelse*, er der ikke taget udgangspunkt i en bestemt teori, til at operationalisere undersøgelserne ud fra. Der er derfor ikke anvendt teoriintegration. Hvis der i specialet var anvendt teoriintegration, skulle genstanden være anskuet ud fra samme teoretiske synsfelt i samtlige delundersøgelser (63). Dette kunne have gjort det nemmere at forbinde resultaterne fra delundersøgelserne, men idet specialegruppen ønskede en åben fænomenologisk tilgang til data, vurderedes, at teoriintegration kunne medvirke til en forudindtaget overfor emnet, hvorved vigtige nuancer af fænomenet kunne overses.

I specialet er den statistiske analyse foretaget med henblik på at finde ulighed i deltagelse hos de inviterede borgere i Nordjylland. Dokumenterne i dokumentanalysen er analyseret med henblik på at læse og forstå dokumenterne med udgangspunkt i, at borgere har forskellige niveauer af health literacy og dermed forskellige sundhedskompetencer. Dette forstået som forskellige udgangspunkter og muligheder for at anvende information (21). Herved muliggør begrebet netop analyse af, hvor uligheden kan opstå. I analyse og fortolkning af de semistrukturerede interviews anvendtes endvidere HBM. Dette for at få forståelse for deltagernes sundhedsadfærd i relation til kolorektal cancerscreening.

Integration af forskellige undersøgelsesdesign, muliggjorde større forståelse for forskningsgenstanden, og dermed en mere detaljeret, nuanceret og valid viden (63). Besvarelse af problemformuleringen forudsattes af integration af flere undersøgelser, da delundersøgelserne ikke kunne stå alene. Den detaljerede viden om ulige deltagelse i screeningsprogrammet, gjorde det muligt, at udforme udviklingstiltag der tog flere elementer i betragtning. For at udtømme emnet kunne flere delundersøgelser være integreret, herunder spørgeskemaer, der kunne udsendes med henblik på, at opnå besvarelser fra borgere der ikke har deltaget i screeningsprogrammet. Det var kun muligt at rekruttere screeningsdeltagere til interviews. Det er muligt, at vi havde haft større succes med at rekruttere ikke-deltagere, hvis vi havde anvendt spørgeskemaer fremfor interviews. På den måde kunne vi have undersøgt, om ikke-deltagere prioriterede- og lægger vægt andet end deltagere. Dog ville vi muligvis have mistet nogle af resultaterne, som et semistruktureret interview muliggør, da vi i et spørgeskema ikke havde haft mulighed for, at forfølge emner der opstod under interview med respondenter.

Forholdet mellem metoderne i delundersøgelserne er beskrevet ved metodeintegration. Hvis delundersøgelserne var udført sekventielt, ville gennemførelse af den sidste undersøgelse være

underlagt betingelserne opstillet af de første (63). Eksempelvis kunne fund fra det kvantitative studie og dokumentanalyse anvendes til formulering af interviewguiden. Derudover kunne viden fra interview være anvendt i dokumentanalysen. Idet formålet var en åben fænomenologisk tilgang til indsamling af empiri, er opfattelsen, at en sekventiel tilgang kunne medføre risiko for, at respondenternes holdning til invitationsmaterialet kunne påvirke udarbejdelse af dokumentanalysen. I specialet er delundersøgelserne gennemført parallelt uden inddragelse af fund fra de enkelte analyser i udformningen af de andre. Hvis metoderne var udført sekventielt, dvs. med dokumentanalysen som udgangspunkt for interview, kunne interviewguiden have indeholdt spørgsmål, der henførte til mere konkrete elementer i invitationsmaterialet. På den måde kunne specialegruppen have fået konkret respons på elementer som gruppen havde analyseret, og derefter sammenholdt fundene fra de to delundersøgelser.

Resultaterne af de enkelte delundersøgelser er anvendt som afsæt for endnu en analyse, ved at foretage syntese mellem delundersøgelserne. Her blev hovedresultaterne fra hver af delundersøgelserne samlet i én analyse, hvorfra udviklingstogene udspringer. Ved fortolkningsintegration blev denne analyses resultater sat i relation til anden forskning. Udviklingstiltogene er dermed sat i relation til videnskabelig litteratur som underbygger tiltagens relevans.

6.1.1.1 Afgrænsninger

Indenfor hver af de tre delundersøgelser er foretaget afgrænsninger. Disse afgrænsninger kan have påvirket måden, hvorpå resultaterne er skabt. I den statistiske analyse afgrænses data til Region Nordjylland. Denne afgrænsning kan have betydning for de fundne risikoestimer, hvis tilsvarende effekt ikke findes på nationalt plan.

Når dokumentanalysen afgrænses til det udsendte materiale, er der risiko for, at yderligere nuancer af resultaterne ikke identificeres. Inklusion af eksempelvis offentligt pressemateriale om screeningsprogrammet, internetsider eller dokumenter anvendt af arbejdsgrupper ved udarbejdelse af materialet, kunne have bidraget med en anden forståelse af invitationsmaterialet. Her kunne inddragelse af pressemateriale påvirke fund fra dokumentanalysen, ved at trække analysen i en retning af den kritik, der har været mod invitationsmaterialet. Ved inddragelse af arbejdsgruppens dokumenter, ville der være risiko for, at udviklingstiltogene kunne bære præg af forslag, arbejdsgrupperne allerede har overvejet og afvist.

De semistrukturerede interviews, blev afgrænset til borgere der havde deltaget i screeningen. Idet hensigten med interviewene var, at opnå viden om de inviteredes oplevelser og opfattelser af screeningsprogrammet, kan dette betragtes som en systematisk fejl i rekrutteringen. Interview med ikke-deltagere kunne have givet et bredere perspektiv, og bidraget med yderligere viden om inviteredes opfattelser af screeningsprogrammet som helhed. Idet der kun indgår deltagere i

analysen, er det ikke muligt at afklare, hvorfor nogle borgere ikke ønsker at deltage, hvilket opfattes som en mulig begrænsning i specialet. Dette diskuteres yderligere i delundersøgelsen, jf. afsnit 6.1.4.3.

Da de tre delundersøgelser grunder i forskellig metodologi og formål, var det ikke muligt at foretage identiske afgrænsninger indenfor undersøgelserne. Dog er afgrænsning til Region Nordjylland foretaget på tværs af delundersøgelserne. I følgende afsnit fremgår diskussion af hver af de tre delundersøgelser samt en opsamling af mixed methods.

6.1.2 Metodediskussion af den statistisk analyse

Indenfor epidemiologi søges kvantitative beskrivelser og analyser som estimerer risiko, middelværdi eller incidenser. Disse estimerer har en tilknyttet usikkerhed i forhold til den sande værdi, som ønskes undersøgt (58). Hvordan metoden er anvendt i dette speciale, kan have betydning for de estimerede risici.

I dette speciale udgøres stikprøven af hele målpopulationen i perioden 2014-2015. Dette muliggøres af de danske nationale registre, hvor screeningsregistret indeholder samtlige inviterede borgere til screeningsundersøgelsen, mens de resterende registre indeholder information om de mulige eksponeringer. Der kan ved analyserne være påvirkning på udfaldet fra andre variable end eksponeringsvariablen. Disse mulige confoundere er der derfor justeret for, hvorved risikoen for systematiske fejl ved confounderbias er reduceret i analyserne.

De anvendte registre har en høj kvalitet og en lav grad af missing data (75,76,78,79,110), blandt andet fordi administrative opgaver i det offentlige afhænger af disse registre. Indhentningen af information fra offentlige registre gør, at risikoen for informationsbias begrænses, da resultaterne ikke er baseret på selvrapporterede data. Havde data været selvrapporteret, havde der været en større risiko for systematiske fejl, der ikke blot skyldtes tilfældigheder. Systematiske fejl i informationen fra registre kan dog ikke udelukkes. Hvis bestemte grupper af individer, i højere grad end andre, tjener penge der ikke er indberettet til SKAT, vil disse have en underestimeret indkomst i registre, hvilket kan påvirke analyserne i dette speciale.

Hvis stikprøven ikke er repræsentativ for studiepopulationen, forekommer der selektionsbias. Selektionsbias er en systematisk fejl, hvor en sammenhæng over- eller undervurderes (58), fordi de undersøgte individerne ikke repræsenterer målpopulationen. Dette burde dog ikke være tilfældet i denne studiepopulation, idet studiet indeholder samtlige inviterede i løbet af de første to års screening. Endvidere er invitationen af borgerne foretaget ud fra tilfældig udvælgelse, da deres fødselsmåned er grundlag for invitation. Borgerne er dermed tilfældigt udvalgt, hvorfor deres karakteristika ikke bør afvige fra fremtidige inviterede.

Grundet den store stikprøve og den gode registerkvalitet, er der lav risiko for type I og type II fejl. Type I fejl, fejlagtig forkastelse af nulhypotesen, vil i dette tilfælde betyde, at den fundne forskel i risiko mellem de inkluderede grupper ikke var sand. Da p-værdierne for de estimerede risikoestimer alle er under 0,01, er risikoen for type I fejl, i denne delundersøgelse, lav. Type II fejl, fejlagtig accept af nulhypotesen, dvs. risikoen for fejlagtig vurdering af at der ingen forskel er, opstår ved små stikprøvestørrelser. Idet studiets stikprøve er meget stor, vil selv små forskelle kunne opdages, hvorved risikoen for type II fejl reduceres.

Den omfattende justering for kovariate øger chancen for, at risikoestimatet for enlige skyldes en sand effekt og ikke confounding. Derudover var der mulighed for interaktion imellem variablene i modellen og dermed effektmodifikation. Dette blev testet ved sensitivitetsanalyser, der viste, at det ikke var tilfældet. Ved at vedlægge programmering for oparbejdning af data og udførte analyser, er det muligt at reproducere undersøgelsen. SAS-programmet er vedlagt i bilag 2.1, og dermed er databehandlingen transparent.

6.1.2.1 Missing data

Selvom der var lav grad af missing data, kan der være en risiko for, at der forekommer systematiske fejl i de pågældende missing data. Missing data var især forekommende i uddannelsesregistret. Hvis borgere, der har missing data, adskiller sig fra de, der ikke har, kan det påvirke risikoestimerne. Der er tale om 2.317 borgere som ekskluderes grundet manglende data på kovariate. Det er muligt, at denne gruppe kan have bestemte karakteristika, som vil kunne påvirke regressionsanalysen. Dette vurderes dog ikke relevant, idet missing kun udgør 3,49%. Havde der været en større andel missing, ville det have været relevant at foretage multipel imputation, så længe missing ikke viste sig anderledes end ikke-missing på kendte kovariate. Hvis det er tilfældigt hvilke borgere der har missing data, og de dermed ikke afviger fra resten af stikprøven, vil imputationen kunne øge styrken af analyserne. Hvis missing skyldes systematiske fejl, vil imputationen kunne hjælpe med at undgå skævheder i selektionen.

6.1.2.2 Eksklusioner

Individer der var tidligere diagnosticeret med kolorektal cancer, blev ekskluderet fra studiepopulationen. Dette kan have påvirke estimerne, såfremt disse borgeres adfærd i forhold til screeningen adskiller sig fra de inkluderede. Borgere med en diagnose der relaterer sig til tyk- og endetarm frabedes dog deltagelse i invitationen, hvormed deres deltagelse ikke sidestilles med målpopulationen. Dette betyder, at estimerne i dette speciale forventes nærmere målpopulationen, end hvis disse borgere havde været inkluderet.

Der er en risiko for, at nogle borgere afgår ved døden, kort efter at de er blevet inviteret til screening. Dermed findes der en gruppe af ikke-deltagere, som muligvis har været døende, da de modtog invitationen. Det kan derfor diskuteres, om dette er en gruppe som reelt kan klassificeres som ikke-deltagere, eller om de ville have deltaget, hvis de havde levet længere. Der kan derfor være tale om en grad af misklassifikation. Det blev overvejet, hvorvidt borgere der døde indenfor de første 30 dage efter invitationen, skulle ekskluderes, fordi deres manglende deltagelse kunne skyldes dødsfaldet og ikke en reel beslutning. Det var uvist om borgerne reelt var syge, eller om dødsfaldet var en akut hændelse, hvilket ikke nødvendigvis ville påvirke vægtingen af fremtidig liv og sundhed. Borgere der døde indenfor den første korte periode efter modtagelsen, kan have påvirket resultaterne, hvis de adskiller sig fra dem der ikke døde i studiepopulationen. Hvis borgere der dør indenfor den første korte periode har en høj alder, og i virkeligheden ville have deltaget, hvis de havde haft tiden, kan risikoestimatet for ikke-deltagelse i denne aldersgruppe være overestimeret. Dette skyldes, at det ikke er alderen i sig selv, men risikoen for at dø, der påvirkede sandsynligheden for deltagelse. Idet specialegruppen ikke ønskede at ekskludere borgere baseret på fremtidige hændelser, blev antallet af borgere det drejede sig om undersøgt. Da kun 81 borgere døde indenfor 30 dage, vurderes den mulige effekt forbundet med denne risiko for misklassifikation, minimal.

6.1.2.3 Variabelinddeling

Inddelingen i kategoriske variable kan have betydning for risikoestimerne. Ved en finere inddeling af eksempelvis uddannelses- og indkomstvariable, kunne muligvis være fundet flere forskelle indenfor grupperne. De fundne deltagelsesprocenter, samt risikoestimer for sociodemografiske subgrupper, påvirkes af de valgte inddelinger. Det er muligt, at én variabel kunne indeholde subgrupper, der adskilte sig fra hinanden. Hvis nogle grupper indeholdt subgrupper med forskellig risiko for ikke at deltage, kan de angivne risici for nogle grupper være underestimeret, mens de for andre er overestimeret. Dette er forsøgt imødekommet ved at anvende inddelinger fra eksisterende empiri. Derudover er dette testet ved sensitivitetsanalyse, der ved den endelige multivariate logistiske regressionsanalyse (model 4), testede den alternative inddeling for variabelen immigrationsstatus jf. tabel 4.

Da hovedfokus i dette speciale er samlivsstatus, ønskes det at justere for effekten af de andre variable. Hvis inddelingerne af de resterende variable ikke er optimal, kan det få betydning for risikoestimatet for eksponeringen. Inddelingen af eksponeringsvariablen, samlivsstatus, kan også have betydning for estimerne. Inddelingen er baseret på registrerede samlever i indkomstregistret. Det er muligt, at der er borgere, der har været i et fast forhold igennem mange år, som ikke er registreret i registret, hvilket giver misklassifikation. Hvis disse oplever samme positive effekt af at være i et forhold som samlevende, men er registreret som enlige, kan det

betyde en underestimering af risikoestimatet for enlige. Yderligere er det muligt, at nogle borgere har skiftet civilstatus fra enlig til samlevende, eller omvendt, i perioden fra registrering i indkomstregistret, til invitation til screening. Hvis denne form for misklassifikation af eksponeringen er tilstede, kan det betyde under- eller overestimering. Hvis misklassifikation for samlivsstatus findes, er det sandsynligt, at denne er ikke-differentieret grupperne imellem, hvilket ville betyde en underestimering af risikoen (58).

6.1.2.4 Metodevalg

I dette speciale er anvendt logistisk regression til at vurdere om eksponeringen, samlivsstatus, er associeret med risiko for ikke at deltage i screeningsprogrammet. Idet studiedesignet er et tværsnitsstudie, er årsagsretningen principielt ikke mulig at fastsætte (58). Dette fordi udfald og eksponering er målt på samme tid. Dog ligger udfald, deltagelse, i dette studie, tidsmæssigt efter registreret eksponering, samlivsstatus, hvorfor der vurderes at være en effekt af samlivsstatus på deltagelse. Derudover vurderes det usandsynligt, at den modsatte årsagsretning skulle kunne være sand, da deltagelse/ikke-deltagelse i screening dermed skulle påvirke samlivsstatus.

Idet det ikke var muligt at undersøge hvornår beslutningen om ikke-deltagelse fandt sted, er der i delundersøgelsen ikke anvendt cox proportional hazard regression. Det antages, at en andel af ikke-deltagere er passive ikke-deltagere, og dermed ikke har frameldt sig screeningen. Derfor ville individer der passivt fravælger deltagelse, indgå som eksponerede efter deres beslutning og frem til afslutning af follow-up. Dette ville give en systematisk fejl, hvor en stor andel ikke-deltageres eksponering overvurderes.

6.1.2.5 Justering og sensitivitetsanalyser

Ved at udføre omfattende justering mindskes risikoen for, at den estimerede effekt fra samlivsstatus skyldes confounding. Ved at justere løbende i modeller tydeliggøres, hvilke kovariate der påvirkede risikoestimatet for deltagelse.

Inklusion af flere variable, som muligvis er indbyrdes associeret, kan medføre risiko for overjustering. Det gælder hvis én variabel i virkeligheden er en mediator for en anden (111), eller ved inklusionen af tæt associerede variable (112). Overjustering opstår når justeringen for en variabel i regressionsanalysen forårsager øget bias. Hvis justeringen skaber mindre præcision i estimer, uden at påvirke bias, er det et udtryk for unødvendig justering (111). Samtidig er det muligt, at der eksisterer effektmodifikation. Dette gælder hvis en variabel påvirker en anden variabels effekt på udfaldet (58).

For at undgå overjustering og effektmodifikation, blev stratificering og inklusion af interaktionsled udført som sensitivitetsanalyser. Disse sensitivitetsanalyser afgjorde, at der ikke var interaktion mellem variablene uddannelse og indkomst, samt at der ikke var interaktion

imellem variablene samlivsstatus og køn. Justeringen i model 2 påvirkede hverken risikoestimat eller præcision af estimatet. Dette kan derfor anses som en unødvendig justering, men da etnicitet i den fundne empiri og ved univariat logistisk regression, havde effekt på risikoen for ikke at deltage, blev denne model bibeholdt.

6.1.3 Diskussion af dokumentanalysens metode

Dokumentanalysen havde til formål at undersøge invitationsmaterialet og betydningen af health literacy. Dette fordi det vurderedes at være relevant at forklare, hvorledes health literacy kan have betydning for beslutningen om deltagelse.

Som alternativ til dokumentanalyse, kunne der være foretaget diskursanalyse hvilket kunne resultere i en analyse af, hvorledes diskurserne har været i udviklingen i materialet over tid. (113). Særligt i forbindelse med den nye udkomne pjece, kunne en diskursanalyse bidrage med en analyse af ændringen, som kan opfattes som en effekt af kritikken i den offentlige diskurs, omhandlende screeningen. Diskursanalyse ville inkludere diskurser der kan være svære at påvirke for Regionen, f.eks. mediernes bidrag. Da formålet med delundersøgelsen var at forklare, hvordan det udsendte materiale opfattedes og påvirkede de inviterede, fremfor en analyse af udviklingen og ændringen af materialet over tid, blev dokumentanalyse foretaget. Dokumentanalyse fokuserer på dele der kan være genstand for udvikling i Regionen.

Dokumentanalysen er en metode uden en fast standardiseret udførelsesform. Metoden kan sammensættes, så den tilpasses den undersøgelse og dertilhørende undersøgelsesspørgsmål der stilles (82). Det kan derfor diskuteres, hvorvidt det er opnået at følge den ønskede fænomenologiske tilgang, idet materialet mødes og analyseres indenfor rammerne af delundersøgelsens formål. Undersøgerens til- og fravalg i metoden, samt projektgruppens forforståelser vil påvirke resultaterne af undersøgelsen. I følgende afsnit diskuteres hvilke styrker og svagheder metoden i den udførte dokumentanalyse medførte.

6.1.3.1 Udvælgelse af dokumenter

Dokumenter kan være mere end blot det skrevne ord (83). Sundhedsstyrelsens hjemmeside indeholder en instruktionsvideo til prøvetagningen og yderligere information om screeningen. Dette opfattes også som dokumenter. Om en inklusion af disse dokumenter i analysen ville have påvirket resultaterne af dokumentanalysen, er uvist. Det er muligt at personer med lav health literacy kunne drage fordel af at modtage informationen via et andet medie end det skrevne dokument.

Yderligere kunne eksterne dokumenter, såsom avisartikler, udgivet af andre end afsender, også inkluderes. Analysen af de semistrukturerede interviews viste dog, at anvendelse af invitationsmaterialet var begrænset. Dette gælder både det udsendte- og anden tilgængelig information. Derfor formodes at inklusion af disse eksterne dokumenter, ikke at kunne påvirke

specialets konklusion. Dog er det muligt, at ikke-deltagere netop har anvendt disse dokumenter, hvilket har påvirket deres beslutning.

6.1.3.2 Analysestrategi

Ved stringent gennemgang af de syv trin i analysespiralen, er risikoen for at overse vigtige elementer, minimeret. Derudover er risikoen for at egen forforståelse har påvirket vægtningen af resultaterne mindsket, idet metoden fordrer, at der i analysen skal indgå en række faste elementer. Derved søges at samtlige elementer får plads. Ved gennemgang og forventningsafstemning forud for udførelse og anvendelse af metoden, er der tilstræbt ensrettet tilgang til analysen i specialegruppen. Idet specialegruppen var bevidste om, at egen forforståelse og subjektive holdning kunne påvirke gennemlæsning af dokumenterne, er dette forsøgt imødekommet, ved at flere gruppemedlemmer, uafhængigt af hinanden, udførte næranalyse af samme dokument. Dernæst blev fund sammenholdt, og gennemgående analyseelementer blev udvalgt og anvendt i den endelige analyse.

I denne delundersøgelse er analysespiralens syv trin suppleret med kvalitetsbegreberne; *autencitet, troværdighed, mening og repræsentativitet* (83). Dette med henblik på at styrke kvaliteten af undersøgelsen, idet det vurderedes, at analysespiralen alene havde mangler, der ved inddragelse af de nævnte begreber kunne højne validiteten. Derudover er begrebet health literacy inddraget med henblik på at forstå dokumenterne med viden om, at de inviterede besidder forskellige niveauer af health literacy. Med udgangspunkt i netop dette begreb, var det muligt, at forholde sig kritisk til dokumenterne, idet formålet med dokumenterne er at favne den samlede målgruppe.

Som alternativ til den valgte analysemetode, nævnt ovenfor, kunne dokumentanalysen være foretaget på baggrund af Kvale og Brinkmanns fire begreber alene. Da spiralmetoden indeholder et langt større begrebsapparat, kunne detaljer i så fald være gået tabt. Valg af metode er en afvejningen af, hvilket behov der er i specialet. Dette var først muligt at afdække efter gennemførsel af de andre delundersøgelser. Her gav interview indblik i de inviteredes konkrete anvendelse og opfattelse af materialet. Hvis udførelsen af dokumentanalysen var præget af resultaterne fra interviewundersøgelsen, kunne metoden indledningsvist være afgrænset til invitationsbrev og vejledning. Derudover kunne det resultere i øget fokus på temaer som respondenterne havde udpeget, og derved øge risikoen for at resultater fra dokumentanalysen var blevet overset eller analyseret anderledes. Dokumentanalysen fremanalyserede resultater, der kan have betydning for beslutningen om deltagelse, uden at borgerne selv er bevidste om det. Disse resultater kunne være gået tabt, hvis udgangspunktet havde været interviews.

I dokumentanalysen blev anlagt et næranalytisk og et kommunikationsanalytisk perspektiv. Idet specialegruppen har opbygget analyseværktøjet, og foretaget til- og fravalg, kan dette påvirke de

resultater analyseværktøjet har skabt. Dermed kan vi som undersøgere ikke afvise, at vores forforståelse har påvirket undersøgelsen.

6.1.3.3 Undersøgerens rolle

I kommunikationsanalysen vurderedes, hvorledes informationen kan modtages og forstås af den inviterede borger. Begrebet health literacy gav her en forståelse for, hvad der har betydning for borgerne, når de forholder sig til invitationsmaterialet. Ved fortolkning med udgangspunkt i dette begreb, blev det muligt for specialegruppen, i nogen grad, at sætte sig i de inviteredes sted, og forholde sig til invitationsmaterialet, velvidende at borgere har forskellige niveauer af health literacy.

Det kan være vanskeligt at tilgå information med en åben og fordomsfri tilgang, uden at gøre brug af tidligere tilegnet viden og erfaring. Det er derfor muligt at relevante aspekter og nuancer omkring modtagelse af invitation til screeningsprogrammet er gået tabt, idet specialegruppen kan være præget af egen uddannelse og faglig viden. Den systematiske litteratursøgning i specialet har øget specialegruppens viden om beslutningsværktøjer i forhold til screening. På trods af en forsøgt objektiv tilgang, er der risiko for, at denne viden kan have påvirket hvilke elementer af dokumenterne der har fået mest analytisk opmærksomhed. For at opretholde transparens og reproducerbarhed i specialet, er dokumentanalysens proces dokumenteret i bilag 4.2 og 4.3. Derved kan læseren gennemskue fremgangsmåden, og identificere steder hvor undersøgerens forforståelse kan have påvirket resultaterne.

6.1.4 Metodediskussion af semistrukturerede interviews

Af dette afsnit fremgår overvejelser, refleksioner og diskussion af planlægning, udførelse og analyse af de semistrukturerede interview. Formålet med at foretage semistrukturerede interview var, at få indsigt i respondenternes tanker om screeningsprogrammet som helhed, det udsendte invitationsmateriale, hvad der opfattedes som udfordrende, og hvad der opfattedes positivt (72).

6.1.4.1 Fordele og ulemper ved metoden

Ved anvendelse af denne metode blev det muligt at opnå et nuanceret billede af screeningsprogrammet, ved at inkludere deltagernes egne opfattelser og holdninger. Hvis udviklingstiltagene udelukkende var baseret på kvantitativ metode og dokumentanalyse, ville det således ikke være muligt at udvikle et tiltag i overensstemmelse med deltagernes præferencer. Dermed har interviews bidraget til vigtig viden. De semistrukturerede interviews gav indsigt i deltagernes anvendelse og forståelse af invitationsmaterialet. Dette resulterede i viden om, at den omfattende dokumentanalyse af pjecerne skulle have en mindre plads i specialet, idet deltagerne ikke vægtede pjecen højt. Fokus skulle i stedet være på udvikling af invitationsbrevet og udarbejdelse af en forhåndsmeddelelse, der var i overensstemmelse med respondenternes præferencer og fund fra dokumentanalysen.

Den semistrukturerede tilgang, gav et indgående og detaljeret kendskab til det undersøgte fænomen, og gjorde det muligt at belyse deltagernes opfattelser af og motiver for deltagelse, ved at have en åben tilgang hvor respondenternes besvarelser var styrende for hvilke fund der fremkom af interviewene (72).

En ulempe ved den semistrukturerede tilgang er, at hele undersøgelsen afhænger af kvaliteten af hvert enkelt interview (72). I dette speciale blev der gennemført syv interviews med borgere, der har valgt at deltage i screeningsprogrammet. Længden og dybden i interviewene varierede, idet nogle af respondenterne talte mere end andre, og satte flere ord på grundlæggende holdninger om emnerne i interviewguiden. Andre havde kortere besvarelser, hvor de forholdte sig umiddelbart til interviewpersonens spørgsmål, og ikke i ligeså høj grad reflekterede over deres besvarelser. Dette kan tilskrives, at mennesker har forskellige personligheder. Det er dog også muligt, at interviewsituationen har medvirket hertil.

Det var interviewerens opgave at skabe et miljø, hvor respondenterne fik rum til refleksion og tid til at gå i dybden med egne tanker og besvarelser. Observatørens rolle var ligeledes at spørge ind, hvis et emne kunne uddybes yderligere. Dette kan omvendt have forårsaget, at interviewer og observatøren ubevidst har præget respondentens besvarelse (72). Derudover var det interviewerens opgave, at spore samtalen ind på emnerne i interviewguiden, hvis respondenternes talestrøm bevægede sig for langt væk fra emnet. Dette kan have medført, at respondenterne kunne føle sig afbrudt, eller have medvirket til at interviewer fremstod styrende, hvilket kan have påvirket relationen mellem respondent og interviewer (72). Alternativt kunne interviewene være foretaget som fokusgruppeinterview, hvorved respondenterne kunne præge hinanden til refleksion og dermed bidrage med andre nuancer af undersøgelsesfeltet (72).

6.1.4.2 Intersubjektivitet

Indenfor den kvalitative forskningsmetode er der ikke, på samme måde som i den kvantitative, enighed om, hvilke mål der skal anvendes som kvalitetskriterier (72). I det kvalitative forskningsinterview er formålet derfor ikke reproducérbarhed, idet det erkendes, at det ikke er muligt at foretage to identiske interviews (72). Målet med den kvalitative undersøgelse var derfor at fremvise én af mange fortolkninger. I specialet blev resultaterne af interviewene fortolket ved HBM. Dette gjorde det muligt at få en forståelse af deltagernes sundhedsadfærd, relateret til screeningsprogrammet. HBM tilføjer elementer til fortolkningen, der ikke nødvendigvis var blevet identificeret ellers. Begrebet '*signaler til handling*', er udledt af HBM, og anvendt ved udviklingen af tiltagene. HBM var derfor afgørende for udformningen af udviklingstiltagene.

Det er dermed den teoretiske referenceramme, der er afgørende for konklusionen, udledt af interviewene, hvorfor der ikke kan siges, at findes én definitiv konklusion. I stedet for

reproducérbarhed, lægges vægt på *intersubjektivitet* som anvendeligt mål for kvalitativ forskning. Dette begreb angiver, hvordan udvalgte citater og tekststykker er logiske og illustrative for analysen (72). Dette er der taget højde for ved anvendelse af en analysemodel, den hermeneutiske analysemetode, hvor temaer og efterfølgende kategoriseringer udspringer af interviews. Analysen er foretaget ved dekontekstualisering og efterfølgende rekontekstualisering af transskriberingerne.

6.1.4.3 Validitet

Validiteten i kvalitativ forskning udgøres af forskningsmetodens velegnethed til at beskrive det ønskede (71). I de semistrukturerede interviews var formålet at undersøge, hvad der havde betydning for deltagelse i screeningsprogrammet. For at få et nuanceret billede heraf, kunne det være hensigtsmæssigt både at interviewe deltagere og ikke-deltagere i programmet. Det lykkedes dog ikke at rekruttere ikke-deltagere, hvorfor udviklingstiltagene udelukkende beror på besvarelser givet af deltagere. Dette kan betyde, at tiltagene målrettes borgere, der i forvejen har øget chance for deltagelse, og på den måde bidrager til uligheden. Dette hvis de ikke-deltagende og de deltagende adskiller sig i forhold til præferencer og behov. Dette er et kritikpunkt ved delundersøgelsen, hvorfor det anbefales at rekruttere både deltagere og ikke-deltagere i fremtidige lignende studier.

For at udforme et tiltag der skal mindske ulighed i deltagelse, ønskedes det at rekruttere respondenter med forskellige sociodemografiske karakteristika. Det er muligt, at validiteten af undersøgelsen kunne øges, hvis der havde været en større aldersspredning hos respondenterne. Personer i aldersgruppen 67-74, altså den ældre del af målpopulation, er ikke repræsenteret i undersøgelsen. Dette kan være en mangel, idet det er muligt, at personer i denne aldersgruppe lægger vægt på andet end respondenterne. Yderligere har alle respondenterne børn, og er enten gift/samlevende, eller har tidligere været det. Dette kan anses som systematiske fejl (72), opstået ved rekrutteringen, der kan påvirke validiteten af resultaterne.

Såfremt specialet havde haft en længere tidshorisont, ville det have været muligt at inddrage flere respondenter i undersøgelsen, med det formål at få yderligere variation i udsagnene. Optimalt havde rekrutteringen fortsat indtil der ikke fremkom nye temaer ved respondenternes udsagn (68).

Rekruttering af respondenter til undersøgelsen er foretaget ved sneboldmetoden. Der blev lagt et opslag op på Facebook, hvilket gjorde at personer i specialegruppens netværk delte opslaget. Derfor var enkelte af respondenterne kendt af ét af specialegruppens medlemmer. I interviewsituationen forekommer der ofte et asymmetrisk magtforhold mellem interviewer og respondent (69), der kan resultere i, at respondenterne tilbageholder information. For at reducere risikoen for dette, blev det besluttet, at specialegruppens to andre medlemmer skulle agere henholdsvis interviewer og observatør ved interview af respondenter med kendskab til det sidste

medlem. Kendskabet kan stadig have haft effekt på informationen, da respondenterne har været klar over, at det kendte gruppemedlem ville foretage analyse og fortolkning af deres udsagn.

Ved hvert interview blev det besluttet, at der skulle være en interviewer og en observatør til stede. En utilsigtet konsekvens herved er, at respondenterne kan have følt det ubehageligt at blive observeret af en anden person under interviewet. Det vurderes dog, at inddragelse af en observatør havde god effekt, idet det blev muligt at stille opklarende spørgsmål. Nogle af respondenterne henvendte sig i højere grad til observatøren end intervieweren. Dette kan skyldes, at de bedre kunne relatere sig til en person af samme køn.

Omvendt vil en situation med kun én interviewer i lokalet, kunne danne en mere intim situation. Projektgruppen vurderede tilstedeværelse af begge roller som fordelagtigt for både interviewer og respondent, hvorfor interviewsituationen er planlagt og gennemført ud fra overvejelser herom. Endvidere kunne aldersforskellen mellem respondenterne og interviewere påvirke relationen i interviewsituationen, idet respondenterne muligvis vil kunne have haft en bedre relation til en interviewer på sin egen alder. Respondenterne havde forud for interview, modtaget en e-mail med information om forholdene, hvorved de var forberedte på rammerne for interviewsituationen.

6.1.4.4 Refleksivitet

Ved udførelse af semistrukturerede interviews, bør forskeren være bevidst om den rolle han/hun har. Dette udgør begrebet refleksivitet. Det er muligt at respondenterne søger at svare det som vedkommende tror, interviewer gerne vil høre (69). Dette er forsøgt imødekommet ved en indledende briefing, hvor der gøres opmærksom på, at det er respondenternes holdninger og forståelser der undersøges, og at det netop er respondenterne der besidder den ønskede viden om emnet. På trods af dette, er det muligt at respondenterne alligevel svarede i en retning, de troede interviewer gerne ville høre, idet de er informeret og bevidste om, at undersøgelsesfeltet belyses ud fra en folkesundhedsfaglig vinkel.

Mellem to mennesker findes altid en magtrelation. Intervieweren vil i kraft af sin faglige tilgang, og rolle som interviewer, have en højere status end respondenterne. Omvendt er interviewer afhængig af respondentens velvilje, for at få mest muligt ud af interviewet (72). Det er vigtigt at intervieweren formår at skabe trygge rammer, således at respondenterne er tryk ved og har lyst til at fortælle om emnet. Respondenterne blev derfor, forud for interviewene, spurgt om hvor de ønskede at interviewet skulle foregå. På den baggrund blev to interviews foretaget i respondenternes eget hjem, to på universitetet og tre som telefoninterviews.

Ud fra relationelle mekanismer, som tilskrives andet end stemmeføring, ordvalg og pauser i samtalen, vil der ved telefoninterview mangle mulighed for at aflæse kropssprog, ansigtsmimik og øjenkontakt. Respondenterne kan i den forbindelse have følt sig mere anonym, og derved have nemmere ved at udtale sig om personlige ting, netop fordi man *ikke* skal se hinanden i øjnene

(69). Det er ligeledes muligt, at det er nemmere at sige fra ift. at tale om bestemte emner, når der er afstand mellem interviewer og respondent. Af samme årsag, er det muligt at respondenten er mere ærlig og åben. Respondenten sidder ikke fysisk i lokale med et menneske, og skal derfor ikke forholde sig til vedkommende på samme måde. Ulempen herved kan være, at der, der hvor respondenterne befinder sig, kan være forstyrrende elementer såsom fjernsyn, radio, talende ægtefæller, som tager opmærksomheden væk fra interviewsituationen. Ligeledes kan situationen være svær at aflæse for interviewer, idet stilhed og pauser i talestrømmen, ikke kan observeres visuelt. Derfor vides ikke, om respondenterne reflekterer over en udtalelse, eller om vedkommende afventer et nyt spørgsmål. Respondent M51, der blev interviewet på universitet, stirrede ud af vinduet og tænkte i 12 sekunder før han svarede på et spørgsmål angående forældrenes sygdomsperioder (transskript, M51, linje 716). Det var her tydeligt for interviewer og observatør, at respondenterne overvejede spørgsmålet og sit svar. Denne observation ville ikke have været mulig ved telefoninterview.

Idet interviews er foretaget som både ansigt-til-ansigt- og telefoninterviews, er der forskel på hvordan data er indsamlet. Dette kunne give forskelle i respondenternes udsagn og dermed forskel i resultaterne. Da der i analysen udsprang lignende temaer mellem interviews, vurderes det, at dette ikke har haft betragtelig betydning. Den fleksibilitet der blev udvist i interviewets placering, kan ses som manglende stringens, men har øget datagrundlaget. Dette da der havde været risiko for frafald af respondenter, hvis universitetet havde været fastholdt som eneste mulige mødested.

6.1.4.5 Reliabilitet

Ved reliabilitet i forbindelse med kvalitativ forskning forstås om det er muligt for læseren at følge forskningsprocessen. Der ses her på, hvorvidt forskningsprocessen er transparent. Dette omhandler, hvorvidt læseren kan følge forskningsprocessen hele vejen fra forskningsspørgsmål til forskningsresultat, samt i hvilken grad usystematiske fejl er undgået (72). Ved udarbejdelsen af interviewundersøgelsen er det tilstræbt en høj grad af reliabilitet ved at undgå usystematiske fejl i forbindelse med optagelse af interviews og transskribering. Der er således fundet god overensstemmelse mellem lydoptagelse og transskription. Ligeledes er en høj grad af transparens tilstræbt, ved beskrivelse af metode til indsamling og bearbejdning af data. Ved gennemførelse af specialet, har reliabiliteten været medtænkt i hele processen via systematik og stringens, for at gøre processen transparent. Processen er udførligt dokumenteret i bilag 5. De enkelte og fulde transskriptioner fremgår dog ikke af bilag, af hensyn til respondenternes anonymitet.

6.1.5 Samlet vurdering af mixed methods

For at besvare specialets problemformulering, var det nødvendigt at skabe syntese mellem delundersøgelsesresultater. Dette blev foretaget ved analyse- og fortolkningsintegration. Med udgangspunkt i denne syntese, blev de fire udviklingstiltag udformet.

Dette blev konkret foretaget ved hjælp af tre undersøgelsesspørgsmål, som hver især blev besvaret, med én eller flere delundersøgelser. Den efterfølgende del af problemformuleringen, hvor udviklingstiltaget belyses i et forandringsperspektiv, besvares ved en teoretisk referenceramme, som ligger efter mixed methods-undersøgelsen.

Den interne validitet i et mixed methods-undersøgelse afhænger både af den metodiske fremgang samt af hvordan de inkluderede delundersøgelser er interkorreleret. Derudover afhænger kvaliteten af mixed methods-undersøgelsen, af de enkelte delundersøgelseres validitet. Validiteten øges, hvis samme fund eksisterer på tværs af metoder, og derved bekræfter hinanden (63). Dog er denne form for validering blevet kritiseret, da det ikke kan forventes, at identiske resultater fremkommer ved forskellige metoder, da disse ikke har samme fokus. Derfor kan effekten af samlivsstatus, fundet i den statistiske analyse og i semistrukturerede interviews, ikke blot afskrives, fordi dokumentanalysen hverken bekræfter eller afkræfter det.

6.2 Resultatdiskussion

I dette afsnit vil resultaterne fra de enkelte delundersøgelser diskuteres og sættes i relation til studier og litteratur på området. Dette med henblik på at vurdere delundersøgelseernes eksterne validitet særskilt. De udformede udviklingstiltag er dannet ved mixed methods, hvor delundersøgelseernes fund indgik i én samlet analyse. Den eksterne validitet af de fire tiltag diskuteres ligeledes, hvorved kvaliteten og anvendeligheden af tiltagene vurderes.

6.2.1 Diskussion af resultater fra delundersøgelse 1: Statistisk analyse

Efter fuld justering for køn, alder, uddannelsesniveau, indkomstkvartil, immigrationsstatus og region viste den endelige logistiske regressionsmodel, at enlige havde en øget risiko for ikke at deltage. OR for enlige var 1,63 sammenlignet med samlevende. Studier omhandlende effekten af samlivsstatus i forbindelse med deltagelse i kolorektal cancerscreening, finder i overensstemmelse hermed, at enlige deltager i lavere grad end samlevende (5,33,34,114). Nogle af disse studier angiver dog OR for deltagelse. For at lette sammenligningsgrundlaget i forhold til delundersøgelsens fund, er den reciprokke værdi af estimatet, fra vores statistiske analyse, beregnet, hvorved enlige havde OR 0,61 for at deltage.

I den danske gennemførlighedsundersøgelse, fra Vejle og København, fandtes at enlige havde OR 0,72 for at deltage sammenlignet med samlevende efter omfattende justering (5). I gennemførlighedsundersøgelsen er data på samlivsstatus indhentet fra cpr-registret, mens information om samlivsstatus i specialet er indhentet fra indkomstregistret. Der kan derfor være forskelle i disse proxy for samlivsstatus, men idet begge proxy viser en sammenhæng, styrkes delundersøgelsens hovedresultater, der viser at samlivsstatus har betydning for deltagelse.

I Holland fandtes at enlige havde OR 0,81 for at deltage sammenlignet med gifte. Dette estimat var dog kun justeret for alder, køn og uddannelse (33). I Finland fandtes også en forskel i deltagelse baseret på samlivsstatus (34). Dog inddeltes samlivsstatus her i flere grupper. Dette kan betyde at gruppen med enlige indeholder flere subgrupper, som ikke har været mulige at identificere i dette speciale. Blandt andet fandt studiet, at 46,2% af de enlige deltog, mens 51,1% af skilte og 56,0% af enker deltog (34). Af specialets delundersøgelseres resultater fremgår, at 54,2% af enlige nordjyder deltog. Dette kan således være et gennemsnit af flere uidentificerede subgrupper. Et nyt studie, udgivet af specialegruppen i maj 2017, viser at der på nationalt plan eksisterer interaktion mellem køn og samlivsstatus, hvorved effekten af at være enig er større for mænd end kvinder (114). Dette var ikke tilfældet for den nordjyske population inkluderet i specialet. Deltagelsen for enlige var på landsplan 54,0%, sammenlignet med 54,2% i Region Nordjylland. På nationalt plan havde enlige OR 1,73 (CI95% 1,71;1,75) ved univariat regressionsanalyse sammenlignet med samlevende. Efter justering for køn, alder, etnicitet, region, uddannelsesniveau og indkomst var OR 1,63 (CI95% 1,60;1,67) for enlige mænd og OR 1,44 (CI95% 1,41;1,47) for enlige kvinder (114). Dermed adskiller de nordjyske borgere sig fra den nationale målgruppe, ved at kvinders risiko, i samme grad som mænds, er påvirket af samlivsstatus.

6.2.2 Diskussion af resultater fra delundersøgelse 2: Dokumentanalyse.

Hovedresultatet af denne delundersøgelse var, at det samlede invitationsmateriale, som beslutningsværktøj, havde mangler, hvis det skal anvendes som beslutningsgrundlag for de inviterede borgere i Region Nordjylland.

I den nuværende udformning af invitationsmaterialet henvises ikke til, hvor information kan findes på andre sprog. Dette kan påvirke deltagelsen for nogle subgrupper i befolkningen, idet der findes borgerne i Danmark, der ikke har dansk som modersmål. Disse personers health literacy er dermed ikke taget i betragtning ved udformning af det nuværende materiale, hvilket kan betyde, at denne befolkningsgruppe enten fravælger at deltage, eller indsender en prøve der må kasseres.

Ved screeningsprogrammer for bryst- og livmoderhalskræft, er det fundet, at immigranter fra lavindkomstlande, deltager i mindre grad end andre (31). Derudover fandt et fransk studie, at områder med særligt mange immigranter har en lavere deltagelsesprocent (39). Om dette også er gældende i en nordjysk kontekst, er uvist. Det er muligt, at der findes sproglige barrierer der har betydning for, hvorvidt en immigrant vælger at deltage, idet deltagelse blandt andet forudsættes af muligheden for at forstå interventionen (43). Derudover er det muligt, at etniske minoriteter kan have et andet udgangspunkt for anvendelse af det danske sundhedsvæsen, fordi der kan være barrierer i form af manglende kendskab til sundhedsvæsenets opbygning samt barrierer af kulturel karakter (43).

I gennemførlighedsundersøgelsen påpeges, at immigranternes socioøkonomiske forhold, kan ligge til grund for uligheden, snarere end selve etniciteten (4). Det er derfor muligt, at den forskel der findes i litteraturen, er en afspejling af dette. Af resultaterne fra delundersøgelse 1, afsnit 5.1, sås en øget risiko for ikke-deltagelse ved ikke-vestlige immigranter. Dette er dog ikke undersøgt nærmere i specialet. I det nationale studie, udgivet af specialegruppen, sås en øget risiko for ikke-deltagelse hos immigranter efter justering for køn, alder, indkomst, uddannelsesniveau, bopælsregion og samlivsstatus (114), hvilket indikerer, at immigranternes socioøkonomiske forhold ikke er årsagen til uligheden.

Et kritikpunkt ved det nuværende invitationsmateriale er, at der ikke tydeligt henvises til, hvor borgeren skal henvende sig, hvis vedkommende søger yderligere information. I invitationsbrevet oplyses kontaktoplysninger til screeningssekretariatet ved spørgsmål om undersøgelsen. Dette er dog misvisende, idet det ikke er sikkert, at borgeren har konkrete spørgsmål til selve undersøgelsen, men har andre bekymringer eller spørgsmål i relation til deltagelse i screeningsprogrammet. Af litteraturen fremgår, at samtale med egen læge kan øge deltagelsen (98,100,115,116), hvilket indikerer at samtale med en anden om beslutningen eller screeningsprogrammet som helhed, kan have betydning for beslutningen om deltagelse. Derfor er det muligt at tydeligere information om, hvad screeningssekretariatet kan tilbyde, eller opfordring til at tale med andre, herunder egen læge, kan øge deltagelsen.

Delundersøgelse 2 konkluderer, med udgangspunkt i begreberne health literacy og beslutningsværktøjer, at dokumenterne ikke supplerer hinanden tilstrækkeligt som samlet beslutningsværktøj. I et beslutningsværktøj skal den præsenterede information adressere alle niveauer af health literacy (47), og reflektere moral, etik og juridiske forpligtelser ved tydeligt at fremvise fordele og ulemper ved deltagelsen (12). Delundersøgelsen finder, at der i dokumenterne ikke tydeligt fremgår information om fordele og ulemper. Vejledningen findes at være god og informativ. Lignende fund er gjort i Region Midtjylland, ved en kvalitativ undersøgelse, der inddragede lavtuddannede borgere (117). Da der kan drages parallel mellem individer med lavt uddannelsesniveau og lav health literacy (47), tyder det på, at vejledningen egner sig til personer med lav health literacy. Dette betyder dog ikke at den også er det for individer med høj health literacy, da det er vanskeligt at sikre, at borgere med forskellige niveauer af health literacy tilgodeses samtidigt, når der informeres (47).

Pjecen vurderes, i sig selv, at være et godt beslutningsværktøj. Af analysen fremgår dog, at pjecen er et sekundært dokument, idet der ikke fra invitationsbrevet tydeligt henvises til vigtigheden i, at læse denne. Dermed opnås ikke tilstrækkelig viden til at kunne foretage en informeret beslutning, jf. afsnit 2.5.1. Et alternativ til vedlægning af pjecen, er derfor at inkludere nogle af informationerne fra pjecen i invitationsbrevet. En forlængelse af brevet, mod en udeladelse af

pjecen, er således en mulighed. Fokusgruppeinterviews har vist at materialet ikke må være for langt, idet det øger risikoen for ikke at deltage, da det bliver uoverskueligt for de inviterede (117). Der er derfor et paradoks mellem mængden af information og indholdet i informationen, når der skal udformes information til en mangfoldig gruppe.

6.2.3 Diskussion af resultater fra delundersøgelse 3: Semistrukturerede interview.

Af dette afsnit fremgår diskussion af den eksterne validitet af resultaterne fra de semistrukturerede interviews. Der vil derfor i det følgende, tydeliggøres hvordan den producerede viden fra denne delundersøgelse, placerer sig i forhold til eksisterende viden på området (74). I dette speciale er HBM anvendt til fortolkning. Fund fra undersøgelsen er dermed præget af den anvendte teoretiske referenceramme, hvorfor resultatet af undersøgelsen afspejler begreber der indgår i denne. I kvalitativ forskning er et kvalitetskriterie ikke generaliserbarhed, idet respondenternes besvarelser udelukkende afspejler netop disse personers forståelser, opfattelser og oplevelser af screeningsprogrammet. Resultaterne kan dog fungere som inspiration til andre kontekster, give en indikation og være vejledende for, hvordan andre, med samme karakteristika, vil opleve og opfatte emnet.

Temaerne i interviewguiden udspringer af den, på forhånd tilegnede viden, anvendt til udarbejdelse af problemanalysen. Ved forberedelse til denne delundersøgelse, var målgruppen for udviklingstiltagene endnu ikke fastlagt, idet udviklingstiltagene skulle udformes med udgangspunkt i resultaterne fra samtlige delundersøgelser. Besvarelserne og fortolkningen er dermed ikke målrettet enlige. Dog er der elementer i fortolkningen som relaterer sig direkte til aspekter vedr. enlige eller samlevende. Fortolkningen via HBM giver et fokus på respondenternes sundhedsadfærd, relateret til screeningsprogrammet. Modellen kritiseres dog for, at grunde i en overvejende behavioristisk tankegang, hvor der ikke tages højde for respondentens individuelle mentale tilstand og subjektivitet. Modellen angiver, at adfærd sker som følge af en påvirkning. Derfor vil en påvirkning i form af de foreslåede tiltag, ifølge teorien, kunne ændre borgernes sundhedsadfærd. Af studier fremgår dog divergerende fund ved anvendelse af HBM (118), hvilket indikerer, at mennesker ikke blot kan betragtes som neutrale væsener uden en egen fri vilje, hvorfor de ikke i alle sammenhænge vil ændre adfærd som følge af en påvirkning.

De udarbejdede udviklingstiltag grunder i den foreliggende viden om fordelene ved at give inviterede borgere flere signaler til handling. Her fremgår, at samlevende personer i nogen grad har bedre forudsætninger for at deltage, idet de modtager signal til handling både når de selv modtager invitationsmaterialet, og når deres partner gør. Derudover er der sandsynlighed for, at samlevende personer taler om emnet indbyrdes, og derved kan påvirke hinanden til deltagelse. Samlevende der inviteres hver for sig, deltager muligvis i mindre grad end samlevende der inviteres samtidig (33). Dertil kommer, at social støtte fra familie, venner og omgangskreds er

positivt associeret med deltagelse i screeningsprogrammer (119). Denne sociale støtte formodes til dels at kunne opnås ved at have en samlevende partner. Problematikken omhandlende enliges manglende signaler til handling, samt sociale støtte imødekommes i specialet, ved fire foreslåede udviklingstiltag.

På trods af en positiv opfattelse af et øget fokus på kolorektal cancer, giver flere respondenter udtryk for at have et ønske om at distancere sig fra tanker om konsekvenserne forbundet med sygdommen, indtil det er en realitet. Denne holdning er mest fremtrædende hos mændene, som dog alligevel har valgt at deltage. I et dansk studie udtaler en mandlig ikke-deltager:

"As long as you feel healthy, there's no use in filling your head with worries about sickness. You should enjoy life while you're here" (Citat: Kirkegaard et al. 2015, Making decisions about colorectal cancer screening. A qualitative study among citizens with lower educational attainment (117))

Hvor denne holdning muligvis har været med til, at individet har valgt ikke at deltage, finder delundersøgelsen, at individer med denne holdning alligevel har deltaget. Denne holdning findes dermed både for deltagere og ikke-deltagere, hvorfor der antages at være andre forhold der gør sig gældende, i forhold til beslutningen om at deltage. Det er også muligt at barriererne har været mindre for respondenter i delundersøgelsen, hvorfor barriererne ikke har ført til ikke-deltagelse.

Delundersøgelsens fund peger på, at der er en mulig betydning af familieliv, samt det at have børn. Det er således muligt, at dette kan have betydning for deltagelse, og derfor også muligt, at personer uden ægtefælle, nære venner eller børn, ikke i samme grad deltager, fordi de ikke føler sig forpligtede og ansvarlige overfor andre. I den forbindelse, finder et studie, at følelsen af forpligtelse overfor andre, kan være positivt associeret med deltagelse i screeningsprogrammer (33). Netop derfor formodes det, at personer der bor med en partner, i højere grad deltager end enlige, idet der både findes opbakning og ansvarsfølelse i relationen.

Derudover fremgår det af delundersøgelsens analyse, at der er en mulig effekt af at have børn, idet forældre muligvis har mindre barriere ift. at skulle håndtere afføring. I den forbindelse har et studie undersøgt årsager til ikke-deltagelse. Her fremgår at håndtering af egen afføring, for nogle borgere, kan være for stor en barriere ift. at deltage (120). I delundersøgelsens fund fremgår dog, at den medsendte vejledning i høj grad nedbringer disse barrierer ved dens udførlige og overskuelige form.

Tilrettelæggelsen af screeningsprogrammet, ved udsendelse af invitationsmateriale og prøvetagningskit, opfattes af respondenterne som værende overvejende positiv. Dertil kommer, at flere respondenter giver udtryk for, at det at prøven kan gennemføres i eget hjem, i høj grad har været medvirkende årsag til, at de har deltaget i screeningsprogrammet. Det at invitationsmateriale og prøvetagning foretages i borgerens eget hjem, kan få individer med lav

opfattet trussel eller manglende incitament til deltagelse, til at deltage alligevel (117), fordi denne strategi nedbringer barriererne.

6.2.4 Diskussion af udviklingstiltagene

I dette speciale er viden om, hvordan det kolorektale cancerscreeningsprogram i Region Nordjylland kan forbedres, udledt af semistrukturerede interviews, dokumentanalyse og statistisk analyse. Denne viden er blevet anvendt til at udforme fire udviklingstiltag. Med disse udviklingstiltag er formålet at øge deltagelsen og mindske ulighed i deltagelse.

Samlivsstatus kan have betydning for individers handlinger i forhold til egen sundhed. Af litteraturen fremgår, at samlivsstatus kan påvirke sundhedsadfærd (47,121), mentalt helbred (122), dødelighed (123) og deltagelse i kolorektal cancerscreening (5,32–34).

De tre delundersøgelser har, ved analyse og fortolkningsintegration, udmundet i fire udviklingstiltag. I det følgende vil de udarbejdede udviklingstiltag blive diskuteret og sat i relation til international videnskabelig litteratur.

Med udgangspunkt i HBM er det muligt, at en forhåndsmeddelelse kan øge deltagelsen, idet borgere modtager flere signaler til handling. Derudover påvirkes borgeren tidligere, end ved den nuværende invitationsprocedure. Der skabes således et ekstra signal til handling, inden de konfronteres med invitation og prøvetagning. Udover ekstra signal til handling, forventes dette også at øge deltagelsen, fordi den inviteredes health beliefs kan påvirkes inden beslutningen skal træffes, ved at skabe refleksion. Udviklingstiltaget der involverer samtale hos egen læge, kan ligeledes skabe refleksion forud for modtagelsen af invitationen. Efter modtagelsen af invitation kan der også skabes signaler til handling. I det kolorektale screeningsprogram udsendes en påmindelse til inviterede der ikke indsender en prøve. Påmindelsen forventes at have en effekt, da den giver signal til handling, men refleksionen den kan skabe, vil komme efter den umiddelbare beslutning er truffet.

En forhåndsmeddelelse har vist sig effektiv (41,95,96). En øgning fra de 54,2% deltagende i Region Nordjylland, vurderes at være realistisk. I Holland viste et studie, at det var muligt at øge deltagelsesprocenten fra 61% til 64% (95), vha. en forhåndsmeddelelse. Dette viser, at det er muligt at øge deltagelsen fra en allerede relativt høj deltagelsesprocent. Dermed er det sandsynligt, at en forhåndsmeddelelse også vil have effekt i dansk kontekst.

Det er muligt at effekten af en forhåndsmeddelelse skyldes, at de inviterede kontakter egen læge for råd (95), og at effekten derfor ikke skyldes refleksionen direkte. Det forekommer dog usandsynligt, at individer kontakter egen læge uden at have reflekteret over beslutningen. Udviklingstiltag 1, forhåndsmeddelelsen og 3, samtale med egen læge, kan derfor muligvis have en yderligere positiv effekt, når de kombineres (108). En udvidet forhåndsmeddelelse kan

muligvis øge deltagelsen yderligere (96). For at imødekomme individer på tværs af niveauer af health literacy, var et fokusområde for specialegruppen, dog netop at forhåndsmeddelelsen ikke måtte blive for omfattende.

Hvorfor enlige deltager mindre end samlevende, er ikke endeligt klarlagt. Enlige har en sundhedsadfærd der adskiller sig fra samlevende personer, men hvilke aspekter ved samlivsstatus, det skyldes, kan ikke konkluderes. Fænomenet kan muligvis forklares ved muligheden for, at samlevende par kan have et generelt fokus på mere langsigtede effekter, fordi forholdet fordrer en accept af langtidsforpligtelser. Det ses, at samlevende har en øget intention om at deltage, hvilket kan være effekten af en øget kommunikation om emnet (33).

Øget kommunikation er et aspekt som er medtænkt i speciales udarbejdede udviklingstiltag. I tiltag 4, det reviderede invitationsbrev, opfordres til at tale med personer i omgangskredsen. Her er dog en risiko for, at enlige personer ikke, i samme grad, vil have mulighed for dette. Derfor er dette i invitationsbrevet formuleret som *omgangskreds* i stedet for venner og familie, da dette begreb også kan dække over kollegaer eller mere perifere bekendtskaber.

I både forhåndsmeddelelsen og det reviderede invitationsbrev, er anvendt blågrønne farver og ikke regionens røde logofarve, idet rød kan associere til alarm og risiko i højere grad end andre farver (124). Omvendt kan rød også medføre at information huskes bedre, mens blålige farver har den modsatte effekt (124). I den udformede forhåndsmeddelelse og i det reviderede invitationsbrev, er der anvendt den blågrønne farve, da det vurderes vigtigere ikke at skræmme de inviterede, end at de husker informationen i fremtiden.

I specialet foreslås ligeledes at materialet udsendes til geografisk inddelte områder, idet hypotesen er, at fokus i nærområdet kan øge kommunikationen og bevidstheden om screeningsprogrammet, og derved give borgerne i området, flere signaler til handling. Dette tiltag, samt forslag om samtale med egen læge, skal opfordre til kommunikation og refleksion forud for deltagelse. En yderligere påvirkning af borgere i de geografiske områder der inviteres samtidigt, vil kunne skabes ved synliggørelse i hverdagskonteksten. Dette kunne være ved opslag hos købmanden, plakater på busser, eller radioindslag og kampagner i andre medier. Mediekampagner kan dog være omkostningsfulde, og er derfor ikke inddraget i dette speciale som udviklingstiltag.

Ved implementering af udviklingstiltagene påvirkes ikke blot enlige, men hele populationen. På den måde vil den generelle deltagelse muligvis øges. Derudover forventes også, at uligheden kan mindskes ved at skabe ekstra signaler til handling og øget refleksion for enlige.

6.3 Diskussion af forandringsperspektivet

I dette afsnit diskuteres fordele og ulemper ved anvendelse af den valgte organisationsmodel, samt refleksioner over, hvilken betydning inddragelse af andre modeller kunne have haft for specialet. Derudover fremgår diskussion af forandringsperspektivet i relation til tiltag 1. Slutteligt fremgår en diskussion af den foreslåede evalueringsstrategi, samt konsekvenser ved anvendelse af denne.

6.3.1 Anvendelse af organisationsmodeller

Leavitts systemmodel er anvendelig ved planlægning af organisationsforandringer, idet modellen danner overblik over hele organisationen ved at fokusere på *teknologi, opgaver, aktører, struktur* og *omgivelser*, samt forandringerne påvirkninger i hele systemet. Inddragelse af andre organisationsmodeller, eller modeller der anlægger et bredere perspektiv, kunne være relevant at inddrage, hvis formålet var et perspektiv der rækker ud over organisationsperspektivet. Den inkluderede teori, har dermed betydning for, hvad der belyses (103). Leavitts systemmodel vurderes relevant i dette speciale, idet problemformuleringen har fokus på organisatoriske forandringer.

Specialet vil potentielt kunne anvendes som beslutningsgrundlag, hvilket skaber et sigte mod Region Nordjylland som modtager. Ved analyse igennem den socioøkologiske model, ville et bredere perspektiv kunne afdækkes (125). Denne inddrager et livsverdensperspektiv, fremfor et organisatorisk perspektiv. Den socioøkologiske analyse ville være relevant, hvis forandringsperspektivet omhandlede implementering af tiltag, der påvirkede flere af individets livsarenaer, fremfor en analyse af konsekvenser på organisatorisk niveau. Et tiltag der inkluderer borgernes livsarenaer kunne eksempelvis være en ændring af test-typen, fra at være en afføringsprøve til at være en blodprøve. Denne ændring ville medføre, at den indledende del af screeningsprogrammet ikke længere kunne foregå i eget hjem, og dermed inddrages flere livsarenaer. Specialets problemformulering søger dog svar på hvilke organisatoriske konsekvenser, forandringen ville have, hvilket den socioøkologiske model ikke giver svar på.

Forandringsanalysen på organisationsniveau er vigtig, fordi Regionen får mulighed for at forholde sig til, hvilke ændringer implementeringerne vil få for organisationen. Via resultaterne fra denne analyse kan Regionen lettere danne et overblik over påvirkningerne af ressourcer der er til rådighed til relevante budgetposter.

6.3.2 Fordele og ulemper ved anvendelse af Leavitts systemmodel

Idet Leavitts systemmodel har været anvendt ved udarbejdelsen af MTV'er (126), vurderes det, at modellen kan anvendes i sundhedsregi. Den er fremstillet som en model, der kan anvendes ved belysning af organisationsdele, inklusiv analyse af mulige forandringer og dynamikker ved forandringer (126). Dog kritiseres den for at være svær at omsætte i praksis, da man selv skal operationalisere begreberne. I dette speciale er Leavitts systemmodel anvendt til at skabe overblik over mulige forandringer, der kan forekomme som konsekvens af implementering af udviklingstiltagene. Selve organisationen bliver i dette speciale defineret som *screeningsprogrammet*. Denne organisation fungerer på tværs af dele i sundhedsvæsenet, der kan defineres som særskilte organisationer. En rapport med beskrivelse af drift og implementering af screeningsprogrammet (19), har dog givet overblik og været et værktøj til at identificere påvirkede elementer.

Fordelen ved anvendelse af Leavitts systemmodel er, at hele organisationen analyseres, modsat andre studier, som kun fokuserer på enkelte effektmål, f.eks. øget deltagelse eller omkostningseffektivitet. Derfor vurderes, at analyse ved Leavitts systemmodel kan anvendes som beslutningsgrundlag for Regionen, da hele organisationens aspekter analyseres samtidigt, i en detaljeringsgrad, der passer til det sted i beslutningsprocessen, Regionen befinder sig.

6.3.3 afgrænsninger i forandringsanalysen

I analysen blev der først kortlagt påvirkninger og konsekvenser ved indførelse af forhåndsmeddelelsen. Analyse på øverste ledelsesniveau og afdelingsniveau er ikke analyseret, fordi det vurderedes, at påvirkningen ved implementering af udviklingstiltagene ikke ville berøre denne del af den formelle struktur i betydelig grad. Forandringerne er fremanalyseret med den viden specialegruppen har tilegnet sig i processen med udformning af udviklingstiltagene, og med udgangspunkt i drifts- og implementeringsrapporten for screeningsprogrammet (19). Denne viden omhandler hovedsageligt den formelle struktur ved screeningsprogrammet. Derfor er der risiko for, at resultaterne er påvirkede af viden om hvordan screeningsprogrammet burde forløbe, og ikke hvordan det forløber i praksis, hvilket kan være påvirket af den uformelle struktur.

Viden om den uformelle struktur kunne opnås ved interviews med medarbejdere i organisationen. Undersøgelse af konsekvenserne for den uformelle struktur anbefales inden implementering. Dette for at finde de bedst mulige løsninger, hvor arbejdsmiljøet i organisationen indgår, når ændringerne opstår.

Der fokuseres i forandringsanalysen på udviklingstiltag 1, forhåndsmeddelelse. Derfor er forhåndsmeddelelsen genstand for en grundig analyse af, hvilke påvirkninger implementering vil

få for organisationen. De resterende tiltag har været genstand for mindre dybdegående analyser, hvor påvirkede elementer kort er gennemgået. Resultaterne for forandringsanalysen af udviklingstiltag 2-4, bør derfor undergå grundigere analyse, hvis beslutningstagere finder implementering relevant.

Tiltag 2 og 3 kræver samarbejde og medbeslutning fra andre aktører end Regionen, og vil derfor kræve forhandlinger med andre parter, før implementering vedtages. Tiltag 4 kan, modsat de to førnævnte, implementeres på baggrund af beslutning fra Regionen, da dette brev, ligesom forhåndsmeddelelsen, lader sig afgrænse til Regionens screeningsregi.

Omkostningerne ved indførelse af udviklingstiltag 1, burde være lave, idet forhåndsmeddelelsen udsendes automatisk via IAM med e-Boks. Der vil være omkostninger ved implementeringen af en forhåndsmeddelelse, da IAM skal programmeres til det. Derudover er det muligt, at der vil være øgede omkostninger forbundet med vedligehold. Disse omkostninger vurderes dog at være lave, da IAM har kørt i flere år, og formentligt allerede bliver vedligeholdt. Ved en øget deltagelse som konsekvens af forhåndsmeddelelsen, forventes et fald i udsendelse af påmindelser. Dette forbindes ikke med en betragtelig besparelse, da påmindelserne ligeledes udsendes via e-Boks. I internationale studier, ses omkostningseffektivitet ved indførelse af forhåndsmeddelelser, selvom disse udsendte per brev (41,108).

6.3.4 Procesevaluering

Hvis implementering af tiltagene evalueres ved procesevaluering, skal der foretages løbende evaluering og justering, med udgangspunkt i opstillede evalueringsmål. Dette giver mulighed for at afprøve løsninger, hvor konsekvenserne er svære at forudsige, med mindre risiko, da disse ikke er endegyldige, og kan justeres. Procesevaluering bevirker derfor, at man i processen er omstillingsparat (107). Hvis evalueringsmål udformes efter de identificerede elementer i organisationsanalysen, jf. afsnit 5.5.2, kan forhåndsmeddelelsens effekt evalueres i forhold til påvirkninger i organisationen. En ulempe ved procesevaluering er, at denne måde at implementere på, kan skabe mange forandringer indenfor kort tid, da processen er fleksibel ift. ændringer. Dette kan være stressende for ansatte i organisationen. Der kan endvidere være problemer forbundet med at reagere på effekter der opstår i dataanalyser, idet effekterne kan være et resultat af tilfældig variation og ikke udviklingstiltagene (127). Der skal derfor være fokus på, hvordan evaluering foretages, og hvordan der reageres på ændringerne i organisationen, så det giver den mest hensigtsmæssige proces og meningsfulde effektevaluering på længere sigt.

7. Konklusion

Ved analyse- og fortolkningsintegration af resultater fra de tre del-undersøger, inkluderet i dette mixed methods-baserede speciale, fandtes, at udformning af udviklingstiltag der kan mindske ulighed i deltagelse, skal målrettes enlige borgere i Region Nordjylland. En deltagelse på 54,2% fandtes for enlige ved indledende screening, mens 69,2% af de samlevende deltog. De enlige viste sig ved logistisk regressionsanalyse, at være i øget risiko (OR 1,63 KI95% 1,56;1,70) for ikke at deltage i indledende del af screeningsundersøgelsen, sammenlignet med samlevende. Dette efter justering for uddannelse, indkomst, immigrationsstatus, køn og alder.

Rekruttering til screeningsprogrammet foregår, på nuværende tidspunkt, ved udsendelse af invitationsbrev, pjece fra sundhedsstyrelsen, vejledning og prøvetagningskit. Specialets analyser fandt, at borgerne i høj grad fokuserede på invitationsbrev og vejledning forud for deltagelse, og i mindre grad anvendte pjecen. Det konkluderes, at invitationsmaterialet skal tilgodese forskellige niveauer af health literacy, for derved at mindske ulighed i deltagelse. Derudover skal dokumenterne udformes i overensstemmelse med borgernes efterspørgsler. Disse overvejelser ligger til grund for tiltag 1, forhåndsmeddelelse, og tiltag 4, revideret informationsbrev, hvor tidsforløb, henvisning til information på engelsk samt vigtigheden af, at materialet er letlæseligt, forståeligt og kort, er medtænkt. Da alle respondenter ved interviews havde deltaget i screeningsprogrammet, er det dog usikkert om de præferencer de tilkendegav, også er gældende for ikke-deltagere.

Derudover er det ved fortolkning med HBM fundet, at deltagere opfatter kolorektal cancer som en trussel mod individ og familie, og fordelene ved at deltage opfattes større end barriererne. Her fremgår også, at flere signaler til handling kan påvirke sundhedsadfærden og derved muligvis påvirke deltagelsen for enlige.

Følgende fire udviklingstiltag foreslås; 1) udsendelse af en forhåndsmeddelelse, 2) geografisk inddelte invitationsområder, 3) samtale med egen læge og 4) revidering af invitationsbrevet. Det konkluderes, at disse udviklingstiltag med enlige som målgruppe, har potentiale for at øge deltagelsen og mindske ulighed i deltagelse ved kolorektal cancerscreening i Region Nordjylland.

Ved forandringsanalyse fandtes, at implementering af udviklingstiltagene vil skabe organisatoriske konsekvenser for screeningsprogrammet, der påvirker opgaverne, involverede aktører, strukturen, teknologien og omgivelserne. Påvirkninger vurderes især at være forbundet med den forventede stigning i deltagelse, der vil give en stigning i vante arbejdsopgaver, med tilhørende afledte omkostninger. Evaluering af tiltagene og implementering af disse, kan foretages ved procesevaluering, som indebærer en løbende tilpasning.

8. Perspektivering

I specialet har fokus været på at mindske ulighed og øge deltagelsen i den nordjyske regionsdel af den nationale screeningindsats for kolorektal cancer. Undersøgelserne er derfor afgrænset til nordjysk data, nordjyske respondenter og Region Nordjyllands invitationsmateriale som genstande for undersøgelse. Specialegruppen har sideløbende med specialet, foretaget statistiske analyser på nationale data indenfor samme område. Dette har resulteret i publicering af artiklen;

Sociodemographic predictors of participation in colorectal cancer screening, International journal of colorectal disease, 2017, DOI 10.1007/s00384-017-2832-6 (114).

Af denne artikel fremgår at der også eksisterer sociodemografiske uligheder på nationalt plan. De nationale tendenser er dog ikke identiske med de nordjyske, hvorfor der er justeret for beboelsesregion i de nationale undersøgelser. I studiet fandt vi, at enlige også er i øget risiko på nationalt plan, dog med differentieret effekt for mænd og kvinder, jf. afsnit 6.2.1. Derudover viste studiet, at der fandtes ulighed i deltagelse indenfor alle inkluderede kovariate; køn, alder, indkomst, uddannelse og immigrationsstatus. Personer med lav indkomstniveau viser sig dog at være særligt udsatte på nationalt plan. Studiet indikerer således at der på nationalt plan også findes *social* ulighed i deltagelse. Fremtidige undersøgelser og interventioner kan derfor med fordel målrettes denne gruppe.

Udviklingstiltagene foreslået i specialet vil muligvis kunne introduceres på landsplan og få gavnlige effekter, men da respondenterne i specialet alle var fra Nordjylland, er det uvist om resultaterne fra interviews kan generaliseres til resten af landet. Det samme er gældende for resultaterne fra dokumentanalysen, da invitationsbrevet afviger mellem regionerne. Pjece og prøvetagningskit er ens for alle regioner. For at undersøge effekten, oplevelsen og opfattelsen af det nationale screeningsprogram, kræves derfor yderligere undersøgelser.

Forud for en eventuel implementering på landsplan, kunne udviklingstiltagene med fordel testes for mindre grupper, for at estimere effekten og beregne hvorvidt de er omkostningseffektive. Effekten af implementering af eksempelvis forhåndsmeddelelsen på landsplan, kunne undersøges i en eksperimentel kontekst. Dette ved udsendelse af forhåndsmeddelelsen til en randomiseret gruppe af inviterede borgere, med henblik på sammenligning med kontroller, der inviteres på vanlig vis. Hvis borgere der modtager forhåndsmeddelelsen deltager i højere grad end kontrollerne, vil tiltaget have effekt, og hvis det vurderes at være omkostningseffektivt, anbefales at indføre tiltaget.

9. Referenceliste

1. European Commission, European Union, European Core, Health Indicators, European Union. Health at a Glance : Europe 2014. 2014.
2. Hassan C, Rossi PG, Camilloni L, Rex DK, Jimenez-Cendales B, Ferroni E, et al. Meta-analysis: Adherence to colorectal cancer screening and the detection rate for advanced neoplasia, according to the type of screening test. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012;36(10):929–40.
3. Pornet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Socioeconomic determinants for compliance to colorectal cancer screening. A multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(4):318–24.
4. Sundhedsstyrelsen. Screening for tarmkræft deltagelsesprocentens betydning - en medicinsk teknologivurdering. København; 2008.
5. Frederiksen BL, Jørgensen T, Brasso K, Holten I, Osler M. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. *Br J Cancer*. 2010;103(10):1496–501.
6. Kjeld Møller Pedersen. Sundhedsøkonomi og prioritering. København: Munksgaard; 2013.
7. Nielsen MB, Krasnik A, Strandberg-Larsen M. Sundhedsvæsenet. Folkesundhedsrapporten 2007. 2007.
8. Diderichsen F. Ulighed i sundhed- Årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
9. Ibfelt E. Årsager til social ulighed i overlevelse [Internet]. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. 2014 [cited 2016 Sep 14]. Available from: <https://www.regionh.dk/fcfs/publikationer/nyhedsbreve/februar-2014/Sider/Aarsager-til-social-ulighed-i-overlevelse.aspx>
10. Jensen LF, Andersen B, Vedsted P. En social gradient i deltagelse i brystkræftscreening. *Sundhedsvæsenet lige nu*. 2013;2:10–5.
11. NORDCAN: Association of the Nordic Cancer Registries. Kræftstatistik: Nøgletal og figurer [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 20]. Available from: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp>
12. Griffith JM, Lewis CL, Brenner ART, Pignone MP. The effect of offering different numbers of colorectal cancer screening test options in a decision aid: a pilot randomized trial. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2008;8:4.
13. Prip A, Wittrup K. Kræftsygepleje: i et forløbsperspektiv. København: Munksgaard; 2014.
14. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats på kræftområdet. 2016.
15. Wittrup K, Kristensen RD. kræftsygepleje - et speciale? In: *Kræftsygepleje - i et forløbsperspektiv*. 1. Udgave. København: Munksgaard Danmark; 2014.
16. Gormsen C. Overblik: Her er regeringens nye kræftplan [Internet]. *Altinget.dk*. 2016 [cited 2016 Sep 15]. Available from: <http://www.altinget.dk/artikel/overblik-her-er-regeringens-nye-kræftplan>
17. Kræftens Bekæmpelse. At leve med kræft i tyktarmen [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 13]. Available from: <https://www.cancer.dk/tyktarmskræft-coloncancer/ny-hverdag-tyktarmskræft/>

18. Mehlsen MY, Jensen AB, Zachariae B. Psykosociale problemer og behov hos kræftpatienter. *Ugeskr Læger*. 2007;169(18):1682–7.
19. Regionerne. Manual for implementering og drift af tværregional tarmkræftscreening. 2014;1–23.
20. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. Sygdomsforebyggelse. 1. Udgave. København: Forfatterne og Munksgaard; 2014.
21. World Health Organization. Chapter 2, Key goals of global risk assesemts [Internet]. Chapter 2. World Health Organization; 2010 [cited 2016 Oct 12]. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/chapter2/en/index4.html>
22. Vyberg M. Patologi og farmakologi. 3, ed. København: Munksgaard Danmark; 2011.
23. Sundhedsstyrelsen. anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft. København; 2012.
24. Zorzi M, Fedato C, Grazzini G, Stocco FC, Banovich F, Bortoli A, et al. High sensitivity of five colorectal screening programmes with faecal immunochemical test in the Veneto Region, Italy. *Gut*. 2011;60(7):944–9.
25. Wackerhausen S. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. In: *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. 1. Aarhus C; 1995. p. 43–73.
26. Scocozza L. Folkesundhed eller moralsk oprustning. In: Glasdam S, editor. *Folkesundhed i et kritisk perspektiv*. København: Dansk Sygeplejeråd; 2009.
27. Vallgård S. Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In: Glasdam S, editor. *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009.
28. Galobardes B, Lynch J, Smith GD. Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull*. 2007;81–82(1):21–37.
29. Buchman S, Rozmovits L, Glazier RH, Buchman S. Equity and practice issues in colorectal cancer screening Recherche Questions d ' équité et de pratique dans le dépistage du cancer colorectal Étude à l ' aide de méthodes mixtes. 2016;62:186–93.
30. Gorin SS, Gauthier J, Hay J, Miles A, Wardle J. Cancer screening and aging: Research barriers and opportunities. *Cancer*. John Wiley & Sons; 2008;113(Suppl12):3493–504.
31. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Rodríguez-Sanz M, Serral G, Palència L, Borrell C. Preventive control of breast and cervical cancer in immigrant and native women in Spain: the role of country of origin and social class. *Int J Health Serv*. 2011;41(3):483–99.
32. Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Peiró-Pérez R, Málaga López A. To participate or not? giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20(5):669–78.
33. Van Jaarsveld CHM, Miles A, Edwards R, Wardle J. Marriage and cancer prevention: does marital status and inviting both spouses together influence colorectal cancer screening participation? *J Med Screen*. 2006;13(4):172–6.
34. Malila N, Oivanen T, Hakama M. Implementation of colorectal cancer screening in Finland: Experiences from the first three years of a public health programme. *Z Gastroenterol*. 2008;46(SUPPL. 1):44–7.
35. Postnord. Find åbningstider, postkasser, pakkebokse og erhvervsindleveringer | PostNord AB [Internet]. [cited 2017 Apr 7]. Available from: <http://www.postnord.dk/quick->

finder/location-finder

36. Hospitalsenhed Midt. Ingen prøver i postkassen [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 11]. Available from: <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/om-os/nyheder/nyheder-2016/ingen-prover-i-postkassen/>
37. Jyllandsposten Finans. PostNord vil kun uddele breve en gang om ugen. JP/Politikens Hus; 2014 [cited 2017 Apr 7]; Available from: <http://finans.dk/erhverv/ECE9417725/postnord-vil-kun-uddele-breve-en-gang-om-ugen/?ctxref=ext>
38. Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vedsted P. Identifying specific non-attending groups in breast cancer screening--population-based registry study of participation and socio-demography. *BMC Cancer*. 2012;12:518.
39. Le Retraite L, Eisinger F, Loundou A, Rinaldi Y, Seitz J-F, Auquier P. Sociogeographical factors associated with participation in colorectal cancer screening. *Gastroentérologie Clin Biol. Elsevier Masson SAS*; 2010;34(10):534–40.
40. Forbes GM, Mendelson RM, Edwards JT, Foster NM, Pawlik JZ, Brampton PA, et al. A comparison of colorectal neoplasia screening tests: A multicentre community-based study of the impact of consumer choice. *Med J Aust*. 2006;184(11):546–50.
41. Cole SR, Smith a, Wilson C, Turnbull D, Esterman a, Young GP. An advance notification letter increases participation in colorectal cancer screening. *J Med Screen*. 2007;14(2):73–5.
42. Van Dam L, Korfage IJ, Kuipers EJ, Hol L, Van Roon AHC, Reijerink JCIY, et al. What influences the decision to participate in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing and sigmoidoscopy? *Eur J Cancer*. 2013;49(10):2321–30.
43. Sundhedsstyrelsen. ETNISKE MINORITETER I DET DANSKE SUNDHEDSVAESEN – en antologi [Internet]. København S; 2010 [cited 2017 May 1]. Available from: <http://www.sst.dk/~media/9FFE65223C8A47328A51CD7DBAFA7466.ashx>
44. Valori R, Rey J-F, Atkin W, Bretthauer M, Senore C, Hoff G, et al. Quality assurance in endoscopy in colorectal cancer screening and diagnosis. *European Guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*. 2010. 145-178 p.
45. World health organisation. track 2: Health literacy and health behavior [Internet]. World health organisation. 2016 [cited 2016 Oct 5]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
46. Forlaget jurainformation. Sundhedsloven [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 30]. Available from: <http://www.socialjura.dk/love/sundhedslov>
47. Essink-Bot ML, Dekker E, Timmermans DRM, Uiters E, Fransen MP. Knowledge and Informed Decision-Making about Population-Based Colorectal Cancer Screening Participation in Groups with Low and Adequate Health Literacy. *Gastroenterol Res Pract*. 2016;2016:1–8.
48. Senore C, Armaroli P, Silvani M, Andreoni B, Bisanti L, Marai L, et al. Comparing different strategies for colorectal cancer screening in Italy: predictors of patients' participation. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(1):188–98.
49. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In: Stacey D, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014.

50. Danmarks Radio. Sundhedsstyrelsen retter pjece om screening for tarmkræft [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 12]. Available from: <http://www.dr.dk/nyheder/indland/sundhedsstyrelsen-retter-pjece-om-screening-tarmkraeft>
51. Nonzee NJ, Ragas DM, Luu TH, Phisuthikul AM, Tom L, Dong X, et al. Delays in cancer care among low-income minorities despite access. *J Women's Heal. Mary Ann Liebert, Inc.*; 2015;24(6):506–14.
52. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. A typology of mixed methods research designs. *Qual Quant.* 2009;43(2):265–75.
53. Reinecker L, Jørgensen PS. Den gode opgave. Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 3. Udgave. Frederiksberg C: Samfundslitteratur; 2010.
54. Aalborg Universitet. Aalborg Universitetsbibliotek [Internet]. [cited 2017 Mar 21]. Available from: <http://www.aub.aau.dk/>
55. Google Scholar [Internet]. [cited 2017 Jun 5]. Available from: <https://scholar.google.dk/>
56. Sundhedsstyrelsen [Internet]. [cited 2017 Jun 5]. Available from: <https://www.sst.dk/>
57. Danmarks Statistik. Forside Dansk - Danmarks Statistik [Internet]. [cited 2017 Mar 21]. Available from: <http://www.dst.dk/da/>
58. Juul S. Epidemiologi og evidens. 2. Udgave. København: Munksgaard; 2012.
59. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(7).
60. Consort. Consort - Welcome to the CONSORT Website [Internet]. [cited 2017 Mar 21]. Available from: <http://www.consort-statement.org/>
61. Strobe statement. STROBE Statement: Available checklists [Internet]. [cited 2017 Mar 21]. Available from: <https://strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
62. Jørgensen T, Christensen E, Kampmann JP. Klinisk forskningsmetode. En grundbog. 3. Udgave. København: Munksgaard Danmark; 2011.
63. Frederiksen M. Mixed methods-forskning - fra praksis til teori. In: Frederiksen M, Gundelach P, Nielsen RS, editors. *Mixed methods-forskning - principper og praksis.* forfatterne og Hans Reitzels Forlag; 2014. p. 9–34.
64. Frederiksen M. Integration i “mixed methods” forskning: Metode eller design? *Metod Forskningsdesign.* 2013;1(1):17–40.
65. Launsø L, Olsen L, Reiper L. Forskning om og med mennesker - forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. 6. udgave. Nyt Nordisk Forlag; 2011.
66. Birkler J. Videnskabsteori. En grundbog. 1. Udgave. København: Munksgaard Danmark; 2011.
67. Agresti A, Finlay B. Statistical methods for the social sciences. 4. udgave. New Jersey; 2009.
68. Brinkmann S, Tanggaard L. Interviewet: samtalen som forskningsmetode. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder en grundbog.* 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 13–29.
69. Kvale S, Brinkmann S. Interview - introduktion til et håndværk. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.

70. Bjerg O. Metoder og erkendelsesteori. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udgave. København: Munksgaard; 2012. p. 42–60.
71. Tanggaard L, Brinkmann S. Kvalitet i kvalitative studier. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder en grundbogen grundbog*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 521–32.
72. Christensen U, Nielsen A, Schmidt L. Det kvalitative forskningsinterview. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udgave. København; 2011. p. 61–89.
73. Justesen L, Mik-Meyer N. *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzelz Forlag; 2010.
74. Dahlager L, Fredslund H. Hermeneutisk analyse. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. Udgave. København: Munksgaard; 2012.
75. Jensen VM, Rasmussen AW. The Danish Education Registers. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):91–4.
76. Baadsgaard M, Quitzau J. Danish registers on personal income and transfer payments. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):103–5.
77. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 suppl):22–5.
78. Helweg-Larsen K. The Danish Register of Causes of Death. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):26–9.
79. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):30–3.
80. Danmarks Statistik. *Statistikdokumentation for Indvandrere og efterkommere 2016* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 15]. Available from: file:///C:/Users/AnnSalling/Downloads/Indvandrere_og_efterkommere_2016.pdf
81. Jacobsen MH, Duedahl P. *Introduktion til dokumentanalyse*. Syddansk Universitetsforlag; 2010.
82. Becker-Jensen L. *Indføring i tekstanalyse*. 2. udgave. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag; 2011.
83. Lynggaard K. *Dokumentanalyse*. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder en grundbog*. 2nd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 153–68.
84. Kristensen DB. Fænomenologi. Filosofi, metode og analytisk værktøj. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. Udgave. København: Munksgaard; 2012. p. 182–205.
85. Thygesen LC, Daasnes C, Thaulow I, Bronnum-Hansen H. Introduction to Danish (nationwide) registers on health and social issues: Structure, access, legislation, and archiving. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):12–6.
86. The Danish Data Protection Agency. *Compiled cersion of the Act on Processing of Personal Data* [Internet]. [cited 2017 Mar 31]. Available from: <http://www.datatilsynet.dk/english/the-act-on-processing-of-personal-data/read-the-act-on-processing-of-personal-data/compiled-version-of-the-act-on-processing-of-personal-data/>

87. Knudsen LB, Hansen CD. Registerforskning. In: Toft M, editor. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4th ed. København: Munksgaard; 2012. p. 303–29.
88. Kyvik KO. Udvalgte love og regler for forskning med mennesker. In: Toft M, editor. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udgave. København: Munksgaard; 2010. p. 330–45.
89. Brinkmann S. Etik i en kvalitativ verden. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder- en grundbog*. 2. Udgave. Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 463–80.
90. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328–35.
91. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health Behavior and health education*. 5. udgave. San Francisco: Jossey-Bass; 2015. p. 75–94.
92. Bandura A. Self-Efficacy. *Encycl Hum Behav*. 1994;4(1994):71–81.
93. Statens Institut for Folkesundhed. Screening. In: *Folkesundhedsrapporten*. Statens Institut for Folkesundhed; 2007. p. 355–66.
94. Solmi F, Von Wagner C, Kobayashi LC, Raine R, Wardle J, Morris S. Decomposing socio-economic inequality in colorectal cancer screening uptake in England. *Soc Sci Med*. Elsevier Ltd; 2015;134:76–86.
95. Van Roon AHC, Hol L, Wilschut JA, Reijerink JCIY, van Vuuren AJ, van Ballegooijen M, et al. Advance notification letters increase adherence in colorectal cancer screening: A population-based randomized trial. *Prev Med (Baltim)*. 2011;52(6):448–51.
96. Zajac IT, Duncan AC, Flight I, Wittert G, Cole SR, Young G, et al. Theory-based modifications of an advanced notification letter improves screening for bowel cancer in men: A randomised controlled trial. *Soc Sci Med*. 2016;165.
97. Brawarsky P, Brooks DR, Mucci LA, Wood PA. Effect of physician recommendation and patient adherence on rates of colorectal cancer testing. *Cancer Detect Prev*. 2004;28(4):260–8.
98. Tazi MA, Faivre J, Dassonville F, Lamour J, Milan C, Durand G. Participation in faecal occult blood screening for colorectal cancer in a well defined French population: results of five screening rounds from 1988 to 1996. *J Med Screen*. 1997;4(3):147–51.
99. Seifert B, Zavoral M, Fric P, Bencko V. The role of primary care in colorectal cancer screening: Experience from Czech Republic. *Neoplasma*. 2008;55(1):74–80.
100. Gabrielli E, Bastiampillai AJ, Pontello M, Beghi G, Ceresa P, Pirola ME, et al. Observational study to evaluate the impact of internet reminders for GPs on colorectal cancer screening uptake in Northern Italy in 2013. *J Prev Med Hyg*. 2016;57:211–5.
101. Federici A, Rossi PG, Bartolozzi F, Farchi S, Borgia P, Guastechi G. The role of GPs in increasing compliance to colorectal cancer screening: A randomised controlled trial (Italy). *Cancer Causes Control*. 2006;17(1):45–52.
102. Grazzini G, Castiglione G, Isu A, Mantellini P, Rubeca T, Sani C, et al. Colorectal cancer screening by fecal occult blood testing: results of a population-based experience. *Tumori*. 2000;86:384–8.
103. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse. 3. Udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2014.
104. Bakka JF, Fivelsdag E. Organisationsteori. Struktur, Kultur, Processer. 5. Udgave.

- København: Handelshøjskolens Forlag; 2010.
105. Seemann J. Organisationen. In: Kristensen FB, Sigmund H, editors. *Metodehåndbogen for medicinsk teknologivurdering*. 2. Udgave. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for medicinsk teknologivurdering; 2007.
 106. PostNord Strålfors. Udsendelsen der gør, at danske regioner redder liv [Internet]. [cited 2017 Mar 20]. Available from: <http://www.stralfors.dk/kundecases/Danske-Regioner/>
 107. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *Bmj*. 2015;350:1–12.
 108. Senore C, Ederle A, DePretis G, Magnani C, Canuti D, Deandrea S, et al. Invitation strategies for colorectal cancer screening programmes: The impact of an advance notification letter. *Prev Med (Baltim)*. 2015;73:106–11.
 109. Ministeriet for sundhed og forebyggelse. *Almen praksis rolle i fremtidens sundhedsvæsen*. København; 2008.
 110. Thomsen MK, Njor SH, Rasmussen M, Linnemann D, Andersen B, Baatrup G, et al. Validity of data in the Danish Colorectal Cancer Screening Database. *Clin Epidemiol*. 2017;Volume 9:105–11.
 111. Schisterman EF, Cole SR, Platt RW. Overadjustment Bias and Unnecessary Adjustment in Epidemiologic Studies. *Epidemiology*. 2009;20(4):488–95.
 112. Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology Beyond the Basics*. 3rd ed. Johnson M, editor. Jones & Barlett Learning; 2014.
 113. Horsbøl A, Raudaskoski P. Kapitel 1 Indledning. In: Horsbøl A, Raudaskoski P, editors. *Diskurs og praksis, Teori metode og analyse*. Viborg: Samfundslitteratur; 2016. p. 7–20.
 114. Deding U, Henig AS, Salling A, Torp-Pedersen C, Bøggild H. Sociodemographic predictors of participation in colorectal cancer screening. *Int J Colorectal Dis*. 2017;
 115. Sewitch MJ, Fournier C, Ciampi A, Dyachenko A. Adherence to colorectal cancer screening guidelines in Canada. *BMC Gastroenterol*. 2007;7(39).
 116. Rossi PG, Grazzini G, Anti M, Baiocchi D, Barca A, Bellardini P, et al. Direct mailing of faecal occult blood tests for colorectal cancer screening: a randomized population study from Central Italy. *J Med Screen*. 2011;18(3):121–7.
 117. Kirkegaard P, Mortensen GL, Mortensen SL, Larsen MB, Gabel P, Andersen B. Making decisions about colorectal cancer screening. A qualitative study among citizens with lower educational attainment. *Eur J Public Health*. 2015;26(1):176–81.
 118. Carpenter C. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior. *Health Commun*. 2010;25(8):661–9.
 119. Gili M, Roca M, Ferrer V, Obrador A, Cabeza E. Psychosocial factors associated with the adherence to a colorectal cancer screening program. *Cancer Detect Prev*. 2006;30(4):354–60.
 120. Van Hal G, Hoeck S, Van Roosbroeck S. Screening for colorectal cancer: Sense and sensibilities. *Eur J Cancer*. 2011;47(SUPPL. 3).
 121. Lewis MA, McBride CM, Pollak KI, Puleo E, Butterfield RM, Emmons KM. Understanding health behavior change among couples: An interdependence and communal coping approach. *Soc Sci Med*. 2006;62(6):1369–80.

122. Rohrer JE, Rush Pierce J, Blackburn C. Lifestyle and mental health. *Prev Med (Baltim)*. 2005;40(4):438–43.
123. Martikainen P, Martelin T, Nihtilä E, Majamaa K, Koskinen S. Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: analyses of changes in marital-status distributions, socio-demographic and household composition, and cause of death. *Popul Stud (NY)*. 2005;59(1):99–115.
124. Kuhbandner C, Spitzer B, Lichtenfeld S, Pekrun R. Differential binding of colors to objects in memory: Red and yellow stick better than blue and green. *Front Psychol*. 2015;6:1–11.
125. Edwards N, Mill J, Kothari AR. Multiple Intervention Research Programs in Community HealthLes programmes de recherche sur les interventions multiples en santé communautaire. *CJNR (Canadian J Nurs Res)*. 2004;36(1):40–54.
126. Andersen S. Etiske overvejelser. In: Kristensen FB, Sigmund H, editors. *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. 2. udgave. København S: Sundhedsstyrelsens Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2007. p. 35–48.
127. Region Nordjylland. Hvordan handler vi klogt på data? [Internet]. May. 2017 [cited 2017 May 8]. Available from: <http://www.rn.dk/Om-Region-Nordjylland/Organisationsbeskrivelse/Forbedring-Kvalitet-og-Kommunikation/Forbedring/Artikler-om-forbedring/Hvordan-handler-vi-klogt-paa-data.aspx>

Indholdsfortegnelse bilag

Indholdsfortegnelse bilag	1
Bilag 1: Systematisk litteratursøgning.....	3
1.1 Problemformulering	3
1.2 Beskrivelse af databaser	3
1.3 Søgestrategi	4
1.3.1 Inklusions – og eksklusionskriterier.....	6
1.4 Resultat af søgning	6
1.5 Identifikation	7
Bilag 2: SAS program og outputfiler.....	8
Bilag 2.1 SAS program speciale.....	8
Bilag 2.2 Missing data SAS output	16
Bilag 2.3 Frekvenstabeller SAS output.....	18
Bilag 2.4 Univariat logistisk regressionsanalyse SAS output	20
Bilag 2.5 Multivariat logistisk regressionsanalyse SAS output	36
Bilag 2.6 Sensitivitetsanalyser SAS output	50
Bilag 3: Dokumentanalyse	66
Bilag 3.1.1: Invitationsbrev til kolorektal cancerscreeningsprogrammet	66
Bilag 3.1.2: Vejledning til prøvetagning.....	67
Bilag 3.1.3 Den oprindelige pjece	70
Bilag 3.1.4 Den nye pjece	78
Bilag 3.2: Dokumentanalyseværktøj	82
Tabel 3.2.1: Punkt 1 i analysespiralen. Resultat af gennemlæsning af dokumenter jf. analysespiralen..	82
Tabel 3.2.2 Analyseværktøj til det næranalytiske niveau.....	84
Tabel 3.2.3 Analyseværktøj til det kommunikationsanalytiske niveau	88
Bilag 3.3: Dokumentanalyse resultater.....	91
3.3.1: Resultater af dokumentanalyse.....	91
3.3.1.1 Gennemlæsning af dokumenterne	91
3.3.1.2 Analysespørgsmål.....	92
3.3.1.3 Læsarheds - og forbedringsanalyse	92
3.3.2 Fortolkning.....	103
3.3.3: Vurdering af dokumentets sæt som beslutningsværktøj	112

Bilag 4: Semistrukturerede interviews	114
Bilag 4.1: Brev til respondenter og samtykkeerklæring	114
Bilag 4.2: Interviewguide	116
Bilag 4.3: Transskriberings metode	119
Bilag 4.4: Hermeneutisk analyse	120
4.4.1. Trin: Dekontekstualisering.	120
4.4.2 Trin 3: Operationalisering	121
Referenceliste, bilag:	141

Bilag 1: Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning er foretaget i perioden 05-09-2016 til 20-10-2016. Litteratursøgning er anvendt til at afdække problemfeltet. Litteraturen fundet herved er derfor primært anvendt i problemanalysen. Denne er udarbejdet forud for problemformuleringen. Der er dog foretaget løbende litteratursøgninger med henblik justeringer af problemanalysen og udarbejdelse af udviklings – og forandringstiltag.

1.1 Problemformulering

Hvordan vil et muligt udviklingstiltag i den indledende del af det kolorektale cancerscreeningsprogram kunne udformes, med henblik på at øge deltagelsen og mindske ulighed i deltagelse i Region Nordjylland, og hvilke organisatoriske konsekvenser ses ved implementering heraf?

1.2 Beskrivelse af databaser

Indsamling af empiri ved systematisk litteratursøgning er i dette projekt foretaget i databaserne: PsychInfo, Sociological abstract, Embase og Cochrane. Databaser er vurderet relevante til indhentning af empiri til at afdække projektets problemfelt samt besvarelse af problemformulering. Begrundelsen for valg af databaser ses nedenfor:

Database	Begrundelse
PsychInfo	Denne database indeholder ca. 2,5 million videnskabelige studier indenfor psykologi og relaterede fagområder. Databasen er valgt med henblik på at generere kvalitative studier omhandlende oplevelser, opfattelser, overvejelser og følelser hos individer i forbindelse med kræftscreening.
Sociological Abstracts	Databasen indeholder international litteratur inden for det sociologiske område. Denne database er valgt med henblik på at generere kvalitative studier med en sociologisk indgangsvinkel, med henblik på at afdække individuelle og subkulturelle årsager til henholdsvis deltagelse eller ikke-deltagelse.
Embase	Databasen indeholder biomedicinsk litteratur og er udvalgt med henblik på at generere kvantitative studie omhandlende kolorektal cancer screening.
Cochrane	Databasen Cochrane indeholder litteratur af højt evidensniveau omfattende reviews, metaanalyser og systematiske evalueringer. Databasen er primært valgt med henblik på at generere kvantitative studier af høj evidens, for at afdække området i forhold screeningstilbud og deltagelse heri.

1.3 Søgestrategi

I hver af de fire databaser findes en thesaurus med dertilhørende kontrollerede emneord. Disse kontrollerede emneord hedder noget forskelligt i hver af databaserne, og søgeordene afviger derfor fra database til database.

Database	Termer i Thesaurus
PsychInfo	Index terms
Sociological abstract	Subject terms
Embase	Emtree terms
Cochrane	MeSH terms

Grundet forskellige kontrollerede emneord, var det ikke muligt at foretage søgningen fuldstændig stringent i de fire databaser. Søgningen er bygget op omkring bloksøgning, der er inspireret af PICO-skemaet (**P**atient/**P**opulation/**P**roblem – **I**ntervention – **C**omparison – **O**utcome). Dette er fordelagtigt at anvende når formålet er at finde litteratur om effekten af en bestemt intervention, her deltagelse i screeningsprogrammer. Nedenfor fremgår skemaet anvendt i specialet, hvor de fire facetter kombineres på forskellig vis. Facet 1 indeholder emneord omhandlende voksne, idet kolorektal cancer screeningsprogrammet er målrettet voksne i alderen 50-74 år. Facet 2 indeholder emneord der indrammer temaet screening. Facet 3 ulighed idet specialet ønsker at afdække om der findes en ulighed i deltagelse afhængig af sociodemografiske karakteristika, og facet 4 afdækker temaet deltagelse.

Derudover er der i samtlige søgninger anvendt fritekstsøgning. Dette når de kontrollerede emneord i databaserne ikke stemte overens med det ønskede søgeord. Eksempelvis fandtes emneordet, *elderly*, ikke i databasen PsychInfo, hvorfor dette er angivet som fritekstsøgning. Til denne type søgning er der anvendt trunkering, for at få alle relevante endelser af søgeordet med. PICO-skema med anvendte søgeord, for hver af de fire databaser, er angivet nedenfor.

AND					
O R	DATABASE	FACET 1	FACET 2	FACET 3	FACET 4
		Voksne	Screening	Social ulighed	Deltagelse
	PsychInfo	Adult attitudes Aging Aging in place Adult*	Screening Cancer screening Health promotion	{Social Equality} {Socioeconomic Status} Income (Economic) Income Level Education Inequality* Inequity* Social posit*	{Self-Monitoring (Personality)} {Client Participation} {Group Participation} Group Participation Adherence*
	Sociological abstract	Adults (Term) Middle aged adults (Term) "Age group*" Elderly (Term)	Screen* "Health Screen*" Profilax* Pre-screen*	Inequality (Term) Inequit* Social Status (Term) Socioeconomic factors (Term) "Social posit*" Income (Term) Education (term)	Participat* Compliance (Term)
	Cochrane	Adult (MeSH) Age groups (MeSH) Aged (MeSH)	Mass screening (MeSH) Profilax* Pre-screen*	Socioeconomic factors (MeSH) Inequit* Income (MeSH) Education (MeSH) Social Class (MeSH) "Social posit*" 	Patient Participation (MeSH) Guideline Adherence (MeSH) Compliance (MeSH)
	Embase	<i>Emtree-term:</i> 'Middle aged'/exp 'Aged'/exp	<i>Emtree-term:</i> 'Mass screening'/exp <i>Fritekst:</i> Cancer screening Screening	<i>Emtree-term:</i> 'Social status'/exp 'Socioeconomics'/exp p 'Education'/exp 'Income'/exp <i>Fritekst:</i> Inequality Inequit* Social economic status Sociodemograph* Social status	<i>Emtree-term</i> 'patient participation'/exp <i>Fritekst</i> Participation Compliance Adherence

*Angiver trunkering

Søgeordene er i de enkelte facetter kombineret med den boolske operator OR med henblik på at udvide søgningen. Dernæst er facetterne imellem kombineret med den boolske operator AND. Denne benyttes til at indsnævre søgningen, således at elementer fra samtlige facetter indgår i den fundne litteratur. Her ses eksempel på en søgning foretaget i Cochrane:

```

Search Name:
Date Run: 16/09/16 10:21:03.457
Description:

ID    Search Hits
#1    MeSH descriptor: [Age Groups] this term only    0
#2    MeSH descriptor: [Aged] explode all trees 1013
#3    MeSH descriptor: [Adult] explode all trees 1568
#4    #1 or #2 or #3    1568
#5    MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees    5504
#6    prescreen*    153
#7    Profilax*    252
#8    #5 or #6 or #7    5895
#9    MeSH descriptor: [Socioeconomic Factors] explode all trees    8091
#10   inequit*    167
#11   MeSH descriptor: [Income] explode all trees    883
#12   MeSH descriptor: [Education] explode all trees    22319
#13   MeSH descriptor: [Social Class] explode all trees    563
#14   "social posit*"    18
#15   #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14    28711
#16   MeSH descriptor: [Patient Participation] explode all trees    1048
#17   MeSH descriptor: [Guideline Adherence] explode all trees    926
#18   MeSH descriptor: [Compliance] explode all trees    221
#19   #16 or #17 or #18    2184
#20   #4 and #8 and #15 and #19    0
#21   #8 and #19    103

```

1.3.1 Inklusions – og eksklusionskriterier

- Artikler publiceret indenfor de sidste 10 år, idet det vurderes at fund i litteratur udgivet i dette tidsrum vil være tidssvarende.
- De fundne studiers målgruppe skal være i aldersgruppen 50-74, for at data herfra er sammenlignelige med projektets målgruppe. Således inkluderes kun personer der er alderssvarende med screeningstilbuddets målgruppe
- Studier fra vestlige lande, idet det vurderes at sundhedsvæsen og kultur skal være sammenligneligt med det danske.
- I Embase indsnævres yderligere til studier omhandlende cancer ('neoplasm'). Kombination af samtlige fire facetter gav 1004 hits. Derfor blev Emtree-termet: Neoplasm efterfølgende tilføjet for at indsnævre søgningen yderligere.

1.4 Resultat af søgning

Den fundne litteratur er vurderet ud fra de tre principper om; relevans, styrke og evidens-niveau samt metodologisk kvalitet. Studierne blev indledningsvist vurderet på baggrund af titel og abstract med fokus på relevansen heraf. Denne grovsortering medførte at irrelevante studier hurtigt blev frasorteret. Styrke og evidens-niveau blev vurderet ud fra studiedesignet. Her om der var tale om primære eller sekundære studier. Derudover blev studierne vurderet ud fra formål, metode, resultater og konklusionen i forhold til, at kunne besvare projektets problemformulering. Den metodologiske kvalitet blev vurderet ud fra, om samtlige

metoderegler blev fulgt. Dette vurderes med udgangspunkt i anerkendte tjeklister tilpasset det enkelte studies studiedesign. Nedenfor ses udvælgelsesprocessen af litteratur anvendt i specialet.

Database Søgefacet/-ord samt kombinationer	Embase	Psychinfo	Sociological Abstracts	Cochrane
1	1.374.102	1.391.549	Irrelevant	Irrelevant
2	474.823	31.398	4.559.303	5.036
1 og 2	20.749	16.621	10.734	272
3	816.714	246.827	Irrelevant	Irrelevant
1, 2 og 3	2.673	1.379	580	5
4	303.762	39.848	Irrelevant	Irrelevant
1, 2 og 4	1.882	25	3,633	36
1, 2, 3 og 4	589 <22>	57	341 <5>	0
2 og 4	irrelevant	1.239	541,825	509 <30>
2, 3 og 4	irrelevant	87 <14>	23,386	Irrelevant
Antal studier til fuld gennemlæsning	11	4	5	22
< > angiver antal hits, der blev fundet relevante nok til at skimme selve artiklerne				

De udvalgte artikler er importeret til Mendeley.

1.5 Identifikation

Søgningen er udført af: Ann Salling, Anna Sharon Henig og Ulrik Deding. Kandidat i Folkesundhedsvidenskab Aalborg Universitet.

Bilag 2: SAS program og outputfiler

Bilag 2.1 SAS program speciale

```

1  libname raw 'X:\Data\Rawdata_Hurtig\706130';
2  libname speciale 'F:\Data\Workdata\706130\People_programs\gr9313 Ann S Ulrik D og
3  Anna H\Data';
4  libname fmt '\\srvfsenas3\formater\SAS formater i Danmarks Statistik\FORMATKATALOG'
5  access=readonly;
6  options fmtsearch=(fmt.uddannelser, fmt.times_personstatistik, fmt.discsed); run;
7  proc format cntlin=raw.dts_format; run;
8
9  /*****SCREENINGSREGISTRET*****/
10 *****/
11 /*Fra dette register indhentes oplysninger om invitationsdato, deltagelse,
12 beboelsesregion ved invitation*/
13 /*Registret splittes op i to datasæt: indkaldelse i henholdsvis 2014 og 2015, idet
14 det ønskes at koble
15 indkaldelse i 2014 med højest fuldførte uddannelse og indkomstniveau i 2013, samt
16 indkaldelse i 2015 med
17 højest fuldførte uddannelse og indkomstniveau i 2014*/
18
19 data tarml4; set raw.Christiantorp_invi_nov16;
20     if indi_dato<'01jan2015'd then output;
21 run;
22
23 data tarml5; set raw.Christiantorp_invi_nov16;
24     if indi_dato>'31dec2014'd then output;
25 run;
26
27 /*****UDDANNELSESREGISTRET*****/
28 *****/
29 /*Fra dette register indhentes oplysninger om højest opnåede uddannelsesniveau
30 inddelt efter ISCED.
31 Disse inddeles så yderligere i fem grupper baseret på de to numre i koden der afgør
32 hovedgruppen.
33
34 '1'='A';* - Basic school, <10 y, ISCED 0-2';
35 '2'='B';* - High school education, +3 y, ISCED 3';
36 '3'='C';* - Vocational education, +4 y, ISCED 3';
37 '4'='D';* - Short/medium length higher education
38 +2-4 y, ISCED 5-6';
39 '5'='E';* - Long higher education, research +>=5
40 y, ISCED 7-8';
41 '9'='F';* - Unknown';*/
42
43 /*Højest fuldførte uddannelse inddelt efter ISCED i 2013*/
44 data udd13; set raw.uddan (where=(year=2013));
45     hfaudd_c=put(hfaudd, AUDD2013_L1L5_K.);
46     uddgr=.;
47     if substr(hfaudd_c,1,2) in ('05','10','15') then uddgr='1';
48     if substr(hfaudd_c,1,2) in ('20','25') then uddgr='2';
49     if substr(hfaudd_c,1,2) in ('30','35','39') then uddgr='3';
50     if substr(hfaudd_c,1,2) in ('40','50','60') then uddgr='4';
51     if substr(hfaudd_c,1,2) in ('65','70') then uddgr='5';
52     keep pnr uddgr;
53 run;
54

```

```

55  /*Højeste fuldførte uddannelse inddelt efter ISCED i 2014*/
56  data uddl4; set raw.uddan (where=(year=2014));
57      hfaudd_c=put(hfaudd, AUDD2014_L1L5_K.);
58      uddgr=.;
59      if substr(hfaudd_c,1,2) in ('05','10','15') then uddgr='1';
60      if substr(hfaudd_c,1,2) in ('20','25') then uddgr='2';
61      if substr(hfaudd_c,1,2) in ('30','35','39') then uddgr='3';
62      if substr(hfaudd_c,1,2) in ('40','50','60') then uddgr='4';
63      if substr(hfaudd_c,1,2) in ('65','70') then uddgr='5';
64      keep pnr uddgr;
65  run;
66
67
68  /*****INDKOMSTREGISTRET*****/
69  *****/
70
71  *Fra dette register indhentes oplysninger om indkomst samt ægteskabelig status.
72  Indkomst og ægteskabelig status hentes
73  for henholdsvis år 2013 for inviterede i 2014, og for år 2014 for inviterede i 2015
74  for at have
75  oplysninger om indkomstniveau og ægteskabelig status så tæt på invitation som
76  muligt;
77
78  data indkl3; set raw.husstandsindk (where=(year=2013));
79      Mast=1;
80      if efalle_indk ne . then mast=0;
81      Keep mast pnr hus_indk_index;
82  run;
83
84  data indkl4; set raw.husstandsindk (where=(year=2014));
85      Mast=1;
86      if efalle_indk ne . then mast=0;
87      Keep mast pnr hus_indk_index;
88  run;
89
90
91  /*De seks datasæt sorteres efter krypteret cpr-nummer for at kunne samles i et
92  datasæt; "tarm"*/
93  proc sort data=indkl3; by pnr; run;
94  proc sort data=indkl4; by pnr; run;
95  proc sort data=tarm14; by pnr; run;
96  proc sort data=tarm15; by pnr; run;
97  proc sort data=uddl3; by pnr; run;
98  proc sort data=uddl4; by pnr; run;
99
100 data Tl4; merge indkl3 uddl3 tarm14 (in=data); by pnr; if data; run;
101 data Tl5; merge indkl4 uddl4 tarm15 (in=data); by pnr; if data; run;
102 data tarm; merge tl4 tl5; by pnr; run;
103
104 /*****SCREENINGSREGISTRET*****/
105 *****/
106 *Register begrænses til individer bosiddende i Region Nordjylland samt nødvendige
107 variable.
108 Herunder:

```

```

109          Dato for laboratoriesvar
110          Ægteskabelig status
111          Justeret personindkomst
112          Uddannelsesgruppe
113          invitationsdato
114          Krypteret cpr-nummer
115
116      Samtidig kodes en dikotom variabel for hvorvidt de inviterede har deltaget ved at
117      indsende en
118      prøve til FOBt. Her er deltagelse =1 og ellers=0.;
119
120      data tarm1; set tarm;
121          Delt=1;
122          if
123              labsvar_proevdt1=. and
124              labsvar_proevdt2=. and
125              labsvar_proevdt3=. and
126              labsvar_proevdt4=. and
127              labsvar_proevdt5=. then del=0;
128          if region_invitation ne '1081' then delete;
129          keep Labsvar_proevdt1 pnr del Indi_dato uddgr mast hus_indk_index;
130      run;
131
132      /*****CPR-
133      REGISTRET*****/
134      /*Fra dette register indhentes data om køn og fødselsdato. Fødselsdato indhentes
135      for at kunne beregne alder på individer inviteret
136      til screening. Derudover indhentes data om oprindelsesland samt immigrationsstatus
137      for at kunne justere for etnicitet i
138      de endelige modeller. Etnicitet er inddelt i Dansk=0, Vestlig immigrant=1 og ikke-
139      vestlig immigrant=2*/
140
141      data cpr; set raw.pop;
142          vest=.;
143          if opr_land in (5100,5115) then vest=0;
144          else if opr_land in
145      (5126,5104,5130,5134,5140,5142,5150,5108,5156,5164,5170,5111,5116,5120,5180,5184,51
146      82,5422,
147
148      5607,5609,5611,5153,5154,5778,5752,5776,5174,5129,5105,5106,5110,5124,51
149      07,5109,5159,5160,
150
151      5176,5314,5390,5397,5399,5502,5514,5199, 5901, 5902) then vest=1;
152          else vest=2;
153          if opr_land in (0,5000,5001,5999,5102,5103, 5319, 5800,5906) then
154      delete;
155          format opr_land lande_kt.;
156          keep pnr fdato sex opr_land ie_type vest;
157      run;
158
159      /*****DØDSÅRSAG*****/
160      /*Dødsdatoer indhentes fra dødsårsagsregistret for at kunne ekskludere individer der
161      er afdøde
162

```

```

163 inden invitationen er sendt til dem;
164
165 data dod; set raw.doede;
166     keep pnr doddato;
167 run;
168
169 /*****LANDSPATIENTREGISTERET*****/
170 *****/
171 *Individer med diagnose på enten tyk eller endetarmskræft findes i LPR for at kunne
172 ekskludere
173 de der er diagnosticeret forud for invitationen;
174
175 data diag; set raw.diag_indl;
176     if diag in
177 ('DC18','DC180','DC181','DC182','DC183','DC184','DC185','DC186','DC187','DC188','DC
178 189','/*DC19'/*DC20',
179
180     'DC209','DC211','DC481B','DC198X','DZ848A1','DD126F','DC188A');
181 run;
182
183 proc sort data=diag; by pnr inddto; run;
184
185 /*Beholder kun records første gang pnr-nummer mødes i datasættet*/
186 data diag1; set diag;
187     by pnr;
188     if first.pnr then output;
189     keep inddto pnr;
190 run;
191
192 /*****KOBLING*****/
193 *****/
194 /*Overnstående oparbejdede data samles "tarm2"*/
195 proc sort data=diag1; by pnr; run;
196 proc sort data=dod; by pnr; run;
197 proc sort data=cpr; by pnr; run;
198 proc sort data=tarm1; by pnr; run;
199
200 data tarm2; merge tarm1 (in=data) diag1 dod cpr;
201     if data;
202     by pnr;
203 run;
204
205
206 /*Husstandsindkomst deles med 1.5 hvis individet har en efælle, for at kunne
207 sammenligne
208 økonomisk overskud/rådighed mellem enlige og samlevende*/
209 data tarm2; set tarm2;
210     hus_just= hus_indk_index;
211     if mast=0 then hus_just= hus_indk_index/ 1.5;
212 run;
213
214 /*indkomstvariablen undersøges for at kunne inddele indkomst i kvartiler*/
215 proc univariate data=tarm2;
216     var hus_just;

```

```

217 run;
218
219 /*Indkomst inddeles i kvartiler og alder inddeles i fem-års intervaller.
220 Derudover ekskluderes personer (1036) med tidligere diagnose*/
221 data tarm2; set tarm2;
222     indk_grp=1;
223     if hus_just>196221 then indk_grp=2;
224     if hus_just>298894 then indk_grp=3;
225     if hus_just>431927 then indk_grp=4;
226     if hus_just=. then indk_grp = .;
227     alder=(indi_dato-fdato)/365.25;
228     ald_grp=1;
229     if alder>55 then ald_grp=2;
230     if alder>60 then ald_grp=3;
231     if alder>65 then ald_grp=4;
232     if alder>70 then ald_grp=5;
233     if alder= . then ald_grp= .;
234     if inddto<indi_dato and inddto ne . then delete;
235 run;
236
237 /*Personer der er døde ekskluderes fra datasættet (26 personer)*/
238 data tarm3; set tarm2;
239     if doddato<indi_dato and doddato ne . then delete;
240 run;
241
242 /*Fordelingen indenfor hver variabel laves til flow chart*/
243 ods pdf file="Missing.pdf";
244 proc freq data=tarm3;
245     tables mast ald_grp indk_grp sex ie_type vest uddgr;
246 run;
247 ods pdf close;
248
249 /*Datasæt skæres til ved at records med missing values ekskluderes.
250 Samtidig kodes en differencevariabel der angiver tiden fra invitation
251 til eventuel deltagelse.*/
252 data tarm4; set tarm3;
253     if mast ne .;
254     if ald_grp ne .;
255     if indk_grp ne .;
256     if delt ne .;
257     if sex ne .;
258     if ie_type ne .;
259     if vest ne .;
260     if uddgr ne .;
261     diff=0;
262     if labsvar_proevdt1 ne . then diff = labsvar_proevdt1-indi_dato;
263     keep mast ald_grp indk_grp delt sex ie_type vest uddgr indi_dato
264     labsvar_proevdt1 diff;
265 run;
266
267 proc sort data=tarm4; by diff; run;
268
269 /*Endelige datasæt til statistisk analyse gemmes på fællesdrevet*/
270 data speciale.final; set tarm4; run;

```



```

271
272 /*****Analyse*****/
273 /*****Analyse*****/
274 /*****Analyse*****/
275
276 ods pdf file="Frekvenstabeller.pdf";
277 /****Deskriptivt*****/
278 proc freq data=speciale.final;
279     tables delt*(ald_grp indk_grp sex ie_type vest uddgr mast);
280 run;
281 ods pdf close;
282
283 ods pdf file="Univariate.pdf";
284 /****univariate logistiske regressionsanalyser****/
285 /*KØN*/
286 proc logistic data= speciale.final;
287     class sex (ref='0');
288     model delt= sex/r1;
289 run;
290
291 /*ALDERSGRUPPER*/
292 proc logistic data= speciale.final;
293     class ald_grp (ref='1');
294     model delt= ald_grp/r1;
295 run;
296
297 /*SAMLIVSSTATUS*/
298 proc logistic data= speciale.final;
299     class mast(ref='0');
300     model delt=mast/r1;
301 run;
302
303 /*UDDANNELSESGRUPPER*/
304 proc logistic data= speciale.final;
305     class uddgr (ref='1');
306     model delt= uddgr/r1;
307 run;
308
309 /*INDKOMSTGRUPPER*/
310 proc logistic data= speciale.final;
311     class indk_grp (ref='4');
312     model delt= indk_grp/r1;
313 run;
314
315 /*IMMIGRATIONSTATUS*/
316 proc logistic data= speciale.final;
317     class vest (ref='0');
318     model delt= vest/r1;
319 run;
320 ods pdf close;
321
322 /*Det vælges at samlivsstatus herefter er hovedeksponering*/
323
324 /*****Multivariat logistisk regression*****/

```

```

325  /**Multivariat logistisk regressionsmodeller inddelt i fire modeller**/
326
327  ods pdf file="Multi modeller.pdf";
328  *Model 1: køn og alder;
329  proc logistic data= speciale.final;
330      class sex (ref='0')ald_grp(ref='1');
331      model delt= mast sex ald_grp/rl;
332  run;
333
334  *Model 2: køn, alder og immigrationsstatus;
335  proc logistic data= speciale.final;
336      class vest (ref='0') sex (ref='0')ald_grp(ref='1') mast (ref='0');
337      model delt= mast vest sex ald_grp/rl;
338  run;
339
340  *Model 3: køn, alder, immigrationsstatus og uddannelsesgrupper;
341  proc logistic data= speciale.final;
342      class vest (ref='0') sex (ref='0')ald_grp(ref='1') uddgr (ref='1') mast
343  (ref='0');
344      model delt= mast vest sex ald_grp uddgr/rl;
345  run;
346
347  *Model 4: køn, alder, immigrationsstatus, uddannelsesgrupper og indkomstkvariler;
348  proc logistic data= speciale.final;
349      class indk_grp(ref='4') vest (ref='0') sex (ref='0')ald_grp(ref='1')
350  uddgr (ref='1') mast (ref='0');
351      model delt= mast indk_grp vest sex ald_grp uddgr/rl;
352  run;
353  ods pdf close;
354
355  /*******SENSITIVITETSANALYSE*****
356  ods pdf file="Sensitivitet.pdf";
357  /*Test for interaktionsled mellem køn og samlivsstatus*/
358  proc logistic data= speciale.final;
359      class indk_grp(ref='4') vest (ref='0') sex (ref='0')ald_grp(ref='1')
360  uddgr (ref='1') mast (ref='0');
361      model delt= mast indk_grp vest sex ald_grp uddgr sex*mast/rl;
362  run;
363  /*Der ses ved aflæsning af tabel ved interaktionsleddet, at der ikke er interaktion
364  ved
365  køn og samlivsstatus. Dette fordi p-værdien er på 0,5297*/
366
367  /*test for interaktion imellem uddannelse og indkomst*/
368  proc logistic data=speciale.final;
369      class indk_grp(ref='4') vest (ref='0') sex (ref='0')ald_grp(ref='1')
370  uddgr (ref='1') mast (ref='0');
371      model delt= mast indk_grp vest sex ald_grp uddgr indk_grp*uddgr/rl;
372  run;
373  /*Der ses ved aflæsning af tabel ved interaktionsleddet, at der ikke er interaktion
374  ved
375  køn og samlivsstatus. Dette fordi p-værdien er på 0,1376*/
376
377
378  /*Sensitivitesanalyse for immigrant variable*/

```



```

379  /*Der skal vurderes om det har betydning om der anvendes variablen 'vest' eller
380  'immigrationsstatus'*/
381  /*Der udføres derfor to multivariate logistiske regressionsanalyser, en med hver-
382  og estimaterne
383  sammenlignes efterfølgende*/
384
385  /*variabel: oprindelsesland*/
386  /*0= dansk
387  1=vestlig immigrant
388  2:ikke-vestlig immigrant*/
389  proc logistic data= speciale.final;
390      class indk_grp(ref='4') vest (ref='0') sex (ref='0')ald_grp(ref='1')
391  uddgr (ref='1') mast (ref='0');
392      model delt= mast indk_grp vest sex ald_grp uddgr/r1;
393  run;
394  /*risikoestimat for enlige er på 1,629*/
395
396  /*Variabel: immigrationstype*/
397  /*1=Dansk
398  2=immigrant
399  3= efterkommer*/
400  proc logistic data= speciale.final;
401      class indk_grp(ref='4') ie_type (ref='1') sex (ref='0')ald_grp(ref='1')
402  uddgr (ref='1') mast (ref='0');
403      model delt= mast indk_grp ie_type sex ald_grp uddgr/r1;
404  run;
405  /*risikoestimat for enlige er på 1,630*/
406
407  /*Estimaterne ved de to modeller er på hhv 1,629 og 1,630 for enlige.
408  De er dermed ikke betydeligt forskellige, hvorfor det vurderes at det ikke er
409  afgørende
410  hvilken af de to variable der anvendes i modellen- der vælges variablen 'vest' til
411  at beskrive
412  immigrationsstatus*/
413  ods pdf close;
414

```

Bilag 2.2 Missing data SAS output

The FREQ Procedure

Mast	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	83758	87.46	83758	87.46
1	12004	12.54	95762	100.00
Frequency Missing = 55				

ald_grp	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	31059	32.42	31059	32.42
2	15445	16.12	46504	48.54
3	14670	15.31	61174	63.85
4	15215	15.88	76389	79.73
5	19424	20.27	95813	100.00
Frequency Missing = 4				

indk_grp	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	23933	24.99	23933	24.99
2	23938	25.00	47871	49.99
3	23946	25.01	71817	75.00
4	23945	25.00	95762	100.00
Frequency Missing = 55				

Køn (0:Kvinde; 1:Mand)				
sex	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	48000	50.10	48000	50.10
1	47813	49.90	95813	100.00
Frequency Missing = 4				

Dansker/indvandrerefterkommer				
IE_TYPE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	91747	95.76	91747	95.76
2	3981	4.15	95728	99.91
3	85	0.09	95813	100.00
Frequency Missing = 4				

vest	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	91747	95.76	91747	95.76
1	2037	2.13	93784	97.88
2	2029	2.12	95813	100.00
Frequency Missing = 4				

uddgr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	30298	32.40	30298	32.40
2	2392	2.56	32690	34.96
3	39941	42.72	72631	77.68
4	16900	18.07	89531	95.75
5	3970	4.25	93501	100.00
Frequency Missing = 2316				

Bilag 2.3 Frekvenstabeller SAS output

The FREQ Procedure

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of Delt by ald_grp						
	Delt	ald_grp					Total
		1	2	3	4	5	
0	11370	4812	4074	4072	6177	30505	32.63
	12.16	5.15	4.36	4.36	6.61		
	37.27	15.77	13.36	13.35	20.25		
	37.64	32.27	28.17	27.33	32.47		
1	18835	10101	10389	10825	12845	62995	67.37
	20.14	10.80	11.11	11.58	13.74		
	29.90	16.03	16.49	17.18	20.39		
	62.36	67.73	71.83	72.67	67.53		
Total	30205	14913	14463	14897	19022	93500	100.00
	32.30	15.95	15.47	15.93	20.34		

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of Delt by indk_grp					
	Delt	indk_grp				Total
		1	2	3	4	
0	9804	7664	6767	6270	30505	32.63
	10.49	8.20	7.24	6.71		
	32.14	25.12	22.18	20.55		
	42.92	32.89	28.71	26.36		
1	13039	15636	16803	17517	62995	67.37
	13.95	16.72	17.97	18.73		
	20.70	24.82	26.67	27.81		
	57.08	67.11	71.29	73.64		
Total	22843	23300	23570	23787	93500	100.00
	24.43	24.92	25.21	25.44		

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of Delt by sex			
	Delt	sex(Køn (0:Kvinde; 1:Mand))		Total
		0	1	
0	13751	16754	30505	32.63
	14.71	17.92		
	45.08	54.92		
	29.23	36.06		
1	33287	29708	62995	67.37
	35.60	31.77		
	52.84	47.16		
	70.77	63.94		
Total	47038	46462	93500	100.00
	50.31	49.69		

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of Delt by IE_TYPE				
	IE_TYPE(Dansker/indvandrer/efterkommer)				Delt
	1	2	3	Total	
0	29228	1260	17	30505	
	31.26	1.35	0.02	32.63	
	95.81	4.13	0.06		
	32.37	40.00	31.48		
1	61068	1890	37	62995	
	65.31	2.02	0.04	67.37	
	96.94	3.00	0.06		
	67.63	60.00	68.52		
Total	90296	3150	54	93500	
	96.57	3.37	0.06	100.00	

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of Delt by vest				
	vest				Delt
	0	1	2	Total	
0	29228	581	696	30505	
	31.26	0.62	0.74	32.63	
	95.81	1.90	2.28		
	32.37	37.63	41.93		
1	61068	963	964	62995	
	65.31	1.03	1.03	67.37	
	96.94	1.53	1.53		
	67.63	62.37	58.07		
Total	90296	1544	1660	93500	
	96.57	1.65	1.78	100.00	

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of Delt by uddgr						
	uddgr						Delt
	1	2	3	4	5	Total	
0	11760	850	12034	4541	1320	30505	
	12.58	0.91	12.87	4.86	1.41	32.63	
	38.55	2.79	39.45	14.89	4.33		
	38.81	35.54	30.13	26.87	33.25		
1	18538	1542	27906	12359	2650	62995	
	19.83	1.65	29.85	13.22	2.83	67.37	
	29.43	2.45	44.30	19.62	4.21		
	61.19	64.46	69.87	73.13	66.75		
Total	30298	2392	39940	16900	3970	93500	
	32.40	2.56	42.72	18.07	4.25	100.00	

Bilag 2.4 Univariat logistisk regressionsanalyse SAS output

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
sex	0	-1
	1	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	117597.74
SC	118101.18	117616.63
-2 Log L	118089.74	117593.74

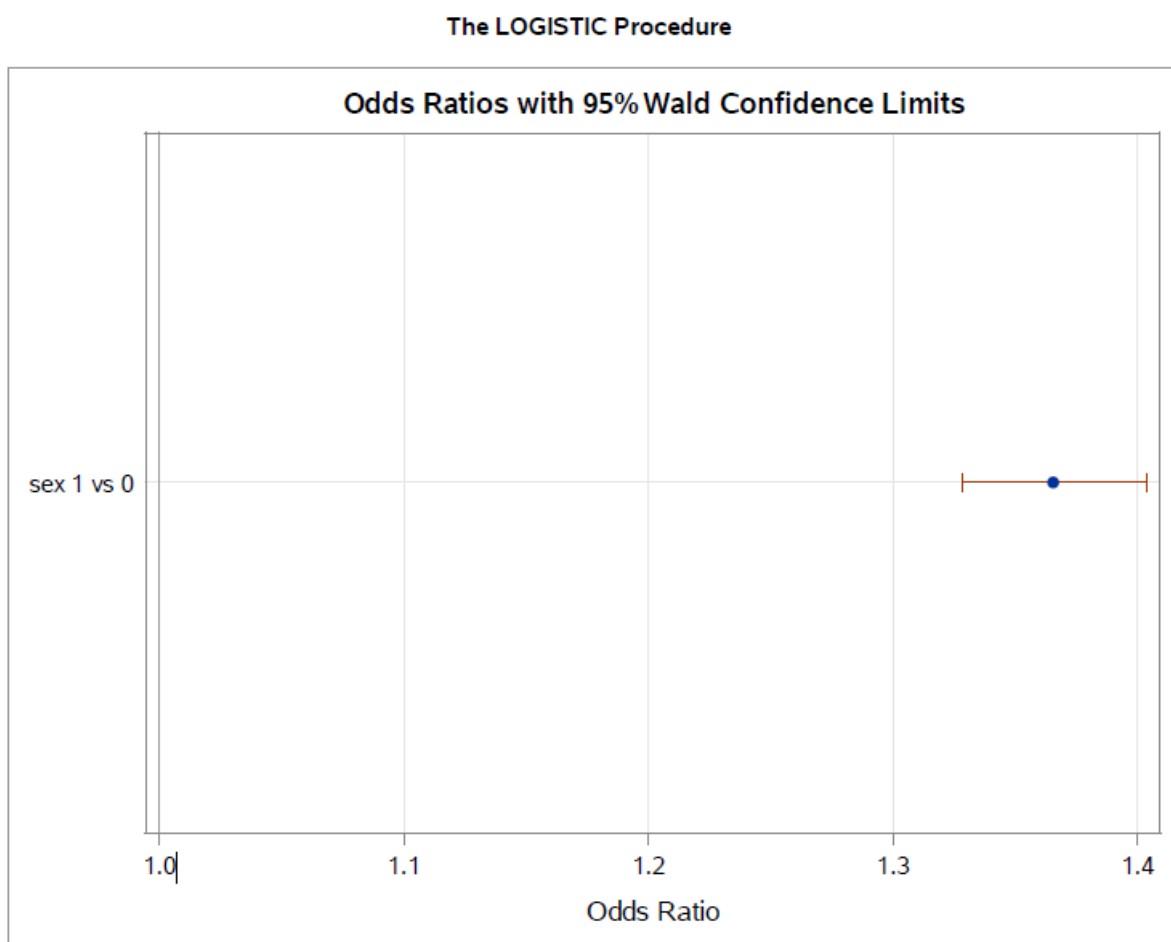
The LOGISTIC Procedure

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
sex	1	494.0620	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.7284	0.00700	10822.1421	<.0001
sex	1	1	0.1556	0.00700	494.0620	<.0001

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	29.0	Somers' D	0.078
Percent Discordant	21.3	Gamma	0.154
Percent Tied	49.7	Tau-a	0.034
Pairs	1921662475	c	0.539

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
sex 1 vs 0	1.0000	1.365	1.328	1.403



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
ald_grp	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	117431.14
SC	118101.18	117478.36
-2 Log L	118089.74	117421.14

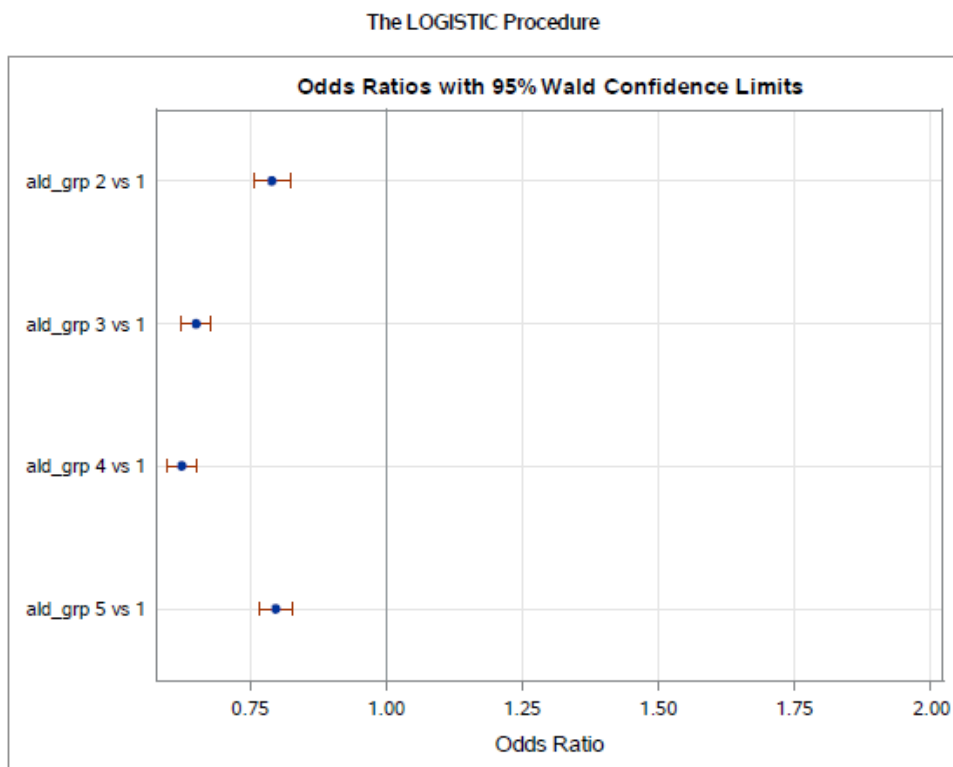
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	668.6022	4	<.0001
Score	667.4221	4	<.0001
Wald	663.8389	4	<.0001

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
ald_grp	4	663.8389	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.7784	0.00740	11079.7997	<.0001
ald_grp	2	1	0.0369	0.0155	5.7065	0.0169
ald_grp	3	1	-0.1577	0.0161	95.7218	<.0001
ald_grp	4	1	-0.1993	0.0160	154.2109	<.0001
ald_grp	5	1	0.0463	0.0141	10.8036	0.0010

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	43.8	Somers' D	0.099
Percent Discordant	33.9	Gamma	0.127
Percent Tied	22.3	Tau-a	0.044
Pairs	1921662475	c	0.550

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
ald_grp 2 vs 1	1.0000	0.789	0.757	0.823
ald_grp 3 vs 1	1.0000	0.650	0.622	0.678
ald_grp 4 vs 1	1.0000	0.623	0.597	0.650
ald_grp 5 vs 1	1.0000	0.797	0.767	0.828



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
Mast	0	-1
	1	1

Model Convergence Status	
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.	

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	117095.89
SC	118101.18	117114.78
-2 Log L	118089.74	117091.89

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	997.8517	1	<.0001
Score	1044.4961	1	<.0001
Wald	1020.7116	1	<.0001

The LOGISTIC Procedure

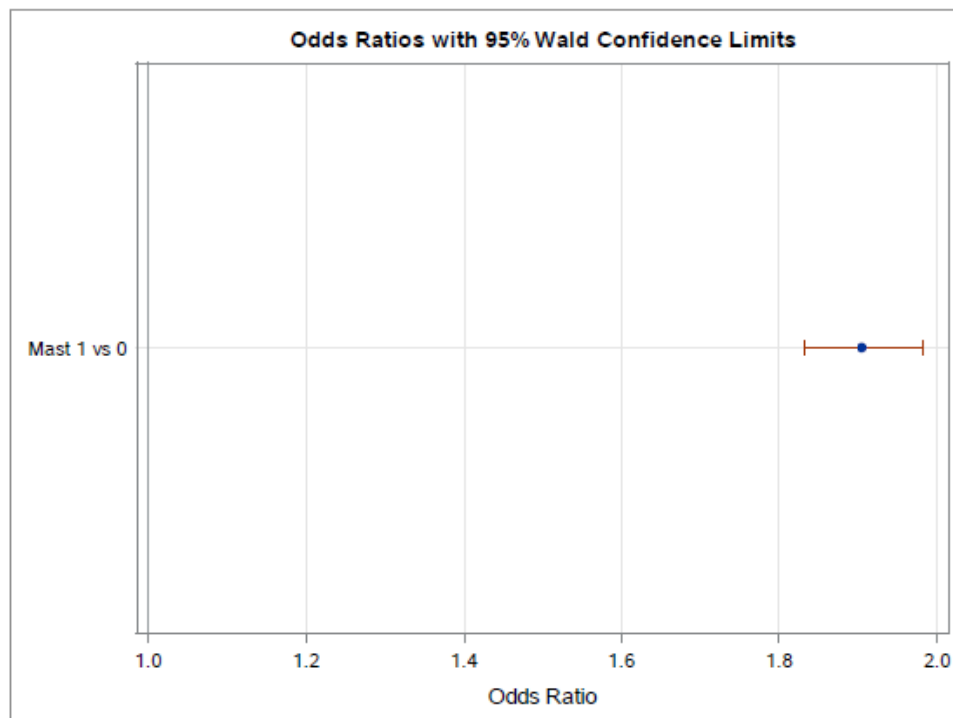
Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Mast	1	1020.7116	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.4889	0.0101	2350.5195	<.0001
Mast	1	1	0.3221	0.0101	1020.7116	<.0001

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	15.6	Somers' D	0.074
Percent Discordant	8.2	Gamma	0.311
Percent Tied	76.2	Tau-a	0.033
Pairs	1921662475	c	0.537

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
Mast 1 vs 0	1.0000	1.905	1.831	1.981

The LOGISTIC Procedure



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
uddgr	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1

Model Convergence Status	
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.	

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	117198.82
SC	118101.18	117246.05
-2 Log L	118089.74	117188.82

The LOGISTIC Procedure

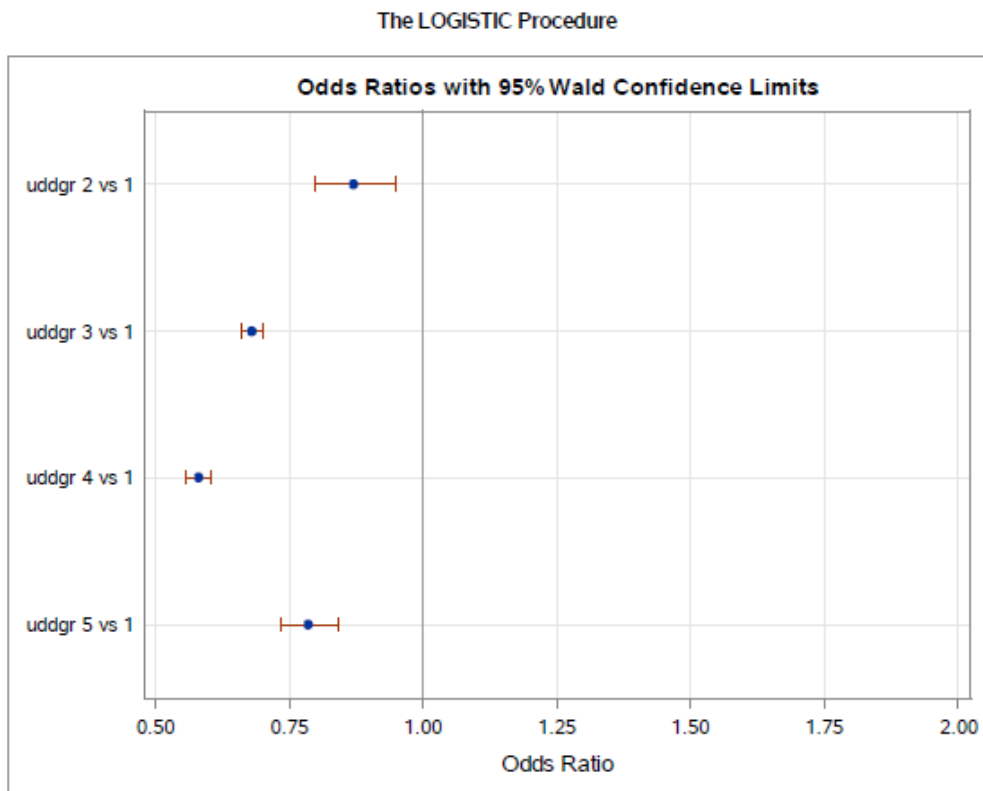
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	900.9158	4	<.0001
Score	905.7001	4	<.0001
Wald	899.6589	4	<.0001

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
uddgr	4	899.6589	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.7180	0.0119	3662.3393	<.0001
uddgr	2	1	0.1224	0.0352	12.1211	0.0005
uddgr	3	1	-0.1231	0.0146	71.4624	<.0001
uddgr	4	1	-0.2832	0.0179	249.5265	<.0001
uddgr	5	1	0.0211	0.0287	0.5396	0.4626

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	39.6	Somers' D	0.112
Percent Discordant	28.4	Gamma	0.165
Percent Tied	32.0	Tau-a	0.049
Pairs	1921662475	c	0.556

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
uddgr 2 vs 1	1.0000	0.869	0.797	0.948
uddgr 3 vs 1	1.0000	0.680	0.659	0.702
uddgr 4 vs 1	1.0000	0.579	0.556	0.604
uddgr 5 vs 1	1.0000	0.785	0.732	0.842



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information				
Class	Value	Design Variables		
indk_grp	1	1	0	0
	2	0	1	0
	3	0	0	1
	4	-1	-1	-1

Model Convergence Status	
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.	

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	116434.42
SC	118101.18	116472.21
-2 Log L	118089.74	116426.42

The LOGISTIC Procedure

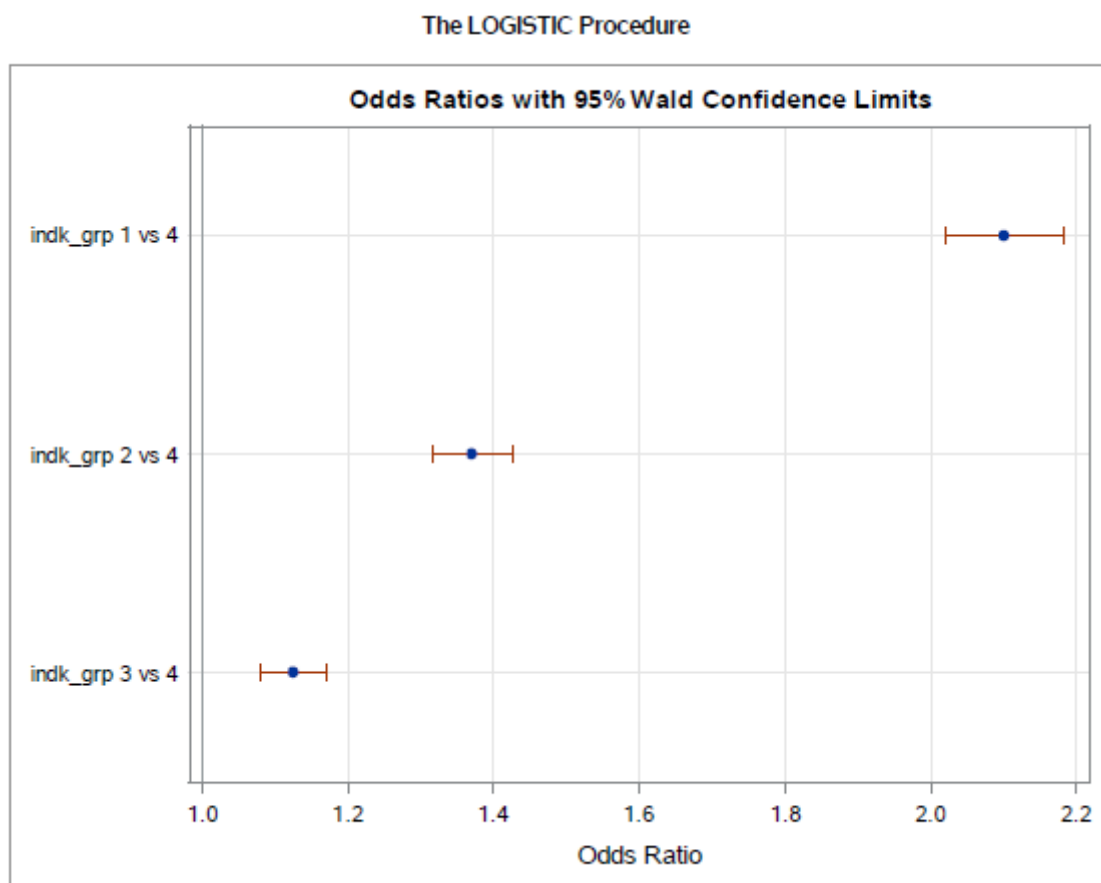
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	1663.3142	3	<.0001
Score	1691.1951	3	<.0001
Wald	1667.1239	3	<.0001

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
indk_grp	3	1667.1239	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.7337	0.00706	10808.2422	<.0001
indk_grp	1	1	0.4486	0.0118	1446.4016	<.0001
indk_grp	2	1	0.0207	0.0121	2.9139	0.0878
indk_grp	3	1	-0.1758	0.0124	201.2854	<.0001

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	45.3	Somers' D	0.152
Percent Discordant	30.1	Gamma	0.201
Percent Tied	24.5	Tau-a	0.067
Pairs	1921662475	c	0.576

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
indk_grp 1 vs 4	1.0000	2.101	2.020	2.184
indk_grp 2 vs 4	1.0000	1.369	1.316	1.425
indk_grp 3 vs 4	1.0000	1.125	1.081	1.171



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information			
Class	Value	Design Variables	
vest	0	-1	-1
	1	1	0
	2	0	1

Model Convergence Status	
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.	

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	118013.13
SC	118101.18	118041.47
-2 Log L	118089.74	118007.13

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	82.6060	2	<.0001
Score	85.6364	2	<.0001
Wald	84.7147	2	<.0001

The LOGISTIC Procedure

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
vest	2	84.7147	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.5226	0.0242	465.1845	<.0001
vest	1	1	0.0173	0.0388	0.1991	0.6554
vest	2	1	0.1969	0.0376	27.4658	<.0001

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	4.1	Somers' D	0.011
Percent Discordant	3.0	Gamma	0.161
Percent Tied	92.9	Tau-a	0.005
Pairs	1921662475	c	0.506

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
vest 1 vs 0	1.0000	1.261	1.136	1.399
vest 2 vs 0	1.0000	1.509	1.367	1.665

Bilag 2.5 Multivariat logistisk regressionsanalyse SAS output

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
sex	0	-1			
	1	1			
ald_grp	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1

Model Convergence Status	
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.	

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	115931.35
SC	118101.18	115997.47
-2 Log L	118089.74	115917.35

The LOGISTIC Procedure

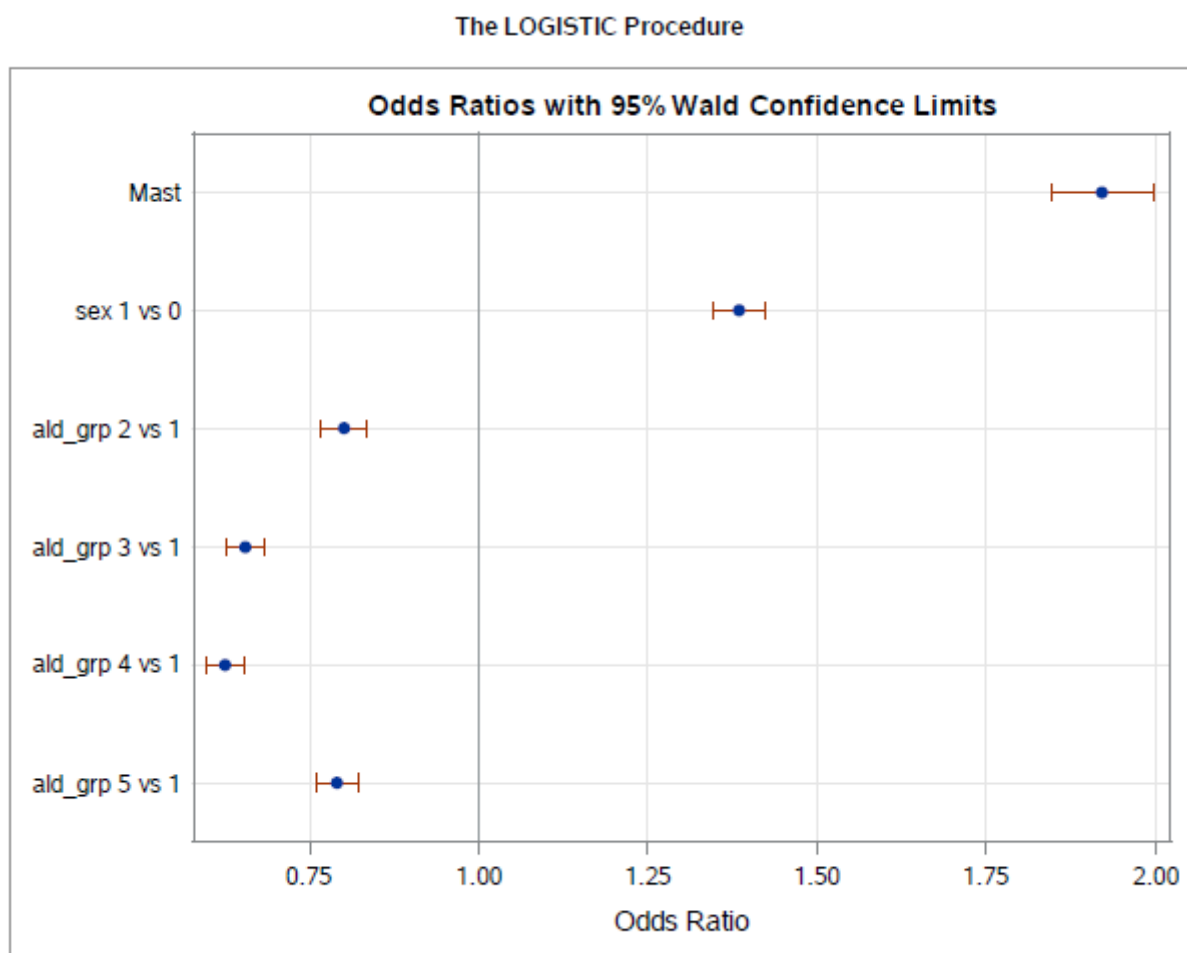
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	2172.3891	6	<.0001
Score	2201.7948	6	<.0001
Wald	2135.6959	6	<.0001

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Mast	1	1028.1633	<.0001
sex	1	528.5239	<.0001
ald_grp	4	637.2173	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.8675	0.00799	11796.6891	<.0001
Mast		1	0.6525	0.0204	1028.1633	<.0001
sex	1	1	0.1627	0.00708	528.5239	<.0001
ald_grp	2	1	0.0473	0.0156	9.2054	0.0024
ald_grp	3	1	-0.1535	0.0162	89.2800	<.0001
ald_grp	4	1	-0.1997	0.0162	152.5730	<.0001
ald_grp	5	1	0.0360	0.0142	6.4151	0.0113

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	54.5	Somers' D	0.173
Percent Discordant	37.1	Gamma	0.189
Percent Tied	8.4	Tau-a	0.076
Pairs	1921662475	c	0.587

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
Mast	1.0000	1.920	1.845	1.999
sex 1 vs 0	1.0000	1.384	1.347	1.423
ald_grp 2 vs 1	1.0000	0.800	0.768	0.835
ald_grp 3 vs 1	1.0000	0.655	0.627	0.684
ald_grp 4 vs 1	1.0000	0.625	0.599	0.653
ald_grp 5 vs 1	1.0000	0.792	0.762	0.823



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
vest	0	-1	-1		
	1	1	0		
	2	0	1		
sex	0	-1			
	1	1			
ald_grp	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1
Mast	0	-1			
	1	1			

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

The LOGISTIC Procedure

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	115877.83
SC	118101.18	115962.84
-2 Log L	118089.74	115859.83

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	2229.9064	8	<.0001
Score	2260.4880	8	<.0001
Wald	2190.5813	8	<.0001

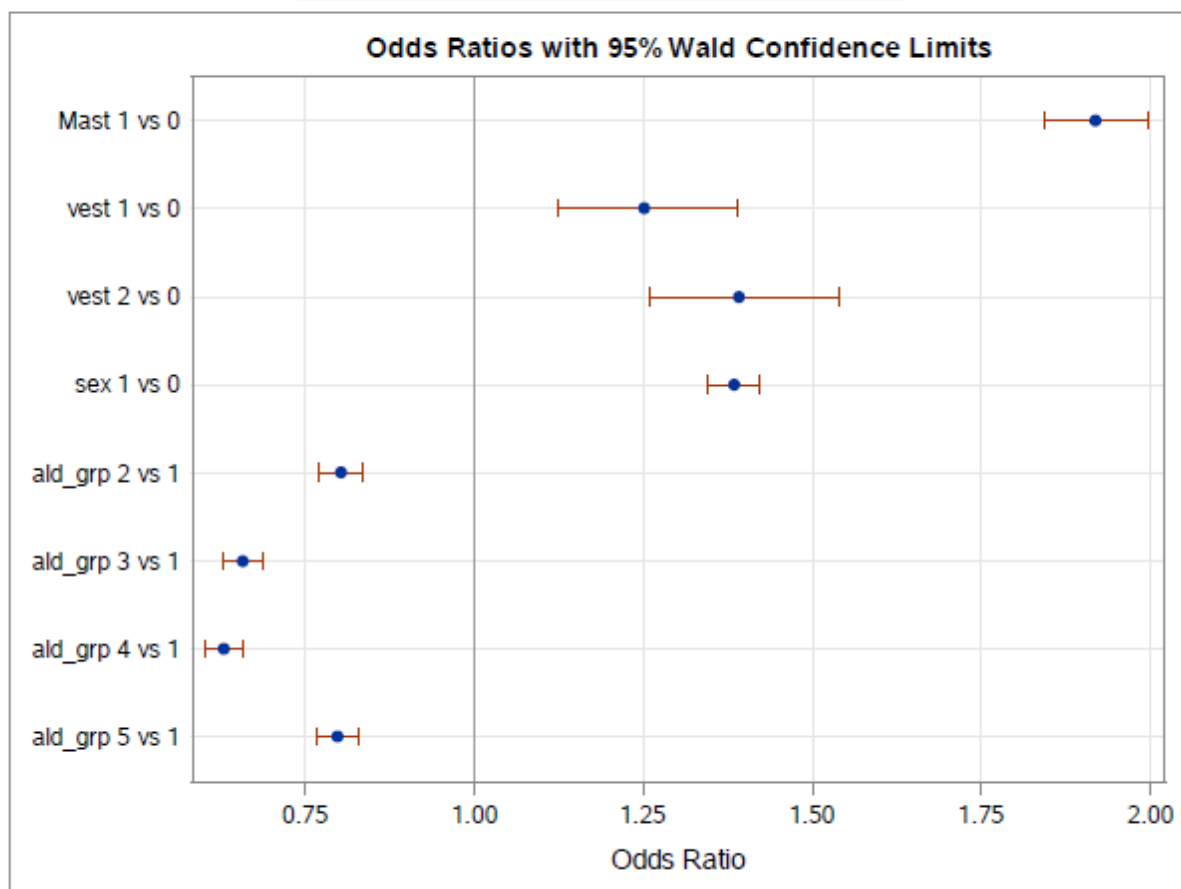
Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Mast	1	1024.6372	<.0001
vest	2	58.6271	<.0001
sex	1	530.4677	<.0001
ald_grp	4	613.8289	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.3656	0.0258	200.5997	<.0001
Mast	1	1	0.3258	0.0102	1024.6372	<.0001
vest	1	1	0.0392	0.0393	0.9902	0.3197
vest	2	1	0.1462	0.0381	14.6815	0.0001
sex	1	1	0.1630	0.00708	530.4677	<.0001
ald_grp	2	1	0.0452	0.0156	8.4139	0.0037
ald_grp	3	1	-0.1534	0.0162	89.1632	<.0001
ald_grp	4	1	-0.1964	0.0162	147.3414	<.0001
ald_grp	5	1	0.0398	0.0142	7.8215	0.0052

The LOGISTIC Procedure

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	54.9	Somers' D	0.176
Percent Discordant	37.3	Gamma	0.191
Percent Tied	7.9	Tau-a	0.078
Pairs	1921662475	c	0.588

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
Mast 1 vs 0	1.0000	1.919	1.844	1.997
vest 1 vs 0	1.0000	1.252	1.127	1.391
vest 2 vs 0	1.0000	1.393	1.260	1.540
sex 1 vs 0	1.0000	1.385	1.348	1.424
ald_grp 2 vs 1	1.0000	0.803	0.770	0.837
ald_grp 3 vs 1	1.0000	0.658	0.630	0.688
ald_grp 4 vs 1	1.0000	0.631	0.604	0.659
ald_grp 5 vs 1	1.0000	0.799	0.768	0.830



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
vest	0	-1	-1		
	1	1	0		
	2	0	1		
sex	0	-1			
	1	1			
ald_grp	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1
uddgr	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1
Mast	0	-1			
	1	1			

The LOGISTIC Procedure

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	114915.62
SC	118101.18	115038.41
-2 Log L	118089.74	114889.62

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	3200.1187	12	<.0001
Score	3217.2739	12	<.0001
Wald	3088.0002	12	<.0001

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Mast	1	897.3837	<.0001
vest	2	63.9300	<.0001
sex	1	562.1840	<.0001
ald_grp	4	756.5623	<.0001
uddgr	4	971.5439	<.0001

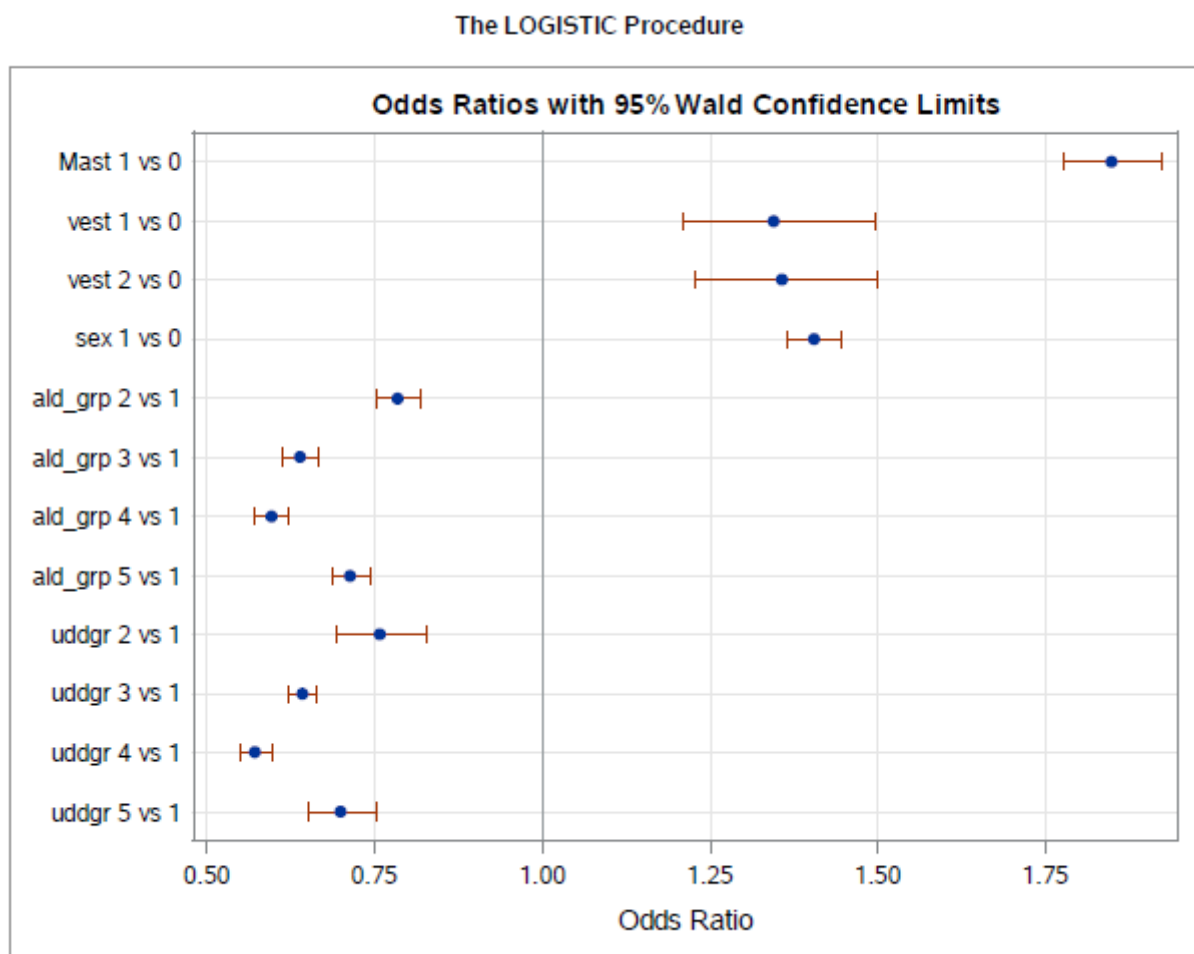
Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.3919	0.0271	208.8990	<.0001
Mast	1	1	0.3073	0.0103	897.3837	<.0001
vest	1	1	0.0958	0.0396	5.8582	0.0155
vest	2	1	0.1048	0.0384	7.4554	0.0063
sex	1	1	0.1703	0.00718	562.1840	<.0001
ald_grp	2	1	0.0658	0.0157	17.6047	<.0001
ald_grp	3	1	-0.1386	0.0163	72.0504	<.0001
ald_grp	4	1	-0.2082	0.0163	163.7569	<.0001
ald_grp	5	1	-0.0280	0.0145	3.7193	0.0538
uddgr	2	1	0.0501	0.0358	1.9611	0.1614

The LOGISTIC Procedure

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
uddgr	3	1	-0.1154	0.0148	60.5717	<.0001
uddgr	4	1	-0.2318	0.0182	162.0563	<.0001
uddgr	5	1	-0.0302	0.0291	1.0763	0.2995

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	59.3	Somers' D	0.218
Percent Discordant	37.6	Gamma	0.225
Percent Tied	3.1	Tau-a	0.096
Pairs	1921662475	c	0.609

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
Mast 1 vs 0	1.0000	1.849	1.776	1.925
vest 1 vs 0	1.0000	1.345	1.210	1.496
vest 2 vs 0	1.0000	1.357	1.227	1.501
sex 1 vs 0	1.0000	1.406	1.367	1.446
ald_grp 2 vs 1	1.0000	0.784	0.752	0.818
ald_grp 3 vs 1	1.0000	0.639	0.612	0.668
ald_grp 4 vs 1	1.0000	0.596	0.571	0.623
ald_grp 5 vs 1	1.0000	0.714	0.686	0.743
uddgr 2 vs 1	1.0000	0.758	0.693	0.829
uddgr 3 vs 1	1.0000	0.642	0.622	0.664
uddgr 4 vs 1	1.0000	0.572	0.548	0.596
uddgr 5 vs 1	1.0000	0.700	0.651	0.751



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
indk_grp	1	1	0	0	
	2	0	1	0	
	3	0	0	1	
	4	-1	-1	-1	
vest	0	-1	-1		
	1	1	0		
	2	0	1		
sex	0	-1			
	1	1			
ald_grp	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1
uddgr	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1

The LOGISTIC Procedure

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
Mast	0	-1			
	1	1			

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	112943.99
SC	118101.18	113095.12
-2 Log L	118089.74	112911.99

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	5177.7486	15	<.0001
Score	5160.2026	15	<.0001
Wald	4839.0404	15	<.0001

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Mast	1	535.1535	<.0001
indk_grp	3	1952.1662	<.0001
vest	2	14.7902	0.0006
sex	1	695.8563	<.0001
ald_grp	4	1689.8959	<.0001
uddgr	4	415.7024	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.5100	0.0277	339.8024	<.0001
Mast	1	1	0.2439	0.0105	535.1535	<.0001
indk_grp	1	1	0.5881	0.0140	1762.2114	<.0001
indk_grp	2	1	0.0864	0.0128	45.2619	<.0001

The LOGISTIC Procedure

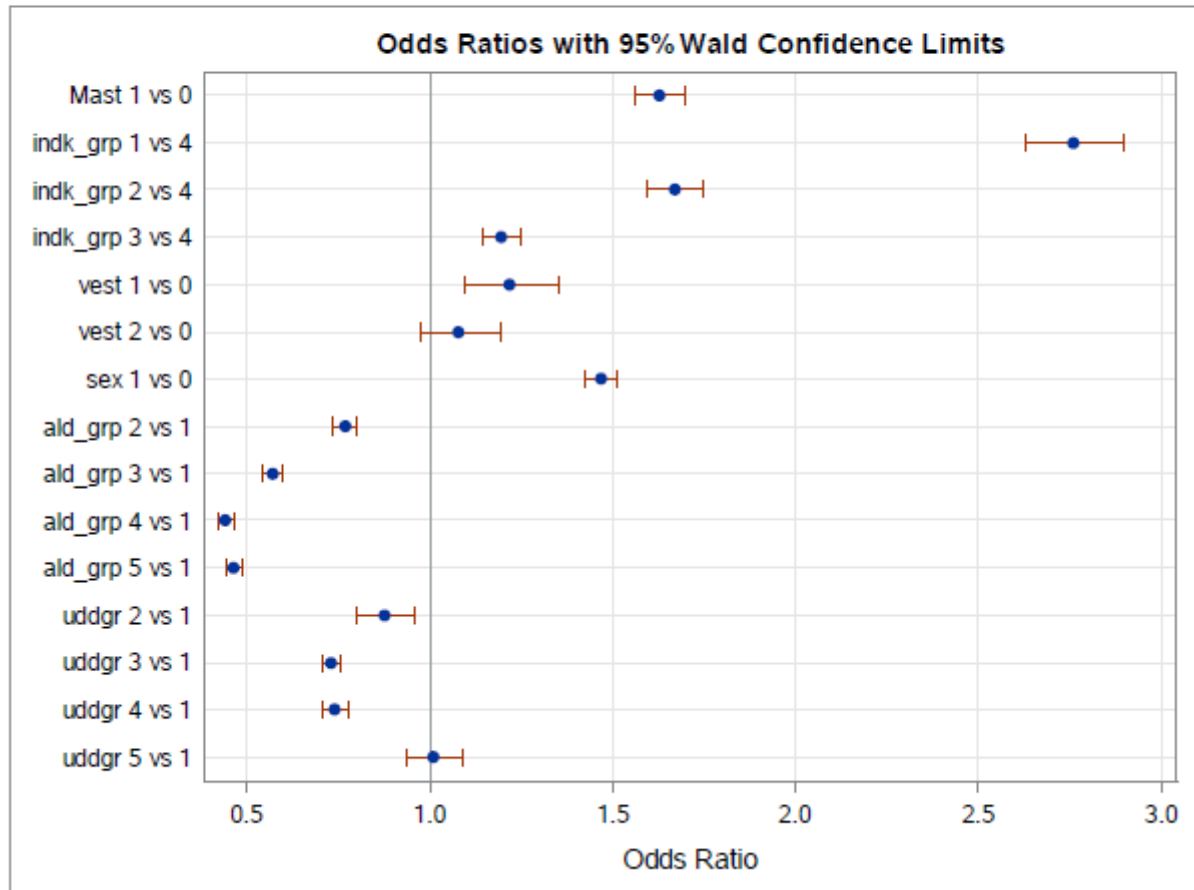
Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
indk_grp	3	1	-0.2476	0.0131	359.6171	<.0001
vest	1	1	0.1058	0.0402	6.9486	0.0084
vest	2	1	-0.0144	0.0390	0.1372	0.7111
sex	1	1	0.1923	0.00729	695.8563	<.0001
ald_grp	2	1	0.2183	0.0163	179.2225	<.0001
ald_grp	3	1	-0.0790	0.0166	22.6944	<.0001
ald_grp	4	1	-0.3356	0.0168	398.8785	<.0001
ald_grp	5	1	-0.2853	0.0158	325.6177	<.0001
uddgr	2	1	0.0169	0.0364	0.2163	0.6419
uddgr	3	1	-0.1669	0.0152	121.0436	<.0001
uddgr	4	1	-0.1524	0.0185	67.9017	<.0001
uddgr	5	1	0.1558	0.0300	26.9569	<.0001

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	63.1	Somers' D	0.277
Percent Discordant	35.4	Gamma	0.281
Percent Tied	1.6	Tau-a	0.122
Pairs	1921662475	c	0.638

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
Mast 1 vs 0	1.0000	1.629	1.563	1.698
indk_grp 1 vs 4	1.0000	2.759	2.629	2.896
indk_grp 2 vs 4	1.0000	1.671	1.597	1.748
indk_grp 3 vs 4	1.0000	1.196	1.147	1.248
vest 1 vs 0	1.0000	1.218	1.094	1.356
vest 2 vs 0	1.0000	1.080	0.975	1.197
sex 1 vs 0	1.0000	1.469	1.428	1.512
ald_grp 2 vs 1	1.0000	0.768	0.736	0.802
ald_grp 3 vs 1	1.0000	0.571	0.546	0.597
ald_grp 4 vs 1	1.0000	0.442	0.421	0.463
ald_grp 5 vs 1	1.0000	0.464	0.444	0.486
uddgr 2 vs 1	1.0000	0.878	0.802	0.962
uddgr 3 vs 1	1.0000	0.731	0.707	0.756

The LOGISTIC Procedure

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
uddgr 4 vs 1	1.0000	0.742	0.709	0.775
uddgr 5 vs 1	1.0000	1.009	0.936	1.088



Bilag 2.6 Sensitivitetsanalyser SAS output

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information						
Class	Value	Design Variables				
indk_grp	1	1	0	0		
	2	0	1	0		
	3	0	0	1		
	4	-1	-1	-1		
vest	0	-1	-1			
	1	1	0			
	2	0	1			
sex	0	-1				
	1	1				
ald_grp	1	-1	-1	-1	-1	
	2	1	0	0	0	
	3	0	1	0	0	
	4	0	0	1	0	
	5	0	0	0	1	
uddgr	1	-1	-1	-1	-1	
	2	1	0	0	0	
	3	0	1	0	0	
	4	0	0	1	0	
	5	0	0	0	1	

The LOGISTIC Procedure

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
Mast	0	-1			
	1	1			

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	112945.59
SC	118101.18	113106.17
-2 Log L	118089.74	112911.59

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	5178.1435	16	<.0001
Score	5164.0532	16	<.0001
Wald	4838.9397	16	<.0001

Joint Tests			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Mast	1	535.1258	<.0001
indk_grp	3	1949.2379	<.0001
vest	2	14.8014	0.0006
sex	1	355.6035	<.0001
ald_grp	4	1684.0560	<.0001
uddgr	4	415.4790	<.0001
sex*Mast	1	0.3949	0.5297

Note: Under full-rank parameterizations, Type 3 effect tests are replaced by joint tests. The joint test for an effect is a test that all the parameters associated with that effect are zero. Such joint tests might not be equivalent to Type 3 effect tests under GLM parameterization.

The LOGISTIC Procedure

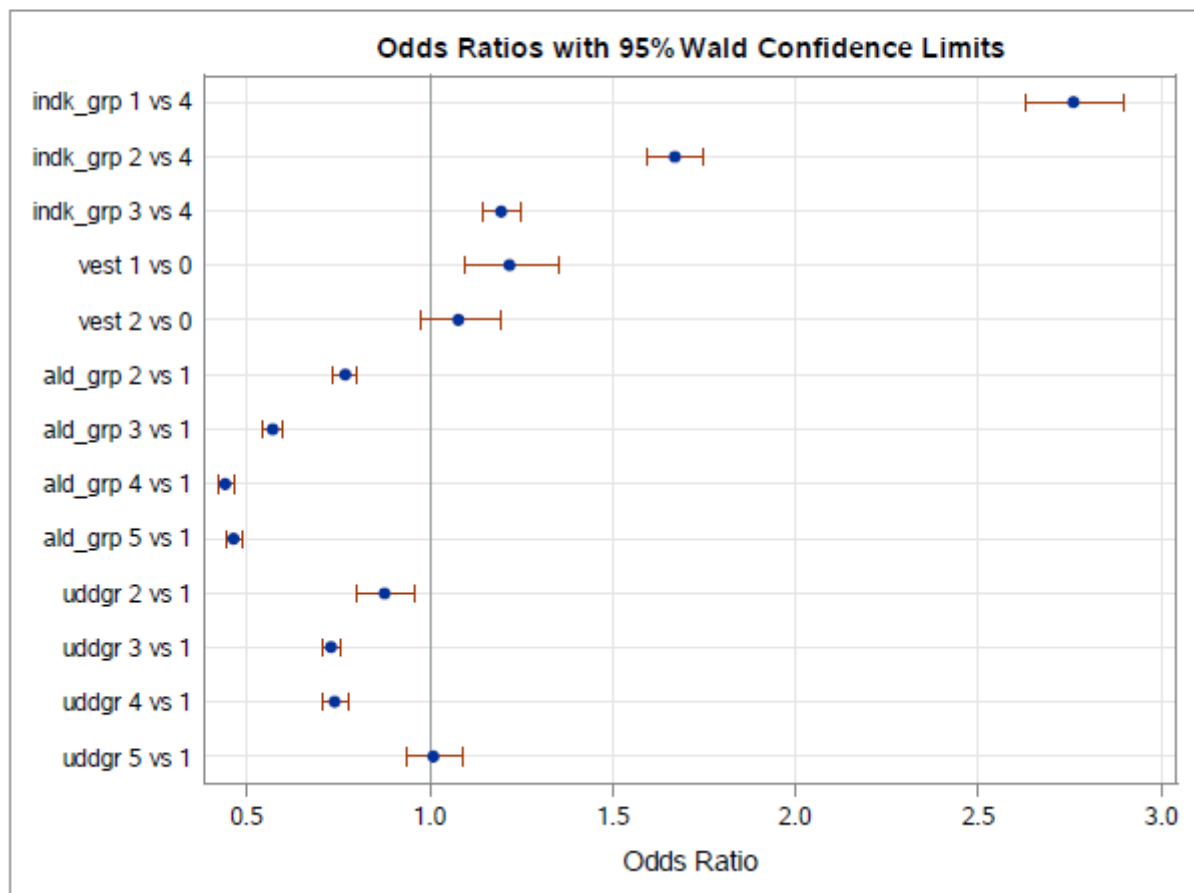
Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter			DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square Pr > ChiSq
Intercept			1	-0.5095	0.0277	338.9049 <.0001
Mast	1		1	0.2442	0.0106	535.1258 <.0001
indk_grp	1		1	0.5879	0.0140	1759.0158 <.0001
indk_grp	2		1	0.0864	0.0128	45.3212 <.0001
indk_grp	3		1	-0.2475	0.0131	359.1577 <.0001
vest	1		1	0.1058	0.0401	6.9423 0.0084
vest	2		1	-0.0143	0.0390	0.1351 0.7132
sex	1		1	0.1970	0.0104	355.6035 <.0001
ald_grp	2		1	0.2181	0.0163	178.8438 <.0001
ald_grp	3		1	-0.0792	0.0166	22.7804 <.0001
ald_grp	4		1	-0.3356	0.0168	398.6966 <.0001
ald_grp	5		1	-0.2847	0.0158	323.2427 <.0001
uddgr	2		1	0.0168	0.0364	0.2136 0.6440
uddgr	3		1	-0.1669	0.0152	121.0391 <.0001
uddgr	4		1	-0.1524	0.0185	67.9128 <.0001
uddgr	5		1	0.1560	0.0300	27.0337 <.0001
sex*Mast	1	1	1	0.00653	0.0104	0.3949 0.5297

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	63.0	Somers' D	0.277
Percent Discordant	35.4	Gamma	0.281
Percent Tied	1.6	Tau-a	0.122
Pairs	1921662475	c	0.638

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
indk_grp 1 vs 4	1.0000	2.758	2.628	2.895
indk_grp 2 vs 4	1.0000	1.671	1.597	1.748
indk_grp 3 vs 4	1.0000	1.196	1.147	1.248
vest 1 vs 0	1.0000	1.218	1.094	1.356
vest 2 vs 0	1.0000	1.080	0.975	1.197
ald_grp 2 vs 1	1.0000	0.769	0.736	0.802
ald_grp 3 vs 1	1.0000	0.571	0.546	0.597
ald_grp 4 vs 1	1.0000	0.442	0.422	0.463

The LOGISTIC Procedure

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
ald_grp 5 vs 1	1.0000	0.465	0.444	0.486
uddgr 2 vs 1	1.0000	0.878	0.802	0.962
uddgr 3 vs 1	1.0000	0.731	0.707	0.756
uddgr 4 vs 1	1.0000	0.742	0.709	0.775
uddgr 5 vs 1	1.0000	1.010	0.937	1.088



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
indk_grp	1	1	0	0	
	2	0	1	0	
	3	0	0	1	
	4	-1	-1	-1	
vest	0	-1	-1		
	1	1	0		
	2	0	1		
sex	0	-1			
	1	1			
ald_grp	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1
uddgr	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1

The LOGISTIC Procedure

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
Mast	0	-1			
	1	1			

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	112950.69
SC	118101.18	113215.17
-2 Log L	118089.74	112894.69

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	5195.0483	27	<.0001
Score	5183.5361	27	<.0001
Wald	4855.6786	27	<.0001

Joint Tests			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Mast	1	528.7469	<.0001
indk_grp	3	706.5197	<.0001
vest	2	14.4097	0.0007
sex	1	697.4364	<.0001
ald_grp	4	1667.1200	<.0001
uddgr	4	331.7101	<.0001
indk_grp*uddgr	12	17.3305	0.1376

Note: Under full-rank parameterizations, Type 3 effect tests are replaced by joint tests. The joint test for an effect is a test that all the parameters associated with that effect are zero. Such joint tests might not be equivalent to Type 3 effect tests under GLM parameterization.

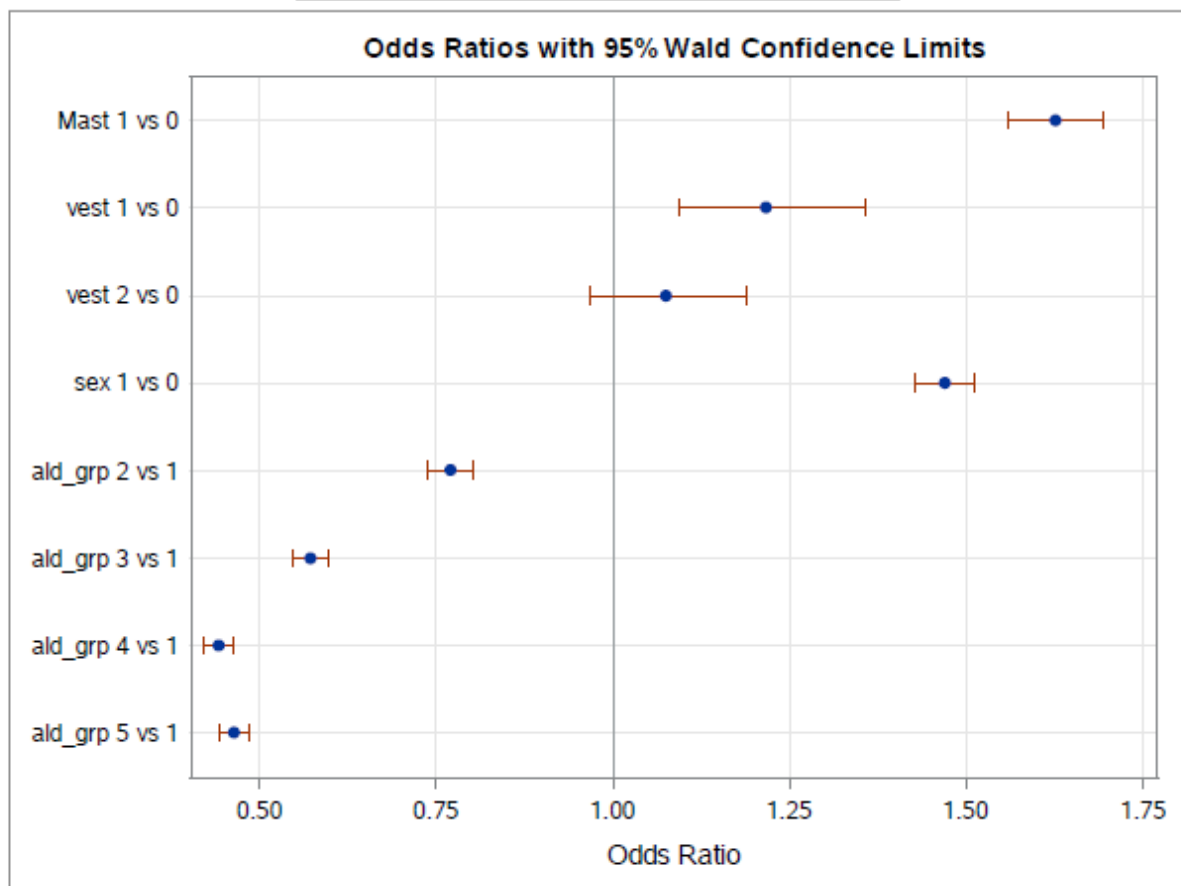
The LOGISTIC Procedure

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter			DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square Pr > ChiSq
Intercept			1	-0.5015	0.0284	312.3521 <.0001
Mast	1		1	0.2431	0.0106	528.7469 <.0001
indk_grp	1		1	0.6005	0.0296	412.9884 <.0001
indk_grp	2		1	0.1177	0.0258	20.8444 <.0001
indk_grp	3		1	-0.2604	0.0234	123.5988 <.0001
vest	1		1	0.1073	0.0402	7.1219 0.0076
vest	2		1	-0.0177	0.0391	0.2053 0.6505
sex	1		1	0.1929	0.00730	697.4364 <.0001
ald_grp	2		1	0.2189	0.0163	179.3724 <.0001
ald_grp	3		1	-0.0781	0.0166	22.0821 <.0001
ald_grp	4		1	-0.3350	0.0168	396.3153 <.0001
ald_grp	5		1	-0.2864	0.0159	322.7356 <.0001
uddgr	2		1	0.0142	0.0380	0.1401 0.7081
uddgr	3		1	-0.1771	0.0169	110.1184 <.0001
uddgr	4		1	-0.1639	0.0208	61.9805 <.0001
uddgr	5		1	0.2042	0.0407	25.1422 <.0001
indk_grp*uddgr	1	2	1	0.0308	0.0712	0.1871 0.6654
indk_grp*uddgr	1	3	1	-0.0273	0.0330	0.6818 0.4090
indk_grp*uddgr	1	4	1	-0.0236	0.0430	0.3021 0.5826
indk_grp*uddgr	1	5	1	0.0109	0.0892	0.0149 0.9027
indk_grp*uddgr	2	2	1	0.0162	0.0680	0.0567 0.8118
indk_grp*uddgr	2	3	1	-0.0564	0.0297	3.6053 0.0576
indk_grp*uddgr	2	4	1	-0.0520	0.0363	2.0527 0.1519
indk_grp*uddgr	2	5	1	0.0877	0.0736	1.4198 0.2334
indk_grp*uddgr	3	2	1	-0.0437	0.0641	0.4650 0.4953
indk_grp*uddgr	3	3	1	0.00838	0.0275	0.0928 0.7606
indk_grp*uddgr	3	4	1	0.0584	0.0334	3.0466 0.0809
indk_grp*uddgr	3	5	1	-0.0291	0.0635	0.2103 0.6465

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	63.2	Somers' D	0.278
Percent Discordant	35.4	Gamma	0.281
Percent Tied	1.4	Tau-a	0.122
Pairs	1921662475	c	0.639

The LOGISTIC Procedure

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
Mast 1 vs 0	1.0000	1.626	1.560	1.695
vest 1 vs 0	1.0000	1.218	1.093	1.356
vest 2 vs 0	1.0000	1.075	0.969	1.191
sex 1 vs 0	1.0000	1.471	1.429	1.513
ald_grp 2 vs 1	1.0000	0.770	0.738	0.803
ald_grp 3 vs 1	1.0000	0.572	0.547	0.598
ald_grp 4 vs 1	1.0000	0.442	0.422	0.464
ald_grp 5 vs 1	1.0000	0.464	0.444	0.486



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
indk_grp	1	1	0	0	
	2	0	1	0	
	3	0	0	1	
	4	-1	-1	-1	
vest	0	-1	-1		
	1	1	0		
	2	0	1		
sex	0	-1			
	1	1			
ald_grp	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1
uddgr	1	-1	-1	-1	-1
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1

The LOGISTIC Procedure

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
Mast	0	-1			
	1	1			

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	112943.99
SC	118101.18	113095.12
-2 Log L	118089.74	112911.99

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	5177.7486	15	<.0001
Score	5160.2026	15	<.0001
Wald	4839.0404	15	<.0001

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Mast	1	535.1535	<.0001
indk_grp	3	1952.1662	<.0001
vest	2	14.7902	0.0006
sex	1	695.8563	<.0001
ald_grp	4	1689.8959	<.0001
uddgr	4	415.7024	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.5100	0.0277	339.8024	<.0001
Mast	1	1	0.2439	0.0105	535.1535	<.0001
indk_grp	1	1	0.5881	0.0140	1762.2114	<.0001
indk_grp	2	1	0.0864	0.0128	45.2619	<.0001

The LOGISTIC Procedure

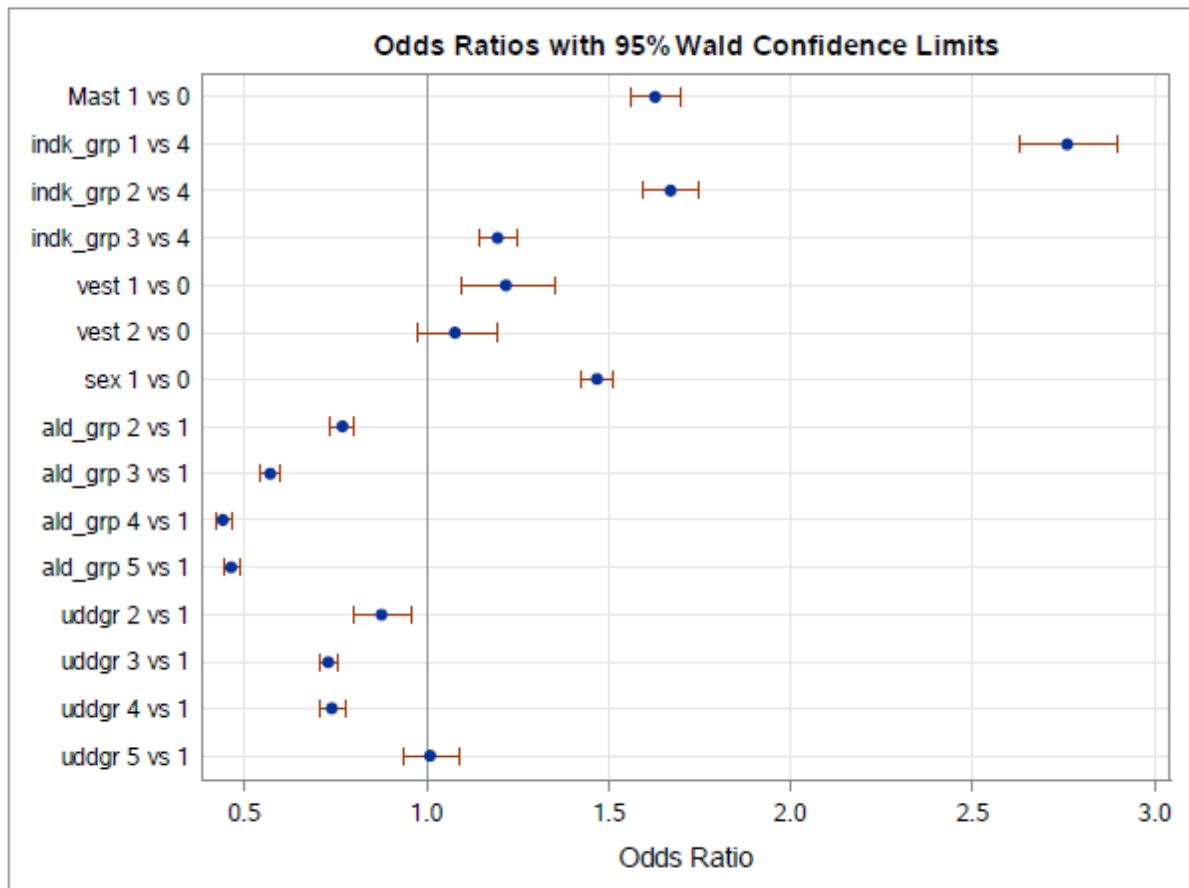
Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
indk_grp	3	1	-0.2476	0.0131	359.6171	<.0001
vest	1	1	0.1058	0.0402	6.9486	0.0084
vest	2	1	-0.0144	0.0390	0.1372	0.7111
sex	1	1	0.1923	0.00729	695.8563	<.0001
ald_grp	2	1	0.2183	0.0163	179.2225	<.0001
ald_grp	3	1	-0.0790	0.0166	22.6944	<.0001
ald_grp	4	1	-0.3356	0.0168	398.8785	<.0001
ald_grp	5	1	-0.2853	0.0158	325.6177	<.0001
uddgr	2	1	0.0169	0.0364	0.2163	0.6419
uddgr	3	1	-0.1669	0.0152	121.0436	<.0001
uddgr	4	1	-0.1524	0.0185	67.9017	<.0001
uddgr	5	1	0.1558	0.0300	26.9569	<.0001

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	63.1	Somers' D	0.277
Percent Discordant	35.4	Gamma	0.281
Percent Tied	1.6	Tau-a	0.122
Pairs	1921662475	c	0.638

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
Mast 1 vs 0	1.0000	1.629	1.563	1.698
indk_grp 1 vs 4	1.0000	2.759	2.629	2.896
indk_grp 2 vs 4	1.0000	1.671	1.597	1.748
indk_grp 3 vs 4	1.0000	1.196	1.147	1.248
vest 1 vs 0	1.0000	1.218	1.094	1.356
vest 2 vs 0	1.0000	1.080	0.975	1.197
sex 1 vs 0	1.0000	1.469	1.428	1.512
ald_grp 2 vs 1	1.0000	0.768	0.736	0.802
ald_grp 3 vs 1	1.0000	0.571	0.546	0.597
ald_grp 4 vs 1	1.0000	0.442	0.421	0.463
ald_grp 5 vs 1	1.0000	0.464	0.444	0.486
uddgr 2 vs 1	1.0000	0.878	0.802	0.962
uddgr 3 vs 1	1.0000	0.731	0.707	0.756

The LOGISTIC Procedure

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
uddgr 4 vs 1	1.0000	0.742	0.709	0.775
uddgr 5 vs 1	1.0000	1.009	0.936	1.088



The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	SPECIALE.FINAL
Response Variable	Delt
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	93500
Number of Observations Used	93500

Response Profile		
Ordered Value	Delt	Total Frequency
1	0	30505
2	1	62995

Probability modeled is Delt=0.

Class Level Information						
Class	Value	Design Variables				
indk_grp	1	1	0	0		
	2	0	1	0		
	3	0	0	1		
	4	-1	-1	-1		
IE_TYPE	1	-1	-1			
	2	1	0			
	3	0	1			
sex	0	-1				
	1	1				
ald_grp	1	-1	-1	-1	-1	
	2	1	0	0	0	
	3	0	1	0	0	
	4	0	0	1	0	
	5	0	0	0	1	
uddgr	1	-1	-1	-1	-1	
	2	1	0	0	0	
	3	0	1	0	0	
	4	0	0	1	0	
	5	0	0	0	1	

The LOGISTIC Procedure

Class Level Information					
Class	Value	Design Variables			
Mast	0	-1			
	1	1			

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	118091.74	112945.85
SC	118101.18	113096.98
-2 Log L	118089.74	112913.85

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	5175.8873	15	<.0001
Score	5159.1217	15	<.0001
Wald	4837.8727	15	<.0001

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Mast	1	536.6806	<.0001
indk_grp	3	1948.7023	<.0001
IE_TYPE	2	12.8329	0.0016
sex	1	695.4734	<.0001
ald_grp	4	1688.5748	<.0001
uddgr	4	414.3773	<.0001

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.5930	0.1013	34.2853	<.0001
Mast	1	1	0.2443	0.0105	536.6806	<.0001
indk_grp	1	1	0.5874	0.0140	1759.1454	<.0001
indk_grp	2	1	0.0856	0.0128	44.5540	<.0001

The LOGISTIC Procedure

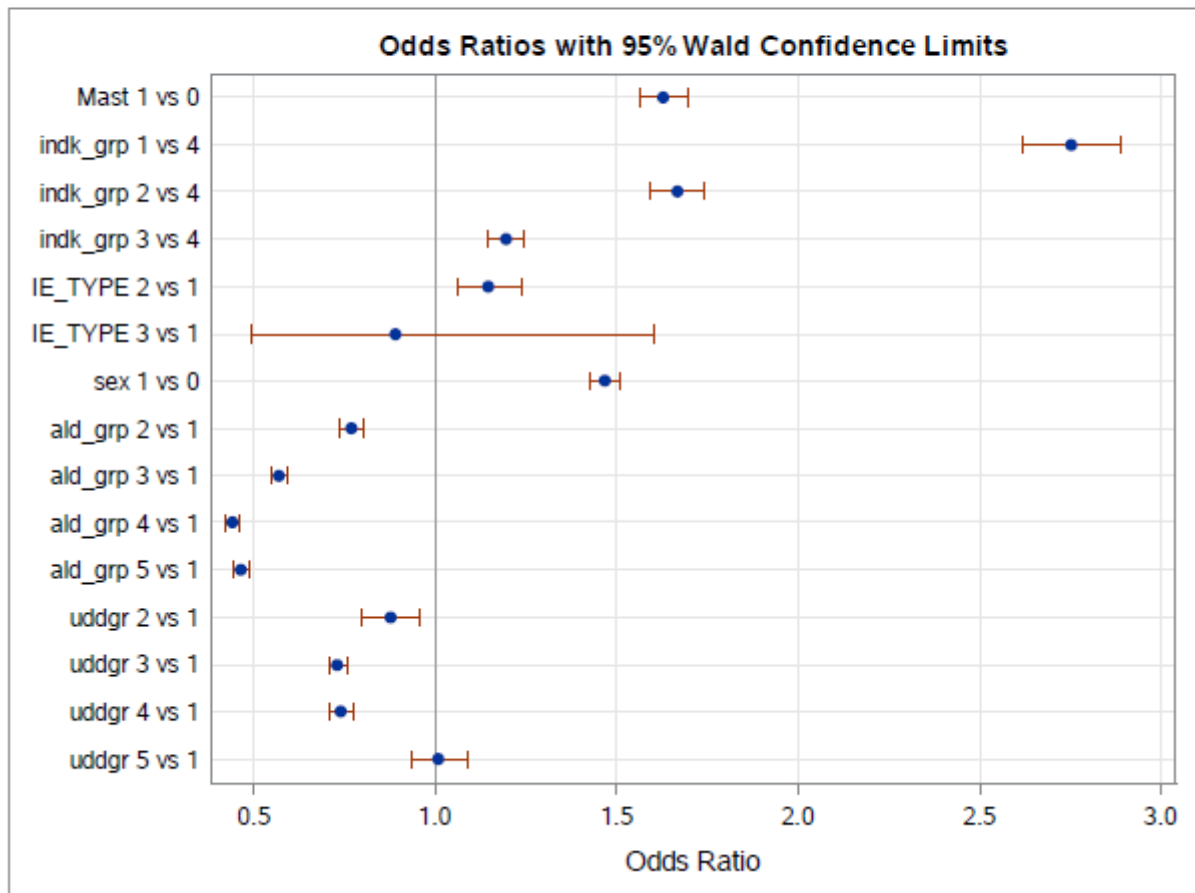
Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
indk_grp	3	1	-0.2474	0.0131	358.9564	<.0001
IE_TYPE	2	1	0.1300	0.1030	1.5915	0.2071
IE_TYPE	3	1	-0.1220	0.2001	0.3717	0.5421
sex	1	1	0.1922	0.00729	695.4734	<.0001
ald_grp	2	1	0.2176	0.0163	178.2070	<.0001
ald_grp	3	1	-0.0788	0.0166	22.5673	<.0001
ald_grp	4	1	-0.3349	0.0168	397.3392	<.0001
ald_grp	5	1	-0.2841	0.0158	323.7092	<.0001
uddgr	2	1	0.0156	0.0364	0.1848	0.6672
uddgr	3	1	-0.1665	0.0152	120.4921	<.0001
uddgr	4	1	-0.1521	0.0185	67.6161	<.0001
uddgr	5	1	0.1567	0.0300	27.2921	<.0001

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	63.1	Somers' D	0.277
Percent Discordant	35.4	Gamma	0.281
Percent Tied	1.6	Tau-a	0.122
Pairs	1921662475	c	0.638

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
Mast 1 vs 0	1.0000	1.630	1.564	1.699
indk_grp 1 vs 4	1.0000	2.754	2.624	2.890
indk_grp 2 vs 4	1.0000	1.667	1.594	1.745
indk_grp 3 vs 4	1.0000	1.195	1.146	1.247
IE_TYPE 2 vs 1	1.0000	1.148	1.064	1.238
IE_TYPE 3 vs 1	1.0000	0.892	0.496	1.605
sex 1 vs 0	1.0000	1.469	1.427	1.511
ald_grp 2 vs 1	1.0000	0.769	0.737	0.803
ald_grp 3 vs 1	1.0000	0.572	0.547	0.598
ald_grp 4 vs 1	1.0000	0.443	0.422	0.464
ald_grp 5 vs 1	1.0000	0.466	0.445	0.487
uddgr 2 vs 1	1.0000	0.878	0.801	0.961
uddgr 3 vs 1	1.0000	0.731	0.707	0.756

The LOGISTIC Procedure

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals				
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits	
uddgr 4 vs 1	1.0000	0.742	0.710	0.776
uddgr 5 vs 1	1.0000	1.010	0.937	1.089



Bilag 3: Dokumentanalyse

Bilag 3.1.1: Invitationsbrev til kolorektal cancerscreeningsprogrammet

Sukkert 4/0, Møllegaard 33, 2665 Grøndby, Danmark

I gode hænder hos:
REGION NORDJYLLAND

Invitation til screening for tarmkræft

Region Nordjylland inviterer dig hermed til at blive undersøgt for tarmkræft.
Screening for tarmkræft er et nyt tilbud og gælder alle borgere mellem 50-74 år.

En ud af 20 danskere får tarmkræft på et tidspunkt i livet – lidt flere mænd end kvinder. Desværre opdages sygdommen ofte sent, fordi symptomerne er uklare og kan ligne de almindelige småproblemer, man kan have med sin mave.

Det har vist sig, at hvis man undersøger afføringen for usynlige spor af blod, kan man fange en del tilfælde, før man selv mærker noget til sygdommen. Det betyder en større chance for at helbrede sygdommen og en bedre overlevelse på længere sigt.

Hvordan deltager jeg?

Du deltager ved at anvende det tilsendte udstyr til at tage en afføringsprøve derhjemme. Med denne invitation har du modtaget:

- Udstyr og vejledning til selv at tage en afføringsprøve
- En frankeret svarkuvert
- En pjeces fra Sundhedsstyrelsen hvor du kan læse mere om undersøgelsen og tarmkræft

Det er meget VIGTIGT, at du sætter dit personlige klistermærke med dit navn og stregkode på prøven. Klistermærket finder du på billede nr. 1 i vejledningen. Send gerne prøven så snart som muligt.

Er du i tvivl om, hvordan du skal tage og sende afføringsprøven, kan du se en instruktionsfilm på www.screening.m.dk

Tarmkræftscreeningssekretariatet
Sygehus Vendsyssel

Bispensgade 37
9800 Hjørring
Tlf. 9764 1712

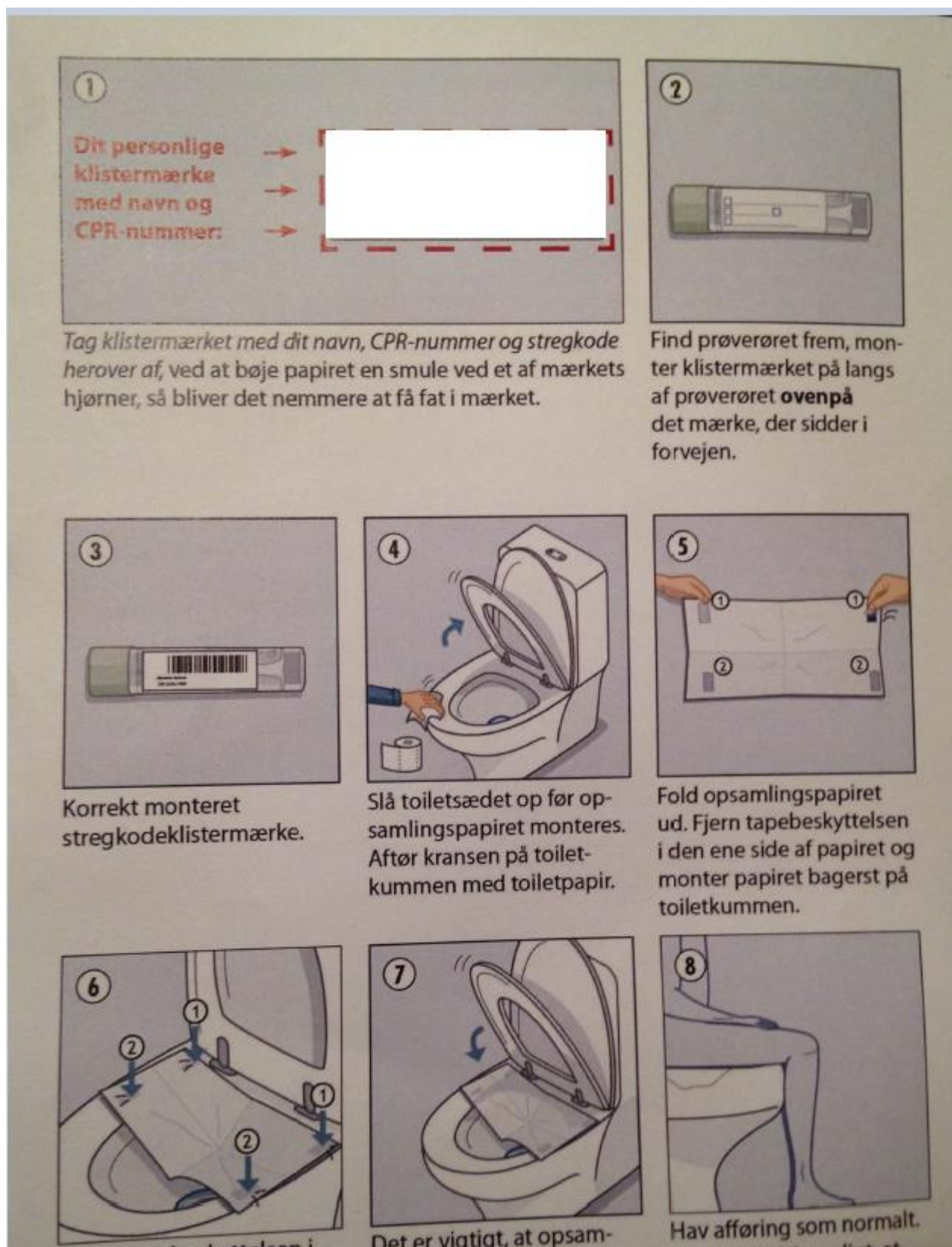
Invitation
Tarmkræftscreening

29. december 2015

Vend →

Bilag 3.1.2: Vejledning til prøvetagning





9

Vrid toppen af prøverøret ved at dreje toppen en kvart omgang. Røret indeholder en væske som skal blive i røret.

10

Tag prøven fra overfladen af afføringen ved at skrabe den yderste centimeter af prøvepinden på overfladen. Prik eller stik ikke ned i afføringen.

11

Gentag det til den næste afføring i alle riller. Det er vigtigt, at der ikke kommer for meget afføring på prøvepinden.

12

Sæt prøvepinden med afføring tilbage i prøverøret og tryk til der lyder et klik.

13

x 2-3

Løsn opsamlingspapiret og skyl det ud. Træk ud 2-3 gange med stort skyl.

14

Opsamlingspapiret er et specialdesignet papir, som går i opløsning ved kontakt med vand.

15

Læg prøverøret i den med-

16

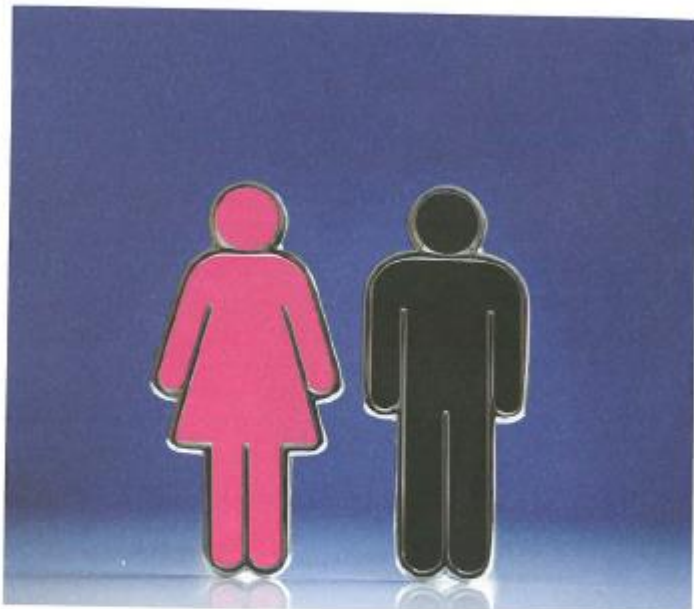
Læg prøven i den med-

17

Aflever kuverten med prøven i en postkasse

Bilag 3.1.3 Den oprindelige pjece

 Sundhedsstyrelsen



Screening
for tyk- og endetarmskræft

- 3 Tilbud om screeningsundersøgelse
- 4 Tyk- og endetarmskræft
- 6 For og imod undersøgelsen
- 8 Afføringsprøven
- 9 Det betyder svaret
- 10 Kikkertundersøgelse
- 11 Svar på kikkertundersøgelsen
- 13 Hvis kikkertundersøgelsen ikke er mulig
- 14 Mere om tarmkræft

© Komiteen for Sundhedsoplysning, 2014. 2. udgave, 1. oplag.
ISBN: 978-87-93213-07-4
Manuskript: Sundhedsstyrelsen/Komiteen for Sundhedsoplysning.
Illustration: Istock. Layout: Peter Dyrvig Grafisk Design.
Tryk: Scanprint

Tilbud om screeningsundersøgelse for tyk- og endetarmskræft

Alle i alderen 50 til og med 74 år får tilbud om denne undersøgelse.¹ Undersøgelsen er relevant for dig – *medmindre* du i forvejen går til kontrol for tarmkræft eller anden tarmsygdom – eller du allerede har haft sygdommen.

Formål: at finde sygdommen tidligt

Formålet med undersøgelsen er at finde tidlige stadier af tarmkræft, hvor der er større muligheder for at helbrede sygdommen.

¹ Frem til 2018 kan der gå 4-5 år imellem tilbud om undersøgelse, indtil dette tilbud er fuldt etableret. Derefter vil der gå ca. 2 år.

Tyk- og endetarmskræft

Tarmkræft er en af de hyppigste kræftformer. Sygdommen rammer fortrinsvis mennesker over 50 år, både mænd og kvinder.

Risikofaktorer

Man ved kun meget lidt om, hvorfor man får tarmkræft: Nogle former for tarmkræft er *arveligt* betingede. *Rygning* øger risikoen for mange typer kræft, herunder tarmkræft. Også *overvægt* øger risikoen for at få tarmkræft. *Motion* nedsætter formentlig risikoen for tarmkræft.

Symptomer

Symptomerne på tarmkræft er ofte temmelig uklare og viser sig måske først, når sygdommen er fremskreden. Derfor kan man gå længe med sygdommen uden at være klar over det.

I de tilfælde, hvor der er symptomer, kan de være følgende:

- Ændret afføringsmønster
- Følelsen af, at tarmen ikke tømmes ordentligt
- Synligt blod eller slim i afføringen
- Mavesmerter
- Træthed som følge af blodmangel.

Disse symptomer kan dog også optræde ved en lang række andre tilstande, der er mere harmløse end tarmkræft.

For og imod undersøgelsen

Der er både fordele og ulemper forbundet med en screeningsundersøgelse for tyk- og endetarmskræft. Du må afgøre, hvad der vejer tungest for dig.

Fordele

Bedre overlevelse: Ved at screene for tarmkræft øger man mulighederne for helbredelse. Personer, der vælger at deltage i screeningsundersøgelsen, mindsker deres risiko for at dø af tarmkræft med ca. 25 %.

Behandling: Når sygdommen opdages tidligt, kan der være større muligheder for at behandle skånsomt og effektivt.

Forebyggelse: Screeningsprogrammet kan finde evt. forstadier til tarmkræft. Disse forstadier kan fjernes, så de ikke senere udvikler sig til kræft.

Ulemper

Selve prøvetagningen: Det kan opleves som ubehageligt at skulle tage en afføringsprøve, emballere den og sende den med posten.

Misvisende prøvesvar: Der er en mulighed for, at man kan være syg uden at have blod i afføringen – eller have blod i

afføringen og alligevel være rask. Det er derfor vigtigt, at du altid går til din praktiserende læge, hvis du får blod i afføringen, ændret afføringsmønster eller andre symptomer fra maven.

Den opfølgende undersøgelse: Hvis prøven viser usynligt blod i afføringen, vil du blive tilbudt en kikkertundersøgelse, se side 10. Denne undersøgelse kan være ubehagelig og er forbundet med en lille risiko for komplikationer, se side 15.

Overbehandling: Polypper er godartede svulster. Nogle polypper – men langt fra alle – bliver til kræft, medmindre de bliver fjernet. Man kan i nogle tilfælde komme til at fjerne polypper, der aldrig ville have udviklet sig til kræft – dvs. overbehandle. Fjernelse af polypper i tarmen er et lille indgreb.

Usikkerhed og uro

Det kan medføre frygt og uro at have meget opmærksomhed på sygdom, undersøgelse og venten på prøvesvar.

Du må afveje, om selve undersøgelsen og venten på svar vil gøre dig urolig i en grad, du ikke vil acceptere, eller om svaret tværtimod vil give dig større ro og sikkerhed.

Afføringsprøven

Sådan gør du

- Følg den vedlagte instruktion, når du anvender prøveudstyret til at tage prøven. Husk at overføre etiketten med navn og cpr-nummer til prøverøret.
- Tag afføringsprøven på et tidspunkt mellem søndag og onsdag. Altså ikke op til en weekend eller en helligdag, hvor prøven kan ligge længe i posten.
- Tag prøven fra overfladen af din afføring, da det er her, evt. spor af blod fra tarmen findes.
- Læg prøven i den vedlagte konvolut og send den med posten. Du behøver ikke at sætte frimærke på.

Undersøgelse og svar

- Din afføringsprøve bliver undersøgt for usynligt blod på et laboratorium.
- Du får svar i løbet af ca. 10 dage. Svaret bliver sendt til dig direkte med posten eller som besked i din e-boks.
- Din egen læge modtager også svaret automatisk, medmindre du har fravalgt det.

Det betyder svaret

Du vil få ét af disse tre svar:

► Der er ikke fundet blod i afføringen

Du har ikke tegn på tarmkræft. Du vil få nyt tilbud om undersøgelse af en afføringsprøve i næste screeningsrunde, som påbegyndes i 2018.

► Der er fundet blod i afføringen

Blod i afføringen kan være tegn på kræft i tarmen. Men blodet kan også stamme fra fx polypper. Polypper er ikke kræft, men nogle polypper kan udvikle sig til kræft senere hen. Hvis man finder blod i afføringen, vil du få tilbud om en kikkertundersøgelse, se de næste sider.

► Prøven kunne ikke analyseres

Af tekniske årsager kunne man ikke undersøge din afføringsprøve. Du får derfor tilsendt et nyt prøveudstyr, som du kan anvende til en ny prøve.

Gå altid til læge, hvis du inden næste undersøgelse får symptomer på tarmkræft, fx synligt blod i afføringen eller ændret afføringsmønster.

Kikkertundersøgelse

Det er kun, hvis der bliver fundet blod i din afføringsprøve, at du får tilbud om en kikkertundersøgelse af din tyk- og endetarm. Du får tilbuddet indenfor 14 dage, samtidig med dit svar på prøven.

Sådan foregår kikkertundersøgelsen

- Først skal din tarm udtømmes. Det foregår hjemme hos dig selv over ca. et døgn. Udtømningen indebærer, at du i dagene op til undersøgelsen skal spise og drikke efter en særlig plan. Desuden vil du få et kraftigt virkende afføringsmiddel, der tømmer tarmen. Du får nærmere vejledning sammen med indkaldelsen til undersøgelsen.
- Selve kikkertundersøgelsen foregår på et hospital.
- Mens du ligger på siden på en briks, bliver der ført en tynd, bøjelig kikkert op i din endetarm. På kikkerten er der monteret et lille kamera.
- Kikkerten føres op, så hele tarmen kan undersøges. Det kan være ubehageligt. Hvis du ønsker det, kan du få smertestillende og afslappende medicin.

En kikkertundersøgelse er forbundet med en vis risiko for blødning eller skade på tarmen. Se mere om risiko ved kikkertundersøgelse side 15.

Svar på kikkertundersøgelsen

Der kan være tre forskellige resultater af en kikkertundersøgelse: normal tarm, polypper eller tarmkræft.

► Tarmen er normal

Undersøgelsen kan vise, at der *ikke* er polypper eller kræft i tarmen, selvom du havde blod i afføringen. Blodet kan så stamme fra mere harmløse tilstande, fx hæmorider eller smårifter.

Hvis kikkertundersøgelsen viser, at tarmen er normal, betyder det, at du kun har en minimal risiko for at udvikle tarmkræft indenfor de næste år. Du vil blive inviteret igen efter 8 år – hvis du til den tid stadig er under 75 år.

► Polypper

En anden mulighed er, at undersøgelsen viser, at der *er* polypper i tarmen. Polypper er godartede svulster, der vokser ud fra slimhinden i tyk- og endetarmen. Polypper kan være forstadier til kræft.

Når polypperne er fjernet, kan du (stadig) betragte dig selv som rask.

Hvis du kun har få og små polypper, bliver de fjernet, og du vil atter få tilbud om at deltage i screeningsprogrammet.

Hvis du har flere eller større polypper, bliver disse også fjernet, og du får tilbudt ny kikkertundersøgelse med 1-3 års mellemrum. Her vil man kontrollere, om du får nye polypper – og i givet fald fjerne dem, inden de kan nå at udvikle sig til kræft.

Alle fjernede polypper bliver sendt til mikroskopisk undersøgelse, og du vil få svar indenfor ca. 10 dage.

► **Tarmkræft**

Hvis man finder kræft, bliver du tilbudt et tilrettelagt undersøgelses- og behandlingsprogram i et såkaldt pakkeforløb.

Hvis kikkertundersøgelsen ikke er mulig

Det kan være, at kikkertundersøgelsen ikke kan gennemføres pga. smerter, eller hvis tarmen har et skarpt 'knæk', der gør det umuligt at føre kikkerten videre.

I så fald kan man lave en røntgenundersøgelse af tyk- og endetarmen med en CT-scanning. Ved denne undersøgelse er det ikke muligt at fjerne evt. polypper med det samme. De skal evt. fjernes ved en efterfølgende operation.

Mere om tarmkræft

Tarmkræft i tal

- Der er ca. 4.200 nye tilfælde af tarmkræft hvert år, heraf ca. 2.500 i aldersgruppen 50-74 år.
- Personer under 50 år har lav risiko for at få tarmkræft.
- Fra 50-års-alderen stiger risikoen, og risikoen bliver større med alderen.
- Mænd har større risiko for at få sygdommen og dø af den end kvinder.
- Hvert år dør ca. 2.000 personer af tarmkræft. Risikoen for at dø af sygdommen stiger med alderen.
- Personer, der vælger at deltage i screeningsundersøgelsen, mindsker deres risiko for at dø af tarmkræft med ca. 25 %.

Screeningsundersøgelsen

For hver 100 personer, hvis afføring bliver undersøgt for usynligt blod, vil mellem 5 og 10 have blod i afføringen.

Kikkertundersøgelsen

For hver 100 personer, der får foretaget en kikkertundersøgelse i forbindelse med screeningsprogrammet, fordi der er fundet usynligt blod i deres afføring, vil ca.:

- 25 have en normal tarm – de har hverken polypper eller tegn på kræft
- 23 have polypper, der er små eller ganske få, og som fjernes ved kikkertundersøgelsen
- 43 have flere eller større polypper i tarmen. Polypperne fjernes ved kikkertundersøgelsen, og man inviteres til en ny kikkertundersøgelse om 1-3 år
- 9 have tegn på kræft.

Ikke al kræft udvikler sig hurtigt. Nogle kræftsvulster vil ikke udvikle sig til egentlig sygdom i løbet af din levetid.

(Kilde: Anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft, Sundhedsstyrelsen, 2010)

Risici ved kikkertundersøgelsen

For hver 10.000 personer, der får foretaget en kikkertundersøgelse, kan der hos:

- 7-20 personer komme et hul på tarmen, som skal behandles
- 7-40 personer optræde betydende blødning
- mindre end 1 person ske dødsfald.

Mere information: www.sst.dk

Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Screening for tyk- og endetarmskræft

En afføringsprøve undersøges for usynligt blod

Du får hermed tilbud om undersøgelse af en afføringsprøve, som du selv tager ved hjælp af det medsendte prøveudstyr. Du skal indsende prøven i den vedlagte konvolut.

Prøven bliver undersøgt for usynligt blod på et laboratorium.

Der kan være mange harmløse årsager til blod i afføringen, men det kan også være tegn på tarmkræft eller forstadier hertil. Hvis der bliver påvist blod i din afføringsprøve, vil du få tilbud om endnu en undersøgelse (en såkaldt kikkertundersøgelse). I pjecen her kan du bl.a. læse mere om undersøgelsens fordele og ulemper.



Komiteen for Sundhedsoplysning

Bilag 3.1.4 Den nye pjece



Tilbud om undersøgelse

Hvert år rammes ca. 5.000 danskere af kræft i tyk- og endetarm, heraf er de fleste over 50 år. Du er mellem 50 og 74 år og kan derfor bliver undersøgt for tegn på kræft i tyk- og endetarm.

I denne pjece kan du læse mere om tyk- og endetarmskræft, og få et bedre grundlag for at træffe din beslutning om at tage imod tilbuddet eller ej. Du kan nedsætte din risiko for at dø af tyk- og endetarmskræft ved at deltage i undersøgelsesprogrammet, men der kan være skadevirkninger ved at blive undersøgt.

Sundhedsstyrelsen anbefaler undersøgelsesprogrammet ud fra en samlet vurdering af gavnlige og skadelige virkninger, men det er vigtigt, at du træffer dit eget valg.

Hvis du ikke ønsker at modtage tilbud om undersøgelse for tyk- og endetarmskræft kan du framelde dig på:

www.sundhed.dk/info

Fortryder du, kan du til enhver tid tilmelde dig igen. Hvis du framelder dig, påvirker det ikke dine muligheder for senere undersøgelse og behandling.

Hvis du allerede er i et behandlings- eller kontrolforløb for sygdom i tyk- og endetarm, skal du tale med din læge, om der er behov for, at du indgår i undersøgelsesprogrammet.

2

Hvad er min risiko?

50 -årige	18 ud af 10.000 50-årige vil dø af tyk- og endetarmskræft, før de fylder 60 år. 4 af de 18 undgår at dø af tyk- og endetarmskræft, hvis de deltager i undersøgelsesprogrammet i 10 år.
60 -årige	55 ud af 10.000 60-årige vil dø af tyk- og endetarmskræft, før de fylder 70 år. 12 af de 55 undgår at dø af tyk- og endetarmskræft, hvis de deltager i undersøgelsesprogrammet i 10 år.
70 -årige	50 ud af 10.000 70-årige vil dø af tyk- og endetarmskræft, før de fylder 75 år. 11 af de 50 undgår at dø af tyk- og endetarmskræft, hvis de deltager i undersøgelsesprogrammet i 10 år.

DIN RISIKO FOR AT FÅ TYK- OG ENDETARMSKRÆFT ER STØRRE:

- jo ældre du er
- hvis du har tyk- og endetarmskræft i familien
- hvis du spiser fiberfattig kost med meget rødt kød
- hvis du er overvægtig
- hvis du ryger eller har et stort alkoholforbrug

3

MULIG GAVN VED AT BLIVE UNDERSØGT

Lavere dødelighed af tyk- og endetarmskræft: Opdages kræft i tidlige stadier, er der bedre behandlingsmuligheder. Ved at deltage i undersøgelsesprogrammet kan du nedsætte din risiko for at dø af tyk- og endetarmskræft.

Skånsom behandling: Hvis kræften opdages tidligt, er der bedre mulighed for, at du kan behandles med skånsomme kirurgiske teknikker og du har mindre risiko for at skulle have medicinsk behandling for kræftsygdommen.

MULIGE SKADEVIRKNINGER VED AT BLIVE UNDERSØGT

Bekymring og falsk alarm: Selvom afføringsprøven viser tegn på blod, er det ikke sikkert, at du har kræft eller anden sygdom i tyk- og endetarm. Årsagen kan f.eks. være blødning fra en rift eller hæmoride. Derudover kan tiden, mens man venter på svar, give frygt og uro.

Falsk tryghed: Selvom afføringsprøven ikke viser tegn på blod, kan du alligevel godt have eller få kræft i tyk- og endetarm.

Ubehag: Ikke alle bryder sig om at skulle tage en prøve fra deres egen afføring. De fleste har gener ved udrensning og kikkertundersøgelse, men det er forskelligt, hvor stort ubehaget er.

Overbehandling: Undersøgelserne kan påvise kræft, der i nogle tilfælde ellers ikke ville have vist sig i din livstid. Undersøgelserne kan også påvise polyper, der ikke vil udvikle sig til kræft. Ved deltagelse i undersøgelserne risikerer du dermed at få unødvendig behandling, som i sjældne tilfælde kan give skadevirkninger.

4

Sådan foregår undersøgelsen



UNDERSØGELSE AF DIN AFFØRING

Undersøgelsen for tegn på tyk- og endetarmskræft består i, at du indsender en afføringsprøve som undersøges for tegn på usynligt blod. Hvis der ikke findes tegn på blod i din afføringsprøve, vil du modtage et tilbud om at få taget en prøve igen om 2 år*.



KIKKERTUNDERSØGELSE

Viser din prøve, at der er tegn på blod i afføringen, bliver du tilbudt en kikkertundersøgelse af tyk- og endetarm**. Kikkertundersøgelsen kan vise, om du har kræft eller polyper (udvækster på tarmen), der kan udvikle sig til kræft. For kikkertundersøgelsen skal man udrense tarmen med afføringsmiddel. Hvis du siger nej til kikkertundersøgelsen, vil du stadig få tilbudt undersøgelse af en afføringsprøve efter ca. 2 år.

*Indtil 2018 kan der dog gå op til 4 år for du får et nyt tilbud. **Den region, du bor i, skal sikre at du får tilbudt en undersøgelse, der ligger senest 14 dage efter undersøgelse af afføringsprøven.

5

Fakta om undersøgelsesprogrammet

Hvis 10.000 personer deltager i én runde af undersøgelsesprogrammet vil:

9323 få besked om, at der **ikke er tegn på blod i afføringsprøven**, 16 af disse vil alligevel senere få påvist tyk- og endetarmskræft

677 få besked om, at der **er tegn på blod i afføringsprøven** og derfor blive tilbudt en kikkertundersøgelse

37 få påvist kræft i tyk- og endetarmen ved kikkertundersøgelsen

179 få påvist polypper med moderat eller høj risiko for at udvikle sig til kræft

380 få at vide at de **ikke har kræft eller risikopolypper**, selvom der var tegn på blod i afføringsprøven

1 få en **alvorlig komplikation**, som f.eks. hul på tarmen, blødning eller blodansamling i tarmvæggen. Der er ekstremt lille risiko for, at man kan dø af komplikationer til kikkertundersøgelsen

6

Hvad viser kikkertundersøgelsen?

Hvis din prøve viser, at der er tegn på blod i afføringsprøven, bliver du tilbudt en kikkertundersøgelse af hele tyk- og endetarmen.

DER ER TRE MULIGE SVAR PÅ KIKKERTUNDERSØGELSEN:

- 1 Du har hverken kræft eller polypper:** Enten blev din tyk- og endetarm fundet helt normal, eller også fandt man en anden, ufarlig årsag til blødning, f.eks. en hæmorrhoid. Din risiko for at udvikle tyk- og endetarmskræft vil være meget lille. Derfor vil der gå 8 år, før du igen tilbydes undersøgelse af en afføringsprøve, hvis du til den tid er under 75 år.
- 2 Du har polypper:** Hvis der findes polypper i din tyk- og endetarm, vil man tilbyde at fjerne dem ved kikkertundersøgelsen. Polypperne vil blive undersøgt for celleforandringer, og du vil blive tilbudt kontrol afhængig af undersøgelsesresultatet.
- 3 Du har kræft:** Hvis der findes kræft i tyk- og endetarm, vil du blive tilbudt at komme i et hurtigt og tilrettelagt udrednings- og behandlingsforløb ("kræftpakke").

7

SYMPTOMER PÅ TYK- OG ENDETARMSKRÆFT:

- Ændret afføringsmønster
- Tarmen tømmer sig ikke ordentligt
- Uforklaret træthed
- Mavesmerter
- Blod eller slim i afføringen
- Vægttab uden grund

HVOR KAN JEG FÅ HJÆLP?



DIN REGION

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen så kontakt den region, du bor i. Hvem du skal kontakte, kan du se i det brev, du har modtaget.



DIN LÆGE

Hvis du har symptomer på tyk- og endetarmskræft, bør du altid kontakte din praktiserende læge for at få det undersøgt nærmere. Dette gælder også, hvis du deltager i undersøgelsesprogrammet.



SST.DK

Hvis du vil vide mere om kræft i tyk- og endetarm og om gavnlige og skadelige virkninger ved at deltage i undersøgelsesprogrammet, kan du læse mere på sst.dk/tarmkraeft

Ca. **5.000** danskere rammes hvert år af tyk- og endetarmskræft. De fleste er over 50 år.

Knap **2.000** dør hvert år af tyk- og endetarmskræft.

Bilag 3.2: Dokumentanalyseværktøj

Tabel 3.2.1: Punkt 1 i analysespiralen. Resultat af gennemlæsning af dokumenter jf. analysespiralen.

	Invitationsbrev	Vejledning	Pjece: Screening for tyk - og endetarmskræft	Ny pjece: Tilbud om undersøgelse for tyk - og endetarmskræft
Afsender/forfatter	-Strålfors. -Region Nordjylland. -Tarmkræftscreeningssekretariatet, Sygehus Vendsyssel	Forfatter: Medicinalfirma Afsender: Region Nordjylland	- Sundhedsstyrelsen - Komiteen for sundhedsoplysning	Sundhedsstyrelsen
Tidspunkt	Dato for afsendelse fremgår tydeligt af brevet	Ukendt	- 2015	- 29. august 2016 (står dog ikke i dokumentet)
Emne og indhold	Invitation til screening for tarmkræft -hvordan man deltager, svar på undersøgelse, invitationens relevans, -info om mulighed for framelding -tal med lægen hvis vedkommende har andre sygdomme.	Instruktionsmateriale: Vejledning til hvordan afføringsprøven opsamles. Billeder/illustrationer med tilhørende tekst.	-Screening for tyk- og endetarmskræft Risikofaktorer og symptomer for tarmkræft, for- og imod undersøgelsen, fordele og ulemper samt usikkerhed og uro. Info om afføringsprøven. Svarets betydning, kikkertundersøgelse, mere om tarmkræft, herunder tarmkræft i tal, screeningsundersøgelsen, kikkertundersøgelsen og risici ved kikkertundersøgelsen, samt mere information ved henvisning til sst.dk	- Tilbud om undersøgelse for tyk og endetarmskræft - Fakta om risici - Beskrivelse af forløb
Budskab	Tag stilling til om du ønsker deltagelse eller ej	Opsamle og afsende afføringsprøven korrekt.	- borgeren skal tage stilling	Sundhedsstyrelsen anbefaler deltagelse, men folk skal selv tage stilling
Stil	ét A4 ark med tekst på begge sider. Standard, ikke personlig invitation. formel og officiel brevform. Kort og overskueligt, mange underafsnit med hver sin overskrift.	-A5 format -officiel -Systematisk og detaljeret. Formel -visuelt fremstillet -16 billeder til hvert udførelses trin.	-Pjeceform -A6 format -16 sider - Kompakt - Blå, sort, pink og brune -få illustrationer uden tydelig relevans til budskabet -En mand og en kvinde på forsiden, ens med illustrationerne på offentlige. f.eks toilet skilte eller informationsskilte. -kvinden er pink og manden er sort.	-A6 format -8 sider -lyseblå baggrundsfarve på højre side. -ikoner i samspil med teksten. -Mange illustrationer med tydelig relevans til budskabet: tarm, polypper, forstørrelsesglas.

				-Rød tekst og røde markeringer på udvalgte steder for blikfang. -Fed tekst ved overskrifter, og for blikfang i første sætning af mange afsnit. -Mange overskrifter i forskellige farver og størrelser.
Sproglige karakteristika	Objektivt beskrivende, undladelse af styrkemarkører i teksten, Myndighedssprogkode med lægmandstermer.	Formelle termer.- Myndighedssprogkode med lægmandstermer. Relativt meget tekst. Store bogstaver og fed skrift anvendes som blikfang udvalgte steder i teksten.	- Lægmandssprog. - Bruger tiltaleform	-neutralt, officielt sprog som henvender sig til læseren i tiltaleform. -ikke nogen kliniske fagtermer. -indholdet er informerende. -Myndighedssprogkode med lægmandstermer

Tabel 3.2.2 Analyseværktøj til det næranalytiske niveau..

	Invitation til screening for tarmkræft	Vejledning	Sundhedsstyrelsen: screening for tyk – og endetarmskræft	ny pjece 29/8-16
Kohærens	God sammenhæng mellem dele og helhed i dokumentet. Det fremgår tydeligt at hensigten er at invitere personer til screening, og hvorfor man skal deltage.	På forsiden gives et kort overblik over hvad vejledningen indeholder samt at det er en vejledning i at tage afføringsprøven. God sammenhæng mellem dele og helhed i vejledning. Idet hensigten er at få deltageren til at tage afføringsprøven korrekt, er vejledningen udførlig og kronologisk i opbygningen.	Sammenhængen mellem konteksten og dokumentet står ikke helt skarpt. På forsiden angives screeningsprogrammet som tema. Dokumentet i sig selv hænger godt sammen med dette tema, men sammenhængen med invitationen virker lidt skæv. Der bruges meget plads på at informere om koloskopi fremfor fæcesprøve. Som underdokument til en invitation til fæcesprøve er der en vis uoverensstemmelse. Det kan skyldes forskellige afsendere.	God sammenhæng i teksten, og sammenhængen er særligt god fordi der er stor sammenhæng imellem tekst og figurer. f.eks er en tarm skitseret, med et forstørrelsesglas på forsiden, hvilket viser at tarmen skal undersøges. i løbet af teksten er der illustrationer med store farvede tal eller relevante ikoner i, hvilket hjælper læseren igennem teksten ved at fange blikket.
Emne	Tarmkræftscreening	Vejledning i at tage afføringsprøve.	Screening for tyk- og endetarmskræft.	Tilbud om undersøgelse for kræft i tyk- og endetarm
Formål og budskab	indkaldelse mere end en invitation pointen: du “vinder” noget ved at deltage. <i>“det har vist sig, at hvis man undersøger afføringen for usynlige spor for blod, kan man fange en del tilfælde, før man selv mærker noget til sygdommen. Det betyder en større chance for at helbrede sygdommen og en bedre overlevelse på længere sigt.”</i>	At deltageren tager prøven korrekt, og så vidt muligt afsendes samme dag som den opsamles. Ved at anvende 16 billeder med meget udførlig tekst til hvert enkelt billede, understreges vigtigheden af at prøven opsamles korrekt. Samtidig at alle kan udføre den, også personer med læsevanskeligheder, idet fremgangsmåden tydeligt fremgår af billederne. Medsendes frankeret konvolut gør det nemt for deltageren at sende prøven afsted.	Formålet med pjecen lader til at være information. Dokumentet skal informere borgeren så denne bliver mere beslutningsdygtig. Dette kommer til udtryk ved at der ikke bruges ladede formuleringer for eller imod screening og det skrives endda direkte “Der er både fordele og ulemper forbundet med en screeningsundersøgelse for tyk- og endetarmskræft. Du må afgøre hvad der vejer tungest for dig.” (Pjece, s.6).	Der er tydeligt lagt vægt på at det er vigtigt at borgeren selv tager beslutning om deltagelse, og at der kan være fordele og ulemper ved deltagelse. Budskabet er trukket frem til indledende side, linje 5; <i>“I denne pjece kan du læse mere om tyk- og endetarmskræft, og få et bedre grundlag for at træffe din beslutning om at tage imod tilbuddet eller ej. Du kan nedsætte din risiko for at dø af tyk-og endetarmskræft ved at deltage i undersøgelsesprogrammet, men der kan være skadevirkninger ved at blive undersøgt... .. Sundhedsstyrelsen anbefaler undersøgelsesprogrammet ud fra en samlet vurdering af gavnlige og skadelige virkninger, men det er vigtigt, at du træffer dit eget valg”.</i> Herved stiller sundhedsstyrelsen sig i position og tilkendegiver at de mener at deltagelse er fordelagtigt, men anerkender at det ikke nødvendigvis er det rette valg for alle.
Selektion	-Der tages udgangspunkt i at 1/20 får tarmkræft og at symptomerne er uklare - kan	ALLE trin i prøvetagningen er inddraget: Fra at tage klistermærket med CPR-nummer af papiret og	Forfatterne af dokumentet har valgt at inkludere information om både fæcesprøve, koloskopi, resultater, forløb efter både	Pjece er kun på 8 sider og har ikke meget tekst. Der er fokus på hvor mange tarmkræft tilfælde der vil komme og hvor mange der vil blive

	ligne almindelige maveproblemer. Giver et billede alle er i risiko ifølge teksten. - Der er fravalgt at beskrive at tarmkræft i de fleste tilfælde er en langsomt udviklende sygdom, og derfor ikke vil være akut - der mangler beskrivelse af utilsigtede konsekvenser ved deltagelse, f.eks. falsk positive prøvesvar og mulige risici ved koloskopi. Resultatet er en hovedvægt på fordelene ved deltagelse. Fremstiller fakta om incidens mm. inddrager ikke dødelighed og påvirkning af livskvalitet.	sætte det korrekt på prøverøret, til håndtering af prøverør og afføring, til at aflevere kuverten i postkassen. Simplificeret så meget, at det faktisk kan blive uoverskueligt at komme igennem 16 punkter.	positivt og negativt prøveresultat, statistik og fordele og ulemper, herunder psykiske såvel som fysiske. Man har fravalgt at beskrive kræftbehandlingen i tilfælde af en endelig positiv biopsi for tarmkræft. Flere steder i dokumentet kan det ses at forfatterne forsøger at begrænse den eventuelle angst der måtte opstå ved modtageren. “Disse symptomer kan dog også optræde ved en lang række tilstande, der er mere harmløse end tarmkræft” s. 5 “Blodet kan så stamme fra mere harmløse tilstande, fx hæmorider eller smårifter” s. 11 “Polypper er godartede svulster, “ s. 11 “Når polypperne er fjernet, kan du (stadig) betragte dig selv som rask” s. 11	opdaget ved screening. Der er tydeligt vist hvilke fordele og ulemper der kan være ved deltagelse, herunder komplikationer. Symptomer for tarmkræft fremgå også. Kræftbehandlingen er ikke beskrevet. Teksten er oplysende og objektiv og der ses ikke nogen indlysende mangler eller skjult budskab.
Argumen- tation	Udgangspunkt i fakta. Anvender descriptionsargument (slutning fra det beskrivende til det normative): 1 ud af 20 danskere får tarmkræft. Dette bevirker at folk ønsker du at deltage i screeningen.	Alle har forudsætning for at deltage. Anvendelse af både billeder og tekst.	Umiddelbart virker materialet neutralt og beskriver både fordele og ulemper, men der startes med to sider der forklarer læseren at årsager, symptomer og sygdommen er uklar og forbundet med en vis del usikkerhed. Det kan klart opfattes af modtageren som at kun ved screening kan man vide sig sikker. Herefter er der dog en grad af neutralitet og opremsen af fordele og ulemper. Det gælder både fysiske og psykiske. Fysisk optager ulemperne mere plads end fordelene i dokumentet. Autoritetsargumentet	Neutral, objektiv og saglig argumentation. Der angives i tal hvor mange der vil få tarmkræft i 3 forskellige aldersgrupper, og hvor mange af disse som vil kunne opdages ved screening. Der fremsættes ligeledes tal over hvordan fordelingen af svar vil være imellem dem som deltager, samt hvor mange der vil få komplikationer. Det fremgår som tidligere nævnt, at sundhedsstyrelsen anbefaler deltagelse, men at det er vigtigt at man selv tager stilling. Der er ikke nogen opfordring til deltagelse i teksten, kun fakta. Der fremvises tydeligt hvad skadevirkningerne kan være, herunder f.eks. falsk tryghed.

				Der kunne være anvendt ene anden tilgang i fremstillingen i stedet for så stor hovedvægt på tal og opgørelser. En fortælling fra en borger eller patient er fravalgt, og kunne give et andet perspektiv.
Disposi-Tion	Rækkefølgen af afsnit: info om kræftforekomst, hvordan man deltager, svar på prøven og til slut om hvem det ikke er relevant for. dispositionen er derfor den omvendte nyhedstrekant. Det afsender opfatter som vigtigste kommer først, ordnet i et dispositions-hierarki.	Procesorienteret princip; en manual der følges ligesom en bageopskrift punkt 1-16.	Indholdsfortegnelse først og herefter lidt information om kræfttypen og undersøgelsernes fordele og ulemper. Herefter følger en beskrivelse af screeningsprogrammets dele i logisk rækkefølge, som er efterfulgt af statistiske information omkring risici ved sygdom og undersøgelse. Der afsluttes med et kort resume på bagsiden. Dispositionen er derfor en blanding af det kronologiske princip og autoritetsargumentet, hvor rækkefølgen er logisk, og sundhedsstyrelsen er en afsender som modtageren respekterer.	Der fremsættes først hvor stort et problem tarmkræft er, dernæst hvad pjecens formål er og derefter hvor mange der får kræft, samt hvor mange der vil opdages ved screening, efterfulgt af gavn og mulige skadevirkninger. Derefter hvordan undersøgelsen foregår og hvordan svarene vil fordele sig mulige komplikationer. Dette efterfulgt af hvad kikkertundersøgelsen kan vise og slutteligt symptomer på tarmkræft og hvordan man tager kontakt. Afsluttes med et statement om at 5.000 rammes af tarmkræft hvert år og at 2000 dør af det. Dette sidste statement vil kunne skræmme folk til at vælge deltagelse. Havde de valgt at skrive hvor mange der hvert år dør af koloskopi til sidst, vil effekten være omvendt. Dispositionen er en blanding af AIDA princippet; "hey you se you", da der anvendes mange blikfang og virkemidler, og Autoritetsargumentet, hvor sundhedsstyrelsen er en afsender som modtageren respekterer.
Sproglig form	Officielt sprog, neutralt, beskrivende, uden værdiladninger. Bevirker at afsender virker troværdig.	Bydeform: "find prøverøret frem .. slå toiletsædet op .. Sæt prøvepinden på .. osv". Instrukserne er meget udførlige, hvilket måske kan være betryggende for en nervøs modtager i situationen, og samtidig opfattes nedladende for andre. Hvis teksten føles for udførlig kan der være risiko for at modtageren skimmer den og overser vigtige detaljer der ligger sløret i information, som for modtageren, virkede indlysende.	Bydeform. Der anvendes du og på den måde tiltales den enkelte modtager. Der anvendes lægmandstermer og ikke kliniske og statistiske udtryk. Der anvendes hele sætninger til at forklare.	Faktuel fremstilling i bydeform, tiltaler læseren som "du". Lægmandstermer anvendes frem for kliniske betegnelser. Sproget bærer præg af objektivitet ved brug af tal og opgørelser. Afsnittene er meget korte, kun en eller to sætninger i hvert afsnit, som bliver til en nærmest punktopstilling. Skaber overblik, men kan skabe spørgsmål hos nogen da der ikke uddybes ret meget.

		<i>“tag klistermærket med dit navn, CPR-nummer og stegkode herover af, ved at høje papiret en smule ved et af mørkets hjørner, så bliver det nemmere at få fat i mærket”</i> <i>“træk ud 2-3 gange med stort skyl.”</i>		
Layout og typografi	Officiel brevform med lille skrifttype uden farver. Bevirker at brevet er alvorligt og skal tages seriøst	Forside med overblik over hvad prøvetagningenssættet består af. To siders vejledning á 16 billeder med tilhørende tekst opstillet i kronologisk rækkefølge.	Udelukkende dansksproget. Lommestørrelse, med 16 sider. Illustrationen på pjecens forside er det første man møder og skildrer silhuetten af en kvinde i pink og af en mand i sort. Den umiddelbare forskel på de to kan virke som en falsk tryghed for kvinder når den følges op senere i dokumentet med “Mænd har større risiko for at få sygdommen og dø af den end kvinder”. Udover kvinden på forsiden anvendes der ikke stærke farver, store bogstaver eller deres lige for at fremhæve bestemte dele af teksten.	Der er anvendt et layout med mange illustrationer, og en baggrundsfarve på siderne, som skaber sammenhæng, da alle sider til højre er lyseblå og alle sider til venstre er hvide. Desuden anvendes flere steder, faktabokse med lyseblå baggrund på de hvide sider. Dette skaber dynamik og kan hjælpe læseren videre. Der er anvendt fed skrift ved første linje i indledning af næsten alle afsnit, og der forekommer ofte røde markeringer af centrale tal og vigtige sætninger. Større skrift anvendes til overskifter og fremhævede tal. Placering af Ikoner, tal, farver, figurer, faktabokse, stor, rød og fed skrift, skaber samlet set, dynamik igennem pjecen. De røde tal associerer til vigtighed og virker skræmmende, da emnet er kræft.

Tabel 3.2.3 Analyseværktøj til det kommunikationsanalytiske niveau

	Invitation til screening for tarmkræft	vejledning	Sundhedsstyrelsen: Screening for tyk – og endetarmskræft	ny pjece 29/8-16
Roller/rollefordeling/rolle-relation	Strålfors A/S udsender for Regionen et invitationsbrev. Strålfors' rolle er udelukkende administrativ. Regionens rolle kan opfattes som værende paternalistisk. Afsender har viden om "godt helbred"/"tager sig af" og borgeren/modtageren.	Myndighed ><borger. Paternalistisk.	Sundhedsstyrelsens rolle er her et supplement til det udsendte fra regionen. SST er noget større. Noget nationalt. En stor instans som man kan forvente, har meget og god viden om emnet når de udtaler sig. Selvom sundhedsstyrelsen er forfatter til dokumentet er det regionen der bliver den reelle afsender. SST er en offentlig instans og det forventes at deres gøre og laden er for det bedste for befolkningen og ikke dem selv. Regionen bruger muligvis pjecen både som information til modtager, men også som et slags stempel på at dette er godkendt af eksperter (SST).	Sundhedsstyrelsen rolle: Envejskommunikation, hvor Sundhedsstyrelsen repræsenterer staten, så der vil være en ujævn magtfordeling mellem afsender og modtager, hvor afsender repræsenterer stat og magt og modtager er underdanig for denne øvre myndighed. Afsenderen er ikke én person som kan ringes op eller sendes et brev til, men en instans, som bevirker at afsenderen er diffus, ukonkret og upersonlig.

Modtager/ adressat	Borgere i aldersgruppen 50- 74 år. Afhængigt af hvem der læser dokumentet kan der være forskellig grad af tillid, til at afsenderen vil modtageren det bedste.	Pjecen er udarbejdet til adressat der har brug for meget udførlig og kronologisk instruktion i at tage og afsende prøven. Dette kan få betydning for meddelelsessituationen, idet nogle deltagere vil finde pjecen uoverskuelig eller unødvendig. Henvendt til den primære målgruppe (deltagerne)	I dette tilfælde er borgerne der modtager invitationen til screening modtageren, men dokumentet kan godt være skabt med den samlede befolkning som tænkt adressat, hvis det blot ønskedes at formidle information. Det er ønsketænkning at tro at alle de inviterede læser pjecen og tager imod indholdet. Hvis pjecen er skabt med de inviterede som den tænkte adressat og kun bestemte grupper læser den, er der altså en ulighed mellem modtager og adressat.	Borgere i aldersgruppen 50- 74 år. Tilliden kan variere efter hvilke samfundsgruppe man undersøger.
Perspektiv	-	Bydeform i vejledningen -> én korrekt måde at opsamle prøven på. Anvender vendingen: "det er vigtigt"	Selvom en vis objektivitet holdes gennem dokumentet og der står at borgeren selv skal tage beslutning er perspektivet at få borgere til at deltage. Der står f.eks. "Undersøgelsen er relevant for dig". Blot det at sundhedsstyrelsen har besluttet at denne screening skal indføres må jo også betyde at de vil have befolkningen til at deltage.	Afsenderens perspektiv er at få borgere til at deltage. Interessen er ikke kun at informere om tarmkræftscreeningen, da der igennem selektionen er valgt at fremvise tal for hvor mange der kan reddes. Desuden er typografi og layout understøttende i dette, idét der er anvendt fed større og rød skrift ved nøgletallene, samt ikoner der fremhæver centrale budskaber i teksten. Den afsluttene sætning er ligededes af tor betydning, idét der fremsættes at 5000 hvert år rammes af tyk- og endetarmskræft, og 2000 hvert år dør af tyk- og endetarmskræft. Heri er tallene forstørrede, i fed og rød skrift.

Relation	Regionen er myndigheden over borgeren, hvorved denne	Dem der har udviklet/medsendt vejledningen har viden om hvordan prøven skal opsamles korrekt. Modtageren skal lære/instrueres/undervises.	Kommunikation er envejs fra SST. SST opgiver ikke kontaktoplysninger men henviser til mere information online. Der er altså ikke tale om dialog. SST er en offentlig instans der træffer beslutninger om sundhedssystemet der får betydning for mange borgere. Der er altså en skæv magtfordeling i relationen. Borgeren kan udelukkende træffe beslutning om egen deltagelse, hvor SST kan træffe beslutning om interventionen overhovedet skal tilbydes. Det forventes at SST gør hvad de kan for at forbedre sundheden i den danske befolkning. Det er dog ikke sikkert at hele befolkningen har den opfattelse eller som har tillid til det offentlige. Har man eksempelvis haft negative oplevelser tidligere i forbindelse med det offentlige kan det påvirke tilliden til SST, også selvom det var en anden instans tidligere. Det er muligt at tilliden til det offentlige er lavere i nogle sociale grupper end andre og på den måde vil dokumentet ikke kunne øge deltagelsen ligeligt, baseret på sociodemografiske determinanter.	Relationen mellem borgeren og sundhedsstyrelsen kan variere meget efter hvilken befolkningsgruppe der undersøges, da relationen vil afhænge af tillid, og denne kan variere efter befolkningsgrupper. Relationen kan aldrig blive personlig, da sundhedsstyrelsen er en instans og ikke en person.
-----------------	--	---	---	---

Bilag 3.3: Dokumentanalyse resultater

I dette bilag fremlægges dokumentanalysens resultater udledt ved anvendelse af spiralmetodens syv trin. I dokumentanalysen inddrages; Invitation, vejledning, den oprindelige pjece: “*Screening for tyk - og endetarmskræft*”, og ny pjece: “*tilbud om undersøgelse for kræft i tyk - og endetarm*”. Først gennemgås fund ved gennemlæsning af dokumenterne, hvorfra der udledes analysespørgsmål. Dernæst analyseres på et næranalytisk og dernæst på kommunikationsanalytisk niveau for hvert dokument, med henblik på at afdække læsbarheden og forbedringspotentialer. Derefter foretages en fortolkning, hvor analysespørgsmålene vil blive besvaret. Med udgangspunkt i de nævnte trin foretages slutteligt en vurdering af det samlede informationsmateriale som beslutningsværktøj.

3.3.1: Resultater af dokumentanalyse

3.3.1.1 Gennemlæsning af dokumenterne

Ved gennemlæsning af de udsendte dokumenter afdækkes konteksten. Se bilag 3.2, tabel 3.2.1. Helhedsindtryk af dokumenterne fremgår nedenfor.

Invitationen: Indeholder flere afsendere; Strålfors, Region Nordjylland og Tarmkræftscreeningssekretariatet Sygehus Vendsyssel. Dokumentet er dateret med afsendelsesdato og emnet fremgår tydeligt. Der er tale om en invitation og ikke en indkaldelse, hvilket lægger op til stillingtagen fra modtager. Dokumentet er formelt og upersonligt. Dokumentet er kort og overskueligt. Kun én fysisk A4 side med en forside og en bagside. Sproget er objektivt beskrivende.

Vejledningen til prøvetagningen: En folder som medfølger invitationsbrevet og fremstiller visuelt hvorledes prøveindsamlingen skal foregå. Der er 16 illustrationer med hjælpetekst der forklarer hvordan prøvetagningen og forsendelsen heraf skal foregå. Sproget er neutralt og billederne er tydelige. Formatet er A5.

Den oprindelige pjece: Screening for tyk - og endetarmskræft; er fra 2015, forfatteren er sundhedsstyrelsen. Pjecen omhandler tarmkræftscreeningen i flere detaljer end invitationsbrevet. Den er kompakt og formatet er A6. Pjecen indeholder information om deltagelse i screening, herunder; risikofaktorer og symptomer for tarmkræft, for- og imod undersøgelsen, info om afføringsprøven, svarets betydning, info om kikkertundersøgelse. Sproget er simpelt med lægmandstermer.

Ny pjece: Tilbud om undersøgelse for tyk - og endetarmskræft; fra august 2016. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en ny pjece, hvori det tydeligt fremgår, at informationen skal anvendes som beslutningsgrundlag for deltagelse. Pjecen indeholder relevant information om undersøgelsen, herunder; information om tilbuddet, risiko forbundet med undersøgelsen, hvordan undersøgelsen foregår, fakta og information om kikkertundersøgelsen. Formatet er i A6 og indeholder grafiske illustrationer og blikfang i form af fed-, rød- og større skrift.

3.3.1.2 Analysespørgsmål

Med udgangspunkt i gennemlæsning af dokumenterne og problemformulering, udledes analysespørgsmål til hvert af dokumenterne. Da budskaberne er forskellige for dokumenterne, er det ikke nødvendigvis samme spørgsmål der er relevante for samtlige dokumenter. Spørgsmålene besvares i Fortolkning.

Tabel 3.3.1: Måltrettede analysespørgsmål til inkluderede dokumenter

Invitation til screening for tarmkræft	Vejledning	Sundhedsstyrelsen: screening for tyk- og endetarmskræft	Sundhedsstyrelsen: Tilbud om undersøgelse for kræft i tyk- og endetarm. pr 29. august 2016
- Er indholdet relevant og forståeligt for læseren? -Får læseren den nødvendige information til at kunne træffe beslutning? -Kan teksten forbedres og hvordan? -Er forfatterens holdning tydelig, og søges det at påvirke modtageren i en bestemt beslutningsretning? - Er dokumentet overskueligt for læseren? -Er det klart for læseren hvad han/hun videre kan gøre?	-Er det forståeligt hvorledes prøveindsamlingen skal foregå? - Er der formuleringer der kan misforstås? - Stemmer grafik og tekst overens? - Er dokumentet overskueligt for læseren?	- Er indholdet relevant og forståeligt for læseren? - Får læseren den nødvendige information til at kunne træffe beslutning? - Er dokumentet overskueligt for læseren?	- Er indholdet relevant og forståeligt for læseren? - Får læseren den nødvendige information til at kunne træffe beslutning? - Er dokumentet overskueligt for læseren? - Hvilke ændringer har man gennemført ift. den gamle pjece?

3.3.1.3 Læsarheds - og forbedringsanalyse

I dette afsnit præsenteres de analyserede fund, udledt via analyseværktøjet, se bilag 3.2. hvor næranalyse fremgår af tabel 3.2.2 og kommunikationsanalyse fremgår af tabel 3.2.3. Hvert element er analyseret ved analyseværktøjet, inden den samlede analyse er foretaget. Hvert dokument analyseres først på et næranalytisk og derefter et kommunikationsanalytisk niveau, med henblik på først at afdække læsarheden for modtageren og dernæst forbedringsmuligheder for hvert af de fire dokumenter, inkluderet i projektets dokumentanalyse.

Invitation til screening for tarmkræft

Læsarhedsanalyse:

Se bilag 3.2, tabel 3.2.2. Moder-dokumentet består i denne dokumentanalyse af det skriftlige invitationsbrev der udsendes til de potentielle deltagere. Dette dokument er formentligt det første dokument modtageren læser og forholder sig til, da det er adresseret til vedkommende personligt. At brevet er det første dokument i sættet, har betydning for deltagelse i screeningsprogrammet, da det kan danne grundlag for beslutning om deltagelse eller fravalg heraf, samt hvorvidt modtageren læser videre i de underdokumenterne. Invitationen udsendes som et officielt brev med Region Nordjylland som afsender. Afsenderen udtrykker autoritet, hvilket antyder at brevet skal tages alvorligt. Regionen som afsender kan også have betydning for modtagerens indstilling til dokumentet. Hvis modtageren har tillid til offentlige instanser, bliver brevet mødt med tillid, og modtageren vil forvente at indholdet er vigtigt. Der vil dog være en gruppe af modtagere der ikke har tillid til offentlige instanser, og møder brevet med skepsis, hvilket resulterer i modstand (1)

Brevet er formuleret i officielt, neutralt og beskrivende sprog uden værdiladninger (2). Dette kan have betydning for læsbarheden, idet hensigten fra afsender ikke fremgår tydeligt. Det kan forvirre modtageren, idet der ikke fremstår en anbefaling om, hvad den inviterede skal vælge. Dog vil det for mange være klart, at opfordringen er deltagelse, idet invitation foreligger. Formålet med dokumentet er tydeligt, da første overskrift er; *invitation til screening for tarmkræft*. Dispositionen i dokumentet er et eksempel på den omvendte nyhedstrekant (2), da afsnittene og teksten er ordnet i et dispositions-hierarki, hvor det vigtigste præsenteres først.

I tredje linje beskrives at én ud af 20 danskere får tarmkræft. Dette argument skal gøre modtageren bevidst om vedkommendes risiko, hvilket kan tilskynde til deltagelse. Det kan betvivles om afsender informerer eller forsøger at overbevise til deltagelse. Der kan derfor argumenteres for, at brevet for afsender er en indkaldelse mere end en invitation. I teksten er hovedvægten på fordele ved deltagelse, og først i slutningen af brevet nævnes det, at det er muligt at framelde sig screeningsprogrammet. Borgeren får anvist hvordan der kan frameldes, hvilket kan resultere i en følelse af forpligtelse til deltagelse. Af brevet fremgår:

1: *“det har vist sig, at hvis man undersøger afføringen for usynlige spor for blod, kan man fange en del tilfælde, før man selv mærker noget til sygdommen. Det betyder en større chance for at helbrede sygdommen og en bedre overlevelse på længere sigt.”*

Dermed fremgår det af teksten, at kræft kan opdages før man selv mærker noget til det. Citatet peger på at de nævnte fordele kun gør sig gældende, hvis man deltager i screeningsundersøgelsen. Dermed fremstår screeningsundersøgelsen som et tilbud der er svært at sige nej til, da der ikke oplistes nogle ulemper ved deltagelse.

Perspektivet i dokumentet har betydning for, hvad teksten udtrykker. I invitationen kan teksten give læseren et indtryk af, at risikoen for at have tarmkræft er stor. Dette udtrykkes i følgende:

2: *“Én ud af 20 danskere får tarmkræft på et tidspunkt i livet - lidt flere mænd end kvinder. Desværre opdages sygdommen ofte sent, fordi symptomerne er uklare og kan ligne de almindelige småproblemer, man kan have med maven.”.*

Det fremgår, at en relativ andel af befolkningen er i risiko, hvilket signalerer en holdning om, at man bør deltage for at blive diagnosticeret. Da sygdommen opdages sent, og symptomerne ligner almindelige småproblemer med maven, kan man ikke vide sig sikker. I dokumentet fremstilles ikke risici forbundet med deltagelse, dødelighed og påvirkning af livskvalitet. Utilsigtede konsekvenser såsom falsk positiv prøvesvar osv. Den ukritiske læser, der ikke søger yderligere information, vil dermed ikke få feltet afdækket, og risikerer at beslutte sig på et snævert informationsgrundlag.

Forbedringsanalyse

Se bilag 3.2, tabel 3.2.3. Screeningssekretariatet Region Nordjylland, kan anses for at være en paternalistisk afsender, idet de har mere viden om sundhed, sygdom og helbred, og forsøger at få modtageren til at deltage, idet det indirekte fremgår af brevet, at det vil være til stor nytte for den inviterede. Af brevet fremgår, at det er muligt at framelde sig, men dette er kort formuleret, placeret i sidste del af brevet og der er ikke informeret om grunde til fravalg. Dette understøtter ikke beslutningsprocessen hos modtageren. Der kunne tydeliggøres, at det anbefales at deltage, men at det er op til den enkelte, efter grundig overvejelse. Derudover vil bedre henvisning til Sundhedsstyrelsen pjece, som beslutningsværktøj, eller ligefrem en anbefaling om at læse den, sikre bedre kohærens mellem det udsendte materiale, og forbedre beslutningsprocessen.

Vejledning til prøvetagning

Læsbarhedsanalyse

Emnet er tydeligt og der er god kohærens mellem dokumentets dele. På forsiden gives et kort overblik over hvad vejledningen indeholder, samt at det er en vejledning i at tage afføringsprøven. Idet hensigten er at få deltageren til at tage afføringsprøven korrekt, er vejledningen udførlig og opbygget efter det procesorienterede princip, der skal følge læseren frem til et givent slutmål (2). Der medsendes frankeret svarkonvolut, hvilket gør det nemt for deltageren at sende prøven afsted. Ved at anvende 16 billeder med meget udførlig tekst til hvert enkelt billede, understreges vigtigheden i at prøven opsamles korrekt. Proceduren er beskrevet i så høj detaljeringsgrad, at det kan blive uoverskueligt at komme igennem 16 punkter, hvis man gerne vil læse materialet hurtigt. Alle har mulighed for at foretage prøven, også personer med læsevanskeligheder, idet proceduren tydeligt fremgår af billederne. Der er et godt overblik når vejledningen åbnes, da alle billederne forekommer på samme blad i folderen. Dog kan der blive noget forvirring ved at billederne er opdelt på to sider, og skal læses på den ene side først og dernæst den anden. Hvis siden betragtes som én side, kan der læses på tværs af teksten. Alle trin i prøvetagningen er inddraget, fra at tage klistermærket med CPR-nummer af papiret og sætte det korrekt på prøverøret, til håndtering af prøverør og afføring, til at aflevere kuerten i postkassen. Repræsentativiteten er dermed acceptabel, men der kunne tilføjes noget om den efterfølgende

biokemiske laboratorieanalyse- eller procedurer senere i processen med prøven. Man ved som modtager, ikke hvad der skal ske med prøven. Der kan dog argumenteres for, at der er afgrænset ift. relevans for modtageren. Materialet er relevant for vedkommende der skal foretage prøvetagningen. Ved inddragelse af yderligere information i vejledningen, ville man dog utilsigtet, kunne gøre det uoverskueligt for modtageren. I vejledningen er anvendt en autoritets argumentation, i kraft af at vejledningens afsender er Region Nordjylland. Det er blot en vejledning som viser *hvordan* prøvekittet anvendes, og ikke *om* man skal udføre den. Regionen har dermed taget stilling til at det er det rette at gøre.

Den sproglige form i materialet er bydeform, der beskrives hvordan de enkelte procedure trin skal udføres:

3: *“find prøverøret frem .. slå toiletsædet op .. Sæt prøvepinden på .. ”.*

Instrukserne skaber mening. De er meget udførlige, med et klart, tydeligt og simpelt sprog hvor tekniske termer er begrænset. Det kan være betryggende for en nervøs modtager i situationen, men samtidig opfattes nedladende for andre. Hvis teksten føles for udførlig kan der være risiko for at modtageren skimmer den og overser vigtige detaljer der ligger sløret i information, som for modtageren, virkede indlysende. Det næste eksempel viser trin 1; hvordan man påsætter klistermærket;

4: *“tag klistermærket med dit navn, CPR-nummer og stregkode herover af, ved at bøje papiret en smule ved et af mærkets hjørner, så bliver det nemmere at få fat i mærket”*

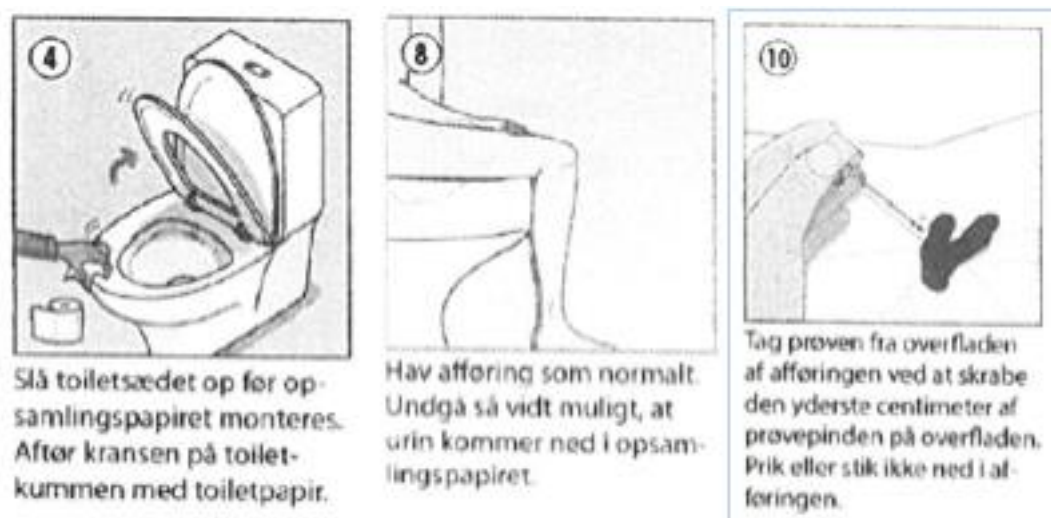
5: *“træk ud 2-3 gange med stort skyl.”*

Det er meget explicit og der er dermed ikke nogen tvivl om udførelsen.

Layout og typografi i vejledningen bærer præg af at være en procedurebeskrivelse der skal guide brugeren i at anvende prøvekittet.

Et andet element i forbindelse med vejledningen kan dreje sig om, hvorledes effekten kan være af en vejledning der omhandler noget privat, toiletbesøg, med henblik på at skulle håndtere egen afføring. Den diagnostiske procedure i forbindelse med screening skal være acceptabel for befolkningen, hvilket kan have indflydelse på deltagelse i screeningsprogrammet. Det har vist sig, at deltagelse i screening for kolorektal cancer er lavere end eksempelvis brystkræft (3). Dette kan muligvis skyldes, at første led i screeningsproceduren er en afføringsprøve, som personen selv tager derhjemme, mens screening for brystkræft gennemføres af sundhedspersonale (3). Beslutningsværktøj bør altid være et supplement til kontakt med sundhedspersonale (4). Herunder er afbilledet eksempler på steder i vejledningen som vurderes at være særligt private (fig. 1). På Billede 4 instrueres modtageren i at aftørre kransen i toilettet. På billede 8 instrueres modtageren i at have afføring som normalt, og på billede 10 at tage prøven fra overfladen af afføringen ved at skrabe i afføringen.

Figur. 1: Instruktioner fra vejledningen til prøvetagning



Dette kan for nogle modtagere være et særdeles nærgående og privat perspektiv, som kan tænkes at have en effekt, ved at modtagerens privatsfære overskrides, hvilket påvirker beslutningen om deltagelse.

Forbedringsanalyse. Producenten af vejledningen er et medicinalfirma, men idet vejledningen er vedlagt invitationsbrevet, er afsenderen Region Nordjylland. Der er opnået autencitet, idet der ikke kan herske tvivl om, hvorvidt dokument er det udsendte. Regionen er den øvre myndighed og modtageren er borgeren. Afsenderen er en paternalistisk instans der viser hvordan samfundsborgeren skal anvende prøvetagningskittet. Vejledningen er henvendt til den primære målgruppe i aldersgruppen 50- 74 år som adressat. Udformningen tyder på at afsender, mener at de har brug for meget udførlig og kronologisk instruktion. Den reelle modtager er den borger som vælger at læse materialet, og andelen heraf er uvis. Nogle deltagere kan muligvis finde vejledningen uoverskuelig eller unødvendig, hvilket kan medføre en risiko for at prøven opsamles forkert og dermed må kasseres. Dokumentet afspejler relationen mellem Regionen og borgeren. Den medsendte vejledning er et udtryk for at afsenderen har en større viden om, hvordan prøven opsamles korrekt, mens modtageren skal instrueres og undervises heri. Dem der har udviklet/medsendt vejledningen har viden om hvordan prøven skal opsamles korrekt. Dette kan have en række gavnlige effekter for borgeren, idet de i mindre grad står tilbage med spørgsmål om, om prøven er udført korrekt. Dermed opstår der sandsynligvis heller ikke behov for at kontakte andre for at stille spørgsmål til en procedure der for nogle er for privat til at omtale. Perspektivet i vejledningen er umiddelbart, at der findes én korrekt måde at opsamle prøven på. Dette ses ved at der anvendes bydeform, og vendingen: 6: "det er vigtigt". Ved udarbejdelse af vejledningen, kunne det med fordel overvejes, om det er nødvendigt at inddrage 16 trin for udførelse af prøven. Visuelt kan vejledningen godt understøttes bedre, ved f.eks. at anvende en tydelig markering af hvor vejledningen begynder, f.eks. ved en stor tydelig pil i en markant farve. Læseretningen kunne følges ved at have en tråd i

den samme farve som pilen, liggende bagved billederne. Endvidere ville en læseretning på tværs henover bladet, kunne virke mere overskuelig at læse, idét bladet er åbnet når vedkommende udfører prøvetagningen.

Udsendte pjecce: Screening for tyk- og endetarmskræft

Læsbarhedsanalyse. Dette dokument medsendes, pr. november 2016, stadig fra tarmkræftscreeningssekretariatet til borgeren som en del af det samlede invitations-materiale, på trods af, at der er udarbejdet en ny pjecce pr. 29. august 2016. Det bekræftes fra inviterede borgere, at den ældre version af pjecen stadig udsendes, hvormed dokumentets autencitet ikke betvivles.

Ved læsbarhedsanalyse af pjecen fremgår det, at formålet er information. Via informationen i dokumentet skal borgeren bliver mere beslutningsdygtig. Dette kommer til udtryk ved, at der ikke anvendes ladede formuleringer for- eller imod screening. Af dokumentet fremgår det:

7: *“Der er både fordele og ulemper forbundet med en screeningsundersøgelse for tyk- og endetarmskræft. Du må afgøre hvad der vejer tungest for dig.”* (Pjecce, s.6).

Med udgangspunkt i citat 7 bør det for modtageren fremgå, af der er tale om et valg de selv skal træffe. Kohærensens mellem konteksten og dokumentet står ikke helt skarpt. På forsiden angives screeningsprogrammet som tema. Dokumentet i sig selv hænger godt sammen med dette tema, men sammenhængen med invitationen er mangelfuld. Forfatterne af dokumentet har valgt at inkludere en række relevante emner i pjecen, men har samtidig foretaget en selektion, hvor information om kræftbehandling ved en positiv biopsi er fravalgt. Der bruges meget plads på at informere om koloskopi, fremfor fæcesprøven, hvilket kan skyldes at Sundhedsstyrelsen er afsender af dokumentet. For læsbarheden kan det betyde, at det der møder modtageren i pjecen, ikke er hvad der forventes, hvorved invitation til screeningsprogrammet som underdokument kan medføre en vis forvirring for modtageren. Dermed er repræsentativiteten i dokumentet ikke helt optimal i forhold til formålet. Ved at beskrive grundigt hvad der sker efter indsendt prøve, tager forfatter for givet at prøven indsendes.

Flere steder i dokumentet ses at forfatterne forsøger at begrænse den eventuelle angst der måtte opstå ved modtageren. Dette eksemplificeres i følgende citater 8-11;

8: *“Disse symptomer kan dog også optræde ved en lang række tilstande, der er mere harmløse end tarmkræft” s.5*

9: *“Blodet kan så stamme fra mere harmløse tilstande, fx hæmorider eller smårifter” s. 11*

10: *“Polypper er godartede svulster, “ s. 11.*

11: *“Når polypperne er fjernet, kan du (stadig) betragte dig selv som rask” s. 11.*

Pointen med ovenstående citater er, at symptomerne ikke behøver at være kræft. Der anvendes ord som *harmløs*, og ordvalget i sætningen kan både medvirke til at berolige modtageren, og samtidig få dem til at undre sig over, hvad den lange række af tilstande indeholder. Kender man ikke til hæmorider, kan denne betegnelse i sig selv være skræmmende, da det ikke er sikkert at det opfattes som harmløst for vedkommende. Polypper gøres i citat 10 til en ufarlig tilstand. Ordene godartede og svulster er dog kliniske termer, som nogle samfundsgrupper vil kende betydningen af, mens andre vil tillægge ordet en bestemt værdiladning efter hvordan det tolkes. Jf. citat 11 er fund af polypper ikke ensbetydende med sygdom, og polypper regnes derfor ikke som nogen lidelse. Det lader til, at forfatterne forsøger at nedtone bekymringer hos modtageren, på trods af at kolorektal cancer er farlig. Det kan dog også antages at formuleringen medfører, at nogle personer fravælger deltagelse, idet det af pjecen fremgår, at blod i afføringen ikke nødvendigvis er ensbetydende med kolorektal cancer. Dermed er der risiko for, at personer unødigt skal koloskoperes, hvilket ifølge pjecen er forbundet med en række risici, selvom risikoen er meget lille.

Materialet fremstår umiddelbart neutralt, og både fordele og ulemper beskrives. Dog fremgår det, at årsager og symptomer relateret til sygdommen er uklare og forbundet med en vis usikkerhed. Dette kan af modtageren opfattes, som at det kun er muligt at vide sig sikker ved at deltage i screeningsprogrammet. Selvom teksten i dokumentet har en forholdsvis neutral fremstilling, som har karakter af en myndigheds sprogkode (2) optager ulemper ved undersøgelsen mere plads end fordelene. Indholdet i pjecen følger en disposition efter det kronologiske princip (2), med en beskrivelse af screeningsprogrammets dele, efterfulgt af statistisk information om risici ved sygdom og undersøgelse, og afslutningsvist et kort resume på bagsiden. Dispositionen er også ført ved argumentations princippet(2), idet tekstens opbygning leder naturligt frem til at et logisk valg vil være at deltage, fordi mange dør af kræft.

Der anvendes direkte tiltale og bydeform, såsom 12: "*Du vil få ét af disse tre svar*" s.9. Derudover anvendes generelt lægmandstermer. Det antages at bydeformen kan få teksten til at virke mere personlig for modtageren, mens lægmandstermer skaber mening for den brede befolkning. Der anvendes hele sætninger til at forklare og informere, og samlet virker dokumentet letlæseligt og meningsfuldt. Pjecen er i lommestørrelse, med 16 A6 sider. Den anvendte typografi og layout, indebærer at eksempelvis en illustration på pjecens forside, der skildrer silhuetten af en kvinde i pink og af en mand i sort (Fig 3).

Forsiden udtrykker en forskel på mand og kvinde, hvilket kan give en falsk tryghed for kvinder, idet der senere i dokumentet fremgår, at: 13: "*Mænd har større risiko for at få sygdommen og dø af den end kvinder*". I et udviklingsperspektiv kunne forsiden derfor med fordel fokusere på dette. Udover kvinden på forsiden anvendes der ikke stærke farver, store bogstaver eller lignende for at fremhæve bestemte dele af teksten. For at øge deltagelsen, kunne dele der taler for undersøgelsen fremhæves, dog med fokus på at repræsentativiteten opretholdes.

Forbedringsanalyse. I et kommunikations-analytisk perspektiv, er pjecens rolle at være et supplement til det udsendte brev fra Regionen. Sundhedsstyrelsen er en større national instans, og derfor er det sandsynligt at modtageren forventer, har denne har stor viden om emnet, samt at de ved hvad der er bedst for befolkningen. Dette fordrer dog at modtageren kender Sundhedsstyrelsen. Selvom Sundhedsstyrelsen er forfatter til dokumentet, er Regionen den reelle afsender, idet pjecen indgår i sættet af dokumenter som Regionen udsender sammen med invitationen. Regionen bruger muligvis pjecen både som information til modtager, men også som et stempel på, at dette er godkendt af eksperter og staten, hvilket kan have den effekt, at modtageren har stor tillid til det skrevne ord i materialet, som værende sandt. Derved vil modtageren muligvis tage materialet mere alvorligt og derfor vælge at forholde sig seriøst til det. En anden mulighed er, at modtageren vælger at distancere sig til materialet, fordi det bliver igennem alvorlighedsgraden og den autoritære afsender bliver skræmmende. Derfor vil nogle grupper muligvis være hæmmede i at forholde sig til materialet, fordi afsenderen i sig selv skaber bekymring hos modtageren.

På trods af at det er borgere med individuelle informationsbehov der modtager pjecen, kan dokumentet være skabt med den samlede befolkning som tænkt adressat, hvis det blot ønskes at formidle information. Dette kan resultere i en informations-udformning der ikke er perfekt designet til den tiltænkte målgruppen. Målgruppen har en divers sammensætning, og informationen kan ikke målrettes det enkelte individ. Det er ønsketænkning at tro, at samtlige borgere der inviteres læser pjecen og tager imod indholdet. Hvis pjecen er skabt med de inviterede som tænkt adressat, men kun bestemte grupper læser den, fordrer dette en ulighed mellem modtager og adressat. Derudover er pjecen muligvis ikke kun tiltænkt borgeren, men eksisterer også, således at beslutningstagere og politikere kan se vigtigheden af screeningsprogrammet. Samtidigt vil det være muligt for politikere at spotte virkemidler til at opnå opstillede mål på nationalt niveau, hvor det tydeliggøres at der aktivt gøres noget for at opnå disse mål. Selvom der opretholdes en vis objektivitet gennem dokumentet, og der står at borgeren selv skal tage beslutning, er det underliggende perspektiv at få borgere til at deltage. Blot det, at Sundhedsstyrelsen anbefaler at indføre screening, er et udtryk for at de ønsker at få befolkningen til at deltage.

Kommunikationen er envejs fra Sundhedsstyrelsen til modtageren. Sundhedsstyrelsen angiver ikke kontaktoplysninger men henviser til mere information online. Sundhedsstyrelsen er en offentlig instans der træffer beslutninger om sundhedssystemet der får betydning for mange borgere, hvorfor der forekommer en skæv magtfordeling i relationen. Borgeren kan udelukkende træffe beslutning om egen deltagelse, mens Sundhedsstyrelsen træffer beslutningen om hvorvidt interventionen overhovedet skal tilbydes. Det forventes at Sundhedsstyrelsen ønsker at forbedre sundheden i den danske befolkning. Det er dog ikke sikkert at hele befolkningen har denne opfattelse, eller har tillid til det offentlige. Negative oplevelser i forbindelse med det offentlige, kan påvirke tilliden til Sundhedsstyrelsen, selv hvis kontakten har været med anden offentlig instans. Det er derfor muligt at tilliden til det offentlige i nogle sociale grupper er lavere end andre, hvorfor dokumentet ikke øger deltagelsen ligeligt.

Den nye pjece fra 29. august 2016: "Tilbud om undersøgelse for kræft i tyk- og endetarm".

Læsarhedsanalyse.

Analysen viser, at der er kohærens i teksten. Sammenhængen fremgår tydeligt, og der er sammenhæng mellem tekst og figurer i pjecen. Eksempelvis er der på pjecens forside skitseret en tarm og et forstørrelsesglas.

Til forskel fra den gamle pjece, har den en relevant forside som henleder tankerne på indholdet. I løbet af pjecen er der flere illustrationer, store farvede tal og relevante ikoner og læseren hjælpes på den måde gennem teksten ved blikfang. Dette gælder i højere grad end i den tidligere pjece. Det fremgår af denne pjece, modsat den tidligere, at det er vigtigt at borgeren selv tager beslutningen om at deltage i undersøgelsen.

14: "Sundhedsstyrelsen anbefaler undersøgelsesprogrammet ud fra en samlet vurdering af gavnlige og skadelige virkninger, men det er vigtigt, at du træffer dit eget valg".

Detaljer om kikkertundersøgelsen, er fravalgt i den nye pjece. Denne selektion kan diskuteres. Det kan fremme deltagelsen, da der er udeladt information om ubehag ved kikkertundersøgelsen, men man fratager information fra modtageren. Dette kan give mangler for repræsentativiteten. Der fremsættes hvilke fordele og ulemper der er ved deltagelse, men der er ikke nogen personlige beretninger herom og borgerperspektivet savnes. Titlen på pjecen tydeliggør at det er et "tilbud". Format er 8 A6-sider. Formatets størrelse kan have effekt på læsbarheden da den er overskuelig. Formatet kan dog også få den til at virke sekundær, og knap så vigtig at læse. Det er muligt at borgere beslutter sig på baggrund af informationsbrevet alene, og dermed har mindre information. Komplikationer ved screeningsprogrammet og symptomer ved tarmkræft beskrives tydeligt. Det fremgår hvor mange der vil blive opdaget, inddelt i aldersgrupper, hvilket gør at læseren kan forbinde sig selv med en risiko i teksten. Kræftbehandling er ikke inddraget i pjecen, og læseren får dermed ikke mulighed for at tage stilling til om vedkommende ville være villig til at gennemgå en sådan.

Teksten er i sin sproglige form oplysende og objektiv, hvilket følger myndighedskoden, som er upersonlig og passiv i sin sproglige form. Dispositionen i dokumentet er en blanding af AIDA princippet, det kronologiske princip og autoritetsprincippet. AIDA princippet anvendes i reklamer og andre tekster, der ønsker at læseren skal trækkes frem til en bestemt handling, f.eks. at købe et produkt. Der anvendes "hey you see you" metoden, som først fanger opmærksomheden, dernæst vækker interesse for sagen, skaber et behov- og slutteligt medfører udførelse af handlingen hos modtageren(2). Dette fordi der anvendes mange blikfang og virkemidler der vækker behov for at undgå tarmkræft. Det kronologiske princip fordi teksten følger en logisk opbygning. Autoritetsargumentet, fordi sundhedsstyrelsen som afsender i sig selv angiver at tekstens budskab er vigtigt. Der ses ikke nogen indlysende mangler- eller skjulte budskaber i tekstens selektion. Sundhedsstyrelsen anbefaler deltagelse, men også at det er vigtigt at den enkelte selv tager stilling. Sundhedsstyrelsen udgør en instans, der formodes at have en større viden om befolkningens sundhed, end den enkelte person har. Der er dog ikke nogen direkte opfordring til deltagelse i teksten, men argumenterne grunder i fakta, eksempelvis:

15: "55 ud af 10.000 60-årige vil dø af tyk- og endetarmskræft, før de fylder 70 år. 12 af de 55 undgår at dø af tyk- og endetarmskræft, hvis de deltager i undersøgelsesprogrammet i 10 år".

Problemets størrelse afdækkes først, dernæst pjecens formål, hvor mange der får kræft samt hvor mange der vil opdages ved screening. Herefter undersøgelsens forløb, hvordan svarene vil fordele sig og mulige komplikationer. Dette efterfulgt af hvad kikkertundersøgelsen kan vise, og slutteligt symptomer på tarmkræft og hvordan man tager kontakt. På trods af det lille format, kommer pjecen altså omkring mange relevante emner. Den afsluttes med et statement om, at 5.000 rammes af tarmkræft hvert år og at 2000 dør af det. Dette statement vil muligvis kunne skræmme folk til deltagelse, idet følelsen af at være i risiko kan øges. Havde sundhedsstyrelsen valgt at angive hvor mange der hvert år oplever komplikationer forbundet med koloskopi, vil en anden effekt muligvis kunne ses hos modtageren.

Der anvendes en faktuel fremstilling i bydeform. Læseren tiltales "du". Der anvendes lægmandstermer frem for kliniske betegnelser. Dette har betydning for læsbarheden, idet denne sproglige form favner bredere, og inkluderer en større del af befolkningen, da det vil give mening for flere. Afsnittene er meget korte - kun en eller to sætninger i hvert afsnit, som nærmest bliver en punktopstilling. Denne opstilling skaber overskuelighed og overblik, men kan også skabe spørgsmål hos nogen, da uddybelse af de enkelte emner mangler. Layoutet og typografien er præget af mange illustrationer og en baggrundsfarve der opdeler informationerne. Desuden anvendes flere steder fakta bokse. Dette skaber dynamik i pjecen og kan hjælpe læseren videre. Der skabes blikfang ved anvendelse af fed skrift i indledningen af næsten alle afsnit, samt røde markeringer af centrale tal og vigtige sætninger.

Forbedringsanalyse. Kommunikationsanalyse af pjecen viser, at kommunikationen mellem Sundhedsstyrelsen som forfatter og borgere mellem 50 og 74 år som modtager eller adressat, er envejskommunikation. Det er informationsmateriale i pjeceform, og ikke et personligt brev. Sundhedsstyrelsen repræsenterer staten, hvilket giver en ulige magtfordeling i rolle-relationen da modtager positioneres som underlagt denne øvre myndighed. Afsenderen er ikke én person der kan ringes op eller sendes et brev, men en instans, som bevirker at afsenderen kan opfattes som upersonlig for modtageren.

Autenciteten af pjecen er sikret. Der er ikke tale om en forfalskning. Afsenderens perspektiv er, at få borgere til at deltage. Dette fremgår ved, at der i pjecen, fremgår tal for hvor mange tilfælde der kan opspores ved at deltage i screeningsprogrammet. Derudover fremgår det direkte af teksten, at Sundhedsstyrelsen anbefaler deltagelse. Budskabet præsenteres i pjecen. Dog bliver der forinden gjort opmærksom på hyppigheden af kolorektal cancer, hvilket bevirker at problemet er skitseret før formålet med pjecen fremsættes for læseren. Læseren kan dermed være blevet præget, inden budskabet står frem:

16: "Hvert år rammes ca. 5.000 danskere af kræft i tyk- og endetarm, heraf er de fleste over 50 år. Du er mellem 50 og 74 år og kan derfor bliver undersøgt for tegn på kræft i tyk- og endetarm. I denne pjece kan du læse mere om tyk- og endetarmskræft, og få et bedre grundlag for at træffe din beslutning om at tage imod tilbuddet eller ej."

I citat 16 ovenfor ses, at Sundhedsstyrelsen tilkendegiver at de mener, at deltagelse er fordelagtigt, men anerkender også, at det ikke nødvendigvis er det rette valg for alle.

Modtageren er ikke kun mulige deltagere i screeningsprogrammet, men også politikere og beslutningstagere. I forbindelse med denne nye pjece er dette aktuelt, idet der har været medieomtale som har kritiseret den gamle pjece. Derved kan beslutningstagere se, at der er udarbejdet en ny pjece, og at denne i højere grad indfrier kritikpunkterne i den gamle pjece. Dette kan også vise for befolkningen, at der tages beslutninger når det kræves. Det er dog bemærkelsesværdigt at det per november 2016, stadig er den gamle pjece der udsendes.

Dispositionen i teksten har stor betydning for modtagerens opfattelse af budskabet. Typografi og layout understøtter, at Sundhedsstyrelsens hensigt er at opfordre til deltagelse, idet der er anvendt fed og rød skrift ved nøgletallene der taler for deltagelse, samt ikoner der fremhæver centrale budskaber i teksten. For nogle personer kan disse fremhævelser virke alarmerende eller måske provokerende.

Figur. 2: Fremhævede nøgletal fra den nye pjece, udsendt af sundhedsstyrelsen



Den kortfattede form gør, at læse-tempoet øges (5). Beslutningstagning kan dermed ske på baggrund af oplysninger, som har været hurtigt gennemlæst. Fremstillingsformen kan have forskellig konsekvens eller effekt, alt efter hvem modtageren er. Den afsluttende sætning er ligeledes af stor betydning, idet der fastslås at 5000 hvert år rammes af tyk- og endetarmskræft, og 2000 hvert år dør af tyk- og endetarmskræft. I dette statement er tallene forstørrede, i fed og rød skrift. Det sidste statement kan skabe en effekt hos læseren, idet det typisk huskes hvad der står som afsluttende i en tekst (6) og kan dermed have en forstærkende effekt på holdningen hos personen. Det kan endvidere give et indtryk af, at dødeligheden forbundet med kolorektal cancer, er alarmerende stort. For den uoplyste læser, vil det kunne opfattes som, at en stor andel, dør inden for

det første år end det reelt er tilfældet. Det saglige og neutrale budskab forsvinder og bliver i stedet et kraftigt statement.

Relationen mellem borgeren og Sundhedsstyrelsen kan variere efter hvilken befolkningsgruppe der undersøges, da relationen vil afhænge af tillid til instansen. Relationen kan aldrig blive personlig, da Sundhedsstyrelsen er en instans og ikke en person. Dette kan have betydning for, hvilke personer der vælger at deltage.

I et forbedrings-perspektiv med modtageren i centrum, vil den nye pjece muligvis med fordel kunne indeholde andre typer af fremstillingsformer end udelukkende den tal - og faktabaserede form. Endvidere kan de markante tekst markeringer, muligvis virke voldsomt på borgere der ikke er vant til den fremstilling. En alvorlig sag som kræft, og en myndig afsender som Sundhedsstyrelsen, kan tilsammen give et voldsomt indtryk på en læser, som ikke nødvendigvis er hjemmevant i moderne informationskultur, hvor farver og dynamikker i teksten i højere grad er anvendt end tidligere, hvor mere formelle brev formater var dominerende. I ovenstående, er behandlet hvorledes den punktforms - og faktaboks opbyggede tekst, kan have en overskuelig effekt, men også en overfladisk og hurtig effekt på læsetempoet. Dette kunne suppleres med brøttekst med et mere tungt udtryk, for at nedsætte læsetempoet. Måden hvorpå individer læser tekster, og forholder sig til disse, er dog meget forskellig, alt afhængig af hvilke kompetencer vedkommende har for læsning samt opfattelse af og omsætning af information. Dette vil blive uddybet i næste afsnit.

3.3.2 Fortolkning

Med udgangspunkt i analyserne af dokumenterne, vil der i det kommende afsnit fortolkes på resultaterne, med henblik på besvarelse af de tidligere præsenterede analysespørgsmål. Derudover udledes mulige konsekvenser for deltagelse i screeningsprogrammet, samt overvejelser om det udsendte materiale som beslutningsværktøj. Til dette inddrages igen begrebet health literacy sat i relation til sociale determinanter.

Invitationsbrev: Invitationen er det første dokument der læses. Det er essentielt at det henvender sig til, og er forståeligt for hele målgruppen. Af dokumentet fremgår, at det er en invitation til screening. Modtageren anmodes således af Regionen om at deltage i screeningsprogrammet, hvilket kan påvirke deltagerens beslutningstagen, allerede inden de skal forholde sig til resten af teksten. Modtageren kan i kraft af sin sociale position have været i berøring med “systemet” på forskellig vis, hvilket kan påvirke holdningen og imødekommenhed overfor materiale fra regionen. Et tidligere møde med sundhedsvæsenet kan være forbundet med skepsis, hvis en person tidligere har haft dårlige oplevelser hermed (1). Etnicitet kan også påvirke synet på sundhedsvæsenet, afhængigt af tilknytning til- og tidligere erfaringer med myndigheder i Danmark eller hjemlandet. Invitationsbrevet udsendes kun på dansk, hvilket påvirker personer med mindre gode dansksproglige kundskabs mulighed for på lige fod med etniske danskere at orientere sig i materialet, og træffe beslutning om deltagelse eller fravalg heraf.

Uddannelsesniveau vil have betydning for hvordan beslutningen om deltagelse eller fravalg heraf tages, idet personer med højere uddannelsesniveau har højere health literacy (7) og dermed aktivt opsøger supplerende viden efter behov herfor, og aktivt kan tage stilling til deltagelse i screeningsprogrammet, ud fra et informeret grundlag. Dette er gældende, når der sammenlignes med personer med lav health literacy, som i de fleste tilfælde vil være personer med lav- eller ingen uddannelse (7). Et højt uddannelsesniveau er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med at man også har høj health literacy (7). Men de to faktorer vil i de fleste tilfælde være tæt forbundne i forbindelse med information vedrørende sundhedsvæsenet (7). Sammenhængen får betydning for tilgangen til invitationsbrevet og den videre beslutningstagen, da personer med højere uddannelsesniveau i højere grad har læsekompetencer til at forholde sig til materialet, og dermed træffer en grundigt informeret beslutning. I teksten fremhæves at:

17: *“Én ud af 20 danskere får tarmkræft på et tidspunkt i livet - lidt flere mænd end kvinder. Desværre opdages sygdommen ofte sent, fordi symptomerne er uklare ...”*

Læsere fortolker teksten ud fra egen forståelseshorisont. Personer med høj health literacy vil i høj grad kunne vurdere behov for information inden beslutningstagning. Disse kan derfor også have en højere grad af kritisk stillingstagen, sammenlignet med personer med lav health literacy. Derfor vil et fravalg af screening være en mulighed, ved vurdering af det som det bedste alternativ, ud fra egen brug af og af søgning af viden indenfor feltet. Citat 17's brug af letforståeligt sprog kan hjælpe personer med lav health literacy til i højere grad at forholde sig til emnet. *Én ud af 20* vil de fleste kunne forholde sig til, sammenlignet med angivelser i procent, incidens og prævalens, der vil være sværere mål at forstå.

Ovenstående citat 17 vedrørende risiko, kan også have betydning for samlevende personer, da der er risiko for at et familiemedlem har været ramt af tarmkræft. Dette kan betyde øget bekymring der øger motivation for deltagelse. Det fremgår at flere mænd end kvinder rammes. Det kan muligvis påvirke deltagelsen forskelligt for kønnene. De nævnte antagelser og problematikker vil understøttes, uddybes eller afkræftes via interview. Som nævnt ovenfor er materialet henvendt til personer med lav eller middel health literacy. Dette tydeliggøres i nedenstående citat 18:

18: *“det har vist sig, at hvis man undersøger afføringen for usynlige spor for blod, kan man fange en del tilfælde, før man selv mærker noget til sygdommen. Det betyder en større chance for at helbrede sygdommen og en bedre overlevelse på længere sigt.”*

Citat 18 er meget letlæseligt, og der anvendes alment kendte termer for at beskrive og forklare hvorfor screening for kolorektal cancer er fordelagtigt. Dette er udtryk for at afsender indtager en paternalistisk position, idet borgeren tages i hånden, til at agere efter hensigten. Positionen er et eksempel på det danske sundhedsvæsens metoder til sygdomsforebyggelse hos borgere, som af Vallgård beskrives som værende topstyret- og i ringe grad styret ud fra individers behov, sammenlignet med Norge og England (8). Der lægges i brevet vægt på, at chancen for helbredelse og overlevelse øges ved deltagelse, mens der i brevet ikke fokuseres

på risici og konsekvenser. Det er derfor ikke muligt at træffe en informeret beslutning ud fra invitationen, hvorfor dens anvendelse som beslutningsværktøj er begrænset.

Den medsendte pjece har dog flere detaljer herom, men denne præsenteres kun brevet, som et vedlagt element..

19: "En pjece fra Sundhedsstyrelsen hvor du kan læse mere om undersøgelsen og tarmkræft.

Der opfordres ikke til at denne *bør* læses, kun at den *kan* læses. Det er derfor ikke tydeligt, at beslutning om deltagelse bør træffes efter grundig overvejelse og yderligere informering. Tværtimod sender det signal om, at pjecen er sekundær og mindre vigtig. Dette øger risikoen for, at disse dokumenter bliver sekundære og udgår som beslutningsgrundlag.

Med udgangspunkt i ovenstående, vurderes det, at invitationen som beslutningsværktøj har mangler, og anvendeligheden af invitationen som beslutningsværktøj vil være dårlig for personer med lav health literacy. Beslutningsværktøj skal som udgangspunkt indeholde og informere om fordele og risici forbundet med deltagelse, for derved at give modtageren mulighed for at træffe en informeret beslutning. Desuden skal et beslutningsværktøj komplementere og ikke erstatte kontakten med en sundhedsprofessionel (4). Dette er i litteraturen genfundet, idét der ses en sammenhæng imellem kontakt med en sundhedsprofessionel og troen på at screeningsundersøgelser har effekt- og større deltagelse heri (9). Man kan derfor argumentere for at en personlig kontakt med en sundhedsprofessionel vil kunne øge deltagelsen.

Vejledning: Vejledningen i at tage prøven og afsende den er ikke umiddelbart sendt med som et beslutningsværktøj i samme grad som de øvrige inkluderede dokumenter. Det indeholder ikke informationer for og imod deltagelse, men en beskrivelse af hvad du som modtager skal gøre, når du har besluttet dig for at deltage. Vejledningen kan dog stadig godt tænkes at ændre borgerens beslutning og det er ikke utænkeligt at nogle modtagere orienterer sig i vejledningen før de har truffet beslutning.

Det udførlige sprog og meget detaljerede beskrivelser af fremgangsmetoden kan tænkes at have flere konsekvenser. Nogle individer kan finde det betryggende at det er meget detaljeret, idet der er lavere risiko for at begå fejl, hvor andre kan opfatte det som nedladende eller unødvendig og der for hurtigt gennemgår det, og øge risikoen for fejl, hvormed prøven må kasseres. Hvis nogle sociale grupper, som eksempelvis kønsgrupper, reagerer forskelligt på denne type af manual, kan det give ulighed i deltagelsen. Den meget tydelige gennemgang på både skrift og ved grafisk fremstilling kan tilgodese borgere med lav health literacy og sørge for at det ikke er manglende forståelse, der gør, at de ikke kan deltage.

Detaljerne gør samtidig at der sættes ord på emner, der for nogle er for private til at tale om. Hele hygiejne og toilet-situationen er ikke noget der normalt diskuteres med enhver og det kan føles som et indgreb i privatsfæren for nogle når en offentlig afsender dikterer deres fremgangsmåde på toilettet. Det er derfor ikke utænkeligt at nogle individer ombestemmer sig, hvor de først ville deltage, men efter læsning af vejledning føler ubehag ved at skulle gennemføre prøvetagningen.

På den måde kan vejledningen, selvom det ikke nødvendigvis er intentionen, også fungere som en del af det samlede beslutningsværktøj der udsendes til målgruppen.

Udsendte pjece: Screening for tyk - og endetarmskræft.

Denne pjece vil i den kommende tid udfases, men da den har skabt beslutningsgrundlag for de modtagere der er repræsenteret i projektets kvantitative analyse, inddrages pjecen, med henblik på at udlede mulige forklaringer på sociale forskelle fundet i den kvantitative analyse.

Udformningen af den udsendte pjece kan have påvirket hvem, og hvor mange der deltager i undersøgelsen. Modtagernes health literacy kan have betydning for, hvordan de modtager, forstår og bruger dokumentet. Dokumentet indeholder en del information, som ikke nødvendigvis er lige let for alle at forstå. Det kan være gældende på baggrund af health literacy, men det kan også tænkes at uddannelsesniveau kan have betydning for, hvorvidt det er muligt at modtage alle informationerne. Begrebet *Screeningstilbud* kan i sig selv også forstås forskelligt. Borgerne kan have forskellig forståelse af- og værdiladning omkring screening. Derudover er forfatterens forsøg på at berolige og begrænse borgerens angst hos modtageren, ikke nødvendigvis lige effektive for modtagere med henholdsvis høj - og lav health literacy. Hvis modtageren ikke har mulighed for at forstå hvad f.eks. *hæmorider* eller *godartede svulster* vil betyde for dem, vil beroligelsen muligvis ikke virke. I den forbindelse kan individer med høj health literacy, muligvis drage fordel af at indhente supplerende viden, og på den måde forstå information og risici bedre, end individer med lav health literacy. Derudover antages det, at modtagere med højere health literacy, oftere vil læse pjecen, og ikke blot invitationsbrevet, da høj health literacy bl.a. er forbundet med tendens til at søge supplerende viden.

Tilliden til afsender er ikke uvæsentlig for beslutningsprocessen. Hvis modtageren stoler på afsenderens information, er det sandsynligt at han/hun tager imod tilbuddet. Det antages at tilliden til afsenderen kan variere afhængig af sociodemografiske karakteristika, såsom; etnicitet, uddannelsesniveau, køn og indkomstniveau. Det er afgørende at modtageren kan forstå sproget i dokumentet, for at kunne bruge det som Beslutningsværktøj. Pjecen er udelukkende dansksproget, og danske sprogkunderskab bliver derfor et krav hos modtageren for at opretholde dokumentets mening, hvilket kan være en udfordring hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. Det er muligt, at uddannelsesniveau kan hænge sammen med forståelsen, og dermed health literacy. Personer med få sproglige kompetencer kan finde informationen kryptisk, mens kompetente læsere kan finde sproget trivielt. Det er fundet at både højt - og lavtuddannede personer deltager i mindre grad end personer med mellemlang uddannelse (10), hvilket kan være et udtryk for ovennævnte.

Pjecens forsiden udtrykker, at der er forskel på mænd og kvinder. Dette kan naturligvis påvirke kønnene forskelligt i deres beslutningstagen. Derudover kan dette muligvis påvirke modtageren forskelligt afhængigt af den ægteskabelige status. I den forbindelse kan det antages, at personer med en partner kan føle sig mere udsat, idet der også tages ansvar for partneren, og derfor vil presse på for at få denne til at deltage. Samtidig føler personer med en partner muligvis et større ansvar for at deltage, da de ikke vil byde sin partner, ikke at tage sit helbred alvorligt.

I dokumentet beskrives forskellige sandsynligheder. Selvom sandsynlighederne er beskrevet med sætninger uden statistiske termer, er det en nødvendighed at modtageren kan relatere disse til hvilken betydning det kan få for eget liv. Der kan eksempelvis være forskel på opfattelsen af, om *én ud af 20* er mange eller få. Informationen om sandsynligheder viser, at der er en vis risici for komplikationer forbundet med at deltage, samt en risici for sygdom forbundet med ikke at deltage. Hvilke risici der er størst, er op til den enkelte modtager at vurdere. Nogle grupper kan have større risikovillighed, og der kan dermed være forskel i deltagelse baseret på denne. Det er muligt at risikovilligheden er højere i den ældste aldersgruppe, fordi de ikke ønsker at blive diagnosticeret jf. lead time bias, eller vurderer at tarmkræft ikke påvirker livskvaliteten i samme grad som yngre personer, med flere år tilbage at leve i. Ældre personer over 65 år kan have tendens til at føle at "faren har passeret", og risikoen for at få kræft er overstået i deres alder (11). Personer i 50 års alderen har lavere risiko for at få tarmkræft, sammenlignet med personer i 60 års alderen, hvilket ikke fremgår af pjecen. Den manglende information kan påvirke deltagelsen i gruppen af 50 årige i retning af højere deltagelse.

Af ovenstående kan udledes, at vurderingen af dokumentet som Beslutningsværktøj, vil afhænge af modtageren. Målgruppen er en divers gruppe, hvor health literacy og sociodemografi er forskellig. Dokumentet indeholder umiddelbart tilstrækkelig information til, at beslutningen kan træffes. Det er ikke nødvendigvis alle der har lige mulighed for at forstå og omsætte informationen til at træffe en informeret beslutning. Det er derfor vigtigt at medtænke, at dokumentet indgår i et sæt af dokumenter, hvorfor den samlede værdi af sættet som Beslutningsværktøj er interessant.

Ny pjece: Tilbud om undersøgelse for kræft i tyk- og endetarm. Den nye pjece vil fremadrettet være med i grundlaget for borgernes beslutning om deltagelse for de inviterede borgere i aldersgruppen 50 - 74 år. Layout og typografi er et element, der kan skabe grundlag for kritik. Tekst fremhæves vha. typografi og layout, samt den røde tekst, hvilket kan have forskellig effekt alt efter hvem modtageren er. Det kan, i lyset af begrebet *health literacy* overvejes, hvordan forskellige sociale grupper, enten vil komme igennem hele pjecen eller ej, da den er relativt kortfattet, og opstillet i punkter. Personer med lavere health literacy, vil måske kunne forstå tekstens budskaber, idét de fremhæves tydeligt. Det er en fordel for den gruppe, som har mindre gode læsefærdigheder, eller som ikke er vant til at tage denne type information ind. Her vil pjecen fange den gruppe, som det kan tænkes, ikke ville læse hele materialet, hvis det stod i brødtekst-format. Det kan tilsvarende overvejes, hvilken effekt det vil have på personer med høj health literacy. Her tænkes på personer, som er vant til at læse og forstå kompleks information. I den sammenhæng vil personer der har gennemført længere uddannelser, i højere grad være vant til at læse og forstå finesser og nuancer i informationsmateriale, hvorfor der her kan ses en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og health literacy. Denne gruppe vil muligvis

opfatte pjecen som relativt letlæselig og en undren over hvad der ligger bag den præsenterede information. Højtuddannede modtagere vil muligvis i højere grad betvivle repræsentativitet og træffe en hurtig beslutning.

At budskaberne fremhæves gennem layout kan tænkes at forvrænge læserens opfattelse af teksten når den læses, sammenlignet med hvis den fremstod som en almindelig brødtekst. Læsehastigheden øges hvilket ikke skaber grundlag for refleksion over valg eller fravalg af deltagelse. Desuden har det markante layout, en mulig effekt af enten "skræmmende", eller provokerende art, der kan tænkes at resultere i højere deltagelse fra nogle grupper og modstand herimod fra andre (12). Sundhedsstyrelsen opfordrer til deltagelse. Fra Sundhedsstyrelsens perspektiv, vil en tilsigtet konsekvens være, at modtagerne i høj grad deltager. Objektivt set, er det dog ikke det eneste rigtige perspektiv, idet det ikke er alle der vil vælge deltagelse, selv hvis de har komplet information om deltagelse i screeningsprogrammet. Pjecen kan derfor have både tilsigtede og utilsigtede konsekvenser for målgruppen.

Den faktuelle fremstillings- og argumentationsform, kunne med fordel have været suppleret med fortællinger fra borgere eller patienter. Fordelen kunne for eksempel være at den ene modtagers beretning kunne afspejle en anden modtagers health literacy, og dermed gøre det mere håndgribeligt for modtageren. Det kan være nemmere for en deltager at forestille sig hvad andre modtagere føler er vigtig information, end for forfatteren der sidder med en forforståelse og en grundig viden på området, uden nødvendigvis selv at være i målgruppen. Dette kunne give et andet perspektiv og en ny dimension til pjecen, som muligvis kunne få betydning for pjecen som beslutningsværktøj for nogle grupper. Hvis man ikke er uddannet til at arbejde med tal, eller hvis man ikke er vant til at forholde sig til risikobegreber omkring sygdomsforekomster, kan det tænkes at tal kan være svære at tolke og sætte i relation til sit eget liv og beslutninger. Det vil derfor for lavere uddannede grupper, tænkes at kunne være en fordel at have supplerende fremstillingsformer som talfremstillingen. De foreslåede beretninger fra andre borgere kunne muligvis hjælpe nogle modtagere, da de ville kunne relatere sig til individet der fortæller, mere end de kan relatere til sandsynligheder og risici.

Pjecen udsendes kun på dansk, hvilket naturligvis kan have stor betydning, hvis man ikke taler eller forstår dansk. I det tilfælde vil det kræve en ekstra indsats at læse og forstå materialet, og anvende det som beslutningsværktøj, da man i så fald vil skulle have oversat det eller have en i sit netværk der kan træde til. At bede en i sit netværk kan være grænseoverskridende da emnet har en privat karakter. Dette kan være en barriere for at læse pjecen og forstå budskabet.

Hvis regionen valgte at udsende invitationen til par samtidigt, vil samlivsstatus kunne være en fordel for personer som skal beslutte om de vil deltage eller ej og dermed styrke pjecen som beslutningsværktøj. De samlevende vil dermed kunne både læne sig op af hinanden når materialet skal læses og forstås, og når beslutningen og deltagelse eller fravalg heraf skal tages. Dette i kraft af at de kan italesætte sagen og begge har et grundlag for at læse materialet, da de begge har modtaget det. De kan desuden spejle sig i partneren når der drøftes hvad de vil. Dette giver rum for refleksion og grundigere overvejelser, end hvis vedkommende der

modtager pjecen, ikke lever sammen med en partner. For individer der ikke lever i parforhold kunne det overvejes at udsende invitationen til andre familiemedlemmer samtidig, såsom søskende. Det kunne også overvejes at invitere mange individer fra samme område ad gangen, så der er en chance for at emnet kan diskuteres og overvejes med bekendte der er i samme situation. Disse overvejelser vil blive undersøgt i interviews.

Forskelle mellem den oprindelige og den nye pjece.

En markant forskel mellem de to pjecer er pjecernes forsider. Forsiden er ændret fra at skabe fokus omkring forskel på mænd og kvinder, til i højere grad at fokusere på tarmen. Fokus på kønnene er i den gamle pjece et tema, idet der også i teksten angives at mænd har større risiko for sygdom og dødelighed forbundet hermed end kvinder. Denne problematik fremgår ikke af den nye, som dermed kan siges, at have et bredere fokus. Fremadrettet vil mænd og kvinder opfordres i samme grad, hvilket må antages at påvirke deltagelsen positivt. På den nye pjeces forside angives, at der er tale om et *tilbud om en undersøgelse*, mens den gamle angiver at der skal foretages en screening. Dette anses for at være en forbedring, idet begrebet screening er en klinisk fagterm, der kan opfattes og forstås forskelligt afhængig af befolkningsgruppe. Derudover angiver den nye pjece, at det er et *tilbud*, hvilket i højere grad er i overensstemmelse med tanken bag et beslutningsværktøj. Den markante forskel i de to pjecers udtryk ses i fig. 3 nedenfor:

Figur 3: Forsider fra de to udsendte pjecer fra sundhedsstyrelsen. Venstre: udsendte pjece. Højre: Ny pjece fra 29. August 2016.



Derudover fremgår det tydeligt af den nye pjece, at på trods af at Sundhedsstyrelsen anbefaler deltagelse, skal det være op til den enkelte modtager at afgøre hvorvidt der deltages eller ej. Dette tydelig gøre ligeledes at der er tale om et beslutningsværktøj. Pjecernes omfang er ændret fra 16 til 8 sider, hvilket er en forbedring ved, at pjecen bliver mere overskuelig at komme igennem. Derudover er der foretaget ændringer i typografi og layout, fra et forholdsvis tekst-tungt format uden billeder, til at indeholde ikoner, grafik og faktabokse der kan understøtte læsningen. Disse ændringer kan både have fremmende og hæmmende effekt, i forhold til at træffe informerede beslutninger, afhængig af modtageren og dennes sociodemografiske karakteristika. Ovennævnte elementer vil inddrages og undersøges nærmere ved semistrukturerede interviews. En markant forskel mellem de to pjecer er endvidere, at der i den nye pjece er inddraget en tydelig aldersinddeling for risiko for tarmkræft. Disse risici er også nævnt i den gamle pjece, men fremgår ikke så tydeligt som i den nye, hvor der anvendes grafiske virkemidler til at fremhæve dette. Fokusset i den nye pjece, kan medvirke til, at modtageren i større grad kan relatere risikoen for tarmkræft til sig selv. I den gamle pjece forekommer et langt og detaljeret afsnit om koloskopi, hvilket ikke er medtaget i den nye pjece, hvor der kun angives at koloskopi kan blive aktuel hvis der foreligger positivt svar fra afføringsprøven. Ved at undlade detaljerede informationer om kikkertundersøgelse, reduceres unødige bekymringer hos borgeren, hvilket kan påvirke deltagelsen positivt,

ved i højere grad at fokusere på første trin i screeningsprogrammet, og i mindre grad på konsekvensen ved et positivt prøvesvar. Dette antages at kunne påvirke deltagelsen positivt.

3.3.3: Vurdering af dokumentsættet som beslutningsværktøj

I det samlede dokumentsæt, er moderdokumentet invitationsbrevet. Idet brevet trækker det samlede budskab i en bestemt retning. Ved kun at fokusere på fordele ved deltagelse, kan der opstå bias, idet at troværdigheden påvirkes negativt. Brevet nævner de øvrige dokumenter, men pointerer ikke eventuel vigtighed i at orientere sig i disse, hvorfor de enkelte dokumenter ikke kan siges at supplere hinanden optimalt i dette beslutningsværktøj. Ved at samle informationen i et samlet dokument, kunne den ulige fremstilling af information for og imod imødekommes. Dog ville et længere brev formodentlig blive en udfordring for personer med lav health literacy, hvilket kan bevirke at materialet ikke læses, og dermed ikke anvendes som beslutningsværktøj. Som en del af det samlede dokumentsæt indgår også vejledningen til prøvetagningen. Denne kan indvirke som beslutningsværktøj for nogle modtagere, mens den for andre blot betragtes som et teknisk dokument. Vejledningens udformning som særskilt dokument vurderes dog at give mening for det samlede dokumentsæt som beslutningsværktøj.

Intertekstualitet mellem invitation og den gamle pjece vurderes at være mangelfuld. I brevet findes information om- og lægger op til, at der skal foretages en afføringsprøve, mens pjecen informerer grundigt om kikkertundersøgelse. Dette giver en dårlig kohærens mellem dokumentsættets dele, hvilket kan betyde, at pjecens indhold kan være overraskende for modtageren. Den gamle pjece har påvirket det nuværende datagrundlag, idét den har været medsendt indtil 29. august 2016, og dermed indgik som beslutningsværktøj for dem der har deltaget i det eksisterende data. At der forekommer mere information om kikkertundersøgelsen i den gamle pjece end i den reviderede udgave, kan medføre forskellig effekt i form af deltagelse. Denne effekt påvirkes af hvorledes dokumentsættet virker som beslutningsværktøj. I den nye pjece fremgår tydeligt, at Sundhedsstyrelsen anbefaler deltagelse, men at det er op til den enkelte om invitationen tages imod eller ej. Det vurderes at pjecen er et godt beslutningsværktøj, men står lidt alene, idet invitationen ikke pointerer vigtigheden af pjecen, hvilket er en mangel i det samlede beslutningsværktøj. Dokumentsættet udsendes udelukkende på dansk. Der tages dermed ikke højde for personer med mindre gode danskundskaber. Personer med anden etnisk herkomst vil derfor måske i mindre grad kunne anvende invitationen som beslutningsværktøj. Den ovennævnte vurdering af dokumentsættet som beslutningsværktøj, antages dermed ikke at have samme indvirkning på personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Som beslutningsværktøj vurderes det, at der er grund til forbedring i det samlede sæt af materiale der udsendes til modtagerne. Intertekstualitet kan forbedres eksempelvis ved bedre intern henvisning mellem dokumenterne, for derved at tydeliggøre at det er ét samlet sæt der skal anvendes til at træffe en informeret beslutning. De mulige forbedrings-elementer udledt i analyse og fortolkning vil blive inddraget i interviewguiden, og dermed

være udgangspunkt for undersøgelse af hvilke forbedringsmuligheder der findes i det nuværende materiale med henblik på at øge deltagelsen i screeningsprogrammet.

Bilag 4: Semistrukturerede interviews

Bilag 4.1: Brev til respondenter og samtykkeerklæring



Kære deltager

Aalborg, man. D. 05. december 2016

Du er indkaldt til interview, og har fået aftalt tid og sted for interview.
Dette brev indeholder som lovet, mere information om os og hensigten med interviewet.

Vi skriver kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Vi undersøger i den forbindelse tarmkræftscreeningsprogrammet i Region Nordjylland. Dette gøres med henblik på at forbedre og udvikle screeningsprogrammet, så ikke nogen sociale grupper deltager i mindre grad end andre. I vores undersøgelse har vi særligt fokus på hvordan du opfatter invitationen til screening, og hvordan invitationsmaterialet har været med til at påvirke din beslutning. Vi tager materialet med til interviewet, så du behøver ikke medbringe noget.

Det er et individuelt interview du deltager i, og du bliver interviewet af én person fra projektgruppen. Derudover vil én af de andre to medlemmer fra projektgruppen være til stede som observant. Interviewet forventes at tage maks. 60 min, og vil blive optaget. Optagelsen destrueres ved projektets afslutning – i slutningen af juni 2017.

Det er obligatorisk i forbindelse med denne slags undersøgelser, at bede dig om at læse og underskrive en samtykkeerklæring. Dermed siger du ja til at vi må bruge dine udtalelser. Du sikres fuld anonymitet, og det vil til enhver tid være muligt for dig at trække dig fra deltagelse i interviewet, hvis du fortryder. Samtykkeerklæringen ses på næste side. Vi medbringer den til underskrivelse på dagen for interview, så du behøver ikke printe den ud på forhånd.

Slutteligt skal det gøres klart at vi ikke har nogen relation til sundhedsstyrelsen eller andre instanser i forbindelse med dette projekt. Det er udelukkende på baggrund af vores egen interesse at dette felt undersøges, og vi har derfor heller ikke nogen forudindtagede holdninger til hvorvidt man skal deltage i screeningsprogrammet eller ej. Opstår der spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os.

På forhånd tak.

Venlig hilsen

Anna Sharon Henig
Ann Salling
Ulrik Deding

Erklæring om samtykke.

Jeg erklærer hermed, at jeg giver mit samtykke til at deltage i et interview i forbindelse med kandidatspeciale på uddannelse i Folkesundhedsvidenskab omhandlende: *Social ulighed i deltagelse ved tarmkræftscreening i Region Nordjylland*. I projektet undersøges borgeres oplevelse og forståelse af invitation til tarmkræftscreening, samt hvorledes dette har påvirket deres beslutning om deltagelse. Jeg giver samtidig mit samtykke til interviewet må optages og transskriberes efterfølgende.

Jeg er informeret om og indforstået med:

1. At jeg til enhver tid kan trække mit samtykke tilbage og udgå af undersøgelsen.
2. At deltagelse i projektet er frivilligt og det er helt uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.
3. At interviewet er anonymt, hvilket betyder at jeg ikke nævnes ved navn.
4. At alt materiale udover selve projektet og transskriberinger, brugt som bilag, destrueres efter anvendelse.
5. At jeg har modtaget både skriftlig og mundtlig information om undersøgelsen.

Dato: _____

Underskrift: _____

Projektmedlem, underskrift _____

Bilag 4.2: Interviewguide

Briefing

Præsentation af interviewer og Observatør. Observatørens rolle er at holde samtalen på sporet, og sikre at vi kommer igennem alle spørgsmålne.

I dette interview er vi interesseret i at få information om, hvordan du oplevede og opfattede det udsendte materiale i forbindelse med tarmkræft screeningsprogrammet, og hvilken indflydelse det havde på dit valg om enten deltagelse eller ikke-deltagelse i screeningsprogrammet.

Interviewet tager ca. en time, og vil blive optaget på en mobiltelefon med lydoptager.

Da det er din oplevelse og opfattelse vi ønsker at blive kloge på, er det dig der gennem interviewet kommer til at snakke mest. Vi håber derfor du vil uddybe dine svar. Der findes ingen rigtige eller forkerte svar. Hvis der er noget du bliver i tvivl om, skal du bare spørge, Det er helt i orden, hvis du har brug for at tænke over spørgsmålet, før du svarer. Derudover er det helt acceptabelt, hvis der er spørgsmål du ikke ønsker at besvare.

Vi er underlagt tavshedspligt. Interviewet vil efterfølgende blive nedskrevet på papir og anvendt i specialet. Dine oplysninger og svar vil blive behandlet anonymt. Og du har altid mulighed for at trække dine svar tilbage.

Desuden vil vi forud for interviewet bede dig om, at underskrive en samtykkeerklæring, hvori du siger ja til, at vi må bruge dine udtalelser i det projekt vi udarbejder og at du samtidigt sikres anonymitet.

Tema	Spørgsmål
Intro	1. Fortæl lidt om dig selv, din alder og hvad du beskæftiger dig med.
Baggrund	2. Deltagelse i screeningsprogrammet?
Indledende	3. Fik du tilsendt dette materiale? (Bekræfte at de kender materialet.) 4. Hvad var din generelle opfattelse af materialet? - umiddelbare tanker. 5. Hvilke faktorer havde betydning for om du valgte at deltage eller ej?
Screening	6. Hvad forstår du ved begrebet/ordet; Screening?

	7. Beskriv situationen omkring da du modtog invitationen til screening med posten? (Følelser, tanker, holdning osv?) 8. Hvilke overvejelser gjorde du dig ift. deltagelse/ikke-deltagelse?
Beslutningsværktøj	9. Brugte du informationsmaterialet? Hvordan/fortæl hvorfor/hvorfor ikke? 10. Hvordan opfattede du materialet?- (var der dokumenter der blev prioriteret højere end andre?) 11. Læste du hele det udsendte materiale? Hvorfor/hvorfor ikke? 12. Kan du huske, om der var nogle ting, du tænkte nærmere over, da du læste det? Godt/dårligt. 13. Synes du, du var tilstrækkeligt informeret til at kunne træffe beslutning om deltagelse/ikke-deltagelse? Evt. fremhæv hvad der var godt/skidt? 14. Hvordan opfatter du arbejdet med at sende prøven tilbage?
Vejledningen	15. Hvordan vil du beskrive den vedlagte vejledning? 16. Anvendte du den? 17. Var der noget du var i tvivl om ift. prøvetagningen efter at have læst vejledningen?
Pjecen	18. Hvad synes du om pjecen? 19. Hvordan brugte du pjecen? 20. Var der noget du lagde særligt mærke til? 21. Søgte du yderligere information? 22. Har pjecens indhold påvirket din beslutning om deltagelse/ikke-deltagelse. Hvorfor/hvorfor ikke? 23. <i>Præsenter den nye pjecer:</i> Hvad er dit indtryk af den?
Afsender	24. Hvad synes du at Regionen og Sundhedsstyrelsens rolle er ift. borgernes sundhed? 25. Hvordan oplever du generelt kontakten med det offentlige? 26. Har det påvirket din beslutning om at deltage eller ikke at deltage at det er Regionen og Sundhedsstyrelsen der udsender materialet? - evt. hvordan/hvorfor?

Risiko	27. Hvad tænker du om risikoen for at få tarmkræft. 28. Var der noget i materialet, der fik dig til at tænke på risiko? Hvordan?
Samlivsstatus/netværk	29. Er screeningen noget i har talt om derhjemme/i omgangskredsen? 30. Havde samlivsstatus/omgangskreds betydning for din beslutning? 31. Tænker du, at du kunne blive/er påvirket af andres beslutning eller holdning?
Forbedringer	32. Har du overvejelser ift. hvordan materialet kunne forbedres? 33. Er der noget, der kunne få dig til at ændre din holdning/beslutning? 34. Var der noget du savnede ved materialet? 35. Er der forbedrende ting omkring tarmkræftscreening, som du mener, er vigtig kommer frem?
Andet	36. Er der noget du har lyst til at uddybe? 37. Hvordan synes du det var, at blive interviewet om emnet?

Debriefing: Interviewet og din besvarelse vil vi bruge til at belyse deltageres oplevelser og opfattelser af informationsmaterialet i forbindelse med tarmkræft screening, og hvilken betydning det har for deltagelse i programmet. I den forbindelse har det været en stor hjælp for os, at du har haft lyst til at deltage i dette interview.

Båndoptagelse af interviewet destrueres ved projektets afslutning – ultimo juni 2017

Det vil til enhver tid være muligt at trække sig fra deltagelse i interviewet. Hvis du efterfølgende får spørgsmål eller noget du ønsker at uddybe yderligere, er du meget velkommen til at kontakte os igen.

Tusind tak for din deltagelse

Bilag 4.3: Transskriberings metode

For at sikre kohærens mellem transskribering, analyse og fortolkning er der i transskriberingen angivet linjenumre ud for hvert citat. Disse linjenumre indgår i analysen ved henvisning til konkrete steder i transskribering, for at lette læsningen.

Projektgruppen opstillede en række retningslinjer for transskriberingen, som skulle sikre ensartede transskriptioner. Disse fremgår af punkterne nedenfor. Derudover er informanten angivet ved køn og alder, eksempelvis M56, for mand på 56 år.

- Interviewer = I
- Observant = O
- Informant/respondent = R.
- Linjeskift: Forekommer kun når der sker skift i hvem der udtaler sig (samme persons udtalelse skrives ud i ét)
- Der transskriberes ordret hvad der siges i lydoptagelsen, inklusiv øh m.m.
Dog kan der udelades hele sekvenser, hvis det er afbrydelser midt i interview, f.eks. at de taler om en fugl der flyver forbi, eller noget der er i hjemmet hvor der interviewes- f.eks. hvis de taler om hunden eller andet som er udenfor interviewets rammer
- Tegnsætning: Komma ved naturlige korte ophold i talestrømmen. Punktum efter endt talestrøm eller ved stilhed i talestrømmen.

Transskribering for hver af de syv semistrukturerede interviews fremgår i næste bilag.

Bilag 4.4: Hermeneutisk analyse

Af det følgende fremgår trin 2 og 3 i den anvendte analysestrategi til analyse af den indsamlede empiri fra semistrukturerede interviews.

4.4.1. Trin: Dekontekstualisering.

Trin 2 indbefattede en dekontekstualisering af transskriberingerne, hvor hensigten var at organisere materialet i meningsbærende enheder. Disse meningsbærende enheder blev tildelt overordnede temaer/kategorier, som fremgår af tabellen nedenfor. For at undgå at analysen blev præget af ét gruppemedlems subjektivitet, blev det besluttet, af gruppemedlemmerne hver især skulle foretage dette trin. Dermed var formålet at finde sammentræf i de overordnede temaer.

Gruppemedlem A	Gruppemedlem B	Gruppemedlem C
1. Demografi	1. Deltagelse er en selvfølge/Besluttet på forhånd.	1. Læser ikke eller skimmer kun, kan ikke huske materialet og anvender det ikke i forbindelse med valg om at deltage.
2. Anvendelse/Slavisk gennemgang/alt blev læst	2. Forsendelsen/postkassen	2. Slavisk gennemgang
3. Yderligere information/behov for at vide mere opstår når det er aktuelt/oplyst på forhånd	3. Materialets udformning: skal være let at gå til: sprog, let, kort, præcist.	3. Beslutning taget på forhånd.
4. Tillid til det offentlige/Deltager når man bliver inviteret	4. Udsendes til eget hjem gør det let at deltage.	4. Hvis man havde hørt noget negativt, havde det måske påvirket til ikke-deltagelse.
5. Effekt/dejligt materialet udsendes/foregår derhjemme.	5. Tanker om risiko	5. Mere overskuelig info med datoer og oversigt over andre screeninger.
6. Forsendelse/postkassen	6. Screening = undersøgelse.	6. Prøvekittets opsamlings pind.
7. Risiko/risikofrit at deltage.	7. Omgangskreds: Netværk/pårørende (sygdom i familie).	7. Kræft i familien
8. Screenings = undersøgelse/mulighed for forebyggelse.	8. System for svar/indkaldelse.	8. Stoler på sundhedsstyrelsen
9. Forståelse/indviklet/kompliceret/Opsamlingspapir/sprog/kort og præcis.	9. Mænd og tabu.	
10. Omgangskreds/sygdom i familien/netværk og pårørende	10. Holdningen til det offentlige.	
11. Ny pjece/forsiden.	11. Opsamling af prøve.	
12. Positivt resultat=tænker ikke mere over det/glemt 14 dage efter/Noget der skal overståes.	12. Forholder sig til materiale/sygdom i nuet: ude af øje, ude af sind.	
13. Mænd og screening/Tabuprøve.		
14. Chance for helbredelse/beslutning/deltagelse er en selvfølge		

4.4.2 Trin 3: Operationalisering

I dette trin blev der foretaget operationalisering af de fundne temaer fra trin 2 med de dertilhørende meningsbærende enheder. Dette resulterede i seks *kategorier*; Besluttet på forhånd, forholdet til afsender, praktiske forhold, anvendelse af informationsmaterialet, risikotanker, omgangskreds. Disse er dermed udgangspunktet for analysen præsenteret i projektets afsnit 5.3.2.

Besluttet på forhånd	M66: Linje 40 - <i>Det har nok været det der med at, det stod det der med i materialet.</i> M66: Linje 27 - <i>Men det havde de åbenbart fundet ud af at det skulle der screenes for, det der. Selvfølgelig ville jeg deltage i det.</i> M66: Linje 40 - <i>Nu har der jo været så meget med brystkræft også at man skulle screenes for, at der var visse aldersgrupper, og så har man åbenbart fundet ud af det her også, at der kunne være en risiko. Og at man er i den risikogrube og sådan noget der. Og så tænkte at så kunne man ligeså godt deltage, når det er på den måde her.</i> M66: Linje 71 - <i>Nej egentligt ikke. Ikke efter jeg forstod det, altså hvad det drejede sig om så havde jeg såmænd ikke noget. Altså det er lige ..., når man får det ind og tænker det her, det skal jeg sætte mig ind i.</i> M66: linje 76 - <i>Sådan har jeg det med alt, det er ligegyldigt hvad det er, jeg skal kunne forstå hvad det drejer sig om. Ellers kommer det bare væk.</i> M66: linje 108 - <i>Ja. Det var for at sætte mig ind i det. Jeg skal vide hvad det er for noget, for ellers har det ingen betydning.</i> k59: Linje 148: <i>Jamen det ved jeg ikke med overvejelser. Altså det, jeg deltager bare generelt i sådan noget hvis man bliver inviteret til det.</i> K59: Linje 175: <i>Så jeg tænkte, ja selvfølgelig vil jeg det når der er nogen der, der spørger.</i> K59: Linje 303: <i>Ja, altså, det havde jeg faktisk besluttet, altså, når jeg hørte nogen der havde snakket om at de har.</i> K59: Linje 308: <i>Der tænker jeg at hvis den kommer til mig, så vil jeg da også</i> K59: Linje 507: <i>Nej, det har det ikke haft, fordi jeg havde besluttet mig på forhånd faktisk så</i> M56: Linje 47 - <i>Det havde ikke noget med det her at gøre. Det var en beslutning jeg sådan set allerede havde på forhånd. Fordi jeg har det sådan, hvis jeg har det mindste, jeg føler der kunne være et eller andet i vejen, og jeg føler ikke der er noget i vejen med min mave, eller jeg kunne have noget, men jeg føler når man bliver tilbudt at få en gratis undersøgelse om sit helbred det er okay, så tager jeg imod det. Sådan er jeg indstillet.</i> M56: Linje 54 - <i>Ja, Det det var sådan , det var sådan at ligeså snart jeg så det stod et eller andet . Der var en brev med, tror jeg.</i> M56: Linje 57 - <i>Der stod nemlig om man ville deltage. Og at det var frivilligt og sådan. Og allerede den dag havde jeg besluttet mig at jeg ville.</i> M56: Linje 60 - <i>Ja. Og det ville altså også være uanset hvad andet jeg fik tilbudt at blive undersøgt for. Så ville jeg også tage imod det.</i> M56: Linje 305 – <i>nej</i> M56: Linje 307 - <i>nej, det var det ikke, men det blev det lige så snart jeg fik, så det her fordi så tænkte jeg, hvad fa'en er det for noget, har jeg bestilt nogle prøver, eller. Så læste jeg det og så, nå det er sådan én.</i> M52: Linje 42: <i>jamen man bliver jo oplyst om at det der med at det er lettere hvis man kan forebygge kræft, og så skal man have fat i tingene så tidligt som muligt og helbrede det, før man finder ud af det. Og så kan man jo godt gå med forstadier i lang tid uden at få symptomer, det er bare med at se at komme i gang.</i> M52: Linje 249: <i>ja, og jeg har det sådan at hvis der er nogen ting, hvor man få lavet nogen screeninger og de kan indgå nogen problemer mere fremadrettet, så er det lettere at komme over nogen ting, og så er det jo en rigtig fornuftig ting ikk å</i>
-----------------------------	--

M52: Linje 54: *Jeg var jo oplyst om at jeg ville få sådan en prøve når jeg blev 50. Så jeg var forberedt på at den kom, og det.*

M52: Linje 117: *Ja, som jeg sagde før, så vidste jeg godt at man fik det der prøvesæt når man bliver 50. Det var jeg sådan set forberedt på at det kom, det havde jeg ikke. Så det var jeg forberedt på jeg skulle have lavet sådan en prøve*

M52: Linje 69: *det skulle selvfølgelig gøres, jeg havde ikke noget med sådan, at selvfølgelig er man da spændt på når man sender prøven, om der var noget.*

M56: Linje 189: *Nej, nej, jeg havde jo besluttet inden at jeg fik den.*

K50: Linje 135: *og jamen også mine venner som havde fået den lavet. Sådan var det bare, at det. Det var jeg klar til. Det var jeg slet ikke i tvivl om.*

K50: Linje 123: *Jeg har altid haft den holdning, at hvis jeg kan forebygge noget, så vil jeg deltage idet. Det har jeg altid haft. Så de overvejelser de var egentlig ikke ret lange.*

K50: Linje 257: *Nej, den var taget inden*

K50: Linje 330: *Havde min mand valgt ikke at gøre det, så havde jeg gjort det alligevel, så nej det har ikke påvirket min beslutning.*

M51: Linje 70: *Nej jeg synes bare at øh, det, sådan nogle kræftformer og sådan nogle ting der, man har jo hele tiden hørt at øh, jo hurtigere det bliver opdaget jo bedre chancer er der for og, at det kan blive helbredt.*

M51: Linje 76: *så der var ingen tvivl, det var, selvfølgelig skal man gøre det.*

M51 Linje 1091: *For beslutningen den var jo sådan set taget jo ikke. Ja og så, så var det jo bare med at få taget prøven og så, komme videre.*

M51: Linje 1077: *Altså jeg, jeg, og så alligevel, jeg ved ikke hvor at, at øh, at man skulle vide at den der den kommer, det er jo ikke sådan at, øh, jeg sidder ikke og læser avisen og statstidende og nu har sundhedsstyrelsen informeret eller sådan et eller andet. Det, det sidder jeg ikke og læser.*

M51: Linje 1154: *R: Nej det er det ikke. Det har, det har noget at gøre med at øh, og det lyder meget egoistisk øh, hvis det har noget at gøre med min eller min families sundhed så er det noget man deltager i.*

K51: Linje 70 - *Ja, men jeg tænkte jo egentlig at det er fint at blive screenet. Det ved jeg jo godt, hvilken betydning det har.*

Så jeg tænkte egentlig ikke videre sådan dybere over det, jeg læste det hurtigt igennem og tænkte, ja, men det skal jeg selvfølgelig være med til.

K51: Linje 81 - *Og viden om at kan man fange det i, i et tidligt stadie, så er der større chance for overlevelse, og så tænkte jeg at det er fint at der er de screeningsmuligheder. Så jeg satte egentlig ikke spørgsmålstejn ved det, jeg tænkte bare med det samme jamen det, det er jeg selvfølgelig med i.*

K51: Linje 186 - *Så det tror jeg ikke, jeg tænkte bare med det samme jamen det skal jeg selvfølgelig være med i.*

K51: Linje 242 - *, så tænkte jeg at det skal jeg jo selvfølgelig bare være med til. Når jeg har fået det tilbud.*

K51: Linje 525 - *Nej, for jeg tror at ligegyldigt hvad, så havde jeg sagt ja, ikke også.*

K51: Linje 501 - *ja ja, og jo, det er noget jeg kommer til at tænke på, som også har en betydning for det, når man er med i en screening, det er om man kan gøre noget ved det. Man bliver opdaget, det der bliver opdaget. Hvis man nu ikke kunne gøre noget ved det, ikke også, altså så skulle jeg ikke være med til det, fordi så er det jo bedre at leve i uvisheden ikke også, så i det øjeblik hvor man kan gå ind og forebygge eller måske behandle på et tidligt stadie og sådan noget, så giver det jo mening.*

	Det giver ikke mening hvis at, en screening for noget som man egentlig ikke kan gøre så meget ved. K51: Linje 511 - ja så ville man jo bare, ja, så sås sidder man bare med en eller anden viden som man ikke kan bruge til noget. K51: Linje 80 - Nok egentlig den viden som jeg så også har om kræft, ikke også, såeh. K51: Linje 87 - så det er nok egentlig, egentlig den viden som, som jeg har som gjorde at jeg tænkte at, at det skulle jeg selvfølgelig være med i. K51: Linje 185 - Fordi jeg ved en masse om det i forvejen, ikke. K51: Linje 228 - jamen det er jo fordi jeg har den viden om det i forvejen, som jeg har ikke også, K51: Linje 234 - inden jeg fik brevet, at jeg ville være med? Jamen jeg havde ikke hørt om det inden jeg fik brevet K51: Linje 239 - neej, det havde jeg egentlig ikke, jeg var ikke klar over at, at man lavede det screeningsprogram i Danmark. Men. Men jeg ved jo godt man laver screeningsprogrammer generelt, K51: Linje 258 - ja ja ja, der var ikke noget, jeg var ikke i tvivl overhovedet. K51: Linje 295 - nej, nej. Men jeg tror det er fordi jeg har den.
Forholdet til afsender	M66: Linje 28: Men det havde de åbenbart fundet ud af at det skulle der screenes for, det der. Selvfølgelig ville jeg deltage i det. M66: Linje 41: - Nu har der jo været så meget med brystkræft også at man skulle screenes for, at der var visse aldersgrupper, og så har man åbenbart fundet ud af det her også, at der kunne være en risiko. Og at man er i den risikogruppe og sådan noget der. Og så tænkte at så kunne man ligeså godt deltage, når det er på den måde her. M66, linje 104: Der stod vist et eller andet sted at man kunne gå på nettet, og få yderligere oplysninger. Og for at se hvad pressen havde skrevet. M66: Linje 227: Så havde der jo nok været en større modstand omkring det i den offentlige presse. Hvis det var sådan, at det var noget negativt. Så ville man nok have hørt om det. M66: Linje 175: Jo men, hvis ikke de skulle tage hånd om det. Hvem skulle så. Hvis der er nogle risici ved en eller anden sammenhæng. Altså hvis man mener det, hvem skulle ellers tage hånd om det. M66: Linje 178 - Jamen nu har jeg såmænd ikke sådan haft kontakt med det offentligt. Kommunen har jeg haft et godt forhold til. Så nok generelt er jeg blevet behandlet ordentligt. Nu er det meget lidt jeg har haft med sundhedsvæsenet at gøre, altså, jeg har selvfølgelig været ved læge nogle gange og været på sygehuset en enkelt gang, men jeg syne faktisk jeg er blevet behandlet ordentligt. Til gengæld vil jeg så sige, at jeg havde nogle temmelig negative oplevelser ifbm. min far. Da han havde brug for. Han var 82-83. Han ringede jo en aften og sagde vi skulle, han havde ondt jo. Og så kommer jeg derud, jeg kan ikke gøre noget, så ringede jeg 112, få fat i en sygeplejerske som jeg snakkede lidt med. Og blev enige om at han skulle indlægges. Og så var det jo så ambulance. Så kommer han derop ved sekstiden om aftenen. Og der er ventetid selvfølgelig, så ligger han der. Og først kl. halv elve finder de ud af, at det kunne da godt være at manden har lyst til lidt at spise. Og så fik han et par skiver brød. Og så blev han undersøgt. Og så kørte jeg hjem. Og jeg regnede jo med at de beholdte ham der. Så ringede de da klokken var halv et, og sagde, jamen de kunne ikke gøre mere, han blev sendt hjem igen. Og så sidder mand der. Jamen de sendte så bud efter transport til ham, og den kom først kl. seks om morgen. Så har han siddet derop hele natten og fik hverken fået vådt eller tørt. Det synes jeg sgu ikke man kan byde M66: Linje 195 - Og der var sådan flere ting i forbindelse med, men altså, jeg havde sådan fornemmet at det var personalemangel. M66: Linje 200 - Nej. Nej. Det har det ikke. Men jeg har aldrig selv oplevet noget. Jeg har altid haft sådan rimelig godt forhold til.

K59: Linje 659: Altså, nu ved jeg ikke engang men øh mammografi, jeg ved ikke om det er sundhedsstyrelsen. Jeg lægger ikke så meget mærke til hvor det kommer fra, jeg lægger mere mærke til hvor skal jeg møde op henne.

K59: Linje 694: Nej det er lige godt hvem det er.

K59: Linje 723: jeg tror, mm, jeg tænker ikke så meget på om det er sundhedsstyrelsen eller det, hvad det er, altså, hvem der står.

K59: Linje 1387: Jeg siger til ham, jeg tror de har glemt dig. Og jeg får jo aldrig ham til lægen og gøre sådan noget frivilligt. Det ved jeg.

K59: Linje 853: og så øh, og så havde han så glemt at oprette sådan en e-boks, og så var der en eller anden der sagde, jamen der kunne jo ligge nogle indkaldelser deri, man ikke fik dem per brev længere. Jeg ringede endda til sygehuset for at høre hvorfor han ikke var blevet indkaldt, øh, fordi jeg tænkte, han er ældre end mig og hvis det kommer efter alder og

M56: Linje 491 - Ja. Men igen der er jeg nok lidt atypisk. Jeg ved der har kørt en del i fjernsynet, jeg ser næsten aldrig fjernsyn, men jeg tror da der har kørt sådan nogle kampagner engang i mellem. Det synes jeg, jeg har hørt. Og jeg mener aldrig man kan informere for lidt om hvad vi mennesker skal holde øje med. Men jeg kan ikke sådan lige sige om det burde være noget mere information omkring tarmkræft. Det synes jeg ikke.

M56: Linje 524 - Og der er så der jeg mener, at i fremtiden kunne jeg godt forestille mig at der bliver behov for sådan meget mere målrettet information til de enkelte borgere. Men der er medierne så bliver meget meget bedre, for der er. For nogle år tilbage kunne man sende en mail, nu kører det hele over e-boks. Så det hele er sat op i systemer, så behøver det ikke være en offentlig skræmmekampagne. Det kan bare lige være, når man bliver 40 så ryger der en mail af sted. Når man bliver 45 så ryger der en mail af sted osv. ... Det behøver ikke være så kompliceret. Man behøver ikke bruge 50 millioner på landsdækkende kampagner.

M56: Linje 26 - Og jeg tænkte at, nu skal det ikke lyde forkert, men jeg synes altid der har været meget fokus på at vores kære piger de skal undersøges for brystkræft og alverdens ting og sager. Og så gik jeg og tænkte, hvorfor skal vi mænd ikke undersøges for et eller andet. Derfor synes jeg faktisk det var meget positivt at det var blevet vedtaget at det skulle udføres sådan en undersøgelse.

M56: Linje 379 - Det synes jeg jo det er positivt, at vi mænd også får det her, du burde blive tjekket. Så jeg synes det er meget positivt.

M56: Linje 385 - Ja, for det er det her med. Og selvfølgelig ved jeg godt, at der er mange flere piger der får brystkræft, end mænd der får kræft andre steder. Men det kan godt være, at nu kommer det ud i sådan en lidt forkvaklet fortælling, men det er det samme med, at der er så enormt meget fokus på kræft. Og kræft det er også noget forfærdeligt noget, men der er saftusme også andre sygdomme. Der er også rigtig mange andre mennesker der burde hjælpes, det behøver ikke kun, det behøver ikke være kræft det hele, og det er der. Og jeg mener her med, det hele behøves ikke kun gå på livmoderhalskræft eller brystkræft det hele, vi andre kan altså også godt have kræft, som også burde være lidt i de offentlige, hvad skal man sige, fokusområde.

M56: Linje 394 - Piger bliver undersøgt i hoved og røv, og det gør mænd ikke. Så der synes jeg det er positivt at man siger at, man kunne måske undgå nogle.

M56: Linje 63 - ja selvfølgelig.

M56: Linje 65 - Jeg vil gerne være her så længe som muligt, og derfor synes jeg også det er helt naturligt at tage imod at når samfundet betaler for sådan en undersøgelse, den er heller ikke hel gratis. Så, så vil jeg selvfølgelig tage imod den. Men det er min indstilling, og det er den vi snakker om.

M56: Linje 404 - Nej, ikke sådan, nej. Nej for det offentligt kan jeg ikke gå og holde øje med sådan 100 %, det er der ikke penge til. Nej, der vil jeg ikke sådan lige komme med noget.

M56: Linje 407 - ikke mere end andre. Nu driver jeg min egen lille virksomhed. Og selvfølgelig er man lidt mere med den vej rund med told og skat, moms og alt sådan noget der. Og selvfølgelig har man berøring med det offentlige mange steder, men det er sådan en overordnet instans i mine øjne, som jeg som almindelig borger ikke behøver at være i tæt kontakt med.

M56: Linje 412 - Jamen det er så sjældent, jeg har brug for det. Men det offentlige er jo sådan én, man kan jo ikke lige gå hen og banke på døren, goddag jeg vil godt lige snakke med én eller anden. Det er sådan lidt

kompliceret. Men jeg driver også selv en virksomhed, jeg ved godt at der skal penge ind for at man kan bruge penge, og man ved godt, den her statskasse, der sidder man og fordeler meget nøje, og det offentlige kan jo ikke gøre alt, og derfor er det, at jeg synes det er positivt at man eksempelvis har besluttet at man skal indføre den her undersøgelse, fordi der er en risiko. Så jeg synes det er fint at man gør det. Men det spørgsmål du stiller det er, min sådan generelle tilgang til det offentligt.

M56: Linje 423 - nej.

M56: Linje 425 - Det er ego

M56: Linje 498 - Men nu er jeg igen af den gamle skole. Jeg er ikke af den skole hvor det hedder det er samfundets skyld. Det er samfundet der skal sørge for mit liv fungerer. Det samfundet der skal sørge for at jeg ikke bliver syg. Det er ikke sådan jeg tænker. Jeg tænker, jeg er sat i verden for at klare mig selv. Og jeg behøver ikke blive overbeskyttet. Det er også sådan med børn i dag. Det er samfundet skyld at forældrene ikke opdrager deres komplet umulige møgunger, og alt det der. Men det er bare sådan. Men jeg forstår jo godt i spørger, for det den udvikling der sker. Fordi lille Else kommer 10 minutter for sent i skole, fordi Mercedesen sad fast i en snedrive så de ikke kunne køre helt op til døren, jamen det er samfundets skyld at der ikke er ryddet det sne, samfundet burde informere om at de skulle køre 10 minutter før fordi der er sne i dag. Men sådan er jeg ikke, for jeg ved at jeg skal klare mig selv. Og der behøver ikke være noget der skal sige til mig, husk nu at kigge ned i postkassen engang imellem.

M56: Linje 294 - Ja, men det er jo en god information. Men du har jeg også af den gamle skole, og det er vi jo alle os gamle røvhuller de sender ud til, som er over 60, eller hvad vi nu er, vi er vant til at have det på papir. De andre, afføring, dikkedikkedik, ja den er fin. Men det her er sådan noget hvor jeg godt gider have et stykke papir.

M56: Linje 514 - Dem Sundhedsstyrelsen henvender sig til her, er i aldersgruppen 55-70, og den generation har lært altid at du skal klare dig selv. Det her, det kan godt være at den generation der skal undersøges om 20 år, den måske nok skal have meget mere information, fordi det er udviklingen, at samfundet skal ligesom sørge for det hele. Og du skal have en mail når du skal et eller andet. Nu kan du se, også det nye med at der er udviklet robotter, skeletter man kan koble sig ind i, så behøver man slet ikke at lave noget. Det er måske mere, du skal bare sørge for at hælde noget i, og så skide. Så skal samfundet nok sørge for at skifte batteri. Men vores generation,

M56: Linje 539 - Helt ærligt så synes jeg faktisk det er fint at følge op på sådan noget, fordi nu tænker jeg ikke lige på at I har det som et projekt, men jeg tænker på at generelt, er det jo godt at finde ud af, er det her nu det rigtige. For mange gange er det jo unge mennesker der sidder og laver det til nogle gamle røvhuller. Og det er noget med, hvordan snakker vi sammen, har vi samme sprog, samme tilgangsvinkel dertil.

M52, linje 54: Ja, som jeg sagde før, så vidste jeg godt at man fik det der prøvesæt når man bliver 50. Det var jeg sådan set forberedt på at det kom, det havde jeg ikke. Så det var jeg forberedt på jeg skulle have lavet sådan en prøve

M52, Linje 199: jeg ved ikke om der er nogen der frygter at det er nogen farligt noget, altså det. Jeg har ikke nogen problem med at det er sundhedsstyrelsen og regionen der sender det ud til mig. Det er jo også sundhedsstyrelsen der har med det at gøre, så selvfølgelig skal de også sende det ud

K50, Linje 313: Jeg betragter jo mig selv som sund og rask, men jeg kan jo ikke vide hvad dagen i morgen, hvad der lige pludseligt dukker op. Derfor tænker jeg også, at kommer der nogen tilbud af den art, jamen det tager jeg da imod med kyshånd.

K50, Linje 388: De sender jo at man skal huske at sende en ind hvis man ikke lige hurtigt har gjort det. De kan jo sende en SMS. På mail tjekker jeg ikke altid. Så kan man få en påmindelse hvis man har glemt det.

M51, linje 649: Vi har et tilbud. Øh, der er jo ikke nogen grund til at, at oplyse alle sammen om hvad, eller, det skal vi jo men altså hvad endetarmskræft, hvad er det det indebærer og hvad det er og alt sådan noget. Den information, den synes jeg jo, den kan man jo så søge, når den tid så kommer, hvis den tid den kommer.

M51. linje 1000: I forhold til. Tror du at, at flere ville måske åbne den.

M51 Linie 2002: Jeg tror jeg ville.

M51 Linie 1006: Fordi at sådan når man åbner sådan en her og der kun står bogstaver så, så er der ikke noget øh, billeder af enhver form, det fanger jo ligesom

M51, Linie 1011: Mere ens interesse ikke.

M51, Linie 1015: Og der står garanteret det samme i den der som der står i den der, men den der er bare mere indbydende.

M51, Linie 1018: Okay, så det er fint at det er, det er forbedrende

M51, linje 719: Jamen øh, den har, den har jo været, altså det har, generelt har det været en positiv oplevelse. Øhm, udviklingen har bare gået øh, fra det første tilfælde af kræft i familien til nu for eksempel, at der er flere helbredelsesmuligheder.

M51, linje 725: Øh, altså, men på hvert given tidspunkt har det jo været øh, tilstrækkeligt, eller hvad man skal sige. Det de vidste havde vi fået at vide.

M51, linje 730: og udviklingen den forsætter jo hele tiden så du kan jo ikke dvæle om hvad, på noget der er sket for 20 år siden for de har bare fundet ud af så meget mere.

M51, linje 740: Og det synes jeg altid at når man har haft kontakt med sundhedsvæsenet altså, med hensyn til om det var sygehus eller læger eller sådan nogle ting der jamen, jeg har aldrig haft problemer overhovedet.

M51, linje 759: Så jeg har kun gode oplevelser med sundhedsvæsenet.

M51, linje 750: og de har også været gode til når man ville have klar besked så ville man få klar besked.

M51, linje 754: og øh, jeg synes at, at de har altid været gode til og, og øh, føle lidt på, hvornår man vil have noget at vide og hvornår man ikke ville have noget at vide.

M51, Linie 1154: Nej det er det ikke. Det har, det har noget at gøre med at øh, og det lyder meget egoistisk øh, hvis det har noget at gøre med min eller min families sundhed så er det noget man deltager i.

M51, Linie 1160: Øh, hvis det har noget at gøre med en generel oplysning om at øh, nu øh, rygning nu er det usundt, det ved vi godt, så det, det behøver jeg ikke at få at vide. Nu er det usundt at drikke 28 liter sødmælk om dagen ikke eller sådan noget der, det behøver jeg heller ikke at få at vide. Men altså når det er noget med, med personlig, øh sundhed, for, for mig selv og min familie, og de kommer med en invitation med at, nu øh, har vi et tilbud om at du skal deltage i et eller andet der ikke, jamen så deltager jeg.

M51, Linie 1169: Og så opfordrer jeg, så vil jeg også opfordre min familie til at deltage.

M51, Linie 1173: Ikke nødvendigvis fordi det kommer fra sundhedsstyrelsen eller Region Nordjylland.

M51, Linie 1177: Så havde jeg også øh, deltaget.

K51, linje 89 - Og så ved jeg jo også godt at det har en betydning for, for, for, altså at befolkningsundersøgelser har andre betydninger end bare lige for mig, ikke også. Så det syntes jeg egentlig er fint nok at være med i, ja.

K51, linje 312 - det ved jeg ikke. Ehm. Jeg tro ikke engang jeg sådan overvejede det da jeg fik det, at det var fra regionen.

K51, linje 324 - nej, nej nej. Nej, ikke noget jeg har overvejet overhovedet.

K51, linje 334 - Men det er jo mest det man husker, ikke også, det er de trølse episoder, eller dem der tager lang tid, og sådan noget, når det bliver besværligt at få fat i folk. Og det er eh.

Det gør det jo nogen gange når man skal have fat i nogen i det offentlige. Så tager det lang tid, så er det besværligt.

K51, linje 342 - Jeg synes det er besværligt at komme i kontakt med, med ens læge f.eks. Det er blevet meget besværligt i [].

K51, linje 352 - der er kommet større distance, og det er blevet sværere at komme i kontakt og og få en dialog med læge og så videre, det synes jeg.

	K51, linje 357 - ja, men det er jo nemlig det i det her er det jo lidt noget andet, ikke også, der er det jo dem der spiller ud, ikke også, og svarer, der var jo ingen problemer. Der var jo heller ingen problemer med at få svaret på prøven, og det var den kontakt der har været i forhold til screening ikke også, og der har jo ikke været nogen problemer. Det er mere hvis man af andre grunde vil have kontakt. Så er det i hvert fald det man kan huske, det er der hvor at, at det bliver besværligt, ikke også, at man ikke kan få kontakt med det samme, og det er langtrukket, kan det være, og så videre og så videre, så. K51, linje 367 - nej, nej overhovedet ikke. Nej fordi der tror jeg også, at der sætter man jo også sig selv med idet, ikke også også siger, jamen for en ekstra skyld, så lader man sig selv være med i et screeningsprogram, fordi man får en viden om sig selv også, ikke også. Såeh. Det er sådan lidt anderledes. K51, linje 590 - Jeg har haft pappiloma virus da jeg var ung, og har derfor, er blevet screenet for livmoderhalskræft et par gange, eller nogen gange. Og så får jeg at vide at jeg skal screenes hvert andet år, tror jeg det er. Og der, så undrer jeg mig lidt over om jeg selv skal kontakte lægen hvert andet år, eller om man bliver automatisk indkaldt. Og denne der, ja, og denne der viden om at man bliver indkaldt igen eller ej, den tror jeg godt det kan stå noget yderligere i sådan noget materiale. Nu ved jeg godt det ikke er sådan en, men det har jeg i hvert fald tænkt i forhold til den med livmoderhalskræft ikke også, at fordi jeg kan ikke huske, hvornår var det nu jeg blev sidst, ikke også. Ehm, og jeg har ikke rigtigt, aldrig helt fundet ud af hvordan det egentlig. K51, linje 626 - ja, ja den der information i forhold til det, har jeg i hvert fald manglet i forhold til den anden. K51, linje 107 - man laver screening i, så en, en større undersøgelse af en befolkningsgruppe. K51, linje 657 - jamen jeg tænker, nu screener man for tarmkræft, screener man egentlig for noget andet, ikke også, jeg tænker på, gør man det i Region Nordjylland, det ved jeg faktisk ikke, nu jeg tænker på. K51, linje 676 - Ja, du kan se, nu siger du også øh- så en oversigt over, hvad er det nu lige i sådan et livsforløb, man egentlig måske kunne forvente. Det ved jeg godt, det ændre sig hele tiden, men den kan jo godt ligge digitalt et eller andet sted ikke også.
Praktiske forhold	M66: Linje 31 - Jeg læste det selvfølgelig igennem og så skulle jeg finde et tidspunkt hvor det kunne gøres. M66: Linje 128 - Nej, der var ikke noget. Den var lige til at gå til. Jeg synes ikke der var nogle problemer overhovedet. Den var lige til at gå til. M66: Linje 133 - Ja, jeg havde ikke nogle spørgsmål omkring det der. M66: Linje 29 - Havde jeg ikke fået det så havde jeg ikke fået det undersøgt. M66: Linje 43 - Det er så nemt. Der skal man ikke til at køre nogle steder for, og bestille tid og alt det der. Det er meget afgørende for om jeg deltager i nogle ting, det er om man skal bestille tid i forvejen. M66: Linje 32 - Det skulle også passe med så det kunne blive sendt på de rigtige dage. M66: Linje 121 - Jamen det er, det var ikke. Det var jo sådan set bare over i postkassen. Om mandagen. M66: Linje 123 - Og så lige passe på, ikke lige at sende det til en weekend. Jeg ved ikke, hvad gør de nu i dag hvor posten ikke kommer til tiden længere, så. M66: Linje 237 - Og der var ikke sådan noget uhygiejnisk synes jeg. Det synes jeg faktisk ikke det var. Det kan nok ikke gøres ret meget bedre. M66: Linje 237 - Det ved jeg ikke, om det kan gøres bedre end det er, for det var jo lige til at gå til. K59: Linje 158: og så får man det bare aldrig gjort. Så, jeg tænkte, det er da dejligt, at det kommer hertil, Så bliver det til noget. Altså.

K59: Linje 369: *Jamen jeg tænkte som sagt, det er også derfor jeg læste det flere gange for at man skulle gøre det hele rigtigt ikke og så det der film der skulle sættes på.*

K59: Linje 199 - *Det var nok hvis nu at man lavede et eller andet og så det var forkert, og så, nå, så, fik man jo ikke tjekket noget alligevel.*

k59: Linje 321: *Der var noget med at den skulle hurtigt i postkassen eller sådan et eller andet.*

K59 Linje 341: *Men ellers så, tænkte jeg ikke på andet end den skulle, det var noget med at den skulle i hvert fald afsted samme dag, eller sådan et eller andet for at det kunne nå frem.*

k59: Linje 378: *og altså det er jo ikke besværligt at skulle i postkassen altså*

K59: Linje 357: *øh, jo det var sådan lidt kompliceret, synes jeg, måske, det var det, det var noget med det film det skulle sidde eller.*

K59: Linje 392: *det var nok det værste, det der med at få det der film sat på, eller sådan.*

K59: Linje 521: *Ja der kunne have stået at det øh, et eller andet, det med det man bruger, at det kunne, hvis der var en risiko med det men*

K59: Linje 526: *altså det er der jo ikke. Det var jo ikke noget man skulle spise eller, eller noget, men indkaldsystemet hvis det havde været et eller andet, man skulle drikke et eller andet først og som de havde skrevet der var en risiko ved det så kunne det da godt være man havde tænkt.*

K59: Linje 1191: *Nå ja der kunne man måske have oplyst hvad system de bliver, man indkalder efter, eller hvorfor, hvorfor jeg blev kaldt ind, der kunne de måske godt have oplyst at, øh, først indkalder vi alle mændene eller*

K59: Linje 1248: *Jeg kan ikke rigtigt finde noget system i hvad de kalder ind efter når, når han er blevet kaldt ind og jeg er blevet kaldt ind, når jeg er en kvinde og han er en mand altså*

K59: Linje 1004: *Det er jo ikke sådan at du, møder frem og har en negativ oplevelse med nogle personer, altså, så jeg kan ikke lige, altså der er ingenting negativt ved den her*

K59: Linje 1011: *Men hvis nu det havde været en anden undersøgelse hvor man skal møde til, nede ved øh, Hirtshals-lægerne eller sådan*

K59: Linje 1016: *og så Fru Andersen eller, det er hende der står for det, man får at vide, hun altså, det er simpelthen, hun var da totalt ligeglad og hun gjorde det ikke ordentligt eller et eller andet.*

K59: Linje 1021: *og så kan det godt være, altså, hvis man skulle afgive en blodprøve eller et eller andet og det dur hun ikke til så hvis det er hende du kommer ned til så skal du ikke, altså*

K59: Linje 1032: *fordi hvis du skal jo ligesom, møde op og så, så kan oplevelsen blive en helt andet altså*

K59: Linje 1294: *Så det er derfor det er godt nok at, og det var også derfor jeg tænkte, mandfolkene dem tager de nok først for det er ligesom sådan en skrøne med at, det er dem der går mindst til lægen ikke, så synes man, så tager vi dem først altså*

K59: Linje 860: *men på sygehuset sagde de bare, eller jeg fandt i hvert fald sådan et eller andet nummer hvor man kunne ringe og*

K59: Linje 865: *og høre hvorfor. Jeg tænkte lidt på de der, der var noget indkaldelse til noget livmoderhalskræft eller*

K59: Linje 870: *der var blevet væk i systemet, de var ikke poppet op og så*

K59: Linje 874: *gjorde de opmærksom på de skulle indkaldes, at om der var sket sådan et eller andet. Det var ligesom, nej nej det får han nok engang*

K59: Linje 926: *Ja. Men jeg har nok googlet et telefonnummer eller sådan et eller andet fordi alt det her det havde jeg jo ikke længere så*

K59: Linje 904: Øhm, det, måske søgte jeg bare. Jamen jeg tror at jeg gik igennem Hjørring sygehus eller sådan et eller andet, jeg har bare søgt et nummer og så, måske blevet stillet videre eller sådan et eller andet

M56: Linje 77 - Ja, det vil jeg godt. Men jeg føler lidt, som du selv siger, at jeg har svaret lidt på det, for jeg så det kun som positivt. Og jeg kunne se at der var styr på hvordan tingene de var. Og det var godt beskrevet med at væske der skal forblive, og alt sådan noget. Så det var bare helt naturligt. Nu ved jeg ikke om det kommer senere, men jeg var selvfølgelig sådan lidt med, hvor mange liter skal der sendes med, eller hvor meget er det. Og hvor tager man lige prøven, hvor skal de taget. Det står meget tydeligt beskrevet også med at man skal skrabe i yderfladen, og jeg synes det var meget fint udformet.

M56: Linje 34 - ja, når det er noget med at sidde og rage i sin egen afføring, tænker man selvfølgelig altid, hvordan hulen gør vi lige det der. Skal vi have en rumdragt på eller hvad. Men siden jeg så hvordan udstyret så ud, så var det sådan set lige ud af landevejen. Godt beskrevet med hvordan man kan bruge det her skyllesystem. Jeg synes måske det var lidt avanceret at gøre så meget ud af det. Det har man så valgt, og så kan alle jo også finde ud af det.

M56: Linje 40 - Jamen det var. Jamen det var især det der med den der afførings opsamlings-papir. Jeg synes, det var måske lidt meget at gøre ud af det.

M56: linje 117 - ja men det var det som jeg sagde. Jeg skulle lige være hel sikker på at jeg fik gjort det her rigtigt med at få skrabet, lagt det i og lukket osv. osv. Men det var også det eneste jeg sådan tænkte ekstra over. For det andet det står meget godt beskrevet deri. Og også det her med at det er vist lige nøjagtigt hvordan man skal sætte de her fire lim-punkter på potten.

M56: Linje 123 - nej, det var fordi jeg ville være sikker på jeg fik det lagt rigtigt i den der. Og især det der med at der er en væske deri, og normalt når man ser noget med væske i, tænker man det opløser det her, den skal jeg måske hælde ud eller et eller andet. Så det var der jeg lige tænke, jeg må hellere læse det en ekstra gang for at være sikker på at væsken skal forblive deri.

M56: Linje 171 - Jamen det var fordi. For at sige det rent ud af posen, så synes jeg opsamlere heri ikke er alt for god, for der står man skal skrabe i overfladen, og man skal sørge for at de der riller i selve pinden, eller hvad den nu er, opsamlere der, den synes jeg ikke er udformet allerbedst.

M56: Linje 177 - jeg synes at den skulle have været mere konisk udformet, sådan at med et par skrab, så bliver det sådan en lille

M56: Linje 180 - Ja. Fordi den ligner sådan set en lille honning-ske.

M56: Linje 182 - For det er sådan helt lige plader. Og lige plader de skaber altså ikke helt ligeså godt, som hvis det havde været sådan en lille snegleform. Så det var sådan lige, men det har jo selvfølgelig også noget at gøre med. Ja, nu er det jo lortesnak vi er inde på her. Det har noget at gøre med hvordan ens afføring den er den dag, og tilfældigvis var min meget hård den dag, og så kan det altså godt være lidt svært at få den lagt i. Så det var min eneste, sådan, da jeg så den her udformning, at jeg så tænkte den kunne have været udformet bedre.

M56: Linje 192 - Og når det er sådan lige plader, er det lige før man skal have en finger på for at presse det derind i. Så jeg synes designet på opsamlingen er for dårlig

M56: Linje 195 - Det er for dårligt, for den er beregnet til at samle lort op i, så skal det også være sådan at det er nemt at gøre det. Og det var jo så en af de ting jeg tænkte på. Og det er jo ikke jer der laver den, men nu snakker vi.

M56: Linje 202 - men det er måske også fordi jeg er lidt firkantet skruet sammen, og nu sidder jeg og arbejder med design hele tiden, og da jeg så så den der, tænkte jeg også det bliver måske lidt svært. Men da jeg så fandt ud af at den også var svær at bruge, så da Ann skrev til mig, tænkte jeg også det vil jeg lige huske.

M56: Linje 246 - Og så blev der så beskrevet heri det der med for og imod undersøgelse, ulemper osv. Ulemper, for mig er det næsten, men jeg kan godt forstå at der er noget der er: Uha, skal jeg rode i min egen afføring, men altså når man har børn osv. osv. altså så står man jo og roder i deres afføring og sådan noget, så om man skal tage en prøve af sin egen, det ser jeg ikke noget ubehageligt i.

M56: Linje 213: Nej.

M56, linje 135 - Og så vil jeg godt lige, hvis jeg lige må komme med en tilføjelse. Det eneste jeg har tænkt på, der måske skulle stå heri det er jo, at det her materiale ikke er blevet opdateret efter de her nye postregler. For

der står jo noget med, nu kan jeg jo ikke helt huske det, om at man skal helst have det først på ugen, fordi den skal nås at analyseres, man skal ikke sende den torsdag eller fredag, tror jeg der står heri.

M56: linje 142 - Og så det med, Når man går hen og putter noget i en postkasse i dag, så er det jo sådan, at der kan godt risikere at gå fem dage før det er fremme. Så jeg synes måske der skulle have stået heri at man skal undersøge hvornår postkassen bliver tømt, fordi nogle af postkasserne bliver faktisk kun tømt onsdag og fredag.

M56, linje 147 - jeg lagde det i ganske almindelig postkasse, og jeg fik svaret to dage efter. Så det gik hurtigt, der er ikke lige nær det, men med de nye postregler synes jeg måske man skulle have gjort opmærksom på

M56, linje 152 - Fordi, hvis jeg lige må spæde til, det jo ligger i det er, hvis man afleverer det på et posthus, eller et af de der posthuse der ligger i dagligvare-butikker, så kommer den jo i postvæsenet med det samme.

M56, linje 160 - nej nej nej. Om der ligger en prøve på en bordplade heri eller en afføringsprøve, det er jeg fuldstændig ligeglad med.

M56, linje 482 - Jeg har nævnt det her med punkt 16, der kunne man indføre lidt mere med.

M56: Linje 250 - Men jeg kunne godt forestille mig at mange måske ville være lidt bange. Men nu snakker du om selve pjecen her, og så står der så fint beskrevet omkring det her med afføring og prøven, og sådan noget med hvornår der er svar og sådan noget. Senest 10 dage, og det er sådan noget med, at hvis man er inde og få taget en blodprøve, så tror man sådan noget med, hvornår kommer der nu svar. Men her har man så ligesom sagt jamen 10 dage, okay, så hører jeg noget deromkring, og det var meget positivt, jeg fik svar allerede indenfor 2 dage.

M52: Linje 90: Altså. Jeg læste det en enkelt gang, og jo, så læste jeg det en gang mere for at finde ud af hvornår jeg fik svar efter man havde sendt den ind

M52: Linje 104: Ja, det vil man jo altid gerne vide, hvor hurtigt man får et svar, selvom man ikke regner med at der er noget, så vil man jo gerne have et svar under alle omstændigheder.

M52: Linje 111: Så det var vigtigt at det stod så man kunne se det nemt

M52: Linje 128: Jamen, jeg kan godt sige at man føler måske det er lidt underligt det man sender tilbage i en postkasse, ikke. Men. Det kan jeg se, at det har de lavet om siden jeg skulle, hvordan det skal gøres.

M52: Linje 134: ja, det skulle vi ikke med min, for den måtte godt afleveres i en alm postkasse, da var de ikke begyndt på det der med at man skulle aflevere det på posthuset. Jeg måtte godt bare fylde det i en af de røde der er ude ved vejen.

M52: Linje 160: for prøven bliver jo ud fra det resultat. Des mere rigtig man kan lave prøven, des mere rigtigt bliver svaret.

K50: Linje: 69: Hvor jeg tænker at jeg kunne egentlig godt lide måden på det, fordi det var en måde hvor man kunne lave forholdsvis simpelt, og ikke noget jeg skulle ud at køre efter for at få den lavet.

K50: Linje 79: ja. Det eneste jeg tænkte over det var da det skulle afsted, var at jeg turde da ikke komme det i en postkasse, for sæt nu at det ikke kom frem til tiden. Så jeg tog på posthuset med det. Men jeg tror da at det er ét fedt om jeg putter det i postkassen eller om jeg afleverer det på posthuset. Jeg ved det ikke.

K50: Linje 86: ja, vi har dårlige erfaringer med post Danmark.

K50: Linje 99: ja de er faktisk en stor del af det, også samtidig med at på det tidspunkt var der noget med at der var mange udeblivelser fra undersøgelser på sygehusene fordi at de ikke havde fået deres brev. Så tænkte jeg at så måtte det vel også gå den anden vej, på den måde, at. Kommer mit nu frem? Men der kom hurtigt svar tilbage på mail eller i e-boks. At de havde modtaget den og at det var ok.

K50: Linje 194: Igen, det var nok den tanke der hvor jeg lige pludseligt havde med at gad vide, hvis jeg nu bare putter det i postkassen inde i byen. Jeg kørte faktisk ned på posthuset med den. På den måde syntte jeg at det godt kunne være lidt bøvet, det ved jeg ikke.

K50: Linje 106: Det var lidt upersonligt, men jeg tænker da at hvis nu der havde været noget. Om jeg så også ville få det på e-boks, det var jeg faktisk ikke klar over.

	K50: Linje 209: Jeg havde ikke været opmærksom på klistermærket, at den kunne tages af. Så jeg troede jeg havde tabt min da jeg tog materialet ud af posen. Jeg ringede så ind til hvor man skal sende den til, og de sagde at den bare skulle tages af. K50: Linje 215: jaja, eller så tænkte jeg ikke, så meget. Billedmaterialet fortalte jo hvad der skulle foregå. Det var meget omstændigt altså. Trin for trin. K50: Linje 347: : jo jeg kender faktisk en, som har valgt det fra. Men det var fordi vedkommende syntes det var så grænseoverskridende at skulle røre, groft sagt i sin afføring at det ville hun ikke. K50: Linje 364: jeg tænker billeder. I disse teknologiske tider, tænker jeg at man måske kunne lave det på en app, så man kan få det på sin telefon. K50: Linje 388: De sender jo at man skal huske at sende en ind hvis man ikke lige hurtigt har gjort det. De kan jo sende en SMS. På mail tjekker jeg ikke altid. Så kan man få en påmindelse hvis man har glemt det. M51: Linje 170: Ja altså det der papir der det, det synes jeg ikke lige det var så særlig appetitlig og M51: Linje 190: Det var ikke lige den måde at, at jeg synes at, at det ville være godt. M51: Linje 203: altså du kan jo ligeså godt lige øh, se hvordan du skal gøre det fordi der er et skud i bøssen ikke. M51: Linje 316: det er jo ikke være end at det er pakket pænt ind og sådan noget så det øh, det er utrolig nemt. M51: Linje 1192: R: Det gør en himmelvid forskel, fordi at hvis at øh, du fik et brev at nu kunne du komme ind øh, og få foretaget et eller andet R: så øh, så kommer, så ville jeg ikke komme derind M51: Linje 1213: R: Du skal ikke rykke noget ud, du skal ikke, på nogen som helst måde bevæge dig nogen steder hen. I: mmm R: undtagen lige op i postkassen men den kommer du jo forbi alligevel. I: Ja. R: så øh, det gør meget meget stor forskel at, du kan gøre det hjemme. K51: Linje 626 - ja, ja den der information i forhold til det, har jeg i hvert fald manglet i forhold til den anden. K51: Linje 652 - ja ja ja ja. Men det der egentligt også kunne være interessant, det er at have en samlet oplysning om de screeningsprogrammer der egentlig er. K51: Linje 676 - Ja, du kan se, nu siger du også øh- så en oversigt over, hvad er det nu lige i sådan et livsforløb, man egentlig måske kunne forvente. Det ved jeg godt, det ændre sig hele tiden, men den kan jo godt ligge digitalt et eller andet sted ikke også. K51: Linje 682 - ja, hvis man nu søger en oplysning omkring de screeningsprogrammer, ikke også. Jeg kunne skide godt bruge sådan en oversigt til min undervisning, jamen prøv lige at høre her, i region Nordjylland, der gør man sådan og sådan, ikke også. Med de forskellige sygdomme eller sådan K51: Linje 490 - jeg kan se at der er nogen der er blevet udtaget, ikke også, så. Det kommer an på hvor gammel man er kunne jeg lige se, eller hvad måned man er født i
Anvendelse af informations-materialet	M66: Linje 27: Kiggede lidt på nettet også, sådan for lige at uddybe det lidt mere M66: Linje 92: Og så var jeg inde og kigge på nettet også. M66: Linje 118: ja. Det var jeg ikke, det var det såmænd nok. Altså når først man er. Så bliver man nysgerrig. Så vil man vide alt. M66: Linje 139: Og så var der hjemmesiden, og så gik jeg derind og kiggede. M66: Linje 242: Nej.

K59: Linje 1294: Så det er derfor det er godt nok at, og det var også derfor jeg tænkte, mandfolkene dem tager de nok først for det er ligesom sådan en skrøne med at, det er dem der går mindst til lægen ikke, så synes man, så tager vi dem først altså

K59: Linje 1191: Nå ja der kunne man måske have oplyst hvad system de bliver, man indkalder efter, eller hvorfor, hvorfor jeg blev kaldt ind, der kunne de måske godt have oplyst at, øh, først indkalder vi alle mændene eller

K59: Linje 1248: Jeg kan ikke rigtigt finde noget system i hvad de kalder ind efter når, når han er blevet kaldt ind og jeg er blevet kaldt ind, når jeg er en kvinde og han er en mand altså

K59: Linje 1287: Jeg siger til ham, jeg tror de har glemt dig. Og jeg får jo aldrig ham til lægen og gøre sådan noget frivilligt. Det ved jeg.

K59: Linje 860: men på sygehuset sagde de bare, eller jeg fandt i hvert fald sådan et eller andet nummer hvor man kunne ringe og

K59: Linje 865: og høre hvorfor. Jeg tænkte lidt på de der, der var noget indkaldelse til noget livmoderhalskræft eller

K59: Linje 897: der var blevet væk i systemet, de var ikke poppet op og så

K59: Linje 874: gjorde de opmærksom på de skulle indkaldes, at om der var sket sådan et eller andet. Det var ligesom, nej nej får han nok engang

K50, Linje 209: Jeg havde ikke været opmærksom på klistermærket, at den kunne tages af. Så jeg troede jeg havde tabt min da jeg tog materialet ud af posen. Jeg ringede så ind til hvor man skal sende den til, og de sagde at den bare skulle tages af.

K50, Linje 388: De sender jo at man skal huske at sende en ind hvis man ikke lige hurtigt har gjort det. De kan jo sende en SMS. På mail tjekker jeg ikke altid. Så kan man få en påmindelse hvis man har glemt det.

M51, linje 679: Når den tid den kommer jamen så kan man jo så, selv søge information eller, blive oplyst om den information når man så sidder i

M51, linje 688: og hvis man gerne vil have informationen, jamen så er den jo tilgængelig både på nettet og igennem pjecer rundt omkring.

M51, linje 1058: og hvis man er nysgerrig jamen så er der, steder man kan søge og

M51, linje 1062: og søge råd, gå til egen læge og sådan nogen ting der.

M51, linje 649: Vi har et tilbud. Øh, der er jo ikke nogen grund til at, at oplyse alle sammen om hvad, eller, det skal vi jo men altså hvad endetarmskræft, hvad er det det indebærer og hvad det er og alt sådan noget. Den information, den synes jeg jo, den kan man jo så søge, når den tid så kommer, hvis den tid den kommer.

M51, linje 617: Hvis du vil vide mere så er det jo så, jamen så kan du jo selv aktivt gå ind og så søge de informationer, eller spørge læger, eller spørge på sygehuset hvis man kommer derud.

M51, 508: Jamen altså den ser da lidt mere indbydende ud.

M51, 512: Knap så skoleagtig. Men der står vel også det du skal bruge. Der står om tilbuddet ikke, om undersøgelsen.

M51, 521: Ja så der, der er jo. Det der er nemmere at gå til fordi der, der er bedre illustrationer ikke, der er knap så meget der, det der det er jo en hel bog man skal læse sig igennem.

M51, 526: og så tror jeg mange folk de opgiver. Jeg gør i hvert fald.

M51, L 1002: R: Jeg tror jeg ville.

M51, L 1006: Fordi at sådan når man åbner sådan en her og der kun står bogstaver så, så er der ikke noget øh, billeder af enhver form, det fanger jo ligesom

	M51, L 1011: Mere ens interesse ikke. M51, L1015: Og der står garanteret det samme i den der som der står i den der, men den der er bare mere indbydende. M51, L 1018: Okay, så det er fint at det er, det er forbedrende K51, linje 657 - jamen jeg tænker, nu screener man for tarmkræft, screener man egentlig for noget andet, ikke også, jeg tænker på, gør man det i Region Nordjylland, det ved jeg faktisk ikke, nu jeg tænker på. K51, linje 676 - Ja, du kan se, nu siger du også øh- så en oversigt over, hvad er det nu lige i sådan et livsforløb, man egentlig måske kunne forvente. Det ved jeg godt, det ændre sig hele tiden, men den kan jo godt ligge digitalt et eller andet sted ikke også. K51, linje 697 - ja, og den er ikke altid lige nem at finde rundt i
Risiko-tanker	M66: Linje 40 - Nu har der jo været så meget med brystkræft også at man skulle screenes for, at der var visse aldersgrupper, og så har man åbenbart fundet ud af det her også, at der kunne være en risiko. Og at man er i den risikogruppe og sådan noget der. Og så tænkte at så kunne man ligeså godt deltage, når det er på den måde her. M66: Linje 34: Jeg tænkte det kunne jeg ligeså godt gøre. Jeg kunne ligeså godt få det undersøgt, for jeg render ikke sådan til lægen til daglig. Når man ellers har det godt, så føler jeg ikke trang til at skulle opsøge tingene. M66: Linje 49 - Jamen det rørte mig ikke. M66: Linje 53 - Det skænkede jeg såmænd ikke nogen tanke. M66: Linje 94 - Nej, egentligt ikke. Altså der var ikke, det var ikke sådan jeg gik og var bange for noget, eller noget. Det var jeg ikke, fordi altså, altså. Det kan jo ikke hjælpe at gå og hjælpe at man er hundeangst for noget, fordi altså, man kan ligeså godt vente til man opdager at man fejler et eller andet. Bekymre sig om det. Så jeg har på ingen, på intet tidspunkt har jeg været bange for at jeg havde de her ting. Altså at prøven den skulle være positiv. M66: Linje 203 - Tja, altså det ved jeg ikke. Om der er. Det går jeg skam ikke og spekulerer på. M66: Linje 205 - Det er noget man spekulerer på, den dag det er der. Der er ikke noget ved her i dagligdagen, at spekulere på om man fejler både det ene eller det andet. Jeg kan huske dengang jeg sejlede, der havde vi en stor lægebog ombord. Og den skulle man ikke kigge i, for så fejlede man alt. M66: Linje 209 - jeg ved ikke med at skubbe det væk. Men at bekymre sig om noget, der ikke er der. Det synes jeg er, det er tidsspild. M66: Linje 212 - Jamen give sig til at læse om sådan noget, og sætte sig ind i det, og så er det. Jamen det kan også godt være jeg er lidt symptomer. Og så går man der og kigger lidt efter, jamen er der nu noget blod der. Nej nej, sådan noget skal jeg ikke spekulere på. Det kan man gøre den dag, hvor det bliver konstateret at der er noget unormalt. Så finder vi ud af hvad det er. M66: Linje 251 - Det er ikke noget jeg har gået og tænkt videre over. Det er ikke sådan en kæmpe oplevelse. M66: Linje 55 - Jamen det er en undersøgelse, altså af de ting. Altså i det her tilfælde tarmkræft. M66: Linje 247 - Nej egentligt ikke. Jeg har i hvert fald ikke haft en negativ oplevelse af det. Så gik jeg og ventede lidt, og så fik jeg svar. Det var. Ja jeg forventede jo ingenting andet end. Den var jo så negativ. Det var jo bare godt. M66: Linje 249 - Dem jeg havde snakket med om det, der kunne jeg jo så nævne det. Længere er den ikke. K59: Linje 87: Jo måske lidt fordi min moder hun, døde på grund af sådan et eller andet med stomi og .. K59: Linje 144: altså kun sådan med tanke på min moder og så K59, Linje 824: jeg ved ikke altså det der screening, som sagt så vil jeg bare sige, altså det, i min verden der er det bare sådan et, ord for, undersøgelse

K59: Linje 521: *Ja der kunne have stået at det øh, et eller andet, det med det man bruger, at det kunne, hvis der var en risiko med det men*

K59: Linje 526: *altså det er der jo ikke. Det var jo ikke noget man skulle spise eller, eller noget, men hvis det havde været et eller andet, man skulle drikke et eller andet først og som de havde skrevet der var en risiko ved det så kunne det da godt være man havde tænkt.*

k59: Linje 538: *men, men der er jo ingenting, man skulle have indvordes, altså sådan så.*

K59: Linje 786: *altså, hvad man hører så synes jeg den måske er blevet større eller sådan, sådan, ja det ved jeg ikke, jo det, jeg synes bare man hører om øh, at det, altså, det ved jeg, jeg har i hvert fald, jeg har hørt lidt efter, også måske fordi man har sendt sådan en ind, så, så hvis der er noget så lytter man sådan lidt ekstra*

K59: Linje 1146: *Jeg har faktisk ikke spekuleret så meget på det siden, altså, øh, andet end jubii det var da godt, at den var en negativ resultat, men ellers så det sådan ikke, fulgt op på eller tænkt mere på.*

M56: Linje 26 - *Og jeg tænkte at, nu skal det ikke lyde forkert, men jeg synes altid der har været meget fokus på at vores kære piger de skal undersøges for brystkræft og alverdens ting og sager. Og så gik jeg og tænkte, hvorfor skal vi mænd ikke undersøges for et eller andet. Derfor synes jeg faktisk det var meget positivt at det var blevet vedtaget at det skulle udføres sådan en undersøgelse.*

M56: Linje 51 - *Men jeg ved godt at mange mænd; nej satme nej, sådan noget lort vil jeg ikke være med i, men sådan er jeg ikke. Jeg vil gerne være sund og rask, og er der noget jeg føler der kan hjælpe, så tager jeg imod det.*

M56: Linje 278 - *Jeg kunne godt forestille mig, at hvis det var igennem én. Nu snakker jeg som mand, jeg sidder her som mand, jeg kunne godt forestille mig sådan en rigtig mand-mand type, der aldrig sådan, der er ikke noget galt med mig. Der ville jeg nok kigge meget på det der med at tage selve prøven, men for mig der synes jeg også det er vigtigt at have det der med, hvad nu hvis prøven viser et eller andet, hvad kander sker, og det der med hvordan kan man selv holde øje med det efterfølgende.*

M56: Linje 348 - *Den her synes jeg er fin, jeg vil så tillade mig at sige, jeg ved mange mænd er nogle pivskider, det kan vi godt sidde og sige når vi har en pige ved siden af, og mange mænd har det der med, ups er der så mange, 677 ud af 10.000, tænk hvis jeg er én af dem, ej jeg må hellere lade vær. Jeg ved, sådan tænker mange mænd, for mange mænd har det der med, de er satme så bange for at gå til læge, for sæt der er noget galt, selvom man har blod i afføringen og pisser grønt, og hvad ved jeg. Mange mænd de gør det ikke, men jeg synes for mig, ville det her være godt at læse.*

M56. linje 95 - *Altså, den her læste jeg selvfølgelig igennem. Men nu det her med, men jeg må sige at, jeg har været meget inde omkring, jeg har ikke haft kræft, men jeg kender fire sådan meget tæt på der har haft det, og så kan det selvfølgelig godt være at man har læst meget mere omkring, hvad er kræft og hvor kan man få det, og hvordan kan man få det, hvem kan få det osv. osv.*

M56. linje 244 - *Det havde jeg så gjort også før tidligere, fordi jeg havde nogle bekendte der måtte forlade livet tidligt fordi de havde fået kræft, og to af dem havde noget med mavsens. Så derfor har jeg det ikke sådan. meget forberedt på det der.*

m56, linje 229 - *ja, det var det jeg tænkte. Nå for satan, han bliver da også skudt i næste uge, han er sort, han er nok fyldt med kræft og alt muligt, hvad ved jeg. Det er nok sådan lige den jeg ser. For havde man nu lavet, pigen måtte for min skyld gerne pink, hvorfor er manden ikke blå eller grøn eller.*

m56: linje 233 - *Den sorte det kan være døden, der er det.*

m56, linje 235 - *Det er da absolut ikke en der giver manden en positiv oplevelse, at se sådan en sort silhuet.*

M56: Linje 257 - *Ja, det gjorde det. For det er det samme som hvis nu du havde sex med en i går, hun havde nok HIV, ej for satan, det kan ikke passe det her, nej lad lige mig få taget en blodprøve, hen og aflevere den, og så går man der med, er der nu noget med den. Sådan er det her ikke, men det er lidt af det samme. Når man har fået taget en prøve, så vil man gerne have et svar, og vide hvornår man kan forvente svar.*

M56: Linje 262 - *Ja. Det er det samme som en pige der har uro i sit menstruationsmønster, uha, er jeg gravid eller et eller andet, ind og få afleveret en prøve, hvornår får jeg svar. Det får man så vidst i løbet af ganske få minutter, og det er så noget helt andet. Men jeg synes det var ganske fint beskrevet heri, at der står hvornår man kan forvente at få sit svar. Og det var sådan set den her afdeling af det. Og så kommer så bagefter, det her*

med hvad der kan være fundet deri og hvad det så kan indebære, hvis der skal laves en efterfølgende undersøgelse. Og det synes jeg også er meget fint beskrevet heri, der står heri hvad der bliver gjort osv. Med kikkert og sådan noget . så jo, jeg læste den derhjemme. Og der står så beskrevet hvor stor promille procentdel der han have problemer med det.

M56: Linje 350 - 677 ud af 10.000, tænk hvis jeg er én af dem, ej jeg må hellere lade vær.

M56: Linje 359 - nej nej nej, det gør den ikke ved mig. Tværtimod.

M56: Linje 368 - ja. Og så det her med kikkertundersøgelsen, at det bliver. At man netop også får det her med, med om polyper frem for kræft

M56: Linje 371 - ja, for det synes jeg da er ret vigtigt at få fortalt, at det her, det er ikke en dom, du har kræft, du har ikke kræft. Det er en prøve for at få belyst om der er noget der burde undersøges.

M56: Linje 430 - Jamen det er jo en risiko vi alle sammen har. Og igen det der med, vi er ikke helt nye med. Og jeg tror de unge mennesker i dag, de kan godt hygge sig med en bajer og sprut og ryge en masse stærkt tobak. Og når man selv har gjort det, så ved man jo der er en risiko ved det. Også når man har røget meget og sådan noget. Så synes jeg det er sundt at få konstateret er der noget, eller er der ikke noget. Så jeg har taget meget positivt imod det.

M52: Linje 42: jamen man bliver jo oplyst om at det der med at det er lettere hvis man kan forebygge kræft, og så skal man have fat i tingene så tidligt som muligt og helbrede det, før man finder ud af det. Og så kan man jo godt gå med forstadier i lang tid uden at få symptomer, det er bare med at se at komme i gang.

M52: Linje 249: ja, og jeg har det sådan at hvis der er nogen ting, hvor man få lavet nogen screeninger og de kan indgå nogen problemer mere fremadrettet, så er det lettere at komme over nogen ting, og så er det jo en rigtig fornuftig ting ikk å

M52: Linje 48: Det er som en form for undersøgelse eller forebyggelse eller hvad man nu kan kalde det, hvor man finder ud af om der er et problem eller ikke et problem.

M52: Linje 55: Jamen jeg havde ikke sådan nogen speciel oplevelse med det, det var noget der var kommet og det skulle bare overståes og så sendes tilbage igen.

M52: Linje 60: den var positiv, at man skulle have taget sådan en prøve. For at være sikker på at man var sund og rask hvad det angår i hvert fald.

M52: Linje 69: det skulle selvfølgelig gøres, jeg havde ikke noget med sådan, at selvfølgelig er man da spændt på når man sender prøven, om der var noget.

M52: Linje 160: for prøven bliver jo ud fra det resultat. Des mere rigtig man kan lave prøven, des mere rigtigt bliver svaret.

K50: Linje 27: nu kendte jeg jo lidt til det i kraft af mit arbejde fordi jeg har arbejdet på en mave- tarm kirurgisk afdeling tidligere

K50: Linje 38: Jamen dels i kraft af mit arbejde som sygeplejerske, men også i kraft af at jeg har haft nogen venner, hvor de har opdaget noget i forbindelse med den her screeningen, men også i kraft af at vi har kræft i familien.

K50: Linje 319: ja, det vil jeg, og er der noget jeg kunne gøre for at, hvis jeg nu havde fået en tarmkræft, og de kunne fjerne det eller gøre noget på længere sigt, forberede min familie på at de kan være i risikogrube, eller hvad ved jeg. Jeg tror at jeg er lidt miljøskadet i forhold til det arbejde jeg har haft.

K50: Linje 52: Altså kan man forebygge, ved at gøre det her, så synes jeg det er ok. Altså man kan selvfølgelig ikke være heldig altid at de fanger det hele, men altså det er da en mulighed.

K50: Linje 61: det ved jeg ikke, det har jeg ikke tænkt mere over, det er et led i at forebygge noget som jeg godt kan undvære at skulle have. Det har jeg ikke tænkt mere over.

K50: Linje 67, Da jeg fik det, så sagde min mand at nu er du også kommet i den alder hvor du får den slags breve. Han havde kort forinden fået et fra ældre sagen. Hehe. Hvor jeg tænker at jeg kunne egentlig godt lide måden på det, fordi det var en måde hvor man kunne lave forholdsvist simpelt, og ikke noget jeg skulle ud at køre efter for at få den lavet.

K50: Linje 313: jeg betragter jo mig selv som sund og rask, men jeg kan jo ikke vide hvad dagen i morgen, hvad der lige pludseligt dukker op. Derfor tænker jeg også, at kommer der nogen tilbud af den art, jamen det tager jeg da imod med kyshånd.

K50: Linje 295: Ja. Jeg har overvejelser. I forbindelse med at min mor døde af kræft. Da bad vi om at få hende obduceret for at finde ud af om det var noget arveligt. På den måde er vi meget opmærksomme på det.

M51: 70: Nej jeg synes bare at øh, det, sådan nogle kræftformer og sådan nogle ting der, man har jo hele tiden hørt at øh, jo hurtigere det bliver opdaget jo bedre chancer er der for og, at det kan blive helbredt.

M51: 908: Ikke, og det har det jo nok indirekte ikke nu når man har haft kræft inden for øh, for den nærmeste omgangskreds ikke.

M51: 946: Jamen det er jo underbevidstheden som

M51: 932: øh, som bliver påvirket at øh, når ordet kræft det kommer op og det er jo lige meget hvilke former for kræft det er ikke. Øh, jamen når det kommer op så er der en risiko og, du er jo også i risikogruppen

M51: 946: og, og, og det påvirker jo en, altså underbevidstheden, det er ikke noget jeg går og tænker over til daglig, overhovedet ikke.

M51: 951: Men det skal det heller ikke være

Men øh, det påvirker jo en alligevel, altså hvis der kommer øh, sådan en som den her ikke, jamen så tager du jo selvfølgelig den, hvis der kommer et eller andet, øh, ind ad døren at du kan få øh, taget en blodprøve og så skal vi fortælle hvor lang tid du har tilbage og alt sådan noget så ville jeg ikke tage den.

M51: 959: Men hvis de så kunne fortælle om nogle andre ting, jamen så ville jeg da gerne have taget den.

M51: 964: Hvis der er nogle sygdomme som, der kan konstateres i tide som der kan helbredes så vil jeg gerne have det.

M51: 969: : øhm, jeg har ikke taget en blodprøve eller DNA-test for og, og forfølge min families sygdomshistorie eller noget som helst. Det har jeg ikke noget at bruge til. Det er sådan et eller andet med at, man lever i nuet.

M51: 975: Jeg har ikke behov for at vide at, at jeg ikke bliver mere end 67 år.

M51: 424: Hvis sådan et eller andet, ja sådan har jeg det i hvert fald, at øh, der er ingen grund til at læse om sygdommen hvis ikke du har den.

M51: 684: Når prøven så er positiv.

M51: 450: Hvis du slår en finger så søger du efter et plaster og hvis

M51: 466: Man lever i et eller andet lykkeligt jeg ikke.

R: At det er alle de andre der bliver ramt.

R: og det er den illusion, den bliver man ved med at have.

R: Nej. Det er der ingen grund til.

M51: 482: altså der er jo ingen grund til at lave en øh, nogen skræmmekampagne, eller gå og så øh, øh, læse om nogle symptomer, som du måske bilder dig selv ind at du, jamen det var måske sådan noget jeg eller et eller andet ikke.

M51: 1053: Og som jeg sagde at øh, hvis ikke jeg har det så har jeg heller ikke behov for og, at vide yderligere om det.

M51: 1058: og hvis man er nysgerrig jamen så er der, steder man kan søge og

M51: 1062: og søge råd, gå til egen læge og sådan nogen ting der.

M51: 580: Jo yngre man er jo, jo mindre tænker man jo på at, at sygdom det kan ramme en ikke, jo ældre man bliver jo mere begynder man jo at tænke på det, fordi at øh, at der flere og flere i ens omgangskreds som, som bliver ramt af nogle sygdomme.

M51: 775: Der er jo altid en risiko. Øhm, nogen har anlæg for det og andre har ikke anlæg for det. Øh, hvis man spiser sundt og dyrker lidt motion en gang i mellem, så øh, tror jeg at, at risikoen er selvfølgelig mindre.

M51: 781: Men det, om det er en illusion det ved jeg ikke, men så vil jeg gerne have lov til at have den.

M51: 786: Ja, altså, kommer det så kommer det øh, jeg er nået dertil hvor jeg siger at vi skal også huske at leve.

M51: 791: Vi skal ikke kun øh, være sundhedsapostle.

Om det tager et år øh, år fra eller til, ved at jeg lever livet det, betyder knap så meget.

M51: 797: Ja når de sender sådan noget materiale så tænker man på risikoen, den ligger jo altid i baghovedet.

M51: 802: Med at øh, flere og flere får kræft ikke og der er flere og flere former for kræftsygdom og øh, så, så tænker man jo altid på risikoen når der kommer sådan noget materiale jo ikke.

M51: 811: Og når en i omgangskredsen får konstateret en eller anden form for kræft eller noget ikke, så bliver man også lige mindet om det, men det tror jeg at øh, det her det var jo glemt 14 dage efter, så var det jo det ikke.

M51: 817: og så lever vi jo videre.

M51: 821: Det er ikke noget man går og tænker på i dagligdagen, det synes jeg altså ikke.

K51: 60 - jamen, hvad tænkte jeg? Jeg tænkte lige over min alder en ekstra gang
Det var jo fra 50 år og opad.

K51: 69 - og eh, der var jeg jo selv lige næsten blevet 50, såeh.

K51: 1076: [...]men fordi man har den aldersgruppe man nu engang har,

K51: 116: ehm ja, øh.

Hvad tænkte jeg?

Jamen jeg tror egentlig ikke jeg, jeg havde overvejet at, at jeg var at jeg var i risikogruppen før jeg fik den.

Ehm, og jeg havde egentlig ikke tænkt på at, at der var en risiko for at man udviklede tarmkræft, det er ikke sådan noget jeg går og tænker på som sygdom i det daglige.

Så det er klart at, at det kom man jo lige til at tænke på.

Nå ja, der var selvfølgelig også en risiko for at man kunne have det.

Så så.

Så der var ikke sådan dybere tanker omkring det egentlig, andet end at jeg selvfølgelig fik fokus drejet hen imod at den sygdom, den, den, den også fandtes.

Eller de sygdomme.

Jo, som man screener for.

K51: 131 - nej, egentlig ikke, opmærksomhed på det.

Vil jeg hellere sige.

Jeg fik det ikke dårligt over at modtage det, eller.

Altså, Det.

Jeg syntes ikke.

Det var sådan mere.

Nå ja, det det det er der også.

Så jeg syntes ikke.

Jeg blev ikke bekymret.

Nej, overhovedet ikke.

Det gjorde jeg ikke.

K51: 385 - jamen som sagt, så er det ikke noget jeg, der er større risiko for at få brystkræft, ikke også.

Og og, det er jo ikke sådan noget der fylder min hverdag ehm, med at man har en øget risiko, andet end man, man man selvfølgelig skal, skal sørge for at man har det godt, og mærke efter om man har det godt. Kigge om der er nogen faresignaler, men det er da ikke noget der fylder, i min hverdag.

For så kan man jo se alt det onde.

Det er jeg ikke, jeg er et meget positivt menneske

K51: 397 - nej, det er ikke noget jeg lever med, det er det godt nok ikke, nej.
Men ikke fordi at jeg jo ikke er opmærksom på hvad der sker med min krop.

K51: 402 - ja jeg ved jo godt, at der er mange om året i Danmark der får tarmkræft, det ved jeg jo godt.
Så nej.

Men, ikke noget jeg tænker på selv, man kan jo gå og være bekymret hele tiden, fordi.
Hvis man siger at der er 10% sandsynlighed for at få brystkræft og så.

K51: 456: Nej ikke jo, andet end det jeg sagde før jo, at okay, det der jeg har lige nået den alder at der, så er der øget risiko når jeg kommer herop, for at få kræft, som jo er en anderssygdom, ikke også, hehe.
Såeh, ja, så den blev jeg da lige opmærksom på, ellers er det ikke noget jeg har tænkt over, nej.

K51: 630: det tænker jeg måske også mere over når jeg har haft kønsvorter, ikke også, at ehm.
At er der noget, og selvfølgelig også fordi jeg har haft celleforandringer, og så så eh, tænker jeg lidt, er der egentlig noget i den der, om jeg selv skal, så det har jeg altid rigtigt eh.

K51: 145: Jamen jamen, egentlig ikke.

Egentlig ikke nogen. Altså.

Jeg var egentlig ikke bekymret fordi at eh.

Jeg, jeg har den holdning at jeg selvfølgelig ikke fejlede noget.

Så det var egentlig det jeg gik ind i det her som sund og rask, og så skulle jeg jo bevise det, ikke også?

Så, så det var.

Det var meget positivt.

I forhold til at være med i det her.

K51: 590: Jeg har haft pappiloma virus da jeg var ung, og har derfor, er blevet screenet for livmoderhalskræft et par gange, eller nogen gange.

Og så får jeg at vide at jeg skal screenes hvert andet år, tror jeg det er.

Og der, så undrer jeg mig lidt over om jeg selv skal kontakte lægen hvert andet år, eller om man bliver automatisk indkaldt.

Og denne der, ja, og denne der viden om at man bliver indkaldt igen eller ej, den tror jeg godt det kan stå noget yderligere i sådan noget materiale.

Nu ved jeg godt det ikke er sådan en, men det har jeg i hvert fald tænkt i forhold til den med livmoderhalskræft ikke også, at fordi jeg kan ikke huske, hvornår var det nu jeg blev sidst, ikke også.

Ehm, og jeg har ikke rigtigt, aldrig helt fundet ud af hvordan det egentlig.

K51: 99: jamen undersøger en større befolkningsgruppe eh, for en eller anden sygdom.

Kunne det være, ikke også.

Og så.

Så undersøger man dem, og det kunne jo være enten spørgeskema, her er det så en kræftsygdom man leder efter nogen, nogen, nogen, nogen, ja nogen kræftceller, eller nogen forstadier.

Øh, det leder man efter.

Så man leder jo efter noget specielt i et eller andet.

Så så, og det er jo ikke fordi man, man er syg man, man deltager

K51: 410: Det giver selvfølgelig også ro når der ikke er nogen i ens familie der har haft kræft.

Såeh.

Så det har jo måske også en betydning ikke også, for det er der ikke.

Ehm nej.

Jeg tror måske at hvis der havde været mange i min familie der havde haft kræft, så havde jeg nok set lidt anderledes på det.

K51: 423: ja, ja, eller man, hvad man risikerer, ikke også. Det er da klart at, der er også.

Der var faktisk en anden her fra gymnasiet som opdagede, og som også var med i screeningen, og de fandt faktisk ud af at han havde tarmkræft.

K51: 438: så kommer det lige pludseligt, så kan man se at, at at det har en betydning, ikke også, fordi han havde ingen symptomer overhovedet.

Såeh. Så tænker man jo også lige over det, ikke også. Og det tror jeg der er mange gjorde her, ikke også. Men det var så efter at jeg havde været med.

Skal så siges. Det var ikke før, det var efter.

K51: 446: men ehm, det får jo kun ens egen beslutning til at, altså. Sige at jamen det var en god beslutning man tog, ikke også.

Omgangs- kreds	M66: Linje 146 - <i>Og så snakkede vi jo om det, sådan med andre der har fået det samme. Der var et par af mine kollegaer, [navn, Red.], nej jeg ved ikke om hun havde fået den dengang, på samme tid. Men der var et par kollegaer der havde fået også.</i> M66: Linje 150 - <i>Ja, så snakkede vi lidt sammen om det.</i> M66: Linje 217 - <i>Jamen det har vi da. Nu herhjemme der er der kun mig selv. Og så mine børn også. Der .. Men det er ikke mere end sådan på almindeligt plan.</i> M66: Linje 223 - <i>Det havde jeg nok selv fundet ud af alligevel.</i> M66: Linje 227 - <i>Så havde der jo nok været en større modstand omkring det i den offentlige presse. Hvis det var sådan, at det var noget negativt. Så ville man nok have hørt om det.</i> M66: Linje 233 - <i>det er også, det må man jo tage, det er deres oplevelser ikke også. Det skal man jo ligesom sortere. Hvis der havde været mange negative holdninger omkring det, så havde vi jo nok hørt det.</i> M66: Linje 249 - <i>Dem jeg havde snakket med om det, der kunne jeg jo så nævne det. Længere er den ikke.</i> K59: Linje 954: <i>altså det har vi jo nok, altså nu vores nabo kom og fortalte da han deltog</i> K59: Linje 965: <i>så har vi snakket lidt om det med min datter fordi hun er jo bioanalytiker så, går hun mere op i sådan noget så</i> K59: Linje 888: <i>mor det skal du da og sådan</i> K59 Linje 954: <i>Og jeg tror simpelthen det er fordi når naboen kommer og fortæller han har fået det og, og så sådan, så tænker man jo nå okay</i> K59: Linje 1287: <i>Jeg siger til ham, jeg tror de har glemt dig. Og jeg får jo aldrig ham til lægen og gøre sådan noget frivilligt. Det ved jeg.</i> M56 linje 101 - <i>Men jeg kan godt se, hvis ikke jeg havde haft nogle bekendte, så hvis ikke man kender til kræft, så ligger der jo bare herude. Så det er ikke sådan noget man tænker over, så men jeg har tænkt meget over det.</i> M56, linje 443 - <i>Nej. Nu har jeg jo så boet alene i et års tid, så jeg har ikke haft nogen at snakke med. Der er selvfølgelig mine børn, men det er ikke noget jeg har vendt med dem.</i> M56, linje 453 - <i>Det er mig der bestemmer.</i> M56, linje 455 - <i>jeg kunne selvfølgelig godt have spurgt nogle af mine søskende og sådan noget, og jeg kunne også godt have spurgt nogen i min vennekreds, men jeg personligt havde absolut ikke brug for det, for jeg tog det som sagt meget positivt.</i> M56, linje 463 - <i>Nej, der er ikke nogen grund til det. For mine børn informerer heller ikke mig, hvis der er noget, eller sådan noget der. Eller jo, måske kunne de godt fortælle det. Det kan da også godt være jeg fortæller det her på et tidspunkt, men det bliver kun sådan lige i en spøge, eller i en snak hvor man kommer ind på nogle undersøgelser. Men det er i min familie snakker vi ikke meget om sådan nogle ting. Og måske også lidt fordi jeg har to søstre og en svigerinde der er også sygeplejerske. Min svigerdatter er sygeplejerske. Og vi har sådan noget med at når vi er sammen så skal vi saftusme ikke sidde og snakke om det her sygehus og sygdom. For det er deres job der kommer ind i det. Så vi prøver sådan normalt at holde det væk og det kan godt være det er lidt atypisk. Men jeg har heller ikke behov for at snakke med nogen om det, for jeg synes jo bare, fint nok at jeg har fået lavet en prøve. Afsted med den. Og svaret var så ok.</i> M52: Linje 183: <i>hvad man hører rundt omkring, snakker med folk, det er nok det jeg har. Det er ikke sådan pjecen, jeg har jo nok læst den, men derfor kan jeg ikke sige at det lige er der jeg kan huske alle tingene fra.</i> M52: Linje 240: <i>Jo, vi har snakket om det, at når man bliver 50, ligesom nogen af os også har fået brev fra ældresagen når man bliver 50. Det er sådan nogen sjove ting der sker når man når nogen punkter i sit liv.</i> M52: Linje 264: <i>Nej. Så skal han i hvert fald have nogen rigtig gode argumenter, og dem har jeg ikke mødt nogen af endnu.</i>
---------------------------	--

K50: Linje 135: og jamen også mine venner som havde fået den lavet. Sådan var det bare, at det. Det var jeg klar til. Det var jeg slet ikke i tvivl om.

K50: Linje 325: Har snakket med mine veninder om det og min mand fik jo ½ år før mig, og han var slet ikke i tvivl om at han ville lave den

K50: Linje 330: Havde min mand valgt ikke at gøre det, så havde jeg gjort det alligevel, så nej det har ikke påvirket min beslutning.

K50: Linje 347: : jo jeg kender faktisk en, som har valgt det fra. Men det var fordi vedkommende syntes det var så grænseoverskridende at skulle røre, groft sagt i sin afføring at det ville hun ikke.

M51: L115: Altså det er ikke noget der er bliver snakket om, det var først efterfølgende dengang at, at man kom ud på, på arbejdet og sagde nu fik man lortepreven, og så sagde de nå jamen det har vi også fået det

M51: L285: øhm, og vi alle har vel haft kræft inde på livet på et eller andet tidspunkt.

M51: L289: i en eller anden situation ikke. Så øh, lige så snart ordet kræft det rammer en så synes man at, så skal man undersøges eller

M51: L701: Jeg har øh, nogle forældre som begge har haft kræft

M51: L710: Så øh, lige så snart ordet kræft det kommer ikke, så øh, så begynder man at tænke.

M51: L1169 Og så opfordrer jeg, så vil jeg også opfordre min familie til at deltage.

M51: L830: Og det er, det jo så det jeg synes der er underligt fordi der er jo ingen der siger noget om det.

M51: L835: Der er jo ingen der fortæller noget om det, det, det her det er sådan en tabuprøve, ja.

M51: L839: Den øh, den, den snakker man ikke om øh, jeg har hørt øh, min hustru de sidder og snakker om mammografiscreeninger og de sad og snakkede om, om øh, livmoderhalskræft og brystkræft og alt sådan noget der ikke. Så der øh, det gør vi mænd ikke.

M51: L858: Det er ikke noget vi snakker om sådan. Så er det bedre at se om Aston Villa de har slået Liverpool.

M51 L877: Nej.

M51, L881: og jeg tager den også næste gang den kommer.

M51, L888: Ja.

M51, L892 : Det, det er ligemeget

M51, L892: Nej.

K51: 472: -næ næ, neeej. Selvfølgelig dem derhjemme de ved det jo godt. Den nære familie. Men eh, men nej ellers ikke.

K51: 477: ja, jeg fortalte da [derhjemme, red.] at jeg havde fået det, jaja, selvfølgelig. Jeg havde fået det, og var med i det, og.

K51: 533: nej, fordi jeg ville bare sige ja. Det kommer an på om jeg havde hørt, selvfølgelig hvis jeg havde hørt et eller andet dårligt forløb, ikke også.
Hvis jeg havde hørt noget negativt omkring det, så ville jeg have haft det oppe til overvejelse.

K51: 540: Men hvis der havde været noget, en eller anden dårlig information, eller nogen der havde oplevet noget rigtig træls ved det, så tror jeg at jeg havde sagt nej.
Ehm, men, men det har jeg jo ikke, vel, altså, såeh.
Der betyder det selvfølgelig noget hvad andre siger og gør.

Referenceliste, bilag:

1. Tanggaard Andersen P. Sundhedssociologi: en grundbog. Tanggaard Andersen P, Timm H, editors. København: Hans Reitels Forlag; 2010.
2. Becker-Jensen L. Indføring i tekstanalyse. 2nd ed. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag; 2011.
3. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. Sygdomsforebyggelse. 1. Udgave. København: Forfatterne og Munksgaard; 2014.
4. The Ottawa Hospital Research Hospital. Patient Decision Aids. 2015.
5. Clark DO, Frankel RM, Morgan DL, Ricketts G, Bair MJ, Nyland KA, et al. The meaning and significance of self-management among socioeconomically vulnerable older adults. *Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci. Gerontological Society of America*; 2008;63(5):S312–9.
6. Kuhbandner C, Spitzer B, Lichtenfeld S, Pekrun R. Differential binding of colors to objects in memory: Red and yellow stick better than blue and green. *Front Psychol*. 2015;6(MAR):1–11.
7. Rootman I, Gordon-el-bihbety D. A Vision for a Health Literate Canada- Report of the Expert Panel on Health Literacy. Ottawa; 2008.
8. Vallgård S. Governing people' s lives. *Eur J Public Health*. 2001;11:386–92.
9. Senore C, Armaroli P, Silvani M, Andreoni B, Bisanti L, Marai L, et al. Comparing different strategies for colorectal cancer screening in Italy: predictors of patients' participation. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(1):188–98.
10. Sundhedsstyrelsen. Screening for tarmkræft deltagelsesprocentens betydning- en medicinsk teknologivurdering. København; 2008.
11. Gorin SS, Gauthier J, Hay J, Miles A, Wardle J. Cancer screening and aging: Research barriers and opportunities. *Cancer*. John Wiley & Sons; 2008;113(Suppl12):3493–504.
12. Finney LJ. Health beliefs, message framing, and mammography screening compliance: Measurement development and theory testing. Vol. 62. [US]: ProQuest Information & Learning; 2001.