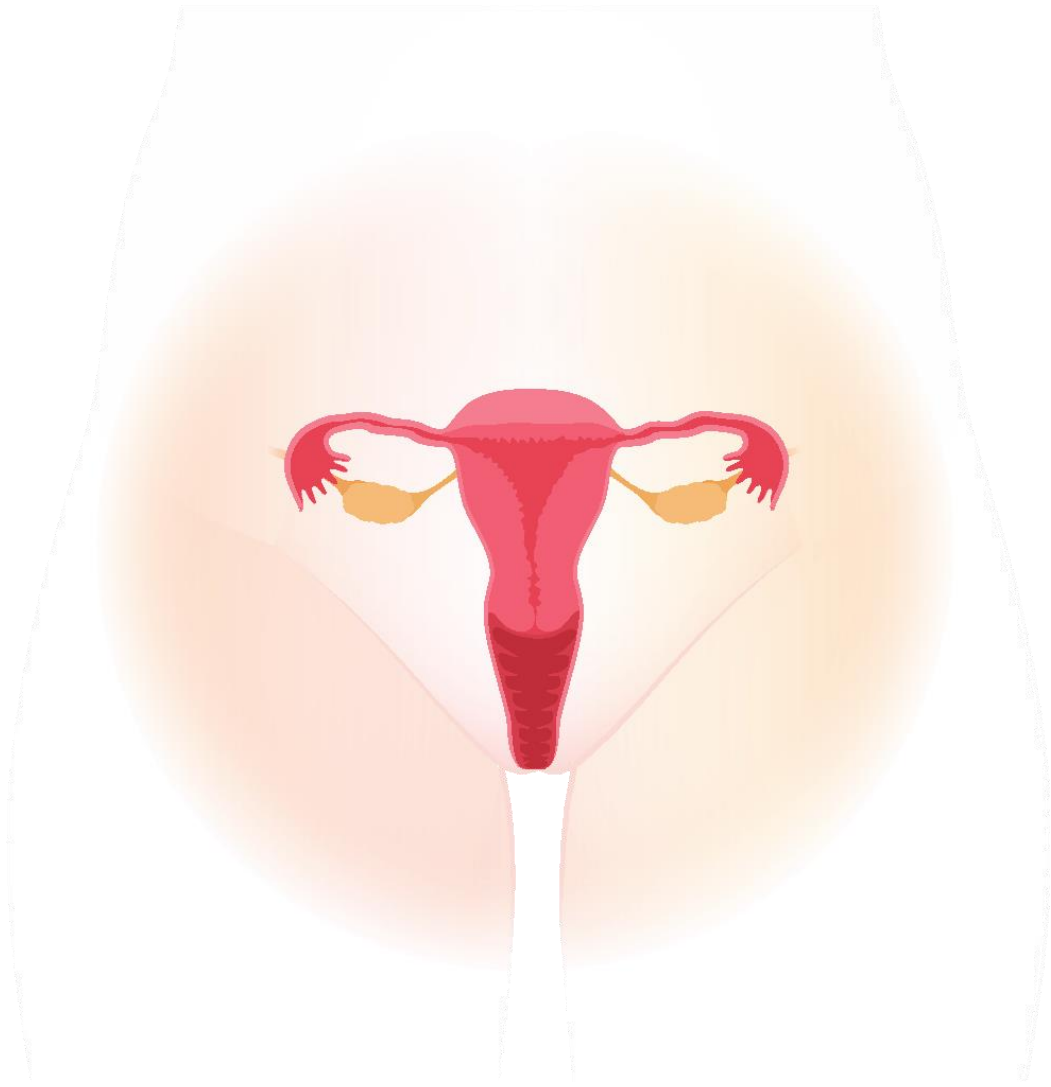


Øget deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft

Er udvidede åbningstider i almen praksis løsningen?



**Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab
Aalborg Universitet**

Titelblad

Aalborg Universitet
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab
Specialeafhandling

Specialetitel:
Øget deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft
Er udvidede åbningstider i almen praksis løsningen?

Anslag (inklusive mellemrum): 262.448
Referencehåndteringsprogram: Mendeley
Referencesystem: Harvard
Afleveringsdato: 02.06.2020

Specialevejleder: Henrik Bøggild

Specialet er udarbejdet af:
Mette Torp Johansen
Pernille Moth
Tilde Margrethe Schjøtt

Specialegruppen vil gerne rette en stor tak til alle informanter, der trods coronapandemien havde tid og lyst til at deltage i telefoninterviewene og dermed muliggøre dataindsamlingen. Derudover vil vi gerne takke vores vejleder Henrik Bøggild, der har bidraget til faglig udfoldelse og udvikling samt tilskyndelse til at udfordre os selv.



Resume

Baggrund: Screening giver mulighed for tidlig opsporing og behandling af livmoderhalskræft og omkring halvdelen af de kvinder, der får konstateret sygdommen, er ikke regelmæssigt eller aldrig blevet screenet. Kvinder med lav socioøkonomisk position er blandt dem, der har lavest deltagelse i screeningsprogrammet, og er samtidig i størst risiko for at udvikle livmoderhalskræft. Der er risiko for, at screeningsprogrammet for livmoderhalskræft er med til at øge den sociale ulighed i sundhed. Derfor er der behov for nye tiltag for at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening.

Formål: At undersøge hvordan udvidede åbningstider kan implementeres i almen praksis med henblik på at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening.

Metoder: Der er udfærdiget en interessentanalyse for at identificere interessenter og deres position i forhold til tiltaget. Praktiserende lægers holdning til udvidede åbningstider er undersøgt ved hjælp af telefoninterviews. Der er udført en systematisk litteratursøgning med henblik på at identificere videnskabelig litteratur om fremmende og hæmmende faktorer for organisationsændringer i almen praksis. Resultaterne fra telefoninterviewene og litteraturstudiet er diskuteret ud fra Leavitts systemmodel i forhold til, hvordan udvidede åbningstider kan implementeres i almen praksis.

Resultater: Der er identificeret fremmende faktorer for succesfuld implementering af organisationsændringer, blandt andet forandringsparathed, motivation og engagement blandt personale og ledelse, hvorimod stor arbejdsbelastning, begrænsede økonomiske ressourcer og mangel på tid udgør hæmmende faktorer. De praktiserende læger gav udtryk for stor modstand mod udvidede åbningstider i almen praksis. I stedet tror de, at det er andre løsninger, der skal til for at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening.

Konklusion: Det er fundet, at det vil være udfordrende at implementere udvidede åbningstider til livmoderhalskræftscreening i almen praksis på grund af praktiske, økonomiske og kulturelle begrænsninger samt praktiserende lægers modstand mod tiltaget. Telefonisk kontakt fra praktiserende læger til kvinder, der aldrig eller ikke regelmæssigt er blevet screenet, kan være en anden løsning til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, især blandt kvinder med lav socioøkonomisk position.

Abstract

Background: Screening enables early diagnostic and treatment of cervical cancer and about half the women, who are diagnosed with the disease, have not regularly or have never been screened. Women with low socioeconomic position are among those who have the lowest participation in the screening program and have the highest risk of developing cervical cancer. The screening program for cervical cancer poses a risk of increasing the social inequality in health. This highlights the need for new initiatives to increase the attendance to cervical cancer screening.

Aim: To investigate how extended opening hours can be implemented in primary care to increase the attendance to cervical cancer screening.

Methods: A stakeholder analysis has been conducted to identify stakeholders and their position towards the initiative. General practitioners' attitudes towards expanded opening hours have been obtained through telephone interviews. A systematic literature search has been conducted to identify scientific literature about promoting factors and barriers for organizational changes in primary care. The results from the telephone interviews and the literature study are discussed based on Leavitt's system model in relation to how expanded opening hours can be implemented in primary care.

Results: Promoting factors for successful implementation of organization changes have been identified including readiness for change, motivation, staff and leader engagement, on the contrary high workload, limited economic resources and lack of time pose hindering factors. The general practitioners expressed great resistance towards expanded opening hours in primary care. Instead they believe other solutions are needed to increase the attendance to cervical cancer screening.

Conclusion: It appears that implementing expanded opening hours for cervical screening in primary care would be challenging, for practical, economic and cultural reasons and since general practitioners are in opposition towards the initiative. Contact by telephone from general practitioners to women, who have never or not regularly attended screening, might be another solution to increase the participation in the screening program for cervical cancer, especially among women with low socioeconomic position.

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem	1
2.0 Problemanalyse	2
2.1 Udvikling af livmoderhalskræft	2
2.1.1 Incidens, prævalens og mortalitet	3
2.1.2 Samfundsmæssige og individuelle konsekvenser af livmoderhalskræft	4
2.2 Livmoderhalskræftscreening	5
2.2.1 Forskelle i sundhedsopfattelser	6
2.2.2 Det danske screeningsprogram for livmoderhalskræft	8
2.2.2.1 Ansvarsfordeling i screeningsprogrammet	9
2.2.2.2 Dækningsgrad af det danske screeningsprogram for livmoderhalskræft	11
2.2.3 Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af screening	11
2.3 Ulighed i deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft	13
2.3.1 Socioøkonomisk position	14
2.3.2 Civilstatus og etniske minoriteter	15
2.3.3 Interpersonelle faktorer	16
2.3.4 Risiko for øget social ulighed i sundhed gennem screening	17
2.4 Barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening	17
2.4.1 Emotionelle barrierer	18
2.4.2 Praktiske barrierer	19
2.5 Tiltag til øget deltagelse i livmoderhalskræftscreening	21
2.5.1 Forhåndsftalte tider og påmindelser	21
2.5.2 Selvopsamlede HPV-prøver	22
2.5.3 Fleksibilitet i undersøgelsestider	23
2.6 Afgrænsning	24
3.0 Problemformulering	25
4.0 Metode	26
4.1 Kritisk realisme som videnskabsteoretisk position	26
4.2 Organisationsændringer	27
4.2.1 Almen praksis som organisation	28
4.2.2 Planlægningsværktøj for organisationsændringer	29

4.2.3 Omgivelsernes påvirkning	30
4.2.4 Modstand mod forandringer	31
4.3 Interessentanalyse.....	32
4.3.1 Identifikation af interessenter	32
4.3.2 Interessenternes indflydelse	36
4.3.3 Interessenternes position, interesse og engagement	37
4.4 Kvalitative forskningsinterviews.....	39
4.4.1 Interviewguide	39
4.4.2 Udførelse af interviews.....	40
4.4.3 Transskribering	41
4.4.4 Tematisk analysestrategi.....	41
4.4.5 Ethiske overvejelser.....	44
4.5 Litteratursøgning	45
4.5.1 Indledende søgning	45
4.5.2 Systematisk litteratursøgning.....	45
4.5.2.1 Databaser.....	45
4.5.2.2 Bloksøgning	46
4.5.2.3 Udvælgelse af studier.....	49
4.5.2.4 Kvalitetsvurdering.....	50
5.0 Resultater	52
5.1 Litteraturstudie	52
5.1.1 Kvalitetsvurdering af studier	52
5.1.2 Resultater fra litteraturstudie	57
5.1.2.1 Forandringsparathed.....	57
5.1.2.2 Modstand mod forandring.....	58
5.1.2.3 Kommunikation og information.....	59
5.1.2.4 Motivation og engagement.....	60
5.1.2.5 Ledelse	61
5.1.2.6 Ressourcer	62
5.1.2.7 Organisationskultur	63
5.2 Resultater fra interviews.....	63
5.2.1 Modstand mod udvidede åbningstider i almen praksis.....	64

5.2.2	Praktiserende lægers opfattelse af efterspørgsel på udvidede åbningstider.....	67
5.2.3	Praktiske omstændigheder	68
5.2.3.1	Personaledækning ved udvidede åbningstider	68
5.2.3.2	Størrelse og konstellation af lægepraksis	69
5.2.4	Fagligt og økonomisk incitament	71
5.2.5	Social ulighed i deltagelse i livmoderhalskræftscreening	73
5.2.6	Andre løsninger til øget deltagelse i livmoderhalskræftscreening	75
5.2.6.1	Udvidede åbningstider på skift mellem praktiserende læger	75
5.2.6.2	Åben klinik på sygehuset	76
5.2.6.3	Telefoniske påmindelser	77
5.2.7	Den praktiserende læges rolle.....	78
6.0	Diskussion af metode	80
6.1	Videnskabsteoretisk position.....	80
6.2	Leavitts systemmodel	81
6.3	Interessentanalyse.....	82
6.4	Kvalitative interviews.....	83
6.4.1	Telefoninterviews	83
6.4.2	Rekruttering af informanter	85
6.4.3	Analysestrategi	85
6.4.4	Etiske overvejelser.....	86
6.5	Litteraturstudie	87
6.5.1	Systematisk litteratursøgning.....	87
6.5.2	Kvalitetsvurdering	88
7.0	Diskussion af resultater	90
7.1	Implementering af udvidede åbningstider	90
7.1.1	Ændringsagent	91
7.1.2	Struktur	92
7.1.2.1	Størrelse og konstellation af lægepraksis.....	92
7.1.2.2	Efterspørgsel på udvidede åbningstider	93
7.1.2.3	Arbejdsdeling	94
7.1.2.4	Økonomisk incitament	95
7.1.2.5	Organisationskultur	96

7.1.3 Aktører	97
7.1.3.1 Forandringsparathed.....	97
7.1.3.2 Modstand mod forandring.....	99
7.1.4 Opgaver.....	101
7.1.5 Teknologi.....	101
7.1.6 Omgivelser.....	102
7.1.7 Pilotstudie og evaluering	103
7.1.8 Er udvidede åbningstider løsningen?	104
7.2 Anden løsning til øget deltagelse i livmoderhalskræftscreening.....	105
7.2.1 Telefonisk kontakt fra praktiserende læger	106
8.0 Konklusion	109
9.0 Referenceliste	110
10.0 Bilagsfortegnelse.....	127

1.0 Initierende problem

Screening giver mulighed for tidlig opsporing og behandling af livmoderhalskræft (Documet *et al.*, 2015) og kvinder, der aldrig eller ikke regelmæssigt er blevet screenet, har øget risiko for livmoderhalskræft (Verdoodt *et al.*, 2015). Forskningslitteratur har vist, at omkring halvdelen af de kvinder, der får konstateret livmoderhalskræft, ikke regelmæssigt eller aldrig er blevet screenet for celleforandringer (Spence, Goggin and Franco, 2007; Curry, 2018), hvilket også er fundet i en dansk kontekst (Lynge *et al.*, 2017). I Danmark var dækningsgraden af screeningsprogrammet på landsplan 73,3 procent i perioden 2014-2019, hvilket er lavere end målsætningen på over 85 procent (Rygaard, 2019). På trods af at der i Danmark principielt er let og lige adgang til sundhedsydelser (Pedersen, 2013; Sundheds- og Ældreministeriet, 2019), er den lave deltagelse særligt udbredt i visse grupper. Det drejer sig blandt andre om kvinder med lav socioøkonomisk position (Kristensson *et al.*, 2014; Harder, Juul, *et al.*, 2018). Livmoderhalskræftscreening kan dermed bidrage til øget social ulighed i sundhed frem for at mindske den, fordi kvinder med flest ressourcer kan bruge disse ressourcer til at deltage i screening (Willems and Bracke, 2018). For at screeningsprogrammet ikke bidrager til at øge den sociale ulighed, er der derfor behov for nye og innovative tiltag, der kan øge deltagelsen i screeningsprogrammet blandt kvinder med lav socioøkonomisk position, der i mindre grad er tilbøjelige til at blive screenet (Harder, Juul, *et al.*, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2018). Dette er væsentligt for at reducere incidensen og mortaliteten af livmoderhalskræft, fordi risikoen for at udvikle livmoderhalskræft samtidig er størst hos kvinder med lav socioøkonomisk position (Kristensson *et al.*, 2014; Harder, Juul, *et al.*, 2018). Af denne grund er der derfor også folkesundhedsmæssigt incitament til at øge deltagelsen i screeningsprogrammet, da det kan mindske uligheden i sundhed på kræftområdet (Young *et al.*, 2018).

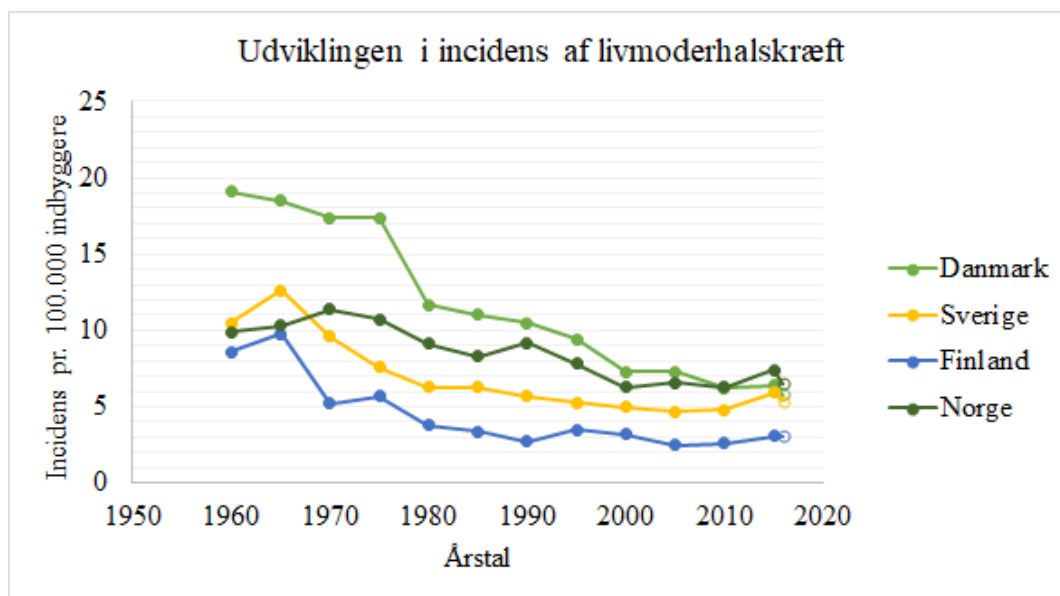
2.0 Problemanalyse

2.1 Udvikling af livmoderhalskræft

Mindst 99 procent af alle tilfælde af livmoderhalskræft skyldes en infektion med *human papillomavirus* (HPV), som overføres ved intimkontakt mellem slimhinde eller hud i genitalområdet. Som oftest forsvinder infektionen med HPV af sig selv, men den kan medføre celleforandringer i livmoderens slimhinde, som i nogle tilfælde kan videreudvikle sig til kræft. I andre tilfælde forsvinder celleforandringerne af sig selv. Hvis der er udviklet livmoderhalskræft, kan sygdommen ikke gå i sig selv igen. Der kan gå op til 15-20 år fra en kvinde med normalt immunforsvar smittes med højrisikotyper af HPV (hr-HPV), der angives at være kræftfremkaldende, til hun eventuelt udvikler kræft. Risikoen for at blive smittet med HPV i løbet af sit liv er cirka 80 procent for seksuelt aktive kvinder (Sundhedsstyrelsen, 2018). Celleforandringer i livmoderhalsen inddeles i lette og svære celleforandringer samt livmoderhalskræft. Lette celleforandringer behandles ikke, men følges ved hyppigere kontroller. Behandlingen af svære celleforandringer er en kegleoperation, hvor et kegleformet stykke af livmoderhalsen fjernes. Behandlingen og sandsynligheden for at overleve livmoderhalskræft afhænger af hvilket stadie, sygdommen diagnosticeres på; jo tidligere stadie, sygdommen diagnosticeres på, jo bedre er prognosen (Ellenson and Pirog, 2010). Celleforandringer i livmoderhalsen er symptomfrie (Ellenson and Pirog, 2010; Lyng *et al.*, 2017), og livmoderhalskræft er ofte først symptomgivende i de senere stadier (Sundhedsstyrelsen, 2018). Der er udviklet en vaccine mod HPV, der forventes at resultere i færre tilfælde af celleforandringer og dermed også, at færre kvinder skal i kontrolforløb for celleforandringer samt får behov for kegleoperation (Baldur-Felskov *et al.*, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2018). Eftersom forstadier til livmoderhalskræft ikke giver symptomer og kun opdages ved en celleprøve fra livmoderhalsen, understreger det vigtigheden af at opdage og fjerne celleforandringer, inden de potentielt videreudvikler sig til kræft. Hertil følger, at størstedelen af seksuelt aktive kvinder får en HPV-infektion i løbet af deres liv, som kan føre til celleforandringer på livmoderhalsen og kan videreudvikle sig til livmoderhalskræft.

2.1.1 Incidens, prævalens og mortalitet

Som et resultat af at screeningsprogrammet for livmoderhalskræft gradvist er blevet implementeret i Danmark siden 1960'erne, er incidensen af livmoderhalskræft faldet (Baldur-Felskov *et al.*, 2015; Lynge *et al.*, 2017), hvilket fremgår af figur 1. Det er dog vanskeligt at vide, hvordan risikoen for livmoderhalskræft ville have udviklet sig, hvis screeningsprogrammet for livmoderhalskræft ikke var blevet indført, eksempelvis kunne prævalensen af HPV-infektion have varieret over tid (Lynge *et al.*, 2017). Imidlertid er incidensen på trods af det intensive screeningsprogram forblevet relativt stabil siden 2000 (Lynge *et al.*, 2017). Der bliver i gennemsnit diagnosticeret 371 nye tilfælde årligt af livmoderhalskræft i Danmark, og der dør i gennemsnit 103 årligt af sygdommen (Kræftens Bekæmpelse, 2019). Som det fremgår af figur 1, har Danmark og Norge i 2016 den højeste incidens pr. 100.000 indbyggere set i forhold til Sverige og Finland. I 2016 var incidensen af livmoderhalskræft næsten dobbelt så høj i Danmark (5,8 nye tilfælde pr. 100.000 indbygger) som i Finland (3,1 nye tilfælde pr. 100.000 indbygger). Det forventes, at incidensen af livmoderhalskræft vil falde de kommende år som resultat af HPV-vaccinationen (Sundhedsdatastyrelsen, 2017; Bray *et al.*, 2018), som i 2009 blev indført i børnevaccinationsprogrammet i Danmark for at forebygge livmoderhalskræft (Sundhedsstyrelsen, 2018). HPV-vaccinen dækker dog ikke alle typer HPV, og derfor er det nødvendigt at screene kvinder, der er vaccinerede mod HPV (Ellenson and Pirog, 2010) samt ikke-vaccinerede kvinder (Lynge *et al.*, 2017; Bray *et al.*, 2018). For at reducere incidensen af livmoderhalskræft, som har været stagnerende i de seneste år i Danmark, er det vigtigt at forbedre deltagelsen i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, fordi en stor del af incidensen af livmoderhalskræft i Danmark kan tilskrives den lave dækningsgrad af screeningsprogrammet (Lynge *et al.*, 2017).



Figur 1: Udviklingen i incidens af livmoderhalskræft. Tallene er hentet fra NORDCAN og Globalis (NORDCAN, 2019; Globalis, 2020).

2.1.2 Samfundsmæssige og individuelle konsekvenser af livmoderhalskræft

Livmoderhalskræft har både fysiske, seksuelle og psykosociale konsekvenser for kvinder (Klee, Thranov and Machin, 2000; Vistad, Fosså and Dahl, 2006). En sygdom som livmoderhalskræft kan for den enkelte kvinde medføre mange tanker, følelser (Ringgard and Kjems, 2019) og bekymringer for helbredet generelt (Vistad, Fosså and Dahl, 2006). Kvinder, der har gennemgået kemoterapi, har signifikant dårligere helbredsrelateret livskvalitet end kvinder, der ikke har gennemgået denne behandling (Jones *et al.*, 2006). Et år efter behandlingen tænker nogle kvinder stadig på sygdommen og behandlingen og oplever, at det kan være svært at dele sine bekymringer med andre. Et konstant bekymringsniveau kan betyde, at der er risiko for, at kvinden ikke kommer tilbage på arbejdsmarkedet (Klee, Thranov and Machin, 2000). En kræftsygdom kan endvidere medføre negative økonomiske konsekvenser for patienterne blandt andet som følge af at være nødt til at arbejde på nedsat tid (Mehlsen, Jensen and Zachariae, 2007). Produktivitetstab er en af de samfundsøkonomiske konsekvenser, der er forbundet med kræft i forhold til sygefravær men også førtidspension. En måde at reducere de samfundsøkonomiske konsekvenser på er ved forebyggende tiltag. På lang sigt vil det være muligt at mærke den økonomiske gevinst ved forebyggelse, da det i fremtiden vil medføre et mindre behandlingsbehov og dermed et mindre udgiftsniveau (Pedersen, 2013). Dette betyder altså, at et forebyggende tiltag som screening først

vil vise sig som en besparelse i behandlingsomkostninger og mindre sygefravær i fremtiden. Udover bekymringer, bebrejder en stor del af kvinderne sig selv for at være ansvarlige for sygdommen (Vistad, Fosså and Dahl, 2006). Endvidere kan behandling for livmoderhalskræft også have negativ indflydelse på kvinders psykosociale identitet, hvilket kan forårsage angst, forstyrrelser af kropsbilledet og den seksuelle funktion. I forhold til fysiske konsekvenser kan langvarige bivirkninger af kemoterapi eksempelvis være kvalme, opkast, tab af æggestokkenes funktion, træthed og tørhed i skeden (Jones *et al.*, 2006; Vistad, Fosså and Dahl, 2006). Kemoterapi kan dermed have psykiske og fysiske konsekvenser, som kan være alvorlige for kvinden både i hendes opfattelse af sig selv, hendes hverdagsliv samt i samlivet. Yngre kvinder kan desuden have svært ved at acceptere risikoen for, ikke at kunne få børn (Ringgard and Kjems, 2019). For at mindske de samfundsøkonomiske og individuelle konsekvenser af livmoderhalskræft er tidlig opsporing af sygdommen væsentlig. Screeningsprogrammet for livmoderhalskræft er indført med det primære formål at reducere incidensen og dermed også mortaliteten af livmoderhalskræft (Peirson *et al.*, 2013; Curry, 2018). Screening kan dog også have utilsigtede konsekvenser i form af stempling (Brodersen, Schwartz and Woloshin, 2014), overdiagnosticering og overbehandling samt negative psykosociale konsekvenser som følge af falsk positive og falsk negative svar (Brodersen, Siersma and Thorsen, 2018; Curry, 2018). De utilsigtede konsekvenser uddybes i afsnit 2.2.3.

2.2 Livmoderhalskræftscreening

Ved livmoderhalskræftscreening tages en prøve fra livmoderhalsen ved en gynækologisk undersøgelse. Der kan enten undersøges for celleforandringer eller tilstedeværelse af HPV (Sundhedsstyrelsen, 2018). Celleforandringer undersøges ved en *cytologisk test*, som i Danmark er den primære screeningsmetode for kvinder under 60 år. For kvinder i alderen 60-64 år anvendes en test for *hr-HPV* (Sundhedsstyrelsen, 2018). Screening foretages med henblik på at identificere personer med en bestemt sygdom, forstadier til sygdom eller risikofaktorer for udvikling af sygdom, der forud for undersøgelsen formodes at være raske (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Livmoderhalskræftscreening er en *sekundær forebyggelsesstrategi*, da det har til formål at nedbringe incidensen af livmoderhalskræft ved at opdage og behandle forstadier til sygdommen i form af celleforandringer eller kræftceller, der ikke er begyndt at

vokse invasivt (Bladbjerg, Sandbæk and Stallknecht, 2012; Brodersen, Schwartz and Woloshin, 2014; Baldur-Felskov *et al.*, 2015). Eftersom incidensen af livmoderhalskræft er faldet markant i de lande, der har indført screeningsprogrammer (Curry, 2018; Bchtawi *et al.*, 2019), vurderes livmoderhalskræftscreening at være effektiv til at forebygge livmoderhalskræft ved at medvirke til tidlig opsporing og behandling af celleforandringer og dermed bidrage til reduktion i incidens og mortalitet af livmoderhalskræft (Miles-Richardson *et al.*, 2017; Bchtawi *et al.*, 2019; Murfin *et al.*, 2019; Ryan, Waller and Marlow, 2019). Dette understøttes af studier, der, jf. afsnit 1.0, har fundet, at over halvdelen af de kvinder, der får livmoderhalskræft, aldrig eller ikke regelmæssigt er blevet screenet, hvilket indikerer, at kvinder, der lader sig screene, har mindre risiko for at udvikle livmoderhalskræft (Spence, Goggin and Franco, 2007; Curry, 2018). Ved at screene for livmoderhalskræft er der større sandsynlighed for, at sygdommen opdages på et tidligt stadie. Hertil følger, at prognosen for livmoderhalskræft, jf. afsnit 2.1, er bedre, jo tidligere sygdommen diagnosticeres, og behandlingen er mindre omfattende (Ellenson and Pirog, 2010). Endvidere er risikoen for at dø lavere blandt kvinder, der bliver screenet (Bchtawi *et al.*, 2019). Da livmoderhalskræft, jf. afsnit 2.1, ofte først giver symptomer sent i sygdomsforløbet (Sundhedsstyrelsen, 2018), og sandsynligheden for at overleve sygdommen er bedre, jo tidligere den opdages (Ellenson and Pirog, 2010), er det i et forebyggelsesøjemed vigtigt, at kvinder regelmæssigt deltager i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.

2.2.1 Forskelle i sundhedsopfattelser

Screening har, jf. afsnit 2.2, til formål at undgå sygdom (Bladbjerg, Sandbæk and Stallknecht, 2012; Brodersen, Schwartz and Woloshin, 2014; Baldur-Felskov *et al.*, 2015), og Sundhedsstyrelsen (2018) anbefaler kvinder at deltage i screeninger for livmoderhalskræft (Sundhedsstyrelsen, 2018) med henblik på at forebygge livmoderhalskræft (Enerly *et al.*, 2016; Rees *et al.*, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2018). Sundhedsprofessionelle udstikker på den måde retningslinjer for, hvad kvinder bør gøre for at være sunde. En metaetnografi af kvalitative studier finder, at nogle kvinder anser det som den korrekte form for adfærd at deltage i kræftscreening, fordi de ser den øverste sundhedsfaglige myndighed som en autoritet (Young *et al.*, 2018). Dette kan, ifølge Steen Wackerhausen (1995), anskues som et *sundhedsfundamentalistisk* syn på sundhed, hvor sundhed defineres ud fra en biomedicinsk tilgang, og anses som værende fravær af sygdom, samt objektiv, målbar og værdifri. I modsætning til

sundhedsfundamentalisme står *sundhedsrelativisme*, hvor sundhed er bundet til subjektet, konteksten og kulturen (Wackerhausen, 1995). Samtidig med at der i forskningslitteraturen påpeges et behov for at øge deltagelsen i kræftscreeningsprogrammer (Everett *et al.*, 2014; Enerly *et al.*, 2016; Rees *et al.*, 2018), er den gennemsnitlige deltagelsesgrad¹ i livmoderhalskræftscreening i Danmark faldende fra 2011 til 2019 (Rygaard, 2019). Dette indikerer, at kvinder kan have en anden opfattelse af, hvad sundhed er end sundhedsprofessionelle, og derfor ikke lader sig screene. Ifølge Wackerhausen (1995) er det nødvendigt at have en vis fælles forståelse af sundhed for at kunne diskutere de aspekter, der er uenighed om i forhold til sundhedsbegrebet. Dette er muligt med *det åbne sundhedsbegreb*, der placerer sig mellem sundhedsfundamentalisme og sundhedsrelativisme. I det åbne sundhedsbegreb er sundhed defineret som et individs evne til at indfri mål. Graden af sundhed afgøres af kvaliteten af individets *generaliserede handlekapacitet*, som er et udtryk for forholdet mellem individets livsbetingelser, kropsbundne fysiske og psykiske handlefærdigheder, samt individets mål og værdier. Det åbne sundhedsbegreb har ikke et bestemt indhold i sig selv, men gives indhold eksempelvis via individets mål og livsbetingelser. Ifølge Wackerhausen (1995) bør der i sundhedspraksis tages udgangspunkt i det åbne sundhedsbegreb og dermed i individets livsbetingelser, handlepotentialer og egne mål (Wackerhausen, 1995). Screeningsprogrammet for livmoderhalskræft bør derfor være åbent over for forskellige mål og livsbetingelser, som kvinder kan have, hvad end det er at lade sig screene eller ej. Dette for at respektere deres autonomi, mål og selvbestemmelse. Målene skal, ifølge Wackerhausen (1995), udspringe af individet selv, og i den forbindelse skelnes der mellem *uægte* og *ægte mål*. De uægte mål udspringer ikke af individets eget valg og værdigrundlag, men er påtvunget udefra, mens de ægte mål derimod tvangfrit udspringer fra individet selv. Individet kan dog overtage mål, der udspringer fra andre og gøre det til sit eget ægte mål, såfremt overtagelsen sker tvangfrit (Wackerhausen, 1995). Valget om at deltage i livmoderhalskræftscreening bør således udspringe af kvindernes eget valg og værdigrundlag. På baggrund af det åbne sundhedsbegreb er der i dette speciale en forståelse af, at sundhedsopfattelser varierer fra individ til individ. Det fremgår dog af afsnit 2.1.2, at livmoderhalskræft er associeret med forringet livskvalitet (Jones *et al.*, 2006) og har fysiske, seksuelle og psykosociale konsekvenser for kvinder (Klee, Thranov and Machin, 2000; Vistad, Fosså and Dahl, 2006) hvorfor et kræftfrit liv anses

¹ Deltagelsesgraden er et udtryk for andelen af kvinder, der inden for et år efter screeningsinvitation bliver screenet ud af alle inviterede kvinder (Sundhedsstyrelsen, 2018).

som sundt. Dermed bærer specialet præg af et fundamentalistisk sundhedssyn, hvor bestemte tilstande anses som sunde (Wackerhausen, 1995).

2.2.2 Det danske screeningsprogram for livmoderhalskræft

Screening for livmoderhalskræft er indført over en årrække i Danmark, se tabel 1. Siden 2007 har der været implementeret et nationalt screeningsprogram for livmoderhalskræft, hvor kvinder mellem 23-64 år inviteres til screening for livmoderhalskræft, henholdsvis hvert tredje år for kvinder i alderen 23-49 år og hvert femte år for kvinder i alderen 50-64 år (Harder, Juul, *et al.*, 2018; Harder, Thomsen, *et al.*, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2018). Hvis kvinder har en negativ hr-HPV-test i alderen 60-64 år, afsluttes de fra screeningsprogrammet. Deltagelse i det danske screeningsprogram, kontrolforløb og behandling er et frivilligt (Sundhedsstyrelsen, 2018) og gratis tilbud (Kristensson *et al.*, 2014; Harder, Thomsen, *et al.*, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2018; Bchtawi *et al.*, 2019). Kvinder i målgruppen bliver automatisk tilmeldt programmet, men der er mulighed for at framelde sig screeningsprogrammet (Lynge *et al.*, 2017; Harder, Juul, *et al.*, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2018). Screeningen gentages med regelmæssige mellemrum, da smitte med HPV og efterfølgende kræftudvikling kan ske gennem hele livet. Størstedelen af undersøgelserne foregår i almen praksis, mens den resterende del foregår i gynækologisk speciallægepraksis eller på sygehuset som opfølgning på positive testresultater eller som kontrol efter behandling for celleforandringer eller livmoderhalskræft (Kristensson *et al.*, 2014; Harder, Thomsen, *et al.*, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2018).

Årstal	Begivenhed
1950'erne <	Undersøgelse for celleforandringer på nogle gynækologiske afdelinger.
1962	Frederiksberg Kommune indførte en systematisk screeningsstrategi. Efterfølgende fulgte flere amter efter med lignende tilbud.
2006	Alle amter havde nu indført forskellige screeningstilbud i aldersgruppen 23-59 år, hvilket blev anbefalet af Sundhedsstyrelsen.
2007	Sundhedsstyrelsen udgav nationale anbefalinger for programmet for livmoderhalskræftscreening.

Tabel 1: Tilblivelsen af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Politisk set er der i Danmark fokus på kræftområdet i form af nationale kræftplaner, der består af forskellige initiativer og investeringer, der har til formål at forbedre kræftbehandlingen (Sundhedsstyrelsen, 2019). I Danmark er der dårligere femårsoverlevelse af kræft end i andre nordiske lande. Hvor femårsoverlevelsen i Danmark er cirka 61 procent, er den næsten 70 procent i Sverige. Den danske regering har et mål om, at kræftoverlevelsen skal være mindst 75 procent i år 2025 og skal være på niveau med de bedste af de nordiske lande. I den forbindelse blev kræftpakke IV udgivet, og der blev afsat 2,2 milliarder kroner til kræftområdet fra 2017-2020. For at opnå målet om bedre femårsoverlevelse af kræft skal kræftsygdomme opdages tidligere, blandt andet ved hjælp af screeningsprogrammer. Det fremgår af figur 1, at den årlige incidens af livmoderhalskræft er højere i Danmark sammenlignet med Sverige og Finland. For at sænke incidensen af livmoderhalskræft blev der i kræftpakke IV afsat 25 millioner kroner i årene 2017-2019 specifikt til livmoderhalskræftscreening, der blandt andet skulle anvendes til initiativer, der kunne øge deltagelsen i screeningsprogrammet (Regeringen, 2016). Indførelsen af livmoderhalskræftscreening i Danmark er foregået gradvist siden 1960'erne (Sundhedsstyrelsen, 2018), og der ses et fald i incidensen af livmoderhalskræft, der nu er stagneret, jf. figur 1. Der er fortsat et mål om at nedbringe mortaliteten af livmoderhalskræft i Danmark via tidlig opsporing af sygdom, og hertil er der i regeringens seneste kræftplan tilføjet ekstra økonomiske midler for at øge deltagelsen i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.

2.2.2.1 Ansvarsfordeling i screeningsprogrammet

Som det fremgår af tabel 2, udgiver Sundhedsstyrelsen nationale anbefalinger for livmoderhalskræftscreening. De enkelte regioner administrerer screeningsprogrammet i praksis og er ansvarlige for, at anbefalingerne følges (Lyng *et al.*, 2017; Harder, Juul, *et al.*, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2018). Derudover er regionerne ansvarlige for udsendelse af invitationer til screening samt formidling af information til kvinder i målgruppen. Invitationsbrevet sendes med digital post og indeholder links til informationsmateriale fra Sundhedsstyrelsen. Kvinder, der er fritaget digital post, modtager dog invitationsbrevet med almindelig post. Ved manglende reaktion på invitationsbrevet udsendes der et påmindelsesbrev efter tre måneder, og om nødvendigt endnu en påmindelse efter yderligere tre måneder. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for udarbejdelse af informationsmateriale, som skal give kvinderne mulighed for på et informeret grundlag at træffe beslutning om deltagelse eller fravalg af

screeningsprogrammet. Testresultater af screeninger, der er foretaget i almen praksis, sendes til den læge, der har foretaget screeningen, og det anbefales, at disse også sendes direkte til kvinderne, da dette har vist sig at øge opfølgningen på positive testresultater. Det anbefales, at testresultater fra gynækologisk speciallægepraksis eller på sygehus ikke sendes direkte til kvinderne, fordi disse kræver individuel information og rådgivning (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det kan anses som værende problematisk at sende testresultater direkte til kvinderne, da studier finder, at positive testresultater er forbundet med øget angst- (Drolet *et al.*, 2012) og stressniveau (Curry, 2018). Særligt kvinder med lav socioøkonomisk position har svært ved at forstå information om testresultater og anser sig selv som værende i højere risiko for at få kræft (Drolet *et al.*, 2012).

Organisation	Ansvarsområde
Sundhedsstyrelsen	• Overordnet faglig myndighed på screeningsområdet • Udarbejder informationsmateriale samt nationale anbefalinger for livmoderhalskræftscreening
Danske regioner	Den Nationale Styregruppe for Livmoderhalskræft • Implementering af screeningsprogrammet nationalt • Udarbejder nationale vejledninger • Fastlægger indikatorer for screeningsprogrammet i samarbejde med Dansk kvalitetsdatabase for livmoderhalskræft Regionernes Kliniske Kvalitetssikringsprogram • Afrapporterer vedtagne indikatorer for screeningsprogrammet
Den enkelte region	• Står for screeningsprogrammet i praksis • Har ansvar for at de nationale anbefalinger følges • Ansvarlig for udsendelse af invitationer og formidling af information til kvinder i målgruppen
Almen praksis	• Regelmæssige undersøgelser for celleforandringer
Gynækologisk speciallægepraksis og sygehus	• Opfølgning af positive testresultater • Kontrol efter behandling for celleforandringer eller livmoderhalskræft

Tabel 2: Ansvarsfordeling vedrørende livmoderhalskræftscreening (Sundhedsstyrelsen, 2018).

2.2.2.2 Dækningsgrad af det danske screeningsprogram for livmoderhalskræft

Det er vigtigt på et samfundsøkonomisk plan at have en høj dækningsgrad af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, da dette vil forebygge flere kræfttilfælde og dermed mindske de samfundsøkonomiske udgifter, der, jf. afsnit 2.1.2, er forbundet med behandling og produktivitetstab som følge af livmoderhalskræft. Dækningsgraden angiver hvor stor andel af kvinder mellem 23-64 år, der er blevet screenet for livmoderhalskræft. Det dækker dermed både over det antal kvinder, der er screenet i forbindelse med screeningsprogrammet, og dem, der har fået foretaget screeningen uden en invitation til screeningsprogrammet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Dækningsgraden var i Danmark på 73,3 procent i perioden 2014-2019, hvilket, jf. afsnit 1.0, er lavere end målsætningen på over 85 procent (Rygaard, 2019). Dette er problematisk, idet livmoderhalskræftscreening, jf. afsnit 2.2, gør det muligt at opdage celledyringer, inden de videreudvikler sig til kræft (Brodersen, Schwartz and Woloshin, 2014; Baldur-Felskov *et al.*, 2015). Ved at opnå en højere dækningsgrad af screeningsprogrammet formodes det at kunne bidrage til reduceret incidens og mortalitet af livmoderhalskræft gennem tidlig opsporing af celledyringer. Der er derfor folkesundhedsmæssigt incitament til at udvikle tiltag til at øge deltagelsen i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.

2.2.3 Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af screening

Forud for indførelse eller ændring af eksisterende screeningsprogrammer bør der etableres et solidt beslutningsgrundlag. Livmoderhalskræftscreening er *systematisk screening*, da en befolkningsgruppe udvalgt efter visse kriterier inviteres til undersøgelsen (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). WHO har opsat en række kriterier, som skal være opfyldt, før indførelse af en systematisk screening kan anbefales, blandt andet skal sygdommen, der screenes for, udgøre et vigtigt sundhedsmæssigt problem, screeningsprogrammet skal gøre det muligt at opdage sygdommen på et tidligt stadium, og der skal kunne tilbydes en effektiv behandling (Wilson and Jungner, 1968). Livmoderhalskræft er på verdensplan den fjerde mest almindelige sygdom blandt kvinder (Rees *et al.*, 2018) og har, jf. afsnit 2.1.2, både fysiske, psykosociale og seksuelle konsekvenser for individet (Klee, Thranov and Machin, 2000; Vistad, Fosså and Dahl, 2006), hvilket gør det til et sundhedsmæssigt problem. Derudover er det sandsynligvis en af de kræftformer, der nemmest kan forebygges ved hjælp af den forholdsvis simple opsporing med screeningstests (Rees *et al.*, 2018). Kræftscreening kan imidlertid have utilsigtede konsekvenser, såsom

identificering af celleforandringer, der uden behandling ville gå i sig selv igen eller fund af celleforandringer, der udvikles så langsomt, at de aldrig vil få klinisk betydning i kvindens levetid. Dermed kan screening medføre overdiagnosticering og overbehandling, som fører til unødige kontroller samt behandlinger af celleforandringer, som ikke ville have udviklet sig til kræft (Moyer, 2012; Brodersen, Schwartz and Woloshin, 2014). Svære celleforandringer behandles ofte med keglesnitsoperationer, jf. afsnit 2.1. Denne behandling kan på kort sigt medføre blødningsrisiko og smerter (Moyer, 2012). På længere sigt kan kirurgiske behandlinger for celleforandringer påvirke fremtidige graviditeter negativt i form af øget risiko for tidlig fødsel og lav fødselsvægt (Kyrgiou *et al.*, 2006). Der er yderligere risiko for, at screeningen giver *falsk positive svar*, hvor testen viser, at kvinden kan have celleforandringer eller livmoderhalskræft, som efterfølgende afkræftes ved yderligere undersøgelser (Moyer, 2012). Disse undersøgelser kan opleves ubehagelige og smertefulde, og kvinden kan derfor føle, at det ikke er en fordel at deltage i screeningsprogrammet, hvis hun får et falsk positivt svar (Sundhedsstyrelsen, 2018). Falsk positive svar kan endvidere påvirke folk følelsesmæssigt, fordi det eksempelvis kan føre til angst og kan have langvarige psykosociale konsekvenser (Brodersen, Schwartz and Woloshin, 2014; Vallgård, 2016). Der kan ligeledes være risiko for *falsk negative svar*, hvor testen ikke viser celleforandringer eller tegn på kræft, selvom disse celler faktisk er til stede. Dette kan medføre en falsk tryghed hos kvinden om, at hun ikke er syg eller har forstadier til kræft. Falsk positive og falsk negative svar skyldes, at tests aldrig kan være 100 procent sikre i forhold til at finde alle tilfældene (Vallgård, 2016). For at beskrive en tests evne til at skelne mellem syge og ikke-syge, kan begreberne *sensitivitet* og *specificitet* anvendes. Sensitiviteten, eller følsomheden, omhandler testens evne til at identificere de syge, mens specificiteten er testens evne til at finde de ikke-syge. Formålet med en test er altså at identificere syge og ikke-syge og i videst muligt omfang at undgå falsk positive og falsk negative svar (Juul *et al.*, 2017). I Danmark anvendes der, jf. afsnit 2.2, forskellige tests i forbindelse med livmoderhalskræftscreening. Hr-HPV-tests har generelt højere sensitivitet og lavere specificitet end cytologiske tests. Det vil sige, at brugen af hr-HPV-tests øger risikoen for falsk positive svar, hvilket kan medføre yderligere undersøgelser og som følge heraf overbehandling af kvinder. Da prævalensen af HPV-infektion er hyppigere, men incidensen af livmoderhalskræft er lavere hos kvinder under 35 år i forhold til de ældre aldersgrupper, er der større risiko for at få falsk positive svar ved brugen af hr-HPV-tests i den yngre aldersgruppe (Moyer, 2012). Denne risiko mindskes ved, at der i det danske

screeningsprogram anbefales at anvende cytologiske tests til kvinder under 29 år (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Ethvert screeningstilbud kan have en række negative konsekvenser, som skal opvejes af potentielt gavnlige effekter (Wilson and Jungner, 1968). Da screening både har positive og negative konsekvenser (Brodersen, Schwartz and Woloshin, 2014), bør valget om at deltage i screening være frivilligt og foretaget ud fra et informeret grundlag (Brodersen, Schwartz and Woloshin, 2014; Duffy *et al.*, 2017). Dette kan understøttes ud fra teorien af Wackerhausen (1995), som, jf. afsnit 2.2.1, argumenterer for, at sundhedspraksis bør tage udgangspunkt i individets egne mål og værdier (Wackerhausen, 1995), hvorfor livmoderhalskræftscreening bør være valgfrit for kvinderne. Kvinder der ikke deltager, læser dog ofte ikke det informationsmateriale, de har fået (Duffy *et al.*, 2017), hvilket kan formodes at svække kvindernes mulighed for at træffe en beslutning om at deltage eller ej ud fra et informeret grundlag. Kvinder, der fravælger eller ikke regelmæssigt deltager i screening, risikerer at blive stigmatiseret, det vil sige bliver stemplet med en uønsket egenskab (Goffman, 2009), og set ned på i tilfælde af, at de senere udvikler livmoderhalskræft. Kvinder kan blive anset som uansvarlige og selv værende skyld i at udvikle sygdommen (Brostrøm *et al.*, 2014). Der er endvidere risiko for stigmatisering, fordi sygdommen i langt de fleste tilfælde er forårsaget af HPV, der er en seksuelt overført infektion, jf. afsnit 2.1 (McCaffery *et al.*, 2006; Shepherd and Gerend, 2014). På trods af at livmoderhalskræftscreening, jf. afsnit 2.2, kan reducere mortaliteten og incidensen af livmoderhalskræft (Miles-Richardson *et al.*, 2017; Bchtawi *et al.*, 2019; Murfin *et al.*, 2019; Ryan, Waller and Marlow, 2019), kan screening imidlertid også have en række skadevirkninger eksempelvis overdiagnosticering og falsk positive svar, som kan føre til unødigt behandling og unødigt angstelse. Screening kan både reducere risikoen for at dø af kræft, men også føre til overdiagnosticering. Dilemmaet er, at det ikke altid vides, om en patient overdiagnosticeres og overbehandles, eller om der er tale om identificering af en egentlig sygdom på et tidligt stadium, der kan give patienten en bedre prognose (Brodersen, Schwartz and Woloshin, 2014).

2.3 Ulighed i deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft

På trods af at der i Danmark, jf. afsnit 1.0, principielt er let og lige adgang til sundhedsydelser (Pedersen, 2013; Sundheds- og Ældreministeriet, 2019) har danske studier fundet social ulighed i deltagelse i

livmoderhalskræftscreening (Kristensson *et al.*, 2014; Harder, Juul, *et al.*, 2018), samt i incidensen (Jensen *et al.*, 2008) og overlevelsen af livmoderhalskræft (Jensen *et al.*, 2008; Ibfelt *et al.*, 2013). Social ulighed i sundhed refererer til forskelle, der er uretfærdige, unødvendige og undgåelige (Whitehead, 1992). Den sociale ulighed i deltagelse i livmoderhalskræftscreening kommer til udtryk ved en *social gradient* (Duffy *et al.*, 2017), hvilket vil sige, at der er en association mellem individers socioøkonomiske position og deres sygdomsrisiko, som går tværs gennem hele befolkningen, hvor sygdomsrisikoen stiger i takt med faldende socioøkonomisk position (Diderichsen, Andersen and Manuel, 2011). Socioøkonomisk position betegner de økonomiske og sociale faktorer, der påvirker et individs eller en gruppes position i samfundet. Der findes mange indikatorer for socioøkonomisk position, eksempelvis uddannelse, erhverv og indkomst, som måler forskellige, men ofte relaterede aspekter af socioøkonomisk stratifikation. Der er ikke én af indikatorerne, der er mere rigtig end andre til at måle socioøkonomisk position, da konteksten er af betydning for hvilken indikator, der er mest velegnet (Galobardes *et al.*, 2006). I dette speciale benyttes der derfor forskellige indikatorer for socioøkonomisk position.

2.3.1 Socioøkonomisk position

En metaanalyse har fundet, at kvinder med lav socioøkonomisk position har 1,97 gange større odds for at få livmoderhalskræft end kvinder med høj socioøkonomisk position. Dette kan dels forklares ud fra forskelle i seksuel adfærd og som følge heraf en større risiko for HPV-infektion, som kan føre til livmoderhalskræft, og dels kan det forklares ud fra forskelle i deltagelse i livmoderhalskræftscreening. Sandsynligheden for overlevelse af livmoderhalskræft er ligeledes lavest blandt kvinder med lavere socioøkonomisk position (Parikh, Brennan and Boffetta, 2003), hvilket skyldes, at sygdommen ofte diagnosticeres på et senere stadium hos denne gruppe end kvinder med højere socioøkonomisk position. Det tyder på, at en af forklaringerne på dette kan være forsinket behandling grundet lavere deltagelse i screening (Ibfelt *et al.*, 2013), hvilket understøttes af, at der er fundet social ulighed i deltagelse i livmoderhalskræftscreening, hvor kvinder med lav socioøkonomisk position i mindre grad deltager end kvinder med høj socioøkonomisk position (Parikh, Brennan and Boffetta, 2003; Sutton and Rutherford, 2005; Limmer, LoBiondo-Wood and Dains, 2014; Harder, Juul, *et al.*, 2018; Willems and Bracke, 2018; Murfin *et al.*, 2019). Lavt uddannelsesniveau er associeret med i mindre grad at deltage i livmoderhalskræftscreening, hvilket til dels kan skyldes, at det er forbundet med lav *health literacy*

(Murfin *et al.*, 2019), som refererer til et individs sociale og kognitive færdigheder, der er bestemmende for individets evne og motivation til at få adgang til, forstå samt bruge sundhedsinformation for, at et godt helbred fremmes og opretholdes (Nutbeam and Kickbusch, 1998). Lavt uddannelsesniveau kan dermed begrænse individets evne til at læse og fuldt ud forstå informationen (Oldach and Katz, 2014), og health literacy er fundet associeret med viden i relation til screening (Lindau *et al.*, 2002) og beslutninger om regelmæssigt at overholde anbefalinger for livmoderhalskræftscreening (Oldach and Katz, 2014). Socioøkonomiske forskelle i deltagelse i livmoderhalskræftscreening kan endvidere forklares ud fra forskelle i risikopfattelse. Højere socioøkonomisk position er associeret med at være mere fremtidsorienteret, mere villig til at forpligte sig til langtidsmål og bedre risikopfattelse. Derimod kan individer med lavere socioøkonomisk position underestimere vigtigheden af screening, da det ikke giver nogen umiddelbare helbredsmæssige fordele (Lorant *et al.*, 2002). Det kan dermed formodes, at kvinder med høj socioøkonomisk position i højere grad prioriterer screening end kvinder med lav socioøkonomisk position.

2.3.2 Civilstatus og etniske minoriteter

Sandsynligheden for ikke at have deltaget i livmoderhalskræftscreening er størst blandt enlige kvinder (Kristensson *et al.*, 2014; Broberg *et al.*, 2018; Harder, Juul, *et al.*, 2018). Eftersom enlige kvinder har mindre sandsynlighed for at have født, er de også mindre tilbøjelige til at have været til gynækologiske forebyggende behandling og rådgivning i forhold til vigtigheden af screening, hvilket kan være en del af forklaringen på, hvorfor civilstatus har indflydelse på deltagelse i livmoderhalskræftscreening (Kristensson *et al.*, 2014). Dette underbygges af, at et studie har fundet en reduceret risiko for ikke-deltagelse blandt kvinder med et til tre børn. Der ses dog øget risiko blandt kvinder med fire eller flere børn, hvilket, ifølge forfatterne af studiet, tyder på, at travlhed i dette tilfælde kan udgøre en barriere for deltagelse (Harder, Juul, *et al.*, 2018). Flere studier har desuden fundet, at etniske minoriteter har lavere deltagelse i livmoderhalskræftscreening (Kristensson *et al.*, 2014; Broberg *et al.*, 2018; Harder, Juul, *et al.*, 2018), hvilket kan skyldes en sprogbarriere (Nonzee *et al.*, 2015; Chorley *et al.*, 2017). Kulturelle overbevisninger og modstand mod at få foretaget en gynækologisk undersøgelse kan også udgøre en barriere for deltagelse i livmoderhalskræftscreening for etniske minoriteter (Spadea *et al.*, 2010; Nonzee *et al.*, 2015). Et studie har dog fundet, at forskellen i deltagelse blandt etniske minoriteter forsvandt i de

statistiske analyser for nogle af grupperne, eksempelvis kvinder født i Central- og Sydamerika, Vest- og Centralafrika og Vestasien, når der blev justeret for socioøkonomiske og demografiske faktorer. Dette indikerer, at socioøkonomisk position er en stærk prædiktør i forhold til ikke at deltage i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, og at kulturelle eller sproglige barrierer ikke har ikke nær så stor betydning for ikke-deltagelse blandt nogle etniske grupper (Broberg *et al.*, 2018).

2.3.3 Interpersonelle faktorer

Interpersonelle faktorer såsom socialt netværk og social støtte påvirker yderligere deltagelse i screening (Documet *et al.*, 2015). Dette understøttes af Berkman *et al.*s (2000) 'konceptuelle model om sammenhæng mellem socialt netværk og helbred', som viser, at socialt netværk har stor indflydelse på et individs fysiske og mentale helbred. Ifølge Berkman *et al.* (2000) er social støtte en af de primære mekanismer, hvorved socialt netværk influerer på helbredet (Berkman *et al.*, 2000). Social støtte har vist sig at være beskyttende for helbredet og fremme en sund livsstil (Documet *et al.*, 2015). Studier har fundet, at kvinder med høj socioøkonomisk position, der rapporterede høj følelsesmæssig støtte, har større sandsynlighed for regelmæssigt at deltage i livmoderhalskræftscreening end kvinder med lav social støtte (Gamarra, Paz and Griep, 2009; Documet *et al.*, 2015). Dette kan skyldes, at social støtte kan lette stress associeret med kræftscreening (Documet *et al.*, 2015). Følelsesmæssig støtte er, ifølge Berkman *et al.* (2000), blandt andet relateret til mængden af omsorg, forståelse eller respekt fra andre (Berkman *et al.*, 2000). Effekten af social støtte har desuden vist sig at være mere udpræget for kvinder med lavere uddannelsesniveau end for kvinder med højere uddannelsesniveau (Documet *et al.*, 2015). Det tyder derfor på, at social støtte er mere fordelagtigt for individer med lavere socioøkonomisk position, fordi det kan afhjælpe eksempelvis uddannelsesmæssige barrierer (Messina *et al.*, 2004). Socialt netværk kan også direkte influere deltagelse i screening via sociale normer eller pres fra det sociale netværk. Derudover kan det influere ved at øge viden, som kan øge deltagelsen gennem en mere nøjagtig personlig risikoopfattelse og ved at hjælpe kvinder med at afhjælpe barrierer til screening (Katapodi *et al.*, 2002). Dette er i overensstemmelse med Berkman *et al.*s (2000) konceptuelle model, hvor social indflydelse, herunder sociale normer, er en af de psykosociale mekanismer, der kan påvirke et individs helbredsrelaterede adfærd eksempelvis brugen af sundhedsydelser (Berkman *et al.*, 2000). En dansk interviewundersøgelse finder imidlertid, at kvinder kun taler lidt med familie og venner om screening for

livmoderhalskræft, men at den praktiserende læge derimod spiller en central rolle med indflydelse på de videns- og praktiske barrierer, kvinderne oplever (Espersen and Holten, 2005). Dette indikerer, at den praktiserende læger spiller en mere væsentlig rolle for deltagelse i livmoderhalskræftscreening end familie og venner.

2.3.4 Risiko for øget social ulighed i sundhed gennem screening

Den socioøkonomiske ulighed i deltagelse i livmoderhalskræftscreening er paradoks, idet screening kan bidrage til øget social ulighed i sundhed frem for at mindske den (Willems and Bracke, 2018). Dette kan forklares ud fra Bruce Link & Jo Phelans teori 'Fundamental Cause Theory', hvor der redegøres for, at individer med høj socioøkonomisk position i højere grad er i stand til at benytte sig af sundhedstilbud grundet adgang til viden, penge, status og fordelagtige sociale relationer (Phelan, Link and Tehranifar, 2010). Set ud fra denne teori skaber livmoderhalskræftscreening således muligheder, der er mere tilgængelige for kvinder med højere socioøkonomisk position. Øget viden vedrørende forebyggelse, diagnose og behandling kan på den måde, ifølge Phelan, Link & Tehranifar (2010), have tendens til at øge uligheden i sundhed frem for at mindske den (Phelan, Link and Tehranifar, 2010). Ud fra Link & Phelans teori vil HPV-vaccinationen, der, jf. afsnit 2.1.1, er indført i Danmark med henblik på at forebygge livmoderhalskræft (Baldur-Felskov *et al.*, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2018), yderligere bidrage til øget ulighed, fordi højere socioøkonomisk position medfører viden og kompetencer, der kan omsættes til en sund livsstil (Phelan, Link and Tehranifar, 2010). Det fremgår af ovenstående, at socioøkonomisk position er en fundamental årsag til sundhed og sygdom, og derfor også en fundamental årsag til social ulighed i deltagelse i livmoderhalskræftscreening. For at screeningsprogrammet for livmoderhalskræft ikke bidrager til øget social ulighed, er der derfor et folkesundhedsmæssigt behov for tiltag, der kan øge deltagelsen blandt kvinder med lav socioøkonomisk position. Dette vil, jf. afsnit 1.0, kunne mindske uligheden i sundhed på kræftområdet (Young *et al.*, 2018).

2.4 Barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening

Der er identificeret flere årsager til, at kvinder ikke deltager i livmoderhalskræftscreening (Verdoodt *et al.*, 2015). Disse årsager er komplekse og varierer, jf. afsnit 2.3.1, afhængig af socioøkonomisk position

(Ryan, Waller and Marlow, 2019). Der er identificeret emotionelle og praktiske barrierer for deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (Chorley *et al.*, 2017; Harder, Thomsen, *et al.*, 2018; Young *et al.*, 2018; Ryan, Waller and Marlow, 2019).

2.4.1 Emotionelle barrierer

Emotionelle barrierer omfatter eksempelvis frygt for smerte (Espersen and Holten, 2005; Sutton and Rutherford, 2005; Chorley *et al.*, 2017; Marlow *et al.*, 2018; Young *et al.*, 2018), ubehag (Espersen and Holten, 2005; Chorley *et al.*, 2017; Harder, Thomsen, *et al.*, 2018), nervøsitet (Oscarsson, Benzein and Wijma, 2008; Young *et al.*, 2018) eller forlegenhed associeret med den gynækologiske undersøgelse (Sutton and Rutherford, 2005; Armstrong, James and Dixon-Woods, 2012; Chorley *et al.*, 2017; Harder, Thomsen, *et al.*, 2018; Marlow *et al.*, 2018; Young *et al.*, 2018). Nogle kvinder ønsker desuden ikke at deltage, hvis de ikke kan blive undersøgt af en kvindelig læge (Kvernrød and Hansen, 2016; Plourde *et al.*, 2016; Chorley *et al.*, 2017). Forskningslitteratur har vist, at kommunikation og interaktion med den praktiserende læge, samt forholdet og tilliden til lægen har stor betydning for, om kvinder deltager i livmoderhalskræftscreening, da lægen blandt andet kan informere kvinder om screening, korrigere forkerte antagelser og motivere dem til stillingtagen (Espersen and Holten, 2005; O'Connor *et al.*, 2014). Dog oplever nogle kvinder også barrierer i forhold til at få foretaget undersøgelsen hos egen læge blandt andet grundet et for personligt eller dårligt forhold til lægen (Espersen and Holten, 2005). I flere studier beskrives endvidere en frygt for et positivt testresultat og i værst tilfælde en kræftdiagnose (Agurto *et al.*, 2004; Espersen and Holten, 2005; Young *et al.*, 2018). Nogle kvinder fravælger således screeningsprogrammet, fordi de ikke ønsker at blive unødigt bekymret eller sygeliggjort (Agurto *et al.*, 2004; Waller *et al.*, 2009; Young *et al.*, 2018). Frygt for kræft kan dog også være en motivation for at deltage i screening (Young *et al.*, 2018). Endvidere fremgår det af flere studier, at kvinder vurderer relevansen af livmoderhalskræftscreening ud fra en personlig risikovurdering baseret på deres opfattelse af årsagen til livmoderhalskræft, sundhedstilstand, alder, samt om der er eller har været kræft i familien (Waller *et al.*, 2009; Blomberg *et al.*, 2011; Chorley *et al.*, 2017). Ufuldstændig eller ukorrekt viden vedrørende livmoderhalskræftscreening har også vist sig at kunne påvirke deltagelsen. Det drejer sig eksempelvis om manglende viden om HPV, hvad der testes for, hvor tit, hvem det er relevant for eller forskellen på celleforandringer og kræft, og nogle kvinder kan dermed fravælge screeningen på et

fejlagtigt grundlag (Espersen and Holten, 2005; Blomberg *et al.*, 2011; Lovell, Wetherell and Shepherd, 2015; Chorley *et al.*, 2017). Selvom kvinderne principielt har adgang til screeningsprogrammet, kan barrierer som manglende viden om risikoen for livmoderhalskræft og HPV (Armstrong, James and Dixon-Woods, 2012), samt om forebyggelse og behandling af livmoderhalskræft betyde, at kvinder vælger ikke at deltage (Nonzee *et al.*, 2015).

2.4.2 Praktiske barrierer

Praktiske barrierer omfatter eksempelvis mangel på transportmuligheder (Agurto *et al.*, 2004), at glemme at aftale en tid (Young *et al.*, 2018) og begrænset åbningstid i almen praksis, som generelt er sammenfaldende med normale arbejdstider, hvilket kan gøre det besværligt at aftale en tid hos den praktiserende læge (Waller *et al.*, 2009; Armstrong, James and Dixon-Woods, 2012; Chorley *et al.*, 2017; Harder, Thomsen, *et al.*, 2018; Young *et al.*, 2018; Ryan, Waller and Marlow, 2019). Deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft er endnu en ting, der skal passes ind i en i forvejen travl hverdag med arbejde og børnepasning og derfor kan blive nedprioriteret (Espersen and Holten, 2005; Oscarsson, Wijma and Benzein, 2008; Chorley *et al.*, 2017). Dette gør sig også gældende i en dansk kontekst, hvor praktiske omstændigheder, som eksempelvis at tage fri fra arbejde, er medvirkende til, at kvinder ikke bliver screenet. Kvinder ønsker i den forbindelse fleksible undersøgelsestidspunkter (Espersen and Holten, 2005), hvilket også, ifølge Oscarsson, Wijma & Benzein (2008), fremkommer som en vigtig betingelse for at få foretaget livmoderhalskræftscreening (Oscarsson, Wijma and Benzein, 2008). Nogle kvinder har således intentionerne om at få det gjort, men kan ende med at glemme det (Young *et al.*, 2018), eller føle sig forhindret af praktiske omstændigheder (Espersen and Holten, 2005; Waller *et al.*, 2009; Chorley *et al.*, 2017; Ryan, Waller and Marlow, 2019). Disse praktiske barrierer har vist sig ofte at være associeret med kvindernes livsbetingelser og ressourcer. Nogle kvinder ønsker at deltage, men har svært ved at omsætte disse intentioner til handling grundet konkurrerende prioriteter, praktiske barrierer og de ressourcer, der er tilgængelig for dem, til at overvinde disse (Chorley *et al.*, 2017). Praktiske barrierer kan således synes at medvirke til den sociale ulighed, der, jf. afsnit 2.3.1, er i deltagelse i livmoderhalskræftscreening, da kvinder med lavere socioøkonomisk position kan have sværere ved at omsætte intentionerne til handling end kvinder med højere socioøkonomisk position. Vanskeligheder med at navigere i sundhedssystemet udgør også en praktisk barriere (Agurto *et al.*, 2004),

og mange kvinder finder desuden bookingprocessen tidskrævende, besværlig og ufleksibel (Waller *et al.*, 2012). Dette gør sig også gældende i en dansk kontekst, hvor der i danske interviewundersøgelser er fundet, at nogle kvinder oplever det som besværligt at bestille tid enten over telefon eller online, eksempelvis grundet glemt kode til online booking (Kvernød and Hansen, 2016) eller at det er svært at komme igennem på telefonen (Espersen and Holten, 2005). Forskningslitteratur har vist, at digitale teknologier kan bidrage til øget ulighed i sundhed, fordi øget alder og lavere socioøkonomisk position, herunder lavere uddannelsesniveau, er associeret med en lavere grad af tilgængelighed og færdigheder til at anvende teknologien. *Digital health literacy* er i den forbindelse nødvendig for at tilgå og navigere i digitale former for information og tilbud om sundhed. Dette begreb refererer til et individs evne til at finde, forstå og bruge information og sundhedstilbud, som tilgås i digital form, med henblik på at fremme eller opretholde et godt helbred (Azzopardi-Muscat and Sørensen, 2019). Eksempelvis kan en besværlig og vanskelig bookingproces bidrage til øget social ulighed i sundhed, da nogle individer kan blive fanget i en ond cirkel, hvor mangel på digitale evner kan forstærke eksisterende ulighed ofte relateret til socioøkonomisk position (Azzopardi-Muscat and Sørensen, 2019).

Praktiske barrierer har vist sig at være mere prædiktive for deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft end emotionelle barrierer, hvor Waller *et al.* (2009) finder, at kvinder ofte anfører negative associationer forbundet med den gynækologiske undersøgelse, som en måde at retfærdiggøre, at de ikke deltager. Kvinder, der deltager regelmæssigt, oplever dog også disse negative emotionelle faktorer, hvilket indikerer, at dette ikke udgør den faktiske forklaring på ikke-deltagelse. Det tyder derimod på, at det er vigtigt at afhjælpe praktiske barrierer i forhold til at øge deltagelsen i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (Waller *et al.*, 2009), da praktiske barrierer kan forhindre kvinder i at realisere deres intentioner om at blive screenet (Chorley *et al.*, 2017). For at øge ligheden i screeningsprogrammet og dets effektivitet, skal udbyderen sikre, at adgangen til programmet er så let som muligt, så praktiske omstændigheder ikke påvirker kvinders valg om at lade sig screene (Offman *et al.*, 2013). Ud fra Wackerhausens teori, jf. afsnit 2.2.1, kan de livsbetingelser, kvinderne lever under, dermed begrænse deres handlemuligheder og potentialer for at indfri deres mål. Sundhedsprofessionelles formål bør, ifølge Wackerhausen (1995), være at øge individets potentiale for at indfri deres mål, hvilket kan ske på flere måder, herunder ved at ændre nogle af individets livsbetingelser (Wackerhausen, 1995). Der kan derfor med afsæt i Wackerhausens teori argumenteres for, at tiltag, der har til hensigt at øge

deltagelsen i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, bør have til formål at afhjælpe de praktiske barrierer for derved at ændre kvindernes betingelser for at deltage i screening.

2.5 Tiltag til øget deltagelse i livmoderhalskræftscreening

Jf. afsnit 2.4.2 er det især praktiske omstændigheder, der kan udgøre barrierer for kvinder i forhold til at lade sig screene for livmoderhalskræft, og disse er derfor vigtige at afhjælpe (Waller *et al.*, 2009). Der er afprøvet en række forskellige tiltag til at øge dækningsgraden af livmoderhalskræftscreening (Sundhedsstyrelsen, 2018). I det følgende afsnit vil der blive redegjort for allerede eksisterende tiltag og mulige løsninger til at afhjælpe praktiske barrierer.

2.5.1 Forhåndsaftalte tider og påmindelser

Et tiltag til at øge deltagelsen blandt danske kvinder med lav socioøkonomisk position kan være at medsende en aftalt tid til screening hos almen praksis i invitationsbrevet (Kristensson *et al.*, 2014). Dette understøttes af resultaterne i et randomiseret studie, der viser, at forhåndsaftalte tider øger deltagelsen med 17,3 procent, og at den relative risiko for at deltage efter seks måneder er 1,86 for kvinder, der på forhånd havde fået en tid, i forhold til kvinder, der selv skulle bestille en tid til livmoderhalskræftscreening. Denne stigning ses uanset alder og screeningshistorik (Lönnberg *et al.*, 2016). Skriftlige og telefoniske påmindelser om screening har desuden vist sig effektivt til at øge deltagelsen både blandt kvinder, der ikke har fulgt screeningen regelmæssigt eller aldrig er blevet screenet (Eaker *et al.*, 2004; Lönnberg *et al.*, 2016). Derudover har opfordringer til og påmindelser om livmoderhalskræftscreening fra den praktiserende læge også vist sig blandt andet at medvirke til, at kvinder deltager i screening (O'Connor *et al.*, 2014). Et randomiseret studie har vist, at skriftlige påmindelser øgede deltagelsen med 9,2 procent, mens telefoniske påmindelser øgede deltagelsen med 31,4 procent. Den øgede respons ved telefoniske påmindelser var relateret til, at eventuelle tvivlsspørgsmål blev adresseret, og at kvinderne kunne booke en tid med det samme (Eaker *et al.*, 2004). Wardle *et al.* (2016) har fundet, at skriftlige påmindelser kan reducere den socioøkonomiske gradient,

der, jf. afsnit 2.3.1, er i deltagelse i livmoderhalskræftscreening, men yderligere reduktion af ulighed i deltagelse i screening gennem skriftligt materiale alene vil være udfordrende (Wardle *et al.*, 2016).

2.5.2 Selvopsamlede HPV-prøver

Selvopsamlede HPV-prøver er et alternativ til cytologisk screening for kvinder, der udebliver fra livmoderhalskræftscreening (Lam *et al.*, 2017), som anvendes i flere lande, samt i nogle danske regioner (Sundhedsstyrelsen, 2018). Selvopsamlede prøver kan bidrage til at afhjælpe nogle af de praktiske og emotionelle barrierer, der, jf. afsnit 2.4, afholder nogle kvinder fra regelmæssigt at deltage i livmoderhalskræftscreening, fordi kvinderne kan tage prøverne på et tidspunkt, der passer dem, og gør, at de kan undgå den gynækologiske undersøgelse (Cadman *et al.*, 2015; Verdoodt *et al.*, 2015; Enerly *et al.*, 2016). Flere metaanalyser finder, at selvopsamlede prøver øgede deltagelsen i livmoderhalskræftscreening hos kvinder, der aldrig eller ikke regelmæssigt havde deltaget i screening (Racey, Withrow and Gesink, 2013; Verdoodt *et al.*, 2015), hvilket også er fundet i en dansk kontekst (Lam *et al.* 2017). En vis andel af kvinderne, der har ønsket en selvopsamlet prøve, ender dog med ikke at få indsendt den (Lam *et al.*, 2017; Campbell *et al.*, 2019), hvor Lam *et al.* (2017) har vist, at cirka 20 procent af de inviterede kvinder indsendte den selvopsamlede prøve til analyse (Lam *et al.*, 2017). Endvidere har flere studier vist, at en andel af de kvinder, der testes positive for hr-HPV ved en selvopsamlet prøve, ikke kommer til videre udredning ved en cytologisk undersøgelse (Cadman *et al.*, 2015; Verdoodt *et al.*, 2015; Lam *et al.*, 2017). Dette er bekymrende, da potentielle celleforandringer på livmoderhalsen dermed forbliver uopdaget og ubehandlet (Cadman *et al.*, 2015). Et systematisk review har fundet, at kvinder generelt har høj accept og positiv attitude over for selvopsamlede prøver (Huynh, Howard and Lytwyn, 2010). Nogle kvinder udtrykker dog også bekymring for, om de har taget testen korrekt og har større tiltro til nøjagtigheden af kliniske test og lægens evner (Huynh, Howard and Lytwyn, 2010; Campbell *et al.*, 2019). I den forbindelse er det fundet, at nogle kvinder foretrækker, at lægen foretager undersøgelsen (Enerly *et al.*, 2016; Campbell *et al.*, 2019), hvilket antyder, at selvopsamlede prøver ikke skal tilbydes som den eneste mulighed (Enerly *et al.*, 2016).

2.5.3 Fleksibilitet i undersøgelsestider

Besvær med at tage fri fra arbejde kan, jf. afsnit 2.4.2, medføre, at nogle kvinder ikke bliver screenet (Espersen and Holten, 2005; Armstrong, James and Dixon-Woods, 2012; Chorley *et al.*, 2017; Harder, Thomsen, *et al.*, 2018; Young *et al.*, 2018; Ryan, Waller and Marlow, 2019). Kvinder giver udtryk for et ønske om fleksible undersøgelsestider, hvor screeninger kan foretages efter normal arbejdstid (Espersen and Holten, 2005; Oscarsson, Wijma and Benzein, 2008; O'Connor *et al.*, 2014) eller om aftenen, eventuelt uden at have bestilt tid inden (Oscarsson, Wijma and Benzein, 2008). I en dansk interviewundersøgelse foreslår kvinder ligeledes, at der kan indføres drop-in screeningsklinikker med sene åbningstider således, at der er mulighed for at blive screenet uden for normal arbejdstid (Kvernrød and Hansen, 2016). Dette er i overensstemmelse med anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen (2018), hvor det foreslås, at der i almen praksis bør afprøves aftenåbning for screening uden tidsbestilling, eventuelt på skift mellem de praktiserende læger i et område (Sundhedsstyrelsen, 2018). Et randomiseret studie har fundet, at sandsynligheden for at deltage i brystkræftscreening er højest for kvinder, der tildeles en tid indenfor normal arbejdstid, men med mulighed for at ændre denne til en tid om aftenen eller i weekenden. Dette set i forhold til kvinder, der fik en tid indenfor normal arbejdstid, om aftenen eller i weekenden, men uden mulighed for at ændre til en tid uden for eller inden for normal arbejdstid (Offman *et al.*, 2013). Der er desuden fundet en association mellem adgang til faciliteter og deltagelse i kræftscreening (Plourde *et al.*, 2016), samt det at eliminere geografiske barrierer, såsom mangel på transportmuligheder, kan øge deltagelsen i bryst- og livmoderhalskræftscreening blandt kvinder med lavere socioøkonomisk position (Spadea *et al.*, 2010). Eftersom nogle af de samme praktiske barrierer gør sig gældende for bryst- og livmoderhalskræftscreening (Plourde *et al.*, 2016), vurderes fleksible undersøgelsestider også at kunne afhjælpe nogle af de praktiske barrierer, kvinder oplever i forhold til livmoderhalskræftscreening. Relevansen af at have åbningstider uden for normal arbejdstid, samt at give kvinder mulighed for at ændre deres tid til livmoderhalskræftscreening, understøttes af kvalitative studier, hvor kvinderne giver udtryk for et ønske om disse muligheder (Oscarsson, Wijma and Benzein, 2008; Campbell *et al.*, 2019). Det at have mulighed for at ændre til et mere belejligt undersøgelsestidspunkt, så det i højere grad passer ind i kvindernes arbejdsmæssige forpligtelser eller andre tidsmæssige begrænsninger i hverdagen, kan reducere nogle af de barrierer, der kan være hos kvinder, der har intention om at deltage i screening, men som ikke får det gjort (Offman *et al.*, 2013). I overensstemmelse hermed har flere studier fundet, at fleksible undersøgelsestider er en nøglefaktor i

forhold til deltagelse, da det giver kvinderne mulighed for at tilpasse screeningen til en ellers travl hverdag (Oscarsson, Wijma and Benzein, 2008; Campbell *et al.*, 2019).

2.6 Afgrænsning

Selvom der er identificeret emotionelle barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening, fremgår det af ovenstående problemanalyse, at praktiske barrierer er mest prædiktiv i forhold til deltagelse (Waller *et al.*, 2009). Der vil derfor i dette speciale fokuseres på tiltag, der kan bidrage til at afhjælpe praktiske barrierer for kvinder i alderen 23-64 år, herunder besvær med at finde tid til screening i en travl hverdag (Espersen and Holten, 2005; Oscarsson, Wijma and Benzein, 2008; Chorley *et al.*, 2017). Dette inkluderer åbningstider i almen praksis uden for normal arbejdstid, da det efterspørges af kvinderne (Espersen and Holten, 2005; Oscarsson, Wijma and Benzein, 2008; Kvernørød and Hansen, 2016; Campbell *et al.*, 2019), hvorfor der i dette speciale undersøges, hvad der skal til for at udvide åbningstiderne i almen praksis. I kraft af at afstanden, jf. afsnit 2.5.3, til screeningsfaciliteter kan have betydning for deltagelse (Spadea *et al.*, 2010; Plourde *et al.*, 2016), formodes det at være fordelagtigt, at tiltaget iværksættes i almen praksis. Derudover ses det som en fordel, eftersom screening for livmoderhalskræftscreening i Danmark oftest foretages hos de praktiserende læger, jf. afsnit 2.2.2. Ydermere kan praktiserende læger være med til at afhjælpe flere af de praktiske og emotionelle barrierer, som kvinder oplever i forhold til at lade sig screene for livmoderhalskræft (Espersen and Holten, 2005), hvorved man opnår flere fordele med en enkelt handling. Dog ønsker nogle kvinder, jf. afsnit 2.4.1, ikke at blive undersøgt af egen læge (Espersen and Holten, 2005), hvorfor det også bør overvejes, at tilbyde alternative muligheder for at blive screenet end blot hos egen praktiserende læge.

3.0 Problemformulering

Hvordan kan udvidede åbningstider implementeres i almen praksis med henblik på at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening?

- Hvilke holdninger har praktiserende læger til at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening, og hvilken betydning har det for implementering af udvidede åbningstider i almen praksis?
- Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er der for implementering af organisationsændringer i almen praksis?

4.0 Metode

I det følgende afsnit redegøres der for de metodiske overvejelser i specialet. Specialets problemformuleringen danner baggrund for den videnskabsteoretiske position, anvendelse af et planlægningsværktøj for organisationsændringer samt udarbejdelse af en interessentanalyse. Dataindsamlingen til besvarelse af problemformuleringen består af en systematisk litteratursøgning og kvalitative forskningsinterviews.

4.1 Kritisk realisme som videnskabsteoretisk position

Formålet med specialet er, jf. afsnit 3.0, at undersøge, hvordan der kan foretages ændringer i en organisation, i form af udvidede åbningstider i almen praksis, og det er derfor nødvendigt at have kendskab til, hvordan organisationen fungerer (Jacobsen and Thorsvik, 2014), samt hvad der skal til for, at organisationen kan forandres. Eksempelvis kan der være modstand mod forandring hos de ansatte i organisationen, hvilket er vigtigt at have for øje ved implementering af organisationsændringer (Bakka and Fivelsdal, 2019). Der tages i dette speciale udgangspunkt i kritisk realisme som videnskabsteoretisk position, hvor videnskab ses som en kontinuerlig social aktivitet med det formål at producere viden om de underliggende mekanismer, der er medvirkende til, at en begivenhed finder sted (Bhaskar, 2008). I relation til dette speciale ønskes det at opnå viden om, hvad der skal til for at skabe en forandring i almen praksis, samt under hvilke betingelser. Inden for kritisk realisme er der en antagelse om, at verden eksisterer, uanset om den observeres eller ej. Der skelnes mellem den *transitive* og *intransitive dimension*. Den transitive dimension indeholder vores erfaringer om verden, hvor allerede eksisterende erfaringer er uundværlige i forhold til at opnå og producere ny viden. Denne dimension hænger dermed sammen med epistemologien (Bhaskar, 2008). Den transitive dimension afspejles i dette speciale i eksisterende erfaringer om verden, herunder fra gruppens uddannelsesmæssige baggrund, samt viden opnået gennem forskningslitteratur og teori i problemanalysen. Disse eksisterende erfaringer ligger til grund for at opnå ny viden til at besvare specialets problemformulering. Den intransitive dimension omhandler de objekter af virkeligheden, der søges at opnå viden om, altså ontologien. Disse objekter forbliver uændrede uanset hvor meget viden, der opnås om objekterne. I kritisk realisme opdeles virkeligheden i tre domæner. Det første domæne er *det empiriske domæne*, der omfatter observationer og

erfaringer (Bhaskar, 2008). Dette kan i relation til specialet eksempelvis være udtalelser fra praktiserende læger angående udvidede åbningstider. Hvis de praktiserende læger er bevidste om deres holdninger, kan disse erfares i deres udtalelser, og det er dermed i det empiriske domæne. Hvis det derimod er uudtalte holdninger, er det mere i det faktisk domæne. *Det faktiske domæne* indbefatter alle hændte begivenheder og fænomener, uagtet om de er erfaret eller ej (Bhaskar, 2008). Det vil sige alle de praktiserende lægers holdninger, uanset om de erfares eller ej. *Det virkelige domæne* er det tredje domæne og omfatter mekanismer, der ikke direkte kan observeres, samt begivenheder fra det faktiske domæne og erfaringer fra det empiriske domæne. Mekanismerne i det virkelige domæne er det, der kan forårsage og medvirke til, at begivenheder og fænomener finder sted i det faktiske domæne, hvis de aktiveres af de kontekstuelle betingelser (Bhaskar, 2008). Eksempelvis kan de praktiserende lægers ubevidste holdninger, viden og motivation for at udvide åbningstiderne have betydning for, om det implementeres. Hvis åbningstiderne i almen praksis skal udvides, er det derfor vigtigt at afdække de underliggende mekanismer og kontekstuelle betingelser, der gør, at forandringen finder sted. Bhaskar (2008) argumenterer for, at verden bør ses som en multidimensionel struktur frem for en flad overflade (Bhaskar, 2008). De praktiserende læger kan eksempelvis udtale, at udvidede åbningstider umiddelbart er en god ide i forhold til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, men når det kommer til stykket, ikke vil implementere det i deres lægepraksis, hvilket kan skyldes underliggende mekanismer i det virkelige domæne, som ikke erfares i deres udtalelser. Dette er i tråd med, at der i kritisk realisme er en antagelse om, at viden om virkeligheden er ubegrænset, fordi der altid vil være mulighed for, at årsager til, en begivenhed finder sted, er på et endnu dybere niveau, end man hidtil har identificeret (Bhaskar, 2008). Således ses der en vertikal kausalitetsforståelse, da der i det empiriske domæne kan opnås viden om de erfarede begivenheder, der sker i det faktiske domæne, og disse begivenheder betinges af underliggende mekanismer i det virkelige domæne (Buch-Hansen and Nielsen, 2012).

4.2 Organisationsændringer

Formålet med dette speciale er, jf. afsnit 3.0, at undersøge, hvordan udvidede åbningstider kan implementeres i almen praksis med henblik på at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Det er derfor relevant at arbejde med de organisatoriske ændringer, det vil kræve at implementere et sådan tiltag i almen praksis, hvorfor der i det følgende afsnit indledningsvist vil redegøres for den organisatoriske

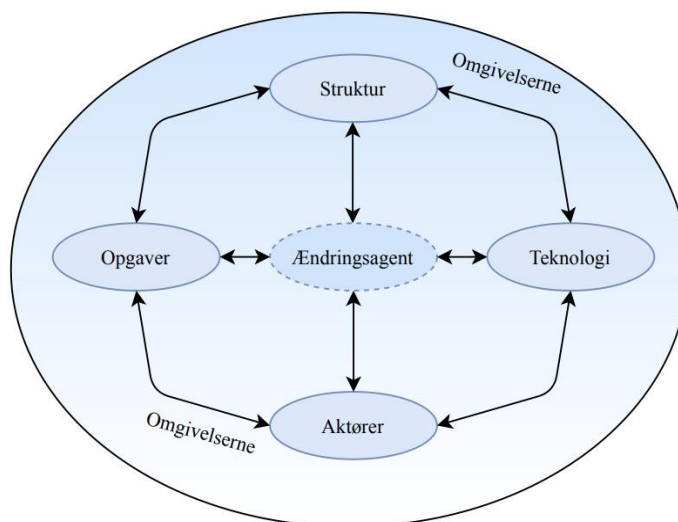
opbygning af almen praksis og i det efterfølgende afsnit for et planlægningsværktøj til at foretage ændringer i en organisation.

4.2.1 Almen praksis som organisation

En organisation defineres som “[...] *et socialt system, som er bevidst konstrueret med det formål at løse særlige opgaver og realisere bestemte mål*” (Jacobsen and Thorsvik, 2014, p. 15). I dette speciale tages der, jf. afsnit 2.6, udgangspunkt i almen praksis, da de varetager regelmæssige undersøgelser for celleforandringer (Kristensson *et al.*, 2014; Harder, Thomsen, *et al.*, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2018). Almen praksis kan til dels betragtes som en samlet organisatorisk enhed, idet de er etableret med det formål at løse specifikke opgaver og opnå bestemte mål, hvor de praktiserende læger varetager funktioner som leverandører af sundhedsydelser, samt som borgernes primære indgang til det øvrige sundhedsvæsen (Sundhedsdatastyrelsen, 2016; Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Derudover er de praktiserende læger også selvstændige erhvervsdrivende, det vil sige, at den enkelte læge har et driftsansvar for sin egen klinik, trods de er under en fælles kontrakt (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Den enkelte lægepraksis kan derfor i sig selv betragtes som en organisation med hver sin ledelse og holdning til eksempelvis at udvide åbningstiderne, hvor en del lægepraksis er organiseret som *solopraksis*, mens en del er organiseret som *kompagniskabspraksis* med to eller flere praktiserende læger (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008). Samtidig er de praktiserende læger forpligtet til at følge de vilkår, indhold og mål for opgaveløsning, der fastsættes i overenskomsten om almen praksis, som indgås af Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Dette er i tråd med, at et karakteristikum ved en organisation er, at der ofte eksisterer retningslinjer, der koordinerer de ansattes arbejde frem mod opnåelse af organisationens mål (Jacobsen and Thorsvik, 2014).

4.2.2 Planlægningsværktøj for organisationsændringer

I dette speciale anvendes Harold J. Leavitts 'Systemmodel', da den er anvendelig til tilrettelæggelse af organisationsændringer (Leavitt, 1965), hvor der i specialet, jf. afsnit 3.0, ønskes at undersøge, hvordan udvide åbningstiderne kan implementeres i almen praksis. Modellen er et planlægningsværktøj for organisationsændringer, der har haft stor gennemslagskraft både i litteraturen og i praksis grundet dens overskuelighed og enkelthed (Bakka and Fivelsdal, 2019). Den kan anvendes til at indkredse forskellige muligheder og begrænsninger for at arbejde med ændringer i en organisation, samt de dynamiske påvirkninger inden for organisationen, der i den forbindelse skal tages i betragtning. Den kræver dog tilpasning til de lokale forhold, menneskelige konstellationer og den særegne kultur i den givne organisation (Leavitt, 1965), i dette tilfælde almen praksis. Dette er i tråd med kritisk realisme, hvor kontekstuelle betingelser har betydning for, om de underliggende mekanismer aktiveres, og dermed også om begivenheden optræder (Bhaskar, 2008).



Figur 2: Forandringsmodel, inspireret af Bakka & Fivelsdals (2019) videreudviklede forandringsmodel (Bakka and Fivelsdal, 2019).

Som det fremgår af figur 2, består en organisation, ifølge Leavitt (1965), af fire komponenter: *opgaver*, *aktører*, *teknologi* og *struktur*, som er gensidigt afhængige. Hvis en komponent ændres, vil det påvirke de øvrige komponenter (Leavitt, 1965). Åbningstider i almen praksis ses i dette speciale som en del af

strukturen, og hvis åbningstiderne udvides, vil det ud fra modellen påvirke organisationens ansatte, opgaver, teknologi og vice versa. Dette betyder, at ingen af komponenterne kan bearbejdes isoleret, hvilket er vigtigt at have for øje ved planlægning og implementering af organisationsændringer. En organisation har forskellige hovedfunktioner og arbejdsopgaver, som den skal udføre, og som er bestemt af organisationens mål (Leavitt, 1965). Sundhedsvæsenets kerneopgaver er oftest serviceydelser, som indebærer social interaktion mellem behandler og patient. Det er derfor en betingelse, at de ansatte er motiverede og serviceorienterede (Kristensen and Sigmund, 2007). Med aktører menes de ansatte i organisationen (Leavitt, 1965), det vil sige de praktiserende læger, sygeplejersker, jordemødre, social- og sundhedsassistenter og sekretærer ansat i den enkelte lægepraksis, som karakteriseres ved deres motivation, værdier, holdninger, viden og færdigheder. Aktørerne udfører handlinger i forbindelse med løsning af organisationens opgaver og er med til at skabe organisationskulturen (Bakka and Fivelsdal, 2019). Komponenten teknologi er det, der skal til for, at organisationen og dens aktører kan udføre deres opgaver. Teknologien omfatter både “software” og “hardware” eksempelvis behandlingsformer, maskiner, lokaler med videre, det vil sige ikke kun teknologi, men også administrative procedurer og arbejdsprocesser, der har relation til teknologien. Organisationsstruktur betegner de relativt stabile elementer i en organisation, eksempelvis den vertikale og horisontale arbejdsdeling mellem forskellige opgaveområder eller afdelinger, kommunikations- og samarbejds mønstre, belønningssystemer med videre (Leavitt, 1965). Bakka & Fivelsdal (2019) har videreudviklet Leavitts oprindelige model ved at tilføje komponenten *ændringsagent*, hvis rolle er at påvirke og holde sammen på forandringsprocessen, som inkluderer de fire komponenter, jf. figur 2. Ændringsagenten optræder eksempelvis som planlægger af forandringsinitiativer ved at overveje hensigtsmæssige indgreb i komponenterne. Det vil ofte være ledelsen, der optræder som ændringsagenten (Bakka and Fivelsdal, 2019), i dette tilfælde ledelsen i den enkelte lægepraksis, mens den part, der udstikker retningslinjerne, kan være et politisk organ, en bestyrelse eller direktion (Bakka and Fivelsdal, 2019), i dette tilfælde RLTN og PLO.

4.2.3 Omgivelsernes påvirkning

Leavitts model har været kritiseret for ikke at medtage organisationens *omgivelser*, fordi omgivelserne ikke specifikt tildeles en rolle i modellen (Bakka and Fivelsdal, 2019). Denne komponent er dog efterfølgende tilføjet i en model af Ry Nielsen & Ry (2002), der påvirker de eksisterende fire

komponenter i den oprindelige model (Ry and Ry Nielsen, 2002), og fremgår derfor også af figur 2. Omgivelser kan defineres som “[...] alle de forhold uden for en organisation som kan have en potentiel indvirkning på organisationens effektivitet og legitimitet” (Jacobsen and Thorsvik, 2014, p. 182). Eftersom almen praksis får størstedelen af deres indtægter fra regionerne og indtægten beregnes efter takster, der fastsættes i forhandlinger mellem PLO og RLTN (Vallgård, 2016), vil regionen, PLO og RLTN have indvirkning på almen praksis. Organisationer påvirkes således af deres omgivelser, blandt andet af interessenter (Bakka and Fivelsdal, 2019), og er afhængige af omgivelserne for at overleve, eksempelvis i form af ressourcer og opbakning (Jacobsen and Thorsvik, 2014). I dette speciale udføres der derfor en analyse af de interessenter, som har interesse i, enten for eller imod, udvidelse af åbningstiderne i almen praksis, hvilket uddybes i afsnit 4.3.

4.2.4 Modstand mod forandringer

Organisatoriske ændringer vil ofte medføre modstand mod forandring fra personalet, hvilket kan være i form af modvilje, manglende engagement eller at de forlader organisationen. Det kan også være i form af vrede eller frustration fra personale, som oplever konsekvenserne af den nye struktur og skal få det til at virke, hvilket kan skyldes, at de føler sig usikre på sit fremtidige arbejdsindhold, at de føler sig magtesløse over for ændringerne eller, at de har mistet tilliden til ledelsen. Konsekvenserne kan være, at arbejdsklimaet forringes, hvilket kan forringe organisationens effektivitet (Bakka and Fivelsdal, 2019). Der udføres i dette speciale interviews med de praktiserende læger om deres holdninger og motivation for at udvide åbningstiderne, hvilket uddybes i afsnit 4.4. Dette med henblik på at fremanalysere eventuel modstand mod forandringer og årsager hertil, samt for at undersøge, om og i så fald hvordan eventuel modstand kan minimeres og i stedet opnå bredest mulige accept og opbakning. Dette gøres da modstand mod forandring, ifølge Bakka & Fivelsdal (2019), ofte ikke kan undgås, men viden om mulige reaktioner på forandringerne kan bidrage til at mindske de uønskede reaktioner ved at søge at imødekomme dem. Endvidere fører det at involvere personalet og lytte til deres synspunkter til bedre beslutninger, samt større engagement og motivation. Aktørkomponenten kan dog være svær at håndtere, når holdninger ønskes ændret, fordi det berører organisationskulturen (Bakka and Fivelsdal, 2019), som er et mønster af de fælles grundlæggende antagelser, som en gruppe har tillært sig, som den korrekte måde at tænke, opfatte og føle på (Schein, 1985). Holdningerne kan godt påvirkes, men det kan tage lang tid og kræver

særlige kompetencer hos ledelsen eksempelvis troværdighed og synlighed (Bakka and Fivelsdal, 2019). For at de praktiserende læger har en mere positiv holdning til at udvide åbningstiderne, er det endvidere nødvendigt, at de har incitament til og interesse i at medvirke. Dette forudsætter, at der er balance mellem bidrag og belønning (Bakka and Fivelsdal, 2019), eksempelvis formodes en belønning at kunne indebære et ekstra honorar eller at få fri en anden dag.

4.3 Interessentanalyse

I dette speciale foretages en interessentanalyse til at skabe overblik over, beskrive og gruppere de individer, grupper eller organisationer, der har, eller ikke har interesse i at udvide åbningstiderne i almen praksis. Interessenterne grupperes i relation til, hvor interesserede og relevante de er for tiltaget og dets gennemførelse. En interessentanalyse handler netop om at identificere de personer eller grupper, der har interesse i et tiltag, dem tiltaget vil påvirke, og dem der vil spille en rolle i forhold til at implementere tiltaget (Buse, Mays and Walt, 2005). Interessentanalysen er med til at identificere mulige reaktioner, som interessenterne kan have på tiltaget (Mikkelsen and Riis, 2011), eksempelvis de praktiserende lægers reaktion på at udvide åbningstiderne. Den indsigt, der opnås, er blandt andet vigtig i forhold til planlægningen, udførelsen og hvordan der kommunikeres om tiltaget (Mikkelsen and Riis, 2011).

4.3.1 Identifikation af interessenter

Der er tre trin i en interessentanalyse. Det første trin er, at *interessenterne skal identificeres* for tiltaget og den givne kontekst (Buse, Mays and Walt, 2005). Interessenter er i dette speciale identificeret ved hjælp af Mikkelsen & Riis' (2011) spørgsmål til identifikation af interessenter (Mikkelsen and Riis, 2011), se bilag 1. Interessenterne er identificeret gennem hjemmesider, mailkorrespondancer og rådførelse hos en professor i sundhedspolitik og -økonomi. I dette speciale er RLTN og PLO identificeret som interessenter, da overenskomsten om almen praksis indgås mellem disse parter (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Sundhedsstyrelsen er ligeledes identificeret som interessant, eftersom de udstikker nationale retningslinjerne for livmoderhalskræftscreening (Sundhedsstyrelsen, 2018). Derudover er Kræftens Bekæmpelse identificeret som interessant, da de som patientforening taler patienternes sag over for myndighederne

(Heide, 2020). Eftersom tiltaget, jf. afsnit 2.6, skal iværksættes af personalet i almen praksis vil de praktiserende læger og andet personale udgøre en vigtig rolle i implementeringen af tiltaget samt få ændrede arbejdsforhold og er derfor identificeret som interessenter. Tiltaget vil desuden have betydning for kvindernes mulighed for at deltage i livmoderhalskræftscreening, hvorfor de også har interesse i tiltaget. Derudover vil regionernes patologiske afdelinger, som analyserer prøver for livmoderhalskræft (Sundhedsstyrelsen, 2018), berøres af tiltaget i tilfælde af, at de udvidede åbningstider fører til, at flere kvinder bliver screenet. Dette vil medføre flere prøver, der skal analyseres, og dermed kræve et større ressourceforbrug i form af materiale og arbejdstimer. Regionerne har ansvaret for sundhedsvæsenet, herunder de praktiserende læger (Finansministeriet, 2020), og eftersom de ønsker et større fokus på tiltag, der kan forebygge sygdom og mindske behovet for dyre behandlinger (Danske Regioner, 2017), betragtes de som interessant, da de med kræftplanen kan tilføre ressourcer til kræftområdet (Regeringen, 2016). Under regeringen hører Sundheds- og Ældreministeriet, samt Finansministeriet, som har stor beslutningsret i forhold til tiltaget, da de er repræsenteret i RLTN (Pedsersen, 2006) og ydermere har vetoret i forhandlingerne af overenskomsten om almen praksis mellem RLTN og PLO (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, 2007; Hansen *et al.*, 2010). Udover repræsentanter fra regeringen er RLTN sammensat af en repræsentant fra hver region, samt to repræsentanter fra Kommunernes Landsforening (KL), og det kan derfor formodes, at der er repræsentanter i RLTN med særinteresser. Medierne er tillige identificeret som interessant i kraft af deres rolle som samfundsoplysende institution (Arrouas, 2017). De identificerede interessenter fremgår af tabel 3 og er beskrevet nærmere i bilag 1.

Interessentanalyse			
Interessent	Forventninger, udbytte og succeskriterier	Indflydelse på tiltaget	Inddragelse i projektet og behov for påvirkning
<i>Praktiserende læger og andet personale</i>	Har lave forventninger, da udvidede åbningstider generelt ikke er noget, de er interesserede i. Udbytte forudsætter, at der opleves efterspørgsel	Har middel indflydelse, da tiltaget skal implementeres i deres lægepraksis, men de har ingen beslutningsret.	Bør inddrages, da de formodes at modarbejde tiltaget. Der bør i så fald undersøges årsager til modstand, og hvor der kan sættes ind for at overvinde denne og i stedet opnå accept og støtte (Bakka and Fivelsdal,

	fra kvinder på undersøgelsestider uden for normal åbningstid. Succeskriterie er, at flere kvinder bliver screenet for livmoderhalskræft.		2019). Behov for påvirkning og at mindske de uønskede reaktioner ved at søge at imødekomme dem.
<i>Praktiserende Lægers Organisation</i>	Har lave forventninger, da de varetager praktiserende lægers interesser og udvidede åbningstider generelt ikke er noget, praktiserende læger er interesserede i. Udbytte er lavt, medmindre der opleves stor efterspørgsel fra kvinder på undersøgelsestider uden for normal åbningstid. Succeskriterie er, at det både ressourcemæssigt og fagligt kan betale sig for praktiserende læger at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræft-screening.	Har stor indflydelse, da de forhandler overenskomst om almen praksis med RLTN (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018).	Bør inddrages, da de indgår i overenskomstforhandlinger om almen praksis (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Behov for påvirkning, da de varetager praktiserende lægers interesser, som generelt er modstandere af tiltaget. Der er derfor behov for at imødekomme denne modstand.
<i>Regionernes Lønnings- og Takstnævn</i>	Har høje forventninger, da udvidede åbningstider i almen praksis imødekommer behovene i det moderne samfund og arbejdsliv (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, 2019).	Har stor indflydelse, da de forhandler overenskomst om almen praksis med PLO (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers	Bør inddrages, da de indgår i overenskomster og aftaler om at udvide åbningstiderne i almen praksis på nationalt plan (Danske Regioner, 2020).

	Udbytte og succeskriterie er bedre tilgængelighed til livmoderhalskræft-screening.	Organisation, 2018).	
<i>Regeringen, Sundheds- og Ældreministeriet, samt Finansministeriet</i>	Har høje forventninger, da øget deltagelse i livmoderhalskræftscreening kan reducere samfundsøkonomiske omkostninger. Udbytte er færre udgifter til behandling, som følge af reduceret incidens og mortalitet af livmoderhalskræft. Succeskriterie er, at flere kvinder bliver screenet.	Har stor indflydelse, da de med kræftplanen kan tilføre ressourcer til kræftområdet (Regeringen, 2016).	Bør inddrages, da de har repræsentanter i RLTN (Pedsersen, 2006), samt vetoret i forhandlingerne af overenskomsten om almen praksis (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, 2007; Hansen <i>et al.</i> , 2010).
<i>Sundhedsstyrelsen</i>	Har høje forventninger, da de anbefaler, at der i almen praksis afprøves aftenåbent uden tidsbestilling for at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening (Sundhedsstyrelsen, 2018). Udbytte og succeskriterie er at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening.	Har middel indflydelse, da de udstikker retningslinjer for livmoderhalskræftscreening (Sundhedsstyrelsen, 2018), men har ingen beslutningsret.	Ikke behov for påvirkning, da de selv anbefaler at afprøve aftenåbent uden tidsbestilling i almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2018).
<i>Kræftens Bekæmpelse</i>	Har høje forventninger, da de har fokus på, hvordan deltagelsen i screeningsprogrammet kan øges og er optaget af,	Har middel indflydelse, da de ingen beslutningsret har, men bidrager med	Bør inddrages, da de kan påvirke udviklingen af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. De kan bidrage til informations- og

	at deltagelsen i livmoderhalskræftscreening som minimum når nationale standarder (I9, s. 1). Udbytte og succeskriterier er at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening.	viden og holdninger i forhold til det politiske arbejde, der foregår omkring kræftscreening (I9, s. 1).	oplysningsarbejde i forebyggelse af kræft (Heide, 2020). Ikke behov for påvirkning, da de støtter op om tiltag, der kan øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening (I9, s. 2).
<i>Kvinder i alderen 23-65 år</i>	Har høje forventninger, da de efterspørger fleksible undersøgelsestidspunkter (Espersen and Holten, 2005). Udbytte og succeskriterier er lettere adgang til livmoderhalskræftscreening.	Har lille indflydelse, da de ingen beslutningsret har. Relevansen af udvidede åbningstider afhænger dog af deres efterspørgsel.	Bør inddrages for at undersøge, hvad der skal til for at imødekomme deres ønsker og behov.

Tabel 3: Oversigt over interessentanalyse.

4.3.2 Interessenternes indflydelse

Næste trin i interessentanalysen er at *vurdere hver interessents indflydelse*. Interessenters indflydelse afhænger af adgangen til ressourcer, såsom økonomi og ekspertise. Adgangen til disse ressourcer øger interessenternes mulighed for at få indflydelse på processen. Som det fremkommer af tabel 4, er det især RLTN, PLO og Regeringen, der vurderes at have stor indflydelse. RLTN og PLO har stor indflydelse, da de, jf. afsnit 4.3.1, forhandler overenskomsten om almen praksis (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Regeringen har indirekte indflydelse, fordi de tildeler ressourcer til regionerne, og i den forbindelse også har en holdning til, hvordan almen praksis indrettes. Deres indflydelse kan eksempelvis komme til udtryk ved, at regeringen kan pålægge regionerne at arbejde på at indføre aftenåbent i almen praksis samtidig med, at ministerierne i kraft af deres veto i RLTN kan forhindre, at et tiltag gennemføres, hvis det er imod regeringens ønske.

Høj grad af modstand	Lav grad af modstand	Neutral	Lav grad af støtte	Høj grad af støtte
De praktiserende læger og andet personale		Medierne	Regeringen, Sundheds- og Ældreministeriet samt Finansministeriet	Kræftens Bekæmpelse
Praktiserende Lægers Organisation		Patologiske afdelinger		Regionernes Lønnings- og Takstnævn
				Kvinder i alderen 23-65 år
				Sundhedsstyrelsen

Tabel 4: Position map. Interessenter med stor indflydelse er markeret med lyserød, interessenter med middel indflydelse er markeret med grøn, og interessenter med lav indflydelse er markeret med gul.

4.3.3 Interessenternes position, interesse og engagement

Det sidste trin i interessentanalysen er at *vurdere interessenternes position, interesse og engagement* for det givne emne. Dette er vigtigt at vurdere, da denne viden kan spille en stor rolle i udarbejdelsen af strategier med henblik på forandring (Buse, Mays and Walt, 2005). De enkelte interessenter præsenteres i dette speciale i et *position map*, som fremgår af tabel 4, hvor det er muligt at se graden af interessenternes indflydelse og interesse. Det ses i position mappet, at Kræftens Bekæmpelse i høj grad støtter tiltaget, hvilket også kommer til udtryk i et interview med dem: “(...) vi bakker jo op om alle tiltag, der kunne være med til at øge deltagelsen” (I9, s. 2, l. 20-21). Ydermere bidrager de med: “[..] viden og selvfølgelig også Kræftens Bekæmpelses holdning eksempelvis ved høringssvar, retningslinjer og sidder med i styre- og arbejdsgrupper inde i Sundhedsstyrelsen” (I9, s. 1, l. 22-26). På den måde kan de påvirke udviklingen af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (I9, s. 1). Derudover har de indflydelse i kraft af, at de uddeler midler til forskning og bidrager med informations- og oplysningsarbejde med henblik på forebyggelse af kræft (Heide, 2020). Ligeledes formodes det, at kvinderne støtter op om

tiltaget, da de, jf. afsnit 2.5.3, ønsker fleksible undersøgelsestidspunkter for livmoderhalskræft (Espersen and Holten, 2005). Dette understøttes af en undersøgelse af Mandag Morgen & TrygFonden (2016), der, jf. bilag 1, viser, at der kun er seks procent af danskerne, der er meget uenige i, at det bør være muligt at komme til lægen uden for normal åbningstid (Mandag Morgen and TrygFonden, 2016). Det formodes derfor, at der ikke er mange kvinder, der decideret vil være imod udvidede åbningstid. RLTN vil formentlig også yde høj støtte til tiltaget, da de i deres oplæg til forhandlingen af den nye overenskomst om almen praksis finder det relevant at udvide åbningstiderne i almen praksis for at imødekomme behovene i det moderne samfund og arbejdsliv, så borgerne kan konsulteres hos den praktiserende læge uden at skulle tage fri fra arbejde (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, 2019). For at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening anbefaler Sundhedsstyrelsen (2018) blandt andet, at der hos de praktiserende læger afprøves aftenåbent uden tidsbestilling (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvorfor Sundhedsstyrelsen som interessant formodes at støtte op om tiltaget. De praktiserende læger og PLO, som varetager de praktiserende lægers interesser, formodes, som det fremgår af tabel 4, at kunne modarbejde tiltaget, da udvidede åbningstider generelt ikke er noget, PLO og lægerne er interesseret i. Dette kommer til udtryk i en avisartikel bragt i Kristeligt Dagblad i 2014, hvor regeringen i deres sundhedsudspil foreslår, at almen praksis skal holde længere åbent, hvilket møder modstand fra PLO (Ritzau, 2014). Ved at opnå viden om interessenters holdninger til tiltaget er det muligt at udvikle strategier til at håndtere dem og eventuelt påvirke deres indstilling til tiltaget og dermed øge effektiviteten af et forandringstiltag (Buse, Mays and Walt, 2005). Det findes derfor relevant at få udtalelser fra PLO om det specifikke tiltag i dette speciale, men PLO ønsker ikke at deltage i et interview. Det findes ligeledes relevant at undersøge de praktiserende lægers holdning til tiltaget gennem kvalitative interviews, som uddybes i afsnit 4.4. Dette for, jf. afsnit 4.2.4, at fremanalysere årsager til modstand og undersøge, hvor der skal sættes ind for at imødekomme disse (Bakka and Fivelsdal, 2019). Interessentanalyser giver indsigt i de forskellige interessenters holdninger og position i forhold til tiltaget, men afdækker kun lidt omkring kontekstens betydning (Buse, Mays and Walt, 2005). Dette betyder, at kontekstuelle betingelser skal afdækkes på anden vis, da konteksten ud fra et kritisk realistisk perspektiv, jf. afsnit 4.1, har stor betydning for, om åbningstiderne udvides eller ej. De kontekstuelle betingelser afdækkes i interviews med praktiserende læger, jf. afsnit 4.4.

4.4 Kvalitative forskningsinterviews

I dette speciale udføres der kvalitative forskningsinterviews med praktiserende læger for at få indblik i deres holdninger til og motivation for at udvide åbningstiderne i almen praksis. Dette gøres for at få viden om mulige reaktioner på forandringerne, og dermed også hvor der skal sættes ind for at overvinde eventuel modstand mod det (Bakka and Fivelsdal, 2019). Derudover kan det i teorien, jf. afsnit 4.2.4, føre til større engagement og motivation blandt de praktiserende læger, hvis de inddrages i forandringsprocessen. Interviewene har yderligere til formål at undersøge, hvad der, ifølge de praktiserende læger, skal til for at udvide åbningstiderne i almen praksis. Ligeledes kan praktiserende læger, jf. afsnit 4.2.1, have forskellige holdninger og kontekstuelle betingelser, hvorfor det er relevant at interviewe praktiserende læger fra forskellige lægepraksis. Informanterne blev rekrutteret gennem et opslag på Facebook, se bilag 2, samt e-mails til ansatte i Nord-KAP og Nord-POL. Det er, jf. afsnit 4.3.3, relevant at opnå viden om de enkelte interessenters holdninger til udvidede åbningstider i almen praksis, samt hvilken betydning de som interessant har for implementering af tiltaget. I specialet er der derfor forsøgt at få et interview med de identificerede interessenter, jf. afsnit 4.3.3, herunder PLO, RLTN, Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse. Det har dog kun kunne lade sig gøre at få et interview med Kræftens Bekæmpelse. De kvalitative forskningsinterviews er netop valgt, da de er egnede til at opnå viden om og forståelse for personers holdninger, oplevelser og erfaringer (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2012).

4.4.1 Interviewguide

Der udføres i dette speciale semistrukturerede interviews. Dette design gør interviewene fleksible, hvor deltageren kan svare frit, men samtidig styres interviewet ud fra forudbestemte, åbne spørgsmål (Buse, Mays and Walt, 2005; Kvale and Brinkmann, 2015). Der opstilles to forskellige interviewguides, se bilag 3 og 4, da der, jf. afsnit 4.4, søges forskellig viden fra interviewene med de praktiserende læger og Kræftens Bekæmpelse. En interviewguide har til hensigt at strukturere interviewene ud fra de emner, der ønskes belyst og indeholder interviewspørgsmål samt mulige opfølgende spørgsmål (Kvale and Brinkmann, 2015), der tager udgangspunkt i, hvad informanten fortæller (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2012). Som det fremgår af tabel 5, er interviewguiden opstillet således, at der først er formuleret

forskningsspørgsmål i et teoretisk sprog. Disse er efterfølgende omsat til interviewspørgsmål, der er formuleret på en enkel og letforståelig måde, hvilket, ifølge Kvale & Brinkmann (2015), gør det muligt for deltagerne at give spontane og informative beskrivelser (Kvale and Brinkmann, 2015). Der foretages en pilottestning af interviewguiden, da dette giver mulighed for at afprøve og foretage ændringer og dermed gøre formuleringerne mere skarpe og forståelige (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2012). Pilottestning i dette speciale foretages med en læge, der er i gang med hoveduddannelsen i almen medicin og i den forbindelse har haft flere ansættelser i almen praksis. Der foretages efterfølgende sproglige og indholdsmæssige ændringer i interviewguiden, og data fra pilottesten anvendes i tilfælde af, at kvaliteten af interviewet vurderes tilfredsstillende, da Christensen et al. (2012) foreslår denne metode (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2012).

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
Hvilke holdninger har de praktiserende læger til at udvide åbningstiderne i almen praksis?	Hvad er din holdning til at udvide åbningstiderne i almen praksis for, at kvinderne kan blive screenet uden for normal arbejdstid?	Hvad taler for tiltaget? Hvad taler imod tiltaget?
Hvilke kontekstuelle betingelser skal være til stede for, at udvidede åbningstider kan implementeres i almen praksis?	Er der nogle praktiske omstændigheder i din/jeres lægepraksis, der har indflydelse på, om tiltaget kan implementeres?	Eksempelvis om der kan frigives timer på andre tidspunkter?

Tabel 5: Udsnit af interviewguide.

4.4.2 Udførelse af interviews

Interviewene afholdes som telefoninterviews i stedet for fysiske møder for at mindske risikoen for smittespredningen af coronavirus. Dette gøres i overensstemmelse med regeringens anbefalinger om at begrænse fysisk kontakt (Statsministeriet, 2020) samt foranstaltninger fra Aalborg Universitet om ikke at mødes fysisk med eksterne samarbejdspartnere (Sundhedsvidenskabelige fakultet, 2020). Der afsættes en halv time til hvert interview. Indledningsvist foretages en briefing, da det, ifølge Kvale & Brinkmann

(2015), giver mulighed for at informere informanterne om interviewets formål samt giver informanterne mulighed for at stille spørgsmål (Kvale and Brinkmann, 2015). Interviewene rundes af med en debriefing, hvor informanterne får mulighed for at uddybe og bringe nye emner op (Kvale and Brinkmann, 2015). Interviewene lydoptages ved hjælp af app'en *Cube ACR* med henblik på efterfølgende at transskribere dem. Transskribering gør, ifølge Kvale & Brinkmann (2015), det muligt at anvende data i den senere analyse (Kvale and Brinkmann, 2015). Inden hvert interview sendes der information om specialet samt samtykkeerklæring til informanterne, se bilag 5, 6 og 7.

4.4.3 Transskribering

Transskriberingerne i dette speciale foretages af alle gruppens medlemmer, og transskriberingsprocedurene beskrives derfor på forhånd, da dette, ifølge Kvale & Brinkmann (2015), sikrer, at alle interviewene transskriberes efter samme procedure (Kvale and Brinkmann, 2015). Efterfølgende lyttes og læses interviewet igennem af en anden fra gruppen for at sikre, at transskriptionen er præcis. Der transskriberes ordret, med undtagelse af den indledende information om interviewet, da dette ikke vurderes relevant for datamaterialet. Derudover transskriberes udtryk ikke, hvis de ikke har relevans for betydningen af sætningen, eksempelvis ord som "øh". For at sikre deltagernes anonymitet tildeles de pseudonymer i transskriberingerne og i analysen. Se bilag 8 for den fulde transskriberingsprocedure.

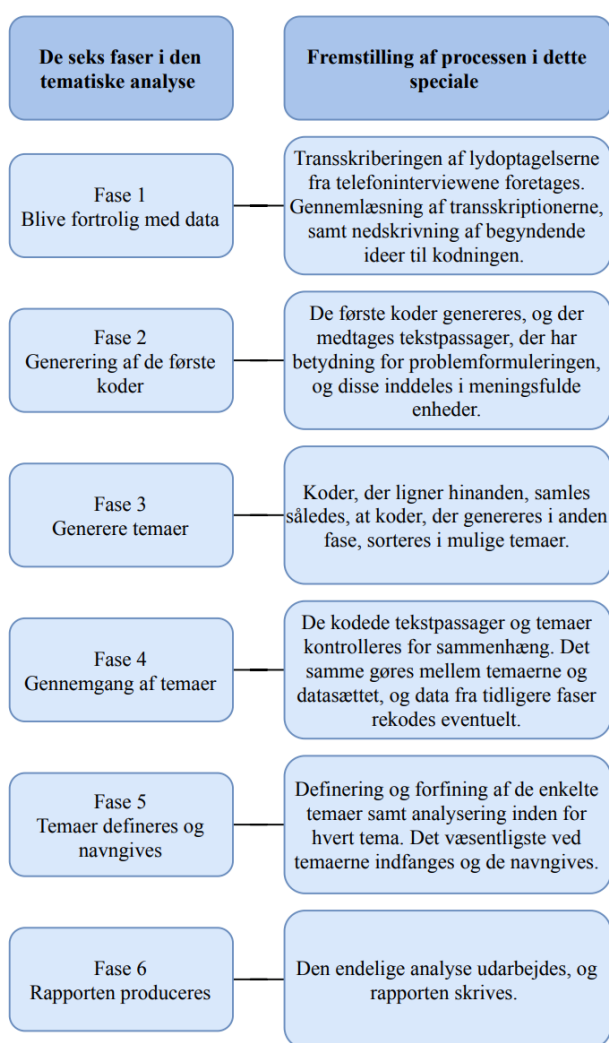
4.4.4 Tematisk analysestrategi

Der tages i dette speciale udgangspunkt i Virginia Braun & Victoria Clarkes (2006) *tematiske analysestrategi*, som bruges til at identificere, analysere og afrapportere mønstre i data fra interviewene. Den vælges, fordi det er en fleksibel tilgang, som kan anvendes inden for forskellige videnskabsteoretiske positioner. Den kan både bruges til at gengive virkeligheden og til at trænge gennem overfladen af virkeligheden (Braun and Clarke, 2006), hvilket er i overensstemmelse med kritisk realisme, hvor de underliggende mekanismer, jf. afsnit 4.1, er afgørende for, om en hændelse indtræffer (Bhaskar, 2008), hvilket ønskes afdækket i dette speciale. Den tematiske analysestrategi er derfor anvendelig inden for kritisk realisme, som anerkender, at individer danner mening ud af deres oplevelser og, at konteksten

påvirker disse meninger samtidig med, at det anerkendes, at der eksisterer en virkelig verden (Braun and Clarke, 2006).

Den tematiske analysestrategi indeholder seks faser, som er illustreret i figur 3 og skal ses som en dynamisk proces, hvilket vil sige, at der veksles mellem faserne (Braun and Clarke, 2006). Transskriberingen og gennemlæsningen af interviewene er i dette speciale i tråd med analysestrategiens første fase, *fortrolighed med data*, der, ifølge Braun & Clarke (2006), giver mulighed for undervejs at notere begyndende tanker og ideer til kodningen (Braun and Clarke, 2006). Derefter genereres indledende koder ved, at passager med relevans til problemformuleringen markeres og ordnes i meningsfulde enheder, som, ifølge Braun & Clarke (2006), udgør anden fase, *generering af koder* (Braun and Clarke, 2006). I dette speciale farvelægges passager, der tilhører den samme kode, eksempelvis 'Praktiske omstændigheder', samme farve. En tekstpassage kan farvelægges med flere farver i tilfælde af, at den tilhører forskellige koder. Der anvendes en deduktiv fleksibel kodning, hvor organisationsteori og eksisterende forskningslitteratur fra problemanalysen bruges til at opstille en liste af koder. Denne type kodning betyder, at koder kan fjernes, ændres og suppleres med nye koder (Fletcher, 2017) og anvendes, da det er i tråd med kritisk realisme, som anerkender, at eksisterende viden ligger til grund for at opnå ny viden (Bhaskar, 2008). Analysen udføres med fokus på at afdække latente temaer, hvilket indebærer at identificere de underliggende antagelser, som skaber den overfladiske betydning af data (Braun and Clarke, 2006). Dette vælges, da det er i tråd med kritisk realisme, som, jf. afsnit 4.1, søger at opnå viden om de underliggende mekanismer, der medvirker til, at en begivenhed finder sted (Bhaskar, 2008). Derudover anvendes komplet kodning, der, ifølge Braun & Clarke (2006), indebærer at identificere alt af relevans for problemformuleringen i hele datasættet (Braun and Clarke, 2006). Dette vælges, da det især er en brugbar metode, når der undersøges et område, som der ikke er forsket så meget i endnu (Braun and Clarke, 2006), som tilfældet med udvidede åbningstider i almen praksis, jf. afsnit 2.5.3. *Generering af temaer* udgør den tredje fase i den tematiske analyse. I denne fase samles koder, der ligner hinanden, med henblik på, at koderne fra foregående fase ordnes i potentielle temaer (Braun and Clarke, 2006). I specialet foregår det ved, at tekstpassager, der tilhører lignende eller overlappende koder, samles under en kode. Temaerne identificeres som mønstre på tværs af datasættet og skal være relevante for problemformuleringen. Derefter kigges der efter sammenhænge i temaerne og de kodede passager, samt mellem temaerne og datasættet, mens data fra foregående faser af analysen eventuelt rekodes.

Denne proces udgør fjerde fase, *gennemgang af temaer*, hvor det anbefales at gennemgå disse sammenhænge og om nødvendigt rekode (Braun and Clarke, 2006). Efterfølgende gøres den tematiske kortlægning færdig. Data inden for hvert tema analyseres og temaerne defineres, forfines og navngives. Dette udgør den femte fase, *definering og navngivning af temaer*. Dette gøres med henblik på at indfange det centrale i temaet (Braun and Clarke, 2006). Når det færdige sæt af temaer er dannet, påbegyndes udarbejdelsen af analysen og rapporten skrives. Dette er den sjette og sidste fase, *producering af rapporten*, hvor der også udvælges citater, som gengiver det centrale af det analyserede (Braun and Clarke, 2006). Den tematiske kortlægning er illustreret i figur 5 jf. afsnit 5.2.



Figur 3: De seks faser i den tematiske analyse.

4.4.5 Ethiske overvejelser

Informanterne informeres om formål og risici ved at medvirke i specialet, og det påpeges, at de til enhver tid kan trække sig. Dette er gjort i overensstemmelse med informationskravet i Helsinki-deklarationen (The World Medical Association, 2013). Endvidere indhentes der samtykkeerklæringer fra informanterne, hvilket er i overensstemmelse med Datatilsynets forskrifter i databeskyttelsesforordningen ved behandling af personoplysninger. Samtykkeerklæringen skal opfylde en række betingelser. Det skal være frivilligt, informeret, specifikt og utvetydigt, samtidig med, at der skal oplyses om, at det til enhver tid kan trækkes tilbage (Datatilsynet, 2017). I specialet imødekommes dette ved, at samtykkeerklæringen samt informationsmateriale om specialets formål sendes til informanten forinden interviewet, hvorefter samtykkeerklæringen sendes underskrevet retur over mail. Dette gennemgås desuden mundtligt under briefing til interviewet, og det skriftlige samtykke bekræftes. Informanterne informeres yderligere om, hvad data anvendes til, hvem der er ansvarlige for at behandle det, samt hvordan det opbevares. Dette gøres i henhold til princippet om lovlighed, rimelighed og gennemsigtighed i databeskyttelsesforordning, som omhandler, at der skal gives let tilgængelig information fra den dataansvarlige om, hvordan data behandles (Datatilsynet, 2017). Jf. afsnit 4.4.3 lydoptages telefoninterviewene i specialet. Ifølge Datatilsynet er der ikke særskilte regler om optagelse af telefonsamtaler, men de generelle databeskyttelsesregler skal overholdes (Datatilsynet, 2020). Efter interviewene overføres data til et krypteret drev i overensstemmelse med gældende databeskyttelsesregler. I forbindelse med transskriberingerne vil informanterne anonymiseres. Når transskriberingen er færdig, slettes lydfilen, ligeledes gør de transskriberede interviews efter bestået eksamen. Dermed efterleves princippet om opbevaringsbegrænsning, der foreskriver, at data skal anonymiseres eller slettes, når der ikke længere er behov for at behandle dem (Datatilsynet, 2017). I dette speciale lægges der vægt på, at interviewerens fremstår så neutral som muligt for, at informantens udsagn ikke påvirkes i en bestemt retning, da forskeren, ifølge Kvale & Brinkmann (2015), fungerer som redskab til at indhente data og derfor udgør en essentiel rolle i forhold til kvaliteten af den viden, der opnås via interviewene (Kvale and Brinkmann, 2015).

4.5 Litteratursøgning

I det følgende afsnit redegøres der for den indledende søgning og den systematiske litteratursøgning. Eksisterende forskningslitteratur inden for livmoderhalskræftscreening afdækkes i problemanalysen. Derudover afdækkes barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening, samt tiltag til at øge dækningsgraden i screeningsprogrammet. I den systematiske litteratursøgning afdækkes forskningslitteratur om fremmende og hæmmende faktorer for implementering af organisationsændringer i almen praksis.

4.5.1 Indledende søgning

I dette speciale foretages indledende søgninger, da det er med til at skabe overblik over forskningslitteraturen samt identificere relevante søgetermer til den endelige systematiske litteratursøgning (Rienecker and Jørgensen, 2017). Dette gøres gennem systematiske litteratursøgninger, kædesøgninger, hvor der gennem relevante studier identificeres andre referencer, som også kan være relevante for problemformuleringen (Buus *et al.*, 2008), samt mere ustrukturerede søgninger, hvor det i højere grad er tilfældigt hvilke studier, der fremkommer (Rienecker and Jørgensen, 2017). De systematiske litteratursøgninger foretages i *Pubmed*, *Embase* og *CINAHL* og de ustrukturerede søgninger foretages i *Google Scholar* samt relevante sundhedsfaglige organisationer såsom Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen. Gennem udarbejdelsen af problemanalysen opstår der nye problemstillinger, hvorfor der foretages nye søgninger. De indledende strukturerede litteratursøgninger fremgår af bilag 9.

4.5.2 Systematisk litteratursøgning

4.5.2.1 Databaser

Databaser er emnespecifikke (Lund *et al.*, 2014), hvorfor den systematiske litteratursøgning i dette speciale foretages i forskellige databaser med udgangspunkt i problemformuleringen. Med afsæt i at der, jf. afsnit 3.0, søges forskningslitteratur om organisatoriske ændringer i almen praksis er databaserne *Academic Search Premier*, *Business Source Premier*, *Cochrane Library*, *Research Library* og *Scopus* valgt. *Academic Search Premier* anvendes, da den indeholder publikationer inden for de fleste

akademiske områder eksempelvis inden for sprogvidenskab, sundhedsvidenskab og etik (EBSCO Publishing, 2020a). Business Source Premier anvendes, fordi det er den mest anvendte erhversvidenskabelige database (EBSCO Publishing, 2020b). Cochrane Library anvendes, da det er en anerkendt database, der er førende inden for udgivelser af systematiske reviews inden for sundhedsvidenskab (Cochrane, 2020). Der søges i Research Library, da den er en af de bredeste akademiske databaser og indeholder emner inden for erhvervs- og statsvidenskab samt psykologi (Research Library, 2020). Scopus anvendes, da det er den største database af peer reviewed publikationer og har omfattende forskningsresultater inden for eksempelvis medicin, samfundsvidenskab og humaniora (Scopus, 2019). Det forventes, at databaserne kan bidrage med internationale publikationer, der omhandler implementering af organisationsændringer i almen praksis, herunder fremmende og hæmmende faktorer.

4.5.2.2 Bloksøgning

Der foretages en systematisk litteratursøgning, der, ifølge Lund et al. (2014), er med til at identificere flest mulige relevante studier (Lund *et al.*, 2014). Søgningen dokumenteres og gøres transparent, da det gør, at søgeprocessen er troværdig og efterfølgende kan reproducere (Lund *et al.*, 2014). Den systematiske litteratursøgning tager udgangspunkt i specialets problemformulering. Ud fra problemformuleringen udledes tre blokke, der anvendes til bloksøgning. Bloksøgning er, ifølge Buus et al. (2008), med til at skabe struktur og gennemsigtighed i søgningen (Buus *et al.*, 2008). Disse er, jf. tabel 6, 'almen praksis', 'forandring' og 'organisationsopbygning'. Den første blok udledes af, at tiltaget, jf. afsnit 2.6, skal implementeres i almen praksis. Den anden blok udledes af, at der ved at udvide åbningstiderne skal foretages en forandring i almen praksis. Den tredje blok udledes af, at almen praksis, jf. afsnit 4.2.1, kan betragtes som en organisation med en struktur og kultur, der, ifølge Leavitt (1965), har betydning for at foretage organisationsændringer (Leavitt, 1965).

Blok 1: Almen praksis	Blok 2: Forandring	Blok 3: Organisationsstruktur og -kultur
Primary care	Organization change	Organization structure
General practice	Organisation change	Organisation structure
Primary care practice	Readiness to change	Organization culture
Primary health care	Readiness for change	Organisation culture

Tabel 6: Blokke i den systematiske litteratursøgning.

Inden for hver blok identificeres der i de enkelte databaser synonyme søgetermer, som søges på enten som thesaurus eller som fritestord alt efter databasens søgefunktioner. I Scopus søges der eksempelvis kun på fritestord, da denne database ikke har en thesaurusfunktion (Health Science Library, 2020). En thesaurus er et kontrolleret emneord, som udbyderne af databaserne tildeler de enkelte referencer og er derfor forskellige fra database til database. Dette sikrer ens indeksering af referencer inden for samme emne, hvilket betyder, at uanset hvilke begreber forfatterne bruger, så bliver de behandlet ens inden for databasen. Ved at anvende thesaurus i søgningen vil flest mulige relevante referencer blive identificeret og samtidig vil færre irrelevante fremkomme (Buus *et al.*, 2008). Ved at søge på fritestord breddes søgningen ud, og der fremsøges nye referencer, der endnu ikke er indekseret med en thesaurus (Karlsson, 2018). Ved søgninger på fritestord anvendes der trunkering, da der dermed søges på alle endelser af termen og søgningen breddes ud (Buus *et al.*, 2008). Der anvendes ligeledes fraser i tilfælde, hvor en søgeterm eller et begreb indeholder flere ord, eksempelvis ved søgetermen “readiness to change”. Søgetermene inden for hver blok kombineres med den boolske operator OR for at identificere alle de referencer, de forskellige synonymer giver tilsammen, og dermed udvide søgningen (Buus *et al.*, 2008). De forskellige blokke kombineres derefter med den boolske operator AND for at indsnævre søgningen og finde de referencer, der tilsammen indeholder alle blokkene (Buus *et al.*, 2008). Tabel 7 viser et eksempel på en søgning foretaget i Business Source Premier. Den systematiske litteratursøgning fremgår af bilag 10.

Database: Business Source Premier		
Nr.	Søgetermer	Hits
Blok 1: Almen praksis		
1	“Primary care*”	12.355
2	“General practice*”	6.234
3	“Primary health care*”	2.897
4	1 OR 2 OR 3	18.224
Blok 2: Forandring		
5	“Organization* change*”	34.575
6	“Organisation* change*”	28.737
7	“Readiness to change*”	313
8	5 OR 6 OR 7	35.304
Blok 3: Organisationsstruktur og -kultur		
9	“Organization* structure*”	30.107
10	“Organisation* structure*”	22.061
11	“Organization* culture*”	36.020
12	“Organisation* culture*”	1.220
13	9 OR 10 OR 11 OR 12	65.549
Kombinationen på tværs af blok 1, blok 2 og blok 3		
14	4 AND 8 AND 13	47

Tabel 7: Søgning foretaget i Business Source Premier.

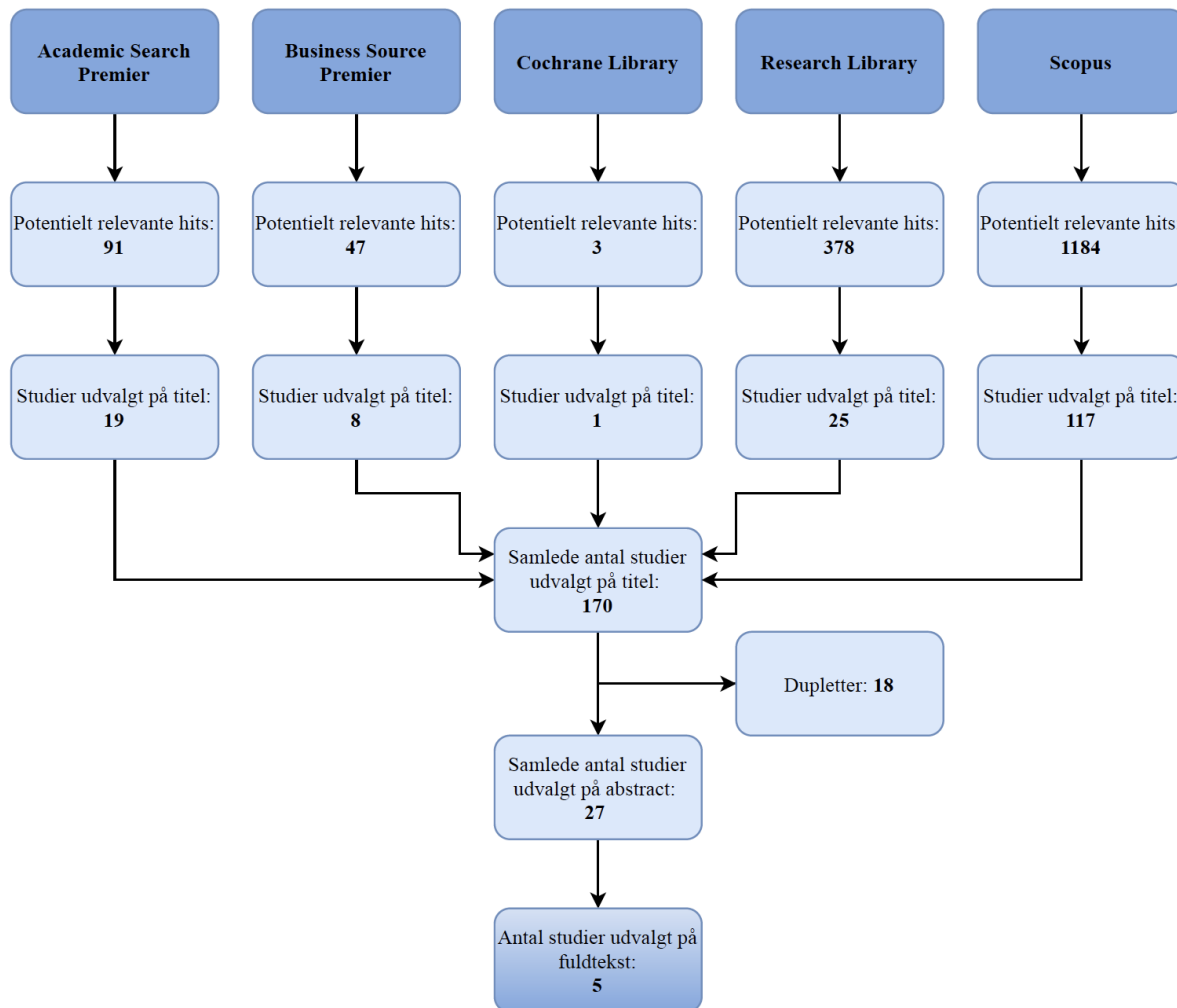
4.5.2.3 Udvælgelse af studier

Der er opsat in- og eksklusionskriterier ud fra specialets problemformulering, da dette, ifølge Buus et al. (2008), er med til at identificere relevante studier, der fremkommer i søgningen (Buus *et al.*, 2008). Disse fremgår af tabel 8. Udvælgelsen af relevante studier foretages trinvist. Først vurderes studierne ud fra titlen, dernæst abstract og hvis studiet fortsat vurderes relevant, læses hele studiet. Lund et al. (2014) og Buus et al. (2008) anbefaler denne fremgangsmåde (Buus *et al.*, 2008; Lund *et al.*, 2014). Efter udvælgelse af studier ud fra titler tjekkes, der for dubletter.

In- og eksklusionskriterier
Studier på engelsk, dansk, svensk og norsk
Studier, der indeholder elementer, som er overførbare til almen praksis i en dansk kontekst
Studier, der omhandler organisationsændringer
Studier, der er peer-reviewed

Tabel 8: In- og eksklusionskriterier.

Flowchart over udvælgelsesprocessen er illustreret i figur 4. Som det fremgår, resulterede den systematiske litteratursøgning i fem udvalgte studier.



Figur 4: Flowchart over udvælgelsesprocessen.

4.5.2.4 Kvalitetsvurdering

Det er essentielt at kende troværdigheden af de udvalgte studier, og der anvendes derfor tjeklister til at vurdere kvaliteten af disse. Kvalitetsvurderingen er forskellig fra design til design, hvorfor der anvendes forskellige tjeklister alt efter det enkelte studies design (Lund *et al.*, 2014). I dette speciale anvendes der relevante tjeklister fra Joanna Briggs Institute (JBI). Den metodiske kvalitet af kvantitative studier vurderes ud fra kvalitetskriterierne i kvantitativ forskning: *Intern validitet*, *ekstern validitet* og

reliabilitet. Intern validitet handler om, hvorvidt der måles på det, der er hensigten at måle, altså om troværdigheden af studiets resultater. Ekstern validitet handler om, hvorvidt det er muligt at generalisere til andre populationer end målpopulationen og reliabilitet handler om målingens nøjagtighed, altså reproducerbarheden af et studies resultater (Juul *et al.*, 2017). Ligeledes vurderes kvalitative studiers kvalitet ud fra kvalitetskriterierne i kvalitativ forskning: *Gyldighed*, *pålidelighed* og *overførbarehed*. Gyldigheden i et studie baseres på, om det emne, der ønskes undersøgt, faktisk er det, der undersøges. Pålideligheden handler om, at fremgangsmåden er gennemsigtig (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2012). Overførbarehed vedrører hvorvidt den forståelse, der findes indenfor et studies ramme, kan overføres til lignende kontekster (Thagaard, 2004).

5.0 Resultater

I det følgende afsnit præsenteres først resultaterne fra litteraturstudiet og dernæst resultaterne fra interviewene med de praktiserende læger.

5.1 Litteraturstudie

5.1.1 Kvalitetsvurdering af studier

Den metodiske kvalitet af de udvalgte studier vurderes ud fra relevante tjeklister til kritisk vurdering fra JBI ud fra studiernes design. Disse er udviklet til at bedømme artiklers troværdighed, relevans og resultater (Joanna Briggs Institute, 2020). En beskrivelse af de enkelte studier samt vurdering af deres kvalitet fremgår af nedenstående tabeller. De udfyldte tjeklister kan ses i bilag 11.

Titel, forfattere og årstal	Formål
Achieving change in primary care-effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: Systematic review of reviews (Lau <i>et al.</i> , 2015).	At identificere, sammenfatte og syntetisere tilgængelig litteratur om effektiviteten af implementeringsstrategier til at optimere implementeringen af komplekse interventioner i almen praksis.
Design, metode og studiepopulation	
Systematisk review af reviews, der omfatter en systematisk søgning efter engelsksprogede, kvantitative reviews. Disse skal undersøge effektiviteten af at anvende en enkelt implementeringsstrategi eller multifacetterede strategier, og måle resultater af sundhedsprofessionel praksis eller proces. Der inkluderes 91 studier foretaget i almen praksis.	
Resultater	
Der er begrænset evidens om implementeringsstrategier på organisations- og kontekstniveau, samt om omkostningseffektivitet af forskellige strategier. Implementeringsstrategier rettet mod et individuelt professionelt niveau viser en lille forbedring i professionel praksis eller adfærd. Fundene indikerer, at multifacetterede strategier ikke altid er mere effektive end enkelte implementeringsstrategier. Der er ingen 'one size fits all' implementerings-strategi; de fungerer	

sandsynligvis bedst, hvis de er skræddersyet til konteksten og tager højde for en bredere politisk kontekst.

Vurdering - JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews

En styrke ved reviewet er, ifølge forfatterne, at det indeholder den mest omfattende gennemgang af den tilgængelige litteratur om effektiviteten af enkelte implementeringsstrategier og multifacetterede strategier og ikke er begrænset til et emne eller en helbredstilstand. Dette højner den eksterne validitet, da resultaterne kan generaliseres til andre populationer. Reviewet blev udført med stringente metoder, blandt andet en udførlig søgestrategi samt dobbelt screening af alle titler, abstracts og fuldtekster. Det vurderes på baggrund af dette, at studiets reliabilitet er god. En begrænsning ved reviewet er, at det er muligt, at ikke alle relevante forskningsstudier blev fundet ved kun at inkludere reviews, især kan nyere studier være gået tabt grundet tidsforsinkelse. Derudover er der i reviewet ikke foretaget et *funnel plot*, hvilket efterspørges i tjeklisten. Det betyder, at publikations-bias ikke kan identificeres. Dette svækker reliabiliteten, da det ikke er gennemsigtigt, om der er forekommet publikationsbias.

Titel, forfattere og årstal	Formål
Implementation of change in health care in Sweden: a qualitative study of professionals' change responses (Nilsen <i>et al.</i> , 2019).	At undersøge sundhedsprofessionelles reaktioner på organisatoriske forandringer, der har påvirket deres arbejde.
Design, metode og studiepopulation	
Kvalitativt studie der omfatter interviews med 30 sundhedsprofessionelle (11 læger, 12 sygeplejersker og syv social- og sundhedsassistenter) ansat i det svenske sundhedsvæsen. Der anvendes en induktiv tilgang med en semistruktureret interviewguide. Informanternes reaktioner på forandring analyseres ud fra 'Coetzees analytiske referenceramme', hvor reaktioner på forandring opfattes som et kontinuum, der spænder fra stærk accept af forandring til stærk modstand mod forandring med syv former for reaktioner på forandring.	
Resultater	
Der identificeres ti typer af reaktioner på forandring, som klassificeres inden for fem af de syv kategorier i den analytiske referenceramme. Informanterne rapporterer ikke reaktioner på forandring, som stemmer overens med de to mest ekstreme former i referencerammen; dedikeret indsats og aggressiv modstand. De fleste reaktioner på forandring klassificeres som enten ligegyldighed eller passiv modstand. Engagement i eller støtte til forandring finder sted, når	

sundhedsprofessionelle iværksætter ændringerne selv, når deres inputs medtages, og når forandringerne anses som velbegrundede og ordentligt kommunikeret.

Vurdering - JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Der angives ikke et videnskabsteoretisk ståsted, hvorfor studiet ikke opfylder alle punkter i tjeklisten. Dog redegør forfatterne for, at en kvalitativ tilgang blev valgt, fordi der mangler viden om reaktioner på forandring i det svenske sundhedsvæsen. Der er sammenhæng mellem studiets formål og metode, da interview er en relevant metode til at indsamle information og opnå forståelse for de sundhedsprofessionelles reaktioner på forandring. Dermed vurderes gyldigheden høj. Endvidere har studiet høj pålidelighed, da fremgangsmåden er udførligt beskrevet. En styrke er, at der udføres et relativt højt antal interviews, hvilket giver mulighed for at bruge citater fra mange forskellige deltagere og dermed også mange forskellige perspektiver på de sundhedsprofessionelles reaktioner. Dette højner gennemsigtigheden og pålideligheden af fundene. Studiet er foretaget i Sverige, der kulturelt minder om Danmark. Landene adskiller sig dog på nogle punkter fra hinanden i forhold til forvaltning af almen praksis, hvilket der skal tages højde for i forhold til overførbare af studiets resultater.

Titel, forfattere og årstal	Formål
Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: A systematic integrative review (Li <i>et al.</i> , 2018).	At identificere de hyppigst rapporterede organisatoriske kontekstuelle funktioner, der påvirker implementeringen af evidensbaseret praksis på tværs af sundhedsmæssige kontekster.
Design, metode og studiepopulation	
Systematisk integrativt review ² der inkluderer engelsksprogede, peer-reviewed empiriske studier, som undersøger organisatorisk kontekst i mindst et implementeringsinitiativ inden for en sundhedsmæssig kontekst. 36 studier inkluderes, heraf 20 kvalitative studier, 11 kvantitative studier (tværsnitsstudier) og fem mixed methods studier.	
Resultater	
Implementeringsprocessen er påvirket af organisationskultur, ledelse, kommunikation og	

² Systematisk integrativ review opsummerer tidligere forskning og drager overordnede konklusioner litteraturen inden for et bestemt emne. I tilgangen inkluderes studier forskellige metoder, eksempelvis involverer det både kvalitative og kvantitative studier (Whitehead, 2012).

netværk, ressourcer, fortalere for tiltaget samt evaluering, monitorering og feedback. Disse er indbyrdes forbundet og interagerer i påvirkning af implementering af evidensbaseret praksis i en organisation. De organisatoriske kontekstuelle funktioner påvirker ikke implementeringen uafhængigt af de andre funktioner. Organisationskultur rapporteres ofte at påvirke implementeringen. Ledelse påvirker de fem andre funktioner, hvilket indikerer, at ledelsen kan forbedre eller hindre implementeringen af evidensbaseret praksis.

Vurdering - JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews

Reviewet er begrænset til engelsksprogede studier, hvilket kan have medført lokaliserings-bias og dermed svække den interne validitet. Det er, ifølge forfatterne, sandsynligt, at andre forskere har anvendt andre søgetermer for organisatorisk kontekst, end i reviewet, hvorfor disse studier ikke er fundet. De inkluderede studier følger ikke en standardmetode for rapportering af implementeringsstudier, hvilket mindsker gennemsigtigheden og nøjagtigheden af studierne. Dermed er reliabiliteten svækket. Dette har også mindsket generaliserbarheden og den eksterne validitet, da en udførlig beskrivelse af konteksten er afgørende for at vurdere, om implementeringsstrategien kan overføres direkte eller, om den skal tilpasses. Forfatterne fremhæver desuden, at det er uklart, om de konceptuelle og operationelle definitioner af de identificerede funktioner er ensartede på tværs af de inkluderede studier. Der er ud fra tjeklisten ikke identificeret bias i reviewet, hvilket styrker den interne validitet.

Titel, forfattere og årstal	Formål
Ready for Change? The Role of Physician and Staff Engagement, Burnout, and Workplace Attributes (Hung and Chen, 2017).	At undersøge faktorer, der er associeret med forandringsparathed blandt 343 læger og 590 ikke-lægefagligt personale i primærsektoren i USA, der undergik procesforbedringer baseret på 'Lean' ³ .
Design, metode og studiepopulation	
Før implementeringen af Lean forandringerne foretages et baseline survey med 1388 ansatte. Surveyet måler på forandringsparathed, personaleengagement, arbejdsrelateret udmattelse og karakteristika af respondenterne, samt arbejdspladsmiljø og karakteristika af praksis. Den gennemsnitlige svarprocent er 70 procent. 933 indgår i den statistiske analyse, heraf 343 læger og 590 andet personale.	

³ Det overordnede princip ved Lean er at fokusere på muligt ressourcspild i en produktionsproces. Ved hjælp af Lean-konceptet tvinges organisationen til systematisk at gennemgå hvert enkelt trin i produktionsprocessen og se, om de kan optimeres (Jacobsen and Thorsvik, 2014).

Resultater
Niveauet af engagement ved baseline er associeret med større forandringsparathed på tværs af alle målte faktorer. Arbejdsrelateret udmattelse er associeret med større behov for forandring, men lavere self-efficacy og oplevelse af støtte. En oplevelse af at kunne præstere er associeret med større gennemslagskraft i forhold til at implementere forandringer. På afdelingsniveau er samarbejde, deltagelse i beslutningstagning og tidligere erfaring med forandring associeret med højere engagement og lavere grad af udmattelse blandt læger og andet personale. Derimod er en travl eller stressende afdeling korreleret med lavere engagement og højere grad af udmattelse.
Vurdering - JBI Checklist for Analytical Cross Sectional Studies
En begrænsning ved studiet er, at det er et tværsnitsstudie. Eftersom data er indsamlet på samme tidspunkt, er det kun muligt at redegøre for associationer og ikke kausale sammenhænge. Studiet lever dog op til alle tjeklistens punkter, hvorfor det vurderes at have høj intern validitet og reliabilitet. Studiet er foretaget i den primære sundhedssektor i USA, hvilket ikke direkte kan overføres til almen praksis i Danmark, da sundhedsvæsenet i USA er opbygget og finansieret anderledes end i Danmark. Den eksterne validitet er derfor påvirket. Forfatterne pointerer, at organisationer inden for sundhedsvæsenet er komplekse systemer, der består af specialiserede professionelle, der arbejder inden for en kendt struktur. Alle former for forandringer i disse strukturer udgør derfor som udgangspunkt en potentiel trussel eller udfordring for personalet. Dette formodes også at gøre sig gældende for almen praksis i Danmark.

Titel, forfattere og årstal	Formål
Sustaining organizational culture change in health systems (Willis <i>et al.</i> , 2016).	At identificere retningsgivende principper, der kan være med til at opnå vedvarende kulturforandringer i sundhedsmæssige kontekster, samt hvilke mekanismer og kontekstuelle faktorer, der medvirker til, at principperne virker.
Design, metode og studiepopulation	
Litteraturreview ud fra en modificeret rapid realist review tilgang ⁴ , hvor forfatterne gennemgår en dynamisk proces i fem stadier; udvikling og forfining af forskningsspørgsmål, systematisk litteratursøgning, screening og vurdering af litteraturen, syntese af litteraturen samt tolkning	

⁴ Rapid realist review er opstået som respons på uoverensstemmelsen mellem informationsbehovet hos beslutningstagere og tidskravet til komplette systematiske reviews. Rapid reviews giver en lignende vidensyntese men på kortere tid end systematiske reviews (Saul *et al.*, 2013).

heraf. I alt inkluderes 68 studier.
Resultater
Der identificeres seks retningsgivende principper: afstemme vision og handling, fremme distribueret ledelse, foretage gradvise ændringer, fremme personaleengagement, skabe samarbejdsrelationer, samt vurdere løbende og lære af forandring. Disse interagerer med kontekstuelle elementer, såsom eksisterende værdier og overbevisninger samt engagement.
Vurdering - JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews
Der er foretaget et rapid realist review, og det præsenteres hvilke processer, dette indebærer. Valg af databaser, in- og eksklusionskriterier og samarbejdet mellem reviewerne er udførligt beskrevet. Der mangler dog beskrivelser af valg af søgeord samt kvalitetsvurdering af de inkluderede studier. Dette betyder, at der ikke er tilstrækkelig høj gennemsigtighed i metoden, og reviewet opfylder derfor ikke alle punkter i tjeklisten, hvilket betyder, at reliabiliteten vurderes middel. En anden begrænsning ved studiet er, ifølge forfatterne, at kontekst, mekanismer og udfald samt sammenhængen mellem dem, ikke altid er tilstrækkeligt beskrevet i litteraturen. Dette kan medføre, at andre ikke vil finde frem til præcis samme resultat eller fortolkning. Eftersom der er tale om et review, der omfatter studier fra forskellige kontekster, vurderes den eksterne validitet som god.

5.1.2 Resultater fra litteraturstudie

I det følgende vil studierne fra litteraturstudiet analyseres med henblik på at opnå viden om, hvilke fremmende og hæmmende faktorer der er for at foretage ændringer i en organisation som almen praksis.

5.1.2.1 Forandringsparathed

Mange forandringsinitiativer resulterer kun delvist i succes, hvor nederlag ofte skyldes mangel på *forandringsparathed* blandt personalet. Forandringsparathed defineres i tværsnitstudiet af Hung & Chen (2017) som graden, hvorved organisationens medlemmer er psykologisk og adfærdsmæssigt parate til at implementere en planlagt ændring. Det er stadiet, hvor individer er tilbøjelige til at acceptere, støtte op om og indføre en bestemt plan i forhold til at ændre status quo. Som en forløber for beslutninger, der resulterer i enten modstand eller adoption af adfærd, er det også graden, hvorved personalet har positive følelser og overbevisninger omkring den foreslåede ændring, herunder hvorvidt det vil have positive

konsekvenser for dem selv og organisationen som helhed. Forandringsparathed er således en afgørende forløber for succesfuld implementering af organisationsændringer (Hung and Chen, 2017).

5.1.2.2 Modstand mod forandring

Der kan opstå modstand mod forandring i en organisation (Willis *et al.*, 2016; Nilsen *et al.*, 2019). Modstand betragtes i det kvalitative studie af Nilsen *et al.* (2019) som enhver intention eller handling, der bremser eller hindrer implementeringen af forandringer. Nilsen *et al.* (2019) finder, at sundhedsprofessionelle kan opleve både *passiv* og *aktiv modstand* mod forandring. Passiv modstand kommer til udtryk ved, at de sundhedsprofessionelle klager over og udtrykker utilfredshed med forandringerne. Den passive modstand kommer yderligere til udtryk ved, at nogle af de sundhedsprofessionelle bevidst reducerer deres arbejdsindsats og ambitioner i arbejdet med forandringerne. Andre giver udtryk for, at de overvejer at sige deres job op som reaktion på forandringerne. I studiet udtrykker læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter utilfredshed over deres arbejdsforhold. Lægerne er dog dem, der oftest klager. Selvom denne modstand er passiv, beskriver deltagerne, hvordan negativitet kan sprede sig og påvirke andre, og dermed sandsynligvis bidrage til en kultur af utilfredshed, der kan have negative effekter på produktiviteten. Aktiv modstand mod forandringer sker ved, at de sundhedsprofessionelle vælger ikke at involvere sig eller begrænser deres engagement i de forandringer, der skal foretages. Dette er også mere udbredt blandt læger end blandt andre fagprofessioner (Nilsen *et al.*, 2019). I reviewet af Willis *et al.* (2016) peges der på, at personale, der undgår at engagere sig i forandringer, ofte har mere modstand mod dem. Denne modstand mod forandring kan skyldes frygt, angst og bekymringer eller, at forandringerne anses som en trussel mod personalets professionelle praksis eller identitet. Hvis der ikke tages højde for personalets værdier og identiteter i forbindelse med forandringer på arbejdspladsen, kan det derfor opfattes som en form for tab for personalet, hvilket kan medføre negativ eller uforudsigelig adfærd hos de pågældende personer (Willis *et al.*, 2016).

Studiet af Nilsen *et al.* (2019) finder, at mange forandringer udover passiv modstand mødes med *apati*, som betegner en tilstand af ligegyldighed. Ligegyldighed i forhold til forandringer kommer til udtryk på flere måder. Nogle sundhedsprofessionelle oplever emotionelle reaktioner på forandringer, såsom

negative tanker og en følelse af usikkerhed. Disse reaktioner medfører vrede og frustration, som igen kan fremkalde stressreaktioner. Andre giver udtryk for manglende interesse og engagement i forandringerne samt, at de ikke orker at forholde sig til dem. Deltagerne beskriver endvidere træthed og udmattelse, hvilket er associeret med følelser af at være drænet for energi. Dette gør, at de ikke har energi til at håndtere flere forandringer (Nilsen *et al.*, 2019). Li *et al.* (2018) finder ligeledes, at personale, der oplever stor arbejdsbyrde eller underbemanding i de vanlige arbejdsrutiner, i mindre grad indfører forandringer (Li *et al.*, 2018). Tværsnittsstudiet af Hung & Chen (2017) viser yderligere, at et travlt og stressende arbejdsmiljø er associeret med lavere engagement blandt læger og andet personale samt højere grad af udmattelse blandt ikke-lægefagligt personale. Derudover er udmattelse blandt ikke-lægefagligt personale associeret med en opfattelse af et større behov for forandring, men også en følelse af at have mindre gennemslagskraft i forhold til at implementere ændringer. Det tyder således på, at forandringsparathed er todimensionel ved både at omfatte personalets ønske om forandringer, samt om de er stand til at implementere ændringer. Med andre ord er forandringsparathed associeret med både at være villig til og i stand til at udføre ændringerne. Dette er i tråd med et af domænerne i forandringsparathed, *gennemslagskraft*, som, ifølge Hung & Chen (2017), refererer til opfattelsen af evnen hos et individ eller en organisatorisk enhed til at indføre ændringerne (Hung and Chen, 2017). Apati kommer især til udtryk hos de sundhedsprofessionelle, der har erfaring med tidligere forandringer, der har påvirket deres arbejde, men som de ikke anser som succesfulde (Nilsen *et al.*, 2019). Resultaterne fra reviewet af Willis *et al.* (2016) viser ligeledes, at personale, der ikke engagerer sig i forandringerne i forbindelse med kvalitetsforbedrende interventioner, ofte anser dem som “endnu et program, der skal tolereres, indtil det erstattes” (Willis *et al.*, 2016). At opfatte mange arbejdsplads- og organisationsændringer som mislykkede kan således føre til pessimisme i forhold til sandsynligheden for vellykket forandring. Det er derfor usandsynligt, at sundhedsprofessionelle, der har dårlige erfaringer med forandringer, har positive reaktioner på nye forandringer (Nilsen *et al.*, 2019).

5.1.2.3 Kommunikation og information

I studiet af Nilsen *et al.* (2019) giver de sundhedsprofessionelle udtryk for at bakke op om forandringer, som er velbegrundede, fordi de dermed kan se nødvendigheden eller nytten af ændringerne. Det understreger dermed vigtigheden af, at de sundhedsprofessionelle har en forståelse for, hvorfor ændringer

skal foretages (Nilsen *et al.*, 2019). Dette er i overensstemmelse med et af domænerne i forandringsparathed, ifølge Hung & Chen (2017), kaldet *uoverensstemmelse*, som afspejler den overbevisning blandt personale, at der eksisterer et behov for forandring som følge af, at der opleves en forskel mellem den nuværende situation og en mere ønskværdig situation (Hung and Chen, 2017). Endvidere er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle bliver informeret om forandringerne, og at de er forudsigelige. Dette gør det muligt for de sundhedsprofessionelle at forberede sig på forandringen, hvorfor de også udviser større opbakning (Nilsen *et al.*, 2019). I overensstemmelse med dette viser studiet af Li *et al.* (2018), at effektiv kommunikation og information om forandringsinitiativer påvirker implementeringssucces (Li *et al.*, 2018). Hvordan forandringer udføres, er, ifølge Nilsen *et al.* (2019), vigtigt for at øge sandsynligheden for accept af forandringer. Der skal være åben kommunikation og en ledelse, der opfattes som kompetent og ærlig. Derimod skaber organisationsændringer stress, når de er forbundet med usikkerhed, er dårligt formidlet, betragtes som urimelige og finder sted for hurtigt eller for langsomt. De sundhedsprofessionelle bakker desuden ikke op om forandringer, der bliver betragtet som mere eller mindre meningsløse, eksempelvis hvis forandringerne ikke er funderet i virkeligheden eller anses som værende spild af tid og ressourcer (Nilsen *et al.*, 2019). Dette kan relateres til domænet *hensigtsmæssighed* i forandringsparathed, som refererer til graden, hvormed den foreslåede ændring er berettiget og passer til den situation, hvor der er behov for forandring (Hung and Chen, 2017). I reviewet af Lau *et al.* (2015) finder de i overensstemmelse med dette, at det er associeret med vellykket implementering, hvis tiltaget skræddersyes til konteksten og behovene i praksis (Lau *et al.*, 2015).

5.1.2.4 Motivation og engagement

I reviewet af Li *et al.* (2018) finder de, at dedikeret personale til at udføre ændringer er forbundet med en vellykket implementering (Li *et al.*, 2018). Ligeledes finder Hung & Chen (2017), at en høj grad af engagement i form af personlig motivation og arbejdstilfredshed blandt læger og andet personale er associeret med forandringsparathed. Personlig motivation dækker over personalets oplevelse af, at deres ideer er værdsat og anerkendt af deres afdeling, at de har tilstrækkelige muligheder for at forbedre sig og er inspireret til at gøre deres bedste (Hung and Chen, 2017). I tråd hermed finder personaleengagement, ifølge Willis *et al.* (2016), sted, når folk føler sig hørt og har mulighed for at påvirke forandringsprocessen (Willis *et al.*, 2016). I studiet af Nilsen *et al.* (2019) finder de også, at involvering er den stærkeste form

for støtte til forandring, der udtrykkes af sundhedsprofessionelle, og at engagement er baseret på ændringer, der igangsættes af dem selv, eller hvor de har bidraget til dem. I modsætning hertil udtrykkes der ikke engagement i relation til forandringer, der iværksættes af ledere eller politikere, og som ikke inddrager personalet. Dette medfører i stedet frustrationer og anses som problematisk (Nilsen *et al.*, 2019). Disse fund underbygges af Hung & Chen (2017), som finder, at deltagelse i beslutningstagning er associeret med større engagement og tilfredshed blandt både læger og andet personale (Hung and Chen, 2017). Tillige finder Lau *et al.* (2015), at involvering af interessenter i udviklingen af et tiltag er associeret med vellykket implementering, hvorfor disse også bør inddrages (Lau *et al.*, 2015). Studierne viser således, at inddragelse af personale i forandringsinitiativer, samt troen på initiativerne er en væsentlig forløber for, at den givne forandring indføres (Willis *et al.*, 2016; Hung and Chen, 2017; Nilsen *et al.*, 2019).

5.1.2.5 Ledelse

Flere af studierne finder, at ledelse anses som en vigtig funktion for at opnå og opretholde en vellykket implementering af nye initiativer (Lau *et al.*, 2015; Willis *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2018). Ledere betragtes i studiet af Li *et al.* (2018) som væsentlige for at skabe en organisatorisk kontekst, der er befordrende for forandring. Ledere, der skaber miljøer med høj arbejdsmoral, gør det muligt for personalet at anse sig selv som en del af implementeringsteamet. Ledere kan arbejde med at optimere implementeringssucces ved at give udtryk for entusiasme i forhold til forandringen, at være til stede, støttende og opmærksom på implementeringsprocessen og bede om feedback fra personalet vedrørende ændringen. Aktive og engagerede ledere, der opsøger feedback på ændringen, og som selv giver feedback til personalet, er associeret med større implementeringssucces (Li *et al.*, 2018). Opbakningen til organisationsændringen fra ledelsens side kan relateres til et af domænerne i forandringsparathed, *arbejdsgivers støtte*, som refererer til en opfattelse af støtte til forandringen blandt ledelsen (Hung and Chen, 2017). Ledere, der mangler autoritet og ikke støtter ændringerne, eller som undlader at holde personalet ansvarlige for forandringen, udgør hindringer for implementeringen. Personalet føler sig demotiveret til at ændre sig, når ledere er for kontrollerende, eller ikke reagerer på personalets ønske om mere uddannelse eller flere kurser i forhold til, at kunne gennemføre ændringen i praksis (Li *et al.*, 2018). Ledere er desuden med til at opretholde forandringer og kulturelle ændringer og dermed undgå, at personalet falder tilbage i gamle

rutiner (Willis *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2018). I studierne af Lau *et al.* (2015) og Li *et al.* (2018) ses det endvidere, at en fortaler, der kan gå ind for “den nye måde at gøre tingene på” er væsentlige for at opnå succes i implementeringen af et nyt tiltag, da de kan fungere som motivatorer (Lau *et al.*, 2015; Li *et al.*, 2018). Ledelsen påvirker blandt andet ressourcer, kommunikation, evaluering og feedback i forbindelse med implementering af nye initiativer i en organisation, og det tyder derfor på, at det er en funktion, der skal prioriteres højt i implementeringen (Li *et al.*, 2018).

5.1.2.6 Ressourcer

I studierne er der identificeret flere former for ressourcer, der enten kan fremme eller hæmme implementeringsprocessen, herunder og økonomi (Lau *et al.*, 2015; Willis *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2018). Jf. afsnit 5.1.2.2 er personale, der oplever stor arbejdsbelastning og arbejdsrelateret udmattelse, mindre tilbøjelige til at foretage ændringer (Hung and Chen, 2017; Li *et al.*, 2018; Nilsen *et al.*, 2019). Mangel på tid fremkommer som en barriere for at opnå en vellykket implementering (Willis *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2018; Nilsen *et al.*, 2019), hvilket, ifølge Li *et al.* (2018), eksempelvis kan grunde i, at der ofte er andre mere presserende og konkurrerende opgaver, samt utilstrækkelig tid til uddannelse af personale, planlægning og omlægning af vagtplaner med videre (Li *et al.*, 2018). Økonomiske ressourcer har stor betydning for implementeringsprocessen (Lau *et al.*, 2015; Willis *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2018), da der skal blandt andet sikres tilstrækkelig finansiering til at uddanne og træne personalet i det nye initiativ, allokere arbejdskraft til at gennemføre ændringen, monitorere og give feedback for at sikre, at implementeringen forløber efter planen. Studiet af Li *et al.* (2018) viser, at dette er afgørende for en vellykket implementering (Li *et al.*, 2018). Tillige viser studiet af Willis *et al.* (2016), at deltagelse i nye initiativer blandt andet kan fremmes gennem belønningssystemer, der involverer en række økonomiske og ikke-økonomiske belønninger, herunder løntillæg, frigivelse af timer på andre tidspunkter, uddannelsestilbud samt anerkendelse (Willis *et al.*, 2016). I tråd hermed finder Lau *et al.* (2015), at en større aflønning er associeret med mere vellykket implementering. De finder samtidig, at størrelsen af aflønningen har betydning, og at små belønninger ikke vil motivere læger til at ændre deres adfærd eller praksis (Lau *et al.*, 2015). Dette er i overensstemmelse med domænet, *værdi*, i forandringsparathed, som, ifølge Hung & Chen (2017), betegner opfattelsen af, hvor attraktive de forventede resultater af ændringen er i forhold til personlige fordele, der enten er ydre og håndgribelige eller indre og uhåndgribelige (Hung

and Chen, 2017). Det fremgår således, at sandsynligheden for, at ændringerne implementeres og opretholdes, øges ved at have tilstrækkelig tid og økonomiske ressourcer til at indføre dem (Lau *et al.*, 2015; Willis *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2018; Nilsen *et al.*, 2019).

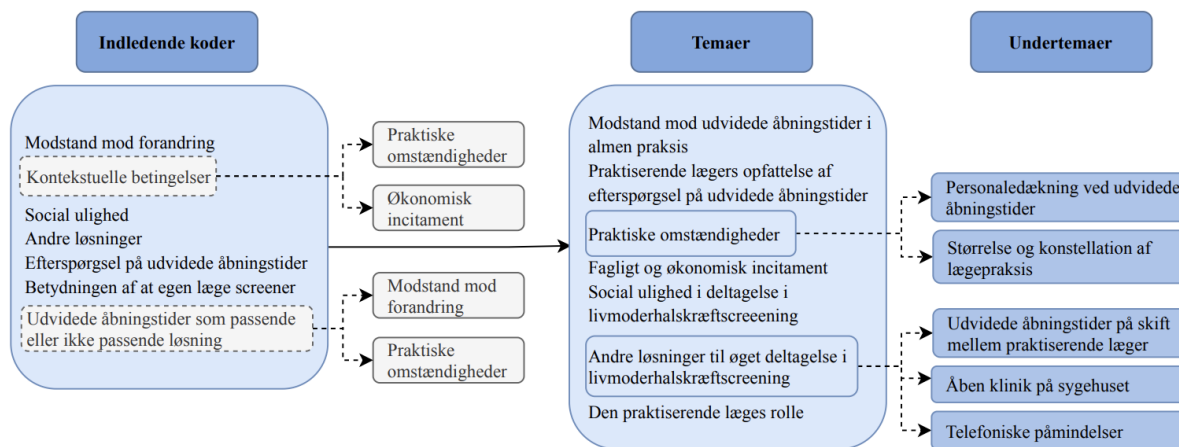
5.1.2.7 Organisationskultur

Organisationskultur er vigtig i forhold til at facilitere organisationsændringer (Lau *et al.*, 2015). De værdier, overbevisninger og antagelser, som en organisations medlemmer deler, influerer enkeltpersoner og organisationen som helhed og er nødt til at blive anerkendt og taget i betragtning under enhver kulturel ændring (Willis *et al.*, 2016). Li *et al.* (2018) finder, at en organisations åbenhed for at afprøve nye initiativer, dens læringskultur og det at have en stærk ledelse i høj grad er associeret med succes i forhold til at implementere evidensbaseret praksis. Arbejdspladser, der udfører implementeringen som planlagt, er kendetegnet ved en stærk innovationskultur samt positive holdninger og adfærd omkring det nye initiativ fra personalets side. Organisationskulturer bestående af personale, der har for meget autonomi, er modstandsdygtige over for at prøve nye initiativer eller er uafklarede i forhold til organisationens værdier og overbevisninger, kan udgøre barrierer for en vellykket implementering (Li *et al.*, 2018). I reviewet af Willis *et al.* (2016) identificeres der seks retningsgivende principper, der kan være med til at opnå vedvarende kulturforandringer, defineret som langsigtede og dybt indlejrede ændringer i værdier, overbevisninger og antagelser hos medlemmer i en organisation. Disse er at afstemme vision og handling, fremme distribueret ledelse, foretage gradvise ændringer, fremme personaleengagement, skabe samarbejdsrelationer, og vurdere løbende og lære af forandringen. Der er dermed mange faktorer, der påvirker, hvordan organisationskultur ændrer sig, og i hvilken grad disse ændringer opretholdes (Willis *et al.*, 2016).

5.2 Resultater fra interviews

I det følgende analyseres datamaterialet fra interviewene med de praktiserende læger med udgangspunkt i Braun & Clarkes tematiske analysestrategi, hvor essentielle temaer fremanalysedes, jf. afsnit 4.4.4. Processen illustreres i figur 5. Analysen af interviewene har til formål at opnå viden om, hvilke holdninger de praktiserende læger har til at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening. Da der i specialet, jf. afsnit 4.4.4, anvendes en deduktiv fleksibel kodning, genereres der indledningsvist koder,

og der fjernes, ændres og suppleres med nye koder undervejs. Efterfølgende samles koder, der ligner hinanden, hvilket illustreres i den grå boks, hvor det fremgår, at 'udvidede åbningstider som passende eller ikke passende løsning' og 'kontekstuelle betingelser' fordeles ud på andre koder med henblik på at ordne koderne i temaer. Herefter genereres og navngives de endelige temaer og undertemaer.



Figur 5: Tematisk kortlægning.

5.2.1 Modstand mod udvidede åbningstider i almen praksis

Hovedparten af de praktiserende læger giver udtryk for, at de ikke er interesserede i at udvide åbningstiderne i almen praksis (I1-I6), og Else tror ikke, at der vil være stor begejstring for tiltaget blandt praktiserende læger generelt (I6). Per fortæller, at det ser ud til, at der er sket et kulturskift, hvor praktiserende læger i dag i højere grad end tidligere ønsker at arbejde fra kl. 8.00-15.00, og samtidig skal arbejdstiden hænge sammen med privatlivet og familien derhjemme. Derfor er det i forvejen svært i nogle områder at få dækket lægevagten, der starter kl. 16.00 (I4). Både Helle og Else giver begge udtryk for et ønske om at arbejde inden for normal arbejdstid, og dermed have mere tid hjemme med familien (I1; I6). Desuden er der også et praktisk aspekt i, at lægerne selv kan have behov for at skulle aflevere eller hente sine børn fra institutioner, hvilket besværliggøres, hvis åbningstiderne i almen praksis udvides (I3). Flere angiver, at praktiserende læger i forvejen arbejder mere end 37 timer om ugen (I1; I6) og Else udtaler eksempelvis: *“Jeg er jo ikke interesseret i at arbejde mere end jeg gør i forvejen, fordi det er jo ikke et 37 timers arbejde i forvejen at være praktiserende læge”* (I6, s. 2, l. 33-34). Dette understøttes af Bente: *“[...] så skulle jeg jo bare gå på arbejde i længere tid nogle dage om ugen tænker jeg. Og der må*

jeg ærligt sige: tak, men nej tak” (I5, s. 4, l. 15-16). Udvidelse af åbningstiderne kræver derfor, at lægerne får fri på andre tidspunkter, hvilket er problematisk, ifølge Helle:

“[...] skulle man holde åbent længere nogle dage eller sen aften eller weekend, så skal man have fri på nogle andre tidspunkter. Man vil stadig skulle have et hus til at køre rundt og et personale, der skal være der. Så jeg tænker, det vil give mere arbejde end det, folk måske har lyst til” (I1, s. 3, l 6-9).

Lægerne udtrykker forskellige holdninger til, om almen praksis skal imødekomme behovene i et moderne arbejdsliv og samfund. Helle angiver: *“Jeg har valgt almen praksis også på grund af arbejdstiderne. Det er fra kl. 8.00-15.30. Så personligt vil jeg synes, det er træls, men jeg tænker, det er noget, vi er nødt til rent samfundsmæssigt at gå i den retning” (I1, s. 2, l. 20-23),* hvorimod Mia udtrykker: *“Så begynder det også at blive sådan, at folk tror, de kan få lavet en livmoderhalskræftscreening hos lægevagten” (I3, s. 9, l. 4-5).* I citatet af Mia fremkommer der en skepsis over for den udvikling i borgernes forventning til almen praksis, der kan opstå som konsekvens af at udvide åbningstiderne i almen praksis. Yderligere fremhæves det, at da livmoderhalskræftscreening ikke er en livsvigtig undersøgelse, vil det kræve en stor mental ændring hos praktiserende læger, hvis de skal holde aftenåbent for dette (I1). Dette synspunkt støttes af Bente, der udtaler:

“Hvis jeg skal være helt ærlig, er det ikke en problematik, jeg tænker, er stor i min lægepraksis, og det er heller ikke noget, jeg kunne finde på at ændre arbejds gange for, fordi jeg synes, det er nemt at finde en tid, fordi der netop ikke er nogen tidsfaktor på. Du kan jo bare vente en måned, hvis det ikke lige passer dig, hvad man har aftider” (I5, s. 2, l. 19-21).

Det fremkommer således af citatet, at Bente ikke mener, at det bør være et problem for kvinder at finde tid til at få foretaget livmoderhalskræftscreening, hvilket er en opfattelse flere af de øvrige praktiserende læger deler (I1-I3; I6). Helle er af den opfattelse, at hvis kvinderne mener, at det er vigtigt at deltage i screeningen, så finder de også tid til det. Hun mener desuden i tråd med Bente, at kvinderne altid kan vente til en dag, hvor de kan få en tid, der passer dem (I1). Else deler ligeledes denne opfattelse, hvilket kommer til udtryk i hendes begrundelse for, at de i hendes lægepraksis ikke overvejer at holde længe åbent flere dage om ugen: *“Overvejelsen er, at vi egentlig ikke tænker, at det er så svært for folk at få fri*

for at gå til læge” (I6, s. 2, l. 19). Asta tror endvidere, at det er en dårlig undskyldning, at kvinderne ikke kan komme og få foretaget livmoderhalskræftscreening inden for normal åbningstid. Hun tror af samme grund heller ikke på, at mere fleksible åbningstider vil have effekt på kvinder, der har svært ved at komme afsted til livmoderhalskræftscreening: *“Jeg tror ikke, at det er det (red. åbningstider), der er barrieren, jeg tror, det er undersøgelsens natur, der er barrieren; de gider ikke det der”* (I2, s. 3, l. 11-12). Dette viser, at udvidede undersøgelsestidspunkter til livmoderhalskræftscreening, ifølge de praktiserende læger, ikke er vejen frem i forhold til at øge tilslutningen til screeningsprogrammet; de mener, at kvinderne bør kunne finde tid til at tage til lægen inden for normal åbningstid. Bente giver udtryk for, at hvis hun skal ændre sin arbejdsgang, så skal det være meningsfuldt for hende: *“Hvis jeg skulle ændre mine arbejdsgange, ville jeg gøre det for noget, der giver mening for mig, noget hvor jeg synes, det giver bedre service til folk, der havde ondt eller var døende, var svært syge eller demente. Det var noget, jeg ville prioritere”* (I5, s. 2, l. 31-34). Per påpeger ligeledes, at der er andre områder i praktiserende lægers arbejde, der kan anses som vigtigere at fokusere på, hvorfor det kan blive svært at indføre udvidede åbningstider i almen praksis til livmoderhalskræftscreening (I4). Dette understøttes igen af Bente, der udtaler, at der ikke er noget, der kan få hende til at holde længere åbent for livmoderhalskræftscreening (I5), hvilket hun begrundes med: *“Jo mere tid man bruger på de raske, jo flere ressourcer man bruger på dem, de bliver taget et sted fra og det er de syge. Det synes jeg bare overhovedet ikke, er den vej, vi skal gå med lægemangel”* (I5, s. 4, l. 27-29). Per understøtter dette, da han fortæller, at de beskæftiger sig meget med de raske og ressourcestærke i almen praksis, som har kompetencer og ressourcer til at gøre krav på sundhedsvæsenets tilbud, mens det er de svageste, det går ud over, da det er dem, de ikke bruger så meget tid på (I4). Per er i tråd med Bente af den holdning, at: *“[...] stod det til mig og en del af mine kolleger, så jeg egentlig hellere, at vi satte fokus på dem, hvor det er mere meningsfuldt at bruge vores ressourcer på”* (I4, s. 4, l. 27-29). Per giver udtryk for, at kvinder, der har det problem, at de ikke kan tage fri fra arbejde for deres helbreds skyld til at få foretaget livmoderhalskræftscreening, er noget, han betragter som luksusproblemer, og at der er andre, der i højere grad fortjener praktiserende lægers tid: *“Jeg kan ikke sige, jeg repræsenterer alle, men jeg tror, der er en del af de praktiserende læger, der synes, at den der “luksuspatient”, dem har vi egentlig nok af, vi vil hellere have nogle af de sårbare, end vi vil have længere åbent”* (I4, s. 8, l. 25-28). Denne holdning understøttes af Mia, der udtaler, at folk kan blive lidt for optaget af deres eget behov ud fra et planlægningsøjemed: *“[...] alting skal også bare*

overstås, og alting skal bare være, når jeg vil” (I3, s. 9, l. 9-10), og hun giver udtryk for, at man i stedet skal tillade sig selv et rum, hvor man tager sit helbred alvorligt (I3).

5.2.2 Praktiserende lægers opfattelse af efterspørgsel på udvidede åbningstider

Det fremgår af interviewene, at der er delte opfattelser af, hvorvidt kvinderne efterspørger udvidede åbningstider. Flere af de praktiserende læger oplever, at kvinder specielt efterspørger morgentider, inden de tager på arbejde (I2; I3; I7). Mia forklarer i det følgende, hvorfor en tidlig undersøgelsestid kan være eftertragtet blandt kvinderne: *“Det tror jeg, fordi så kunne man gå i bad, man kunne gå op til sin læge, man kunne få lavet en celleprøve og så kunne man tage på arbejde”* (I3, s. 4, l. 11-12). Citatet viser, at der for kvinderne kan være en praktisk fordel i at udvide åbningstiderne om morgenen frem for om eftermiddagen. Andre praktiserende læger oplever efterspørgsel på tider efter kl. 16.00 (I4; I6; I7), Fies oplevelse er dog, at interessen daler efter kl. 17.00 (I7). Det er dog langt fra alle de praktiserende lægers opfattelse, at der er efterspørgsel på tider uden for normal åbningstid (I1; I3; I5; I8). Dette gælder både før kl. 08.00 og efter kl. 16.00, ifølge Bente og Fie (I5; I7). Ole udtrykker det således: *“[...] men igen det er nok egentlig min vurdering, at det ikke er et tilbud, der efterspørges”* (I8, s. 3, l. 24-25). Derudover oplever Mia og Ole, at tiderne efter kl. 16.00 er svære at fylde ud (I3; I8). I tråd med dette oplever Helle og Bente, at det er nogle af de tider, der besættes sidst (I1; I5). Selvom de praktiserende læger generelt ikke oplever, at udvidede åbningstider efterspørges, så imødekommer nogle af de praktiserende læger alligevel de enkelte patienters behov for at kunne få en tid udenfor normal åbningstid (I3; I6; I8). Eksempelvis udtaler Mia: *“De vil rigtig gerne have det ordnet på vej til arbejde. Og det finder vi så bare en løsning på”* (I3, s. 4, l. 1-2). Dette viser, at nogle kvinder efterspørger muligheden for at få en tid uden for normal arbejdstid. Derudover giver Ole udtryk for, at hvis kvinderne blev spurgt, om de ønsker udvidede åbningstider, vil de fleste formentlig synes, at det er en god ide. Dog stiller han sig tvivlende overfor, om det ressourcemæssigt kan betale sig, da efterspørgslen på de sene tider ikke er stor nok (I8). Fie har i sin lægepraksis i flere år haft åbent fra kl. 08.00-19.00 fire dage om ugen, men har valgt at indskrænke åbningstiden til kl. 18.00. Hun oplever, at der er størst efterspørgsel på eftermiddagstiderne og ikke i samme grad på aftentiderne. Samtidig er aftentiderne de tider, flest udebliver fra (I7). Dette er ligeledes Elses oplevelse (I6). Fie ser derfor efterspørgslen på de sene tider som bekvemmelighedstider (I7), hvilket, jf. afsnit 5.2.1, er en opfattelse, der deles af flere af de praktiserende læger (I1-I6). Fie har

endvidere en opfattelse af: “[...] at det er et ret teoretisk ønske, at det kunne være fedt at kunne komme til lægen uden for arbejdstid, men når virkeligheden rammer, så vil folk alligevel ikke eller så har de tusind andre ting efter arbejdstid” (I7, s. 2, l. 4-6). Dette underbygges yderligere af Per, der udtaler: “Ja, folk vil gerne have, vi holder længere åbent, det er der ingen tvivl om. Jeg var lidt overrasket over hvor få, der egentlig benyttede sig af det, så jeg synes ikke det sådan var den succes, eller hvad skal man sige, så eftertragtet var det heller ikke” (I4, s. 8, l. 7-11). Citaterne viser, at nogle kvinder ønsker udvidede åbningstider, men at der, ifølge de praktiserende læger, ikke er den store efterspørgsel på de sene undersøgelsestider, når det kommer til stykket. Dette kan blandt andet skyldes, at man skal til fritidsaktiviteter (I7), eller at børnene skal hentes (I8). Udover den manglende efterspørgsel på undersøgelsestidspunkter i eftermiddagstimerne fremgår det af ovenstående, at det, ifølge de praktiserende læger, er bedre at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening om morgenen end om eftermiddagen, fordi kvinderne derved kan få den gynækologiske undersøgelse overstået inden, de tager på arbejde (I2; I3; I7). Else giver også udtryk for, at hun hellere vil holde åbent tidligere på dagen end senere (I6). Dog tyder det på at være en smagssag, da Per eksempelvis foretrækker sene arbejdstider: “Hver onsdag havde vi længere åbent indtil kl. 18.00, hvor jeg så sad der, fordi jeg er B-menneske, jeg kan godt lide at stå sent op” (I4, s. 1, l. 19-21).

5.2.3 Praktiske omstændigheder

5.2.3.1 Personaledækning ved udvidede åbningstider

Det er forskelligt fra lægepraksis til lægepraksis, hvem der foretager livmoderhalskræftscreening; nogle steder er det praktiserende læger, der varetager opgaven (I1; I4), og andre steder er jordemødre (I7) eller sygeplejersker oplært til at udføre undersøgelsen i de ukomplicerede tilfælde (I1; I2; I4; I7). Det lægelige ansvar for udførelsen af celleprøverne og sikring af, at personalet har de fornødne kompetencer til at varetage opgaven, ligger fortsat hos den praktiserende læge, der uddelegerer opgaven (I4). Hvis almen praksis skal holde længere åbent, kan det være af betydning for den praktiske organisering af tilbuddet i den enkelte lægepraksis, om det er læger eller sygeplejersker, der foretager screeningen. Helle udtrykker eksempelvis: “Hvis det var en sygeplejerske, der skulle være der om aftenen, så er det de færreste sygeplejersker, der vil være der alene, uden der er en læge i huset også. Fordi hvis de har brug for at konferere med en læge, hvis de ser et eller andet, de tænker, ser mærkeligt ud” (I1, s. 5, l. 1-5). Hvis en

sygeplejerske foretager screeningen og er alene i klinikken i de udvidede åbningstider, kan det således, ifølge Helle, betyde, at kvinderne senere hen må kaldes ind til en ny tid hos lægen, og det vil være spild af tid og ressourcer (I1). Ifølge Asta og Else vil det dog godt kunne lade sig gøre, hvis en sygeplejerske eksempelvis var alene i klinikken, hvis der blev indført udvidede åbningstider til livmoderhalskræftscreening (I2; I6), men Asta medgiver, at det kan blive nødvendigt for kvinderne at booke en ny tid, hvis der alligevel er behov for at blive tilset af en læge (I2). Nogle af de praktiserende læger giver udtryk for, at det ikke er et problem, at en læge sidder alene i klinikken i udvidede åbningstider, og at de gør det i forvejen i nogle tilfælde (I1; I3; I6). Andre giver derimod udtryk for, at der kan være problematikker forbundet med at en læge eller andet personale er alene i klinikken uden for normal arbejdstid. Dette dels af sikkerhedsmæssige årsager, da der kan være risiko for tyveri, fordi vedkommende sidder bag en lukket dør og ikke kan holde øje med, hvem der kommer ind i klinikken (I1; I2; I7). Dels er der også et etisk aspekt, som Per udtrykker det:

“[...] hvis nu der er en af de her patienter, der falder om af en eller anden årsag, eller der er en, der går rundt omkring i byen, der ved lægen har åbent, og der er en der har en blodprop i hjertet eller et eller andet, jamen altså jeg mener, hvis vi tilbyder at have åbent i en klinik, så synes jeg også man har en eller anden forpligtelse til at have et akutberedskab” (I4, s. 3, l. 10-15).

Det kan altså være vanskeligt for én person at skulle holde en lægepraksis længe åbent, da der vil kunne opstå akutte situationer, som man som sundhedsprofessionel er forpligtet til at reagere på. Fie medgiver af samme grund, at de har et minimum beredskab på tre personer i tilfælde af, at der skulle ske noget akut i deres lægepraksis. Samtidig påpeger hun, at hun arbejder i en stor lægepraksis, og de derfor har mulighed for at være flere til stede i åbningstiderne, end små lægepraksis har (I7). Rent praktisk er der i forhold til prøvernes holdbarhed ingen udfordring ved udvidede åbningstider, da de sagtens kan stå til dagen efter (I1; I3; I6).

5.2.3.2 Størrelse og konstellation af lægepraksis

De praktiserende læger skal i henhold til overenskomsten om almen praksis have åbent efter kl. 16.00 mindst en dag om ugen (I1-I3; I5; I6). Andre har yderligere tidligere tider, inden kl. 08.00 (I2; I8). Læger

og ikke-lægefagligt personale, der er ansat i almen praksis, er ansat på et ugentligt antal timer. Det betyder, at hvis de skal arbejde længe flere dage om ugen for at foretage livmoderhalskræftscreening uden for normal arbejdstid, så skal de have fri på et andet tidspunkt. Dette hænger ressourcemæssigt ikke sammen med, at der i nogle almen praksis er større aktivitet om formiddagen, og der derfor er større behov for at have personalet på arbejde i det tidsrum (I6-I8). For praktiserende læger, der ejer en lægepraksis, kan udvidede åbningstider have den konsekvens, at de skal arbejde de timer ekstra om ugen (I5). De praktiske muligheder og barrierer for at udvide åbningstiderne i almen praksis afhænger af den enkelte lægepraksis' størrelse og organisering (I2; I6; I8). Else udtaler eksempelvis:

“Jamen altså jeg tænker, der kan være forskellige barrierer afhængig af hvilken praksis konstellation, man har. Hvis man nu er sololæge eksempelvis, så vil der jo være en helt åbenlys barriere i, at man arbejder fra kl. 08.00-16.00 hver dag plus vagter, og man som sololæge ikke vil kunne holde en halv formiddag fri, for hvem skal passe ens patienter?” (I6, s. 5, l. 42-45).

Som praktiserende læge i en solopraksis kan udvidede åbningstider dermed skabe overarbejde. Er man derimod praktiserende læge i et kompagniskab eller i en større lægepraksis har man, ifølge de praktiserende læger, større mulighed for at justere på arbejdstiderne. Dog vil det fortsat kræve, at der er mulighed for at få fri på et andet tidspunkt, hvis man indfører udvidede åbningstider (I3; I6). Muligheden for at udvide åbningstiderne i en stor lægepraksis har, ifølge Fie, en væsentlig betydning, da de på grund af flere ansatte har bedre mulighed for at dele sig op i teams, der kan skiftes til at arbejde (I7).

Udover muligheden for at fordele de sene åbningstider mellem personalet, har det også betydning, hvor mange kvinder i målgruppen for livmoderhalskræftscreening, der er tilknyttet ens lægepraksis. Ole udtaler, at der, alt efter hvor mange kvinder man har tilknyttet sin lægepraksis, kan være risiko for, at man holder åbent for kun at have en kvinde, der kommer til livmoderhalskræftscreening. Dette vil ikke kunne svare sig ressourcemæssigt (I8). Ifølge Ole vil det ikke kunne betale sig, da det er: *“[...] lidt ligesom at åbne en butik længere tid, så spreder du bare handlen ud, så du er nødt til at have personale herinde længere, så rent ressourcemæssigt er det jo ikke super optimalt at have åbent længere tid, fordi man ser det samme antal patienter over en større tidsperiode”* (I8, s. 2, l. 26-29). Helle giver ligeledes udtryk for, at det ikke giver mening kun at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening: *“Det*

tror jeg, at praktiserende læger vil synes, var for smal en begrundelse for det, og jeg tror mere, hvis man skulle gøre det, så skulle det være med argumentation om, at det var for at få flest mulige til lægen og ikke en bestemt patientgruppe” (I1, s. 5, l. 5-7.). Hun uddyber det endvidere med, at det er en uretfærdig fordeling og giver forklaringsproblemer, hvis det kun er kvinder, der skal screenes for livmoderhalskræft, der må komme en sen eftermiddag. Hun argumenterer i den forbindelse for, at det vil være en dårlig forretning kun at holde åbent for livmoderhalskræftscreening, og der derfor bør laves noget mere i de udvidede åbningstider for, at det kan løbe rundt (I1). Dette understøtter Oles tvivl i forhold til, om den mængde af ressourcer, der sættes af til at udvide åbningstiderne står mål for det antal, der vil deltage i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (I8). Per foreslår at lade andet personale end lægen foretage livmoderhalskræftscreening, mens lægen har konsultationer med andre patientgrupper sideløbende, for på den måde at kombinere flere formål og dermed få et større økonomisk og fagligt udbytte af åbningstiderne (I4). Derudover foreslår Mia, at udvidede åbningstider kan bruges til at lave administrativt arbejde i tilfælde af, at der ikke kommer nogle kvinder for at blive screenet, da man altid kan få tiden til at gå i praksis (I3). Fie udtaler endvidere: *“Det er i virkeligheden et ret stort puslespil, at der er sådan nogle enkeltstående ting, der kunne være hensigtsmæssigt, men i store billede, der fylder det for lidt i forhold til den pris, der er for at opfylde den hensigtsmæssighed”* (I7, s. 4, l. 37-39). Citatet viser, det er uinteressant at flytte for meget kapacitet til om eftermiddagen, hvor der er mindre travlt i deres lægepraksis, fordi det så mangler på andre tidspunkter, hvor der er mere travlt, eksempelvis om morgenen eller formiddagen (I7).

5.2.4 Fagligt og økonomisk incitament

Der er, ifølge de praktiserende læger, både et fagligt og økonomisk aspekt ved at udvide åbningstiderne i almen praksis til livmoderhalskræftscreening og det skal kunne svare sig for den enkelte lægepraksis at udvide åbningstiderne (I1; I4; I7; I8). Selvom de fleste af de praktiserende læger, jf. afsnit 5.2.1, er imod at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening i almen praksis, giver flere af dem udtryk for, at de vil være mere positive over for tiltaget, hvis kvinderne rent faktisk benytter sig af tilbuddet (I2; I3; I6; I8). Else udtaler eksempelvis: *“Det taler for, hvis man beviseligt kunne sikre, at det så faktisk er de kvinder, der kommer, som ellers ikke ville komme, og det er jeg lidt tvivlende overfor”* (I6, s. 2, l. 5-6). I tråd med dette udtaler Mia, at hun vil udvide åbningstiderne, hvis det betyder, at hun får 100 procent

tilslutning til screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (I3). For Ole kræver det også, at han kan se, at kvinderne fravælger livmoderhalskræftscreeningen på grund af åbningstiderne: *“Det er klart, hvis man rent konkret kunne se, at der er nogle, der fravælger screeningstilbuddet, fordi man ikke kan komme til inden for normal åbningstid, så kan man godt argumentere for, at det kan udgøre et sundhedsmæssigt problem”* (I8, s. 2, l. 32-34). De praktiserende læger efterspørger således beviser for, at det er et reelt problem for kvinderne at komme til livmoderhalskræftscreening inden for normal åbningstid. Det kræver desuden, at de praktiserende lægers fagforening, PLO, bakker op om det, da de har stor opbakning fra de praktiserende læger (I4). Per udtaler:

“Hvad vil der skulle til for, at PLO kunne komme med? Jamen der er det faglige perspektiv, og der er det økonomiske perspektiv, og så er der selvfølgelig det, at vi øger service for vores patienter, men jeg tror det faglige, det er nok der, hvor det giver klart mest effekt på os praktiserende læger, hvis vi kan se den faglige ide i det” (I4, s. 7, l. 24-30).

Som citatet viser, skal det både være fagligt og økonomisk meningsfuldt at arbejde efter kl. 16.00. Hvis en sygeplejerske varetager opgaven i de udvidede åbningstider, kræver det måske et løntilskud for at arbejde efter kl. 16.00 (I4; I7), og den enkelte lægepraksis skal også selv have et økonomisk overskud ud af det (I4). Fie udtrykker eksempelvis: *“Så skal vi ud på ulempe tidspunkter, så skal honorering selvfølgelig også følge med for, at det på nogen måde ville være interessant at kigge på”* (I7, s. 5, l. 15-17). Helle giver ligeledes udtryk for vigtigheden af et økonomisk aspekt da: *“Det er en forretning, der skal løbe rundt”* (I1, s. 5, l. 18). Derfor vil man være nødt til at stoppe tiltaget igen, hvis ikke alle tider til livmoderhalskræftscreening fyldes op (I1). Personalets lønninger og andre ressourcer skal dækkes for at udvidede åbningstider ikke skal skabe underskud for den enkelte lægepraksis. Dette vil derfor, ifølge Ole, kræve et minimumsbeløb for at holde åbent eksempelvis fra kl. 16.00-19.00 en gang om ugen. Sammenlagt kan det ende med at blive omkostningsfuldt at holde åbent for at foretage livmoderhalskræftscreening (I8). Det vil desuden kræve, at regionen prioriterer tiltaget højt for at give en fast honorering for at udvide åbningstiderne i almen praksis (I2). Derudover giver både Mia og Else udtryk for, at den økonomiske gevinst, de måtte få ved at udvide deres åbningstider, ikke ville opveje den fritid, de mister med familien (I3; I6). Som det også fremgår af afsnit 5.2.1, er der således en del af de praktiserende læger, der vægter fritiden højere end penge. Mia udtaler eksempelvis: *“Jeg vil ikke tage*

flere vagter efter kl. 16.00, hvis jeg fik det dobbelte. Det vil ikke være noget, der betød noget for mig” (I3, s. 8, l. 37-39). Det fremkommer af ovenstående, at de praktiserende læger er af forskellige holdninger til, om et økonomisk incitament kan få dem til at udvide deres åbningstider, hvilket Asta også giver udtryk for:

“Generelt så er praktiserende læger ikke en ens flok, og det er også det, der gør det lidt svært i alle andre sammenhænge, fordi vi er i praksis som private erhvervsdrivende, og man driver jo sin butik på meget forskellige måder, og det er ligesom noget, det har en stor værdi for mange praktiserende læger” (I2, s. 4, l. 40-43).

5.2.5 Social ulighed i deltagelse i livmoderhalskræftscreening

De praktiserende læger har generelt svært ved at svare på, hvad der skal til for at nå den gruppe af kvinder med lav socioøkonomisk position, der aldrig eller ikke regelmæssigt bliver screenet for livmoderhalskræft (I4; I6-I8). Else udtaler eksempelvis: *“[...] det er jo ikke kun i forhold til livmoderhalskræftscreening; de har jo dårligere compliance og selfcare på alle parametre, så det er virkelig et svært komplekst spørgsmål, så det tror jeg ikke lige, jeg umiddelbart har nogen løsning på”* (I6, s. 5, l. 1-3). Flere af de praktiserende læger påpeger ligeledes, at det er en gruppe, som er svære at nå i det hele taget (I3; I4; I7), da de ofte, ifølge de praktiserende læger, har en uhensigtsmæssig livsstil (I3; I6; I7) og manglende omsorg for deres helbred generelt (I3; I6). Mia tror endvidere, at gruppen af kvinder med lavere socioøkonomisk position ikke i så høj grad deltager i livmoderhalskræftscreening som kvinder med højere socioøkonomisk position, grundet: *“Berøringsangst, det kan også godt være. Jeg synes oftere, at de piger siger ‘åh jeg hader det her’. Jeg ved ikke, om der kan være noget med flere overgreb, flere seksuelle kontakter”* (I3, s. 11, l. 37-41). De praktiserende læger påpeger samtidig, at kvinder, der deltager i livmoderhalskræftscreening og generelt kommer til lægen oftere, er ressourcestærke kvinder (I4; I6; I7). Else udtaler eksempelvis: *“[...] der er jo en kæmpe social slagside. De veluddannede de kommer jo, de finder ud af det, de flexer, eller de gør et eller andet, så de kan komme”* (I6, s. 3, l. 8-10). Som citatet viser, formodes kvinder med høj socioøkonomisk position at prioritere deres helbred og finder derfor også ud af at tage fri fra arbejde for at komme til lægen. Både Per og Fie oplever også, at det er ressourcestærke kvinder, som har styr på tingene, der kommer i almen praksis (I4; I7).

Flere af de praktiserende læger foreslår, at personlig kontakt til de mere ressourcetsvage kvinder kan være en løsning (I4; I5; I7), eksempelvis udtaler Fie: *“Hvis man gerne vil have dem ind, så skulle man nok i en eller anden grad ringe dem op”* (I7, s. 3, l. 8-9). Fie påpeger yderligere, at dette ville være en mulighed for at finde ud af, om det er fordi, de har taget et aktivt valg om ikke at deltage i livmoderhalskræftscreening, eller om det er fordi, de ikke har fået taget sig sammen til at få det gjort (I7). Desuden nævner hun, at nogle af kvinderne, især de unge, kan være bange for, om undersøgelsen gør ondt, fordi der ikke står noget om dette i invitationsbrevet, så den personlige kontakt kan også bruges til at afhjælpe nogle af disse bekymringer (I7). Ifølge Fie kan personlig kontakt eksempelvis ved et telefonopkald bidrage til at nå den gruppe af kvinder, der ellers er svære at nå (I7). Hun udtaler, at dette skyldes: *“[...] det her med at kunne overholde en aftale og lige komme til tiden og huske, at jeg har det og alle de her ting”* (I7, s. 3, l. 21-23). Bente tror også, at den personlige kontakt kan gøre en forskel frem for eksempelvis oplysningskampagner: *“[...] fordi jeg tror alt det der oplysning om ting, der er farlige, måske ikke bider så meget fast, så tror jeg netop også, at en personlig kontakt ‘hey du skal have lavet din celleprøve nu, skal vi ikke finde en tid?’ , så siger de jo som regel ja”* (I5, s. 4, l. 7-10). Per tror ligeledes ikke, at det er oplysningskampagner, der skal til:

“[...] de forstår ikke pointen, fordi dem, der kommer med informationen, det er mennesker, de ikke føler sig på bølgelængde med, det er de kloge hoveder, og ‘de skal ikke komme her og formane mig om noget som helst’, så vi skal have det sneget ind i kulturen på en anden måde end de der løftede pegefingre” (I4, s. 7, l. 12-16).

Som citatet også viser, så skal de ressourcetsvage kvinder se mening i at blive screenet for livmoderhalskræft, og det skal være en naturlig del af deres kultur, såvel som det er for de mere ressourcestærke (I4). Per udtaler desuden: *“Jeg kan godt lide de her mennesker, der er lidt krøllede, hvor mange af mine kollegaer, de slår sig lidt mere på dem, fordi hvorfor gør de ikke, som jeg siger, og det er pisse frustrerende”* (I4, s. 5, l. 2-4). Som citatet også viser, påpeger Per, at nogle praktiserende læger kan være udfordret på at kommunikere med borgere med lav socioøkonomisk position, der kan have svært ved at forstå et fagprofessionelt sprog (I4).

5.2.6 Andre løsninger til øget deltagelse i livmoderhalskræftscreening

De praktiserende læger er, jf. afsnit 5.2.1, generelt ikke tilhængere af at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening i almen praksis. De kommer i interviewene i stedet med en række andre forslag til at øge tilslutningen til screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Asta og Helle giver eksempelvis udtryk for, at selvtest vil kunne gøre en forskel, da de har en opfattelse af, at der er stor tilslutning til selvtest for klamydia (I1) og tarmkræftscreening på trods af, at det, som med livmoderhalskræftscreening, kan være en grænseoverskridende undersøgelse (I2). Ole tror mere på, at oplysningskampagner vil være bedre til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, da det, ifølge ham, når ud til et bredere publikum med færre midler (I8).

5.2.6.1 Udvidede åbningstider på skift mellem praktiserende læger

Sundhedsstyrelsen foreslår i deres anbefalinger for livmoderhalskræftscreening, at praktiserende læger i et område kan skiftes til at holde længe åbent. Til dette udtrykker Mia, at det dels ikke hænger sammen med arbejdsgangene i almen praksis og heller ikke vil imødekomme, at nogle kvinder, jf. afsnit 5.2.7, ønsker at blive undersøgt ved egen læge. Dels er der også et ønske om, at man som praktiserende læge, selv bestemmer over, hvordan man styrer sin lægepraksis og samarbejder med andre praktiserende læger (I3). Asta giver ligeledes udtryk for, at andre ikke skal bestemme, hvad praktiserende læger skal håndtere, uden de spørges til råds (I2). Dette understreger, at de praktiserende læger bør inddrages i beslutninger om organisatoriske ændringer i almen praksis, så der ikke bare dikteres, hvad de skal gøre. Else er åben over for at afprøve udvidede åbningstider på skift mellem de praktiserende læger på projektbasis. Dog ser hun også nogle problematikker ved denne løsning, da praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende. Dette betyder, at der i en vagtring skal være enighed om at gøre det, samt at nogen tager styringen, eller at der forhandles en aftale gennem PLO (I6). Per påpeger yderligere en udfordring ved denne løsning, da den praktiserende læge, der undersøger en patient, er forpligtet til at skrive et journaloptag:

“Jamen udfordringen er jo, at en patient et sted har en praktiserende læge, hvis den her ene patient så skulle gå til en anden praktiserende læge for at få den undersøgelse, jamen så vil den information, der

så kommer til den praktiserende læge, den bliver jo i den praksis, som patienten ikke er tilknyttet, så vi får noget journaliseringsmæssigt der” (I4, s. 6, l. 8-13).

Hvis udvidet åbningstider skulle gå på skift blandt almen praksis i et område, påpeger Asta yderligere vigtigheden af at klarlægge, hvilken lægepraksis, der modtager testresultatet og er ansvarlig for at følge op på det (I2). Ydermere fremhæver Else, at der kan være en problematik i forhold til, hvem der foretager screeningen. Hun udtaler: *“Der er en del patienter, der åbenbart har en hurdle med, hvis det er en mand, der skal lave det”* (I6, s. 4, l. 6-7). Det kan derfor, ifølge Else, være et problem, hvis det i nogle lægepraksis kun er muligt at få foretaget livmoderhalskræftscreening af en mandlig læge, fordi kvinderne måske kun dukker op, når det er en kvindelig læge, der har åbent (I6). Andre læger understøtter oplevelsen af, at kvinder primært vælger kvindelige læger til at foretage livmoderhalskræftscreening, hvis de har mulighed for det (I1; I2). Dermed kan der være en ulige tilslutning, hvor der vil komme flest, når det er en af de kvindelige læger, der har længe åbent, hvilket vil give økonomiske udfordringer, ifølge Else (I6). Dette understøttes også af Helle (I1). Ifølge Ole risikerer man desuden ved en rotationsordning, at det eksempelvis bliver besværligt for kvinderne at finde ud af, hvem der har åbent, hvilket kan betyde, at tilslutningen til livmoderhalskræftscreening ikke øges (I8).

5.2.6.2 Åben klinik på sygehuset

Region Nordjylland havde en prøveperiode med Åben Klinik på Aalborg og Hjørring sygehus, hvor kvinder kunne få foretaget livmoderhalskræftscreening uden tidsbestilling uden for normal arbejdstid. Flere af de praktiserende læger kan se enkelte fordele ved at lade åben klinik foregå på sygehuset (I1; I4; I7). Gevinsten ved at livmoderhalskræftscreening foregår på sygehuset er, som Per udtaler: *“[...] så frikøber vi noget kapacitet til at tage sig af det, som praksis er bedst til nemlig at kende forskellen på syge og ikke-syge”* (I4, s. 6, l. 27-28). Helle deler denne tanke om, at det vil frigøre nogle ressourcer i almen praksis (I1). Ifølge Ole kan en af ulemperne være, at almen praksis mister en indtægt, og at det overordnet ikke giver mening at samle al livmoderhalskræftscreening i sygehusregi, men at det skal forblive i almen praksis (I8). Derudover tænker både Bente og Else, at der geografisk kan opstå udfordringer, da mange har langt til det nærmeste sygehus (I5; I6). Flere af de praktiserende læger foreslår derfor en middelvej mellem almen praksis og sygehuset, nemlig lokale sundhedshuse eller

deciderede klinikker til livmoderhalskræftscreening (I1; I3; I7). Dette vil, ifølge Fie, dog kræve en vis form for befolkningstæthed (I7) og vil derfor ikke kunne lade sig gøre i hele landet, men muligvis kun i større byer. Klinikkerne kunne, ifølge Else, også fungere som supplement til screeningstilbuddet i almen praksis (I6). Ideen om deciderede klinikker til livmoderhalskræftscreening deler Ole ikke, da han er af den opfattelse, at når det kommer til stykket, vil kvinderne hellere op til deres egen læge (I8).

5.2.6.3 Telefoniske påmindelser

Påmindelser i en anden form end skriftlige påmindelser i e-boks foreslås af Bente og Fie (I5, I7). Bente er af den opfattelse, at mange opfatter e-boks som besværligt og ikke tjekker den, hvorfor hun foreslår en reminder på SMS, der i højere grad er lettere at tilgå, og derfor muligvis kan have en positiv effekt på deltagelsen (I5). Fie tror på, at telefonisk kontakt vil have en effekt og udtaler: *“[...] at rykke flere gange på skrift tror jeg simpelthen ikke på, jeg tror, det er den telefoniske kontakt, der skal til, fordi der kan du også lige få sagt de ting, altså de barrierer, der i øvrigt kunne være, eksempelvis gør det ondt?”* (I7, s. 3, l. 28-30). Dette indikerer, at der med få midler muligvis kan overkommes nogle af de barrierer, der, ifølge Bente og Fie, kan være for kvinder, der, jf. afsnit 5.2.5, er svære at nå (I5; I7). Flere af de praktiserende læger foreslår, at lægen får et større overblik over de kvinder, der i deres lægepraksis ikke deltager i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (I3; I5; I8) på samme måde, som de allerede får påmindelser omkring positive testresultater, som ikke er blevet fulgt op på (I8). Bente udtaler eksempelvis:

“Hvis vi læger fik tilsendt en statistik en gang om året omkring, hvilke af vores patienter, der manglede den her smear, hvis jeg fik sådan noget ind i min e-boks til erhverv eller med almindeligt brev, så kunne jeg sidde og sende en mail ud til dem fra mit system eller ringe rundt til dem. Det tænker jeg, at hvis jeg ringede, så var det nok meget få, der ikke ville sige ja tak til en tid” (I5, s. 3, l. 24-28).

Ifølge Bente vil dette således give de praktiserende læger bedre mulighed for at lave opsøgende arbejde og kontakte de kvinder, der aldrig eller ikke regelmæssigt har deltaget i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (I5). Personlig kontakt fra lægen vil, ifølge flere af de praktiserende læger, kunne øge tilslutningen til livmoderhalskræftscreening (I3; I5; I7). Bente udtaler desuden, at det vil motivere hende

til at kontakte de kvinder, der ikke deltager, under forudsætning af, at hun kender til hvor mange og hvem, det drejer sig om (I5). I tråd med dette foreslås der i interviewene også oplysningskampagner om livmoderhalskræftscreening til de praktiserende læger (I3; I6). Det handler, ifølge Mia og Else, om med jævne mellemrum at sætte fokus på livmoderhalskræftscreening i almen praksis (I3; I6). Else udtaler: *“[...] men det er jo også med praktiserende læger, som det er med alle andre, hvis ikke man bliver nudget indimellem, så mister man fokus, hvis ikke man er specielt interesseret i området”* (I6, s. 7, l. 12-14). Citatet viser, at hvis lægerne skal have mere fokus på livmoderhalskræftscreening, er det nødvendigt at minde dem om det. Derudover mener Mia også, at det er vigtigt, at lægerne gør det trygt at få foretaget livmoderhalskræftscreening og afmystificerer, hvad et celleskrab er (I3). Af ovenstående fremgår det, at der er mange forskellige forslag til, hvordan deltagelsen i livmoderhalskræft øges, og at der er mange løsninger, der med fordel kunne undersøges nærmere. I relation til dette udtaler Mia: *“Så det tror jeg altså ikke, man kan lave en ensrettet strategi på. Så jeg tror, det er godt, at der er nogle forskellige tilbud”* (I3, s. 7, l. 34-36). Dette viser også, at løsningen nok ikke skal findes i et enkelt tiltag, men at der skal flere tiltag til for at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening.

5.2.7 Den praktiserende læges rolle

Alle de praktiserende læger deler en opfattelse af, at de fleste kvinder helst vil have foretaget livmoderhalskræftscreening af en, de kender, da dette skaber tryghed (I1-I8). Enkelte har dog samtidig en opfattelse af, at nogle kvinder vil se en fordel i, at de ikke kender vedkommende, der foretager testen (I1; I3). Der er uenighed blandt de praktiserende læger om, det er nødvendigt, at det er lægen, der foretager undersøgelse, eller om den kan foretages af andet personale. I et par af de praktiserende lægers klinikker er det primært sygeplejersker, der foretager livmoderhalskræftscreening, men med mulighed for supervision af lægen (I2; I7) med begrundelse i, at det er en prøve, der udføres på sunde og raske kvinder (I7). Denne holdning er Helle til dels enig i og udtaler: *“Det kræver ikke den der kendskab til patienten at lave en cervixcytologi, altså det kan alle og enhver gøre. Man kan sige, når man laver sådan en screeningsundersøgelse, kommer der tit noget andet på bordet også under konsultationen”* (I1, s. 6, l. 27-30). Dette viser, at sygeplejersker rent praktisk godt kan foretage livmoderhalskræftscreening, men at der kan gå noget tabt i forhold til, at kvinderne kan åbne op for andre problemstillinger under undersøgelsen. Det kan derfor, ifølge de praktiserende læger, være en fordel, at det er lægen, der foretager

undersøgelsen (I1-I8). Flere af de praktiserende læger mener endvidere, at der fagligt er et problem i at uddelegere livmoderhalskræftscreening til sygeplejersker, da de kun er uddannet til at foretage undersøgelsen, men ikke til at reagere på andre gynækologiske problemer på samme måde, som lægen er (I1; I3; I6). Dette kan, jf. afsnit 5.2.3.1, betyde, at det ikke er tidsbesparende, at sygeplejersken udfører arbejdet, da kvinder i nogle tilfælde alligevel skal forbi lægen med udfordringer, der kunne være taget hånd om med det samme (I3; I6). I sidste ende kan det, at sygeplejersken foretager screeningen, ifølge Helle, resultere i flere kræfttilfælde (I1), samt at lægen mister noget kontakt med patienterne. Else udtaler: *“Ja, men det er jo en større snak om, hvad man skal udlicitere, fordi hver gang man afgiver noget til sygeplejersken, som hun sagtens kan, så mister man et stykke relation”* (I6, s. 5, l. 28-29). Dette viser, at det på den lange bane, ifølge nogle af de praktiserende læger, ikke kan betale sig, at det er sygeplejersken, der foretager livmoderhalskræftscreening, da der rent fagligt og relationsmæssigt går noget tabt. Ydermere argumenterer Asta og Ole for, at det er en fordel, at livmoderhalskræftscreening foretages af lægen, da en del kvinder, der får foretaget screeningen, ellers ikke kommer i almen praksis, og dette derfor er en fin lejlighed til at kunne følge op på dem (I2; I8). Flere af de praktiserende læger er enige i, at det giver noget ekstra at komme ind til lægen både set i forhold til, hvis det varetages af en sygeplejerske eller på sygehuset (I3-I6; I8), da de som praktiserende læger, som Mia udtaler: *“[...] kender sygdomshistorien for vedkommende”* (I3, s. 8, l. 8). Per er af samme opfattelse, at i og med praktiserende læger typisk lærer patienterne at kende gennem et helt liv, har de et bredere syn på dem som mennesker (I4). Dette betyder, at lægerne har et mere indgående kendskab til patienten og på den baggrund har mulighed for at fange flere ting. Else understøtter dette: *“Når jeg så har folk der kommer til celleskrab, og de er på vej op på briksen, så spørger jeg jo til, hvordan det går med underlivet, så finder vi jo et eller andet, som de bare ikke har syntes, de ville komme og besvære os med. Det tænker jeg, at jeg ville gå glip af”* (I6, s. 5, l. 12-17). Dette deles også af Ole, der oplever, at kvinder samtidig kan have andre gynækologiske problemer eller spørgsmål af psykisk karakter (I8). Screening for livmoderhalskræft bør således, ifølge flere af de praktiserende læger, fortsat være i almen praksis, men der er uenighed om, hvorvidt det blot er en profylaktisk undersøgelse, og derfor kan foretages af ikke-lægefagligt personale, eller om det bør være den praktiserende læge, der foretager undersøgelsen.

6.0 Diskussion af metode

6.1 Videnskabsteoretisk position

I dette speciale er kritisk realisme anvendt som videnskabsteoretisk position for, jf. afsnit 4.1, at opnå viden om, hvad der skal til for at skabe forandring i almen praksis i form af udvidede åbningstider. Ved at anvende kritisk realisme som videnskabsteoretisk position har det bidraget til at afdække de kontekstuelle betingelser, der har betydning for implementeringen af udvidede åbningstider i almen praksis. Konteksten har i specialet stor betydning, da praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende og dermed kan være organiseret forskelligt. Eksempelvis kan de praktiserende læger i en kompagniskabspraksis skiftes til at være længere tid på arbejde, hvorimod en praktiserende læge i en solopraksis ikke har denne mulighed. Derudover har kritisk realisme bidraget til at identificere de underliggende mekanismer, der har betydning for, om udvidede åbningstider kan implementeres i almen praksis. Eksempelvis giver lægerne, jf. afsnit 5.2.4, i interviewene udtryk for, at tiltaget skal kunne svare sig økonomisk for dem, men samtidig giver de også udtryk for, at fritid med deres familie vægtes højt. Det fremgår derfor ikke tydeligt, om en økonomisk gevinst reelt er det, der skal til for, at lægerne vil ændre holdning til at udvide åbningstiderne. Der kan på den måde være forskellige underliggende mekanismer og kontekstuelle betingelser, der har betydning for, om tiltaget vil kunne implementeres i almen praksis, hvilket der er taget højde for i specialet ved at tage udgangspunkt i kritisk realisme som videnskabsteoretisk position. Dette har dermed haft betydning for de resultater, der er fremkommet i forhold til, hvis konteksten ikke tillægges betydning. Kritisk realisme som videnskabsteoretisk position har desuden haft betydning for dataindsamlingen og -analysen i specialet, som har været styret af specialegruppens teoretiske forforståelse og eksisterende erfaringer i kraft af, at dette, ifølge Bhaskar (2008), ligger til grund for at opnå ny viden (Bhaskar, 2008). Samtidig har specialegruppen været åbne overfor nye temaer i henholdsvis interviewene og kodningen af datamaterialet.

Kritisk realisme kritiseres af Hammersley (2009) for at drage normgivende konklusioner direkte fra forskningsresultater og anvende disse til vurderinger og som retningsgivende for forandring. Dette er ikke muligt for videnskaben eller videnskabsteorien, da forskningsresultater dermed vurderes ud fra værdisætninger om, hvad der er godt eller dårligt ved de situationer, der søges beskrevet og forklaret,

eller hvad der skal gøres ved dem. Dette i betragtning af, at der altid kan være uenighed om hvilke værdiprincipper, der er væsentlige. Desuden kritiseres forsøget på både at producere viden og at skabe forandring, eller for den sags skyld at bevare status quo, for at øge risikoen for at data indsamles, fortolkes eller præsenteres på en måde, der favoriserer fejlagtige resultater i overensstemmelse med forskerens forudantagelser, politiske eller praktiske forpligtelser. Dette kan medføre, at der fokuseres på en bestemt, men ikke korrekt konklusion, hvormed overvejelser om andre mulige konklusioner udelukkes (Hammersley, 2009). Modsat argumenteres der i kritisk realisme for, at det er muligt at udlede vurderinger af handlinger og institutioner sammen med forskrifter for forandring (Hammersley, 2009), hvorfor der i dette speciale søges at vurdere, om udvidede åbningstider kan implementeres i almen praksis med henblik på at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Dette ved at afdække de kontekstuelle betingelser og underliggende mekanismer og tage disse i betragtning i forhold til at vurdere, om tiltaget vil virke eller ej. Dog anerkendes det samtidig, at der på baggrund af specialets resultater ikke kan drages endegyldige konklusioner på, om tiltaget er godt eller dårligt, da det er en værdimæssig vurdering.

6.2 Leavitts systemmodel

Leavitts systemmodel er, jf. afsnit 4.2.2, anvendt som planlægningsværktøj til at undersøge betingelserne for at ændre åbningstiderne i almen praksis. Modellen vurderes egnet, da det er en *åben systemmodel*. Det vil sige, at organisationen anses som værende afhængig af omverdenen og for at overleve må den indrette sig efter de betingelser og ændringer, der sker i omverdenen (Bager, Staunstrup and Agerholm, 2014). Dette kan relateres til almen praksis, som må tilpasse sig omverdenens betingelser, da almen praksis, jf. afsnit 4.2.1, er forpligtet til at følge de rammer og vilkår, der er fastsat i overenskomsten om almen praksis (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Leavitts model har endvidere været fordelagtig, da den på en overskuelig måde afgrænser de forskellige muligheder for at foretage organisationsændringer, samt viser de dynamiske påvirkninger mellem forskellige komponenter i en organisation, der skal tages i betragtning (Bakka and Fivelsdal, 2019). Ændringer i åbningstiderne i almen praksis er dermed blevet set i et systemorienteret og dynamisk perspektiv, hvor de forskellige komponenter i organisationen er gensidigt afhængige, jf. afsnit 4.2.2, og en ændring i den ene komponent vil derfor påvirke de andre (Leavitt, 1965). I praksis er det dog ikke muligt præcist at styre, hvorledes en ændring påvirker de øvrige komponenter, fordi de ikke hænger

mekanisk sammen. Resultatet af forandringsprocessen vil derfor ikke nødvendigvis kunne forudsiges, fordi organisationsændringer ofte er komplicerede processer, der medfører en sammenblanding af følelser og holdninger fra de implicerede personer, samt økonomiske, politiske og tekniske forhold (Bakka and Fivelsdal, 2019). Det er derfor heller ikke muligt præcist at forudsige resultatet af at udvide åbningstiderne i almen praksis. Dog har Leavitts model bidraget til at skabe struktur og sikre, at væsentlige komponenter af almen praksis, samt dynamikken mellem komponenterne er blevet analyseret, hvilket har givet et nuanceret billede i forhold til at forstå og forandre almen praksis. På trods af at modellen er relativ enkel og overskuelig (Bakka and Fivelsdal, 2019), kan den være udfordrende at omsætte i praksis, da komponenterne skal operationaliseres (Kristensen and Sigmund, 2007). På den anden side har dette gjort det muligt at tilpasse modellen til almen praksis som organisation. Modellens komponenter kan være svære at adskille, og hvor hvilke elementer hører til, afhænger af den konkrete organisation og problemstilling. Modellen kritiseres desuden for at overse organisationskultur eller ikke i tilstrækkelig grad at medtage en organisations uformelle struktur (Kristensen and Sigmund, 2007). Dermed kan der i specialet være overset elementer i relation til kulturen i almen praksis som samlet organisatorisk enhed og kulturen i de forskellige lægepraksis, der har sine særegne træk. Dette er dog imødekommet dels ved at inkludere forskningslitteratur omhandlende organisationskultur og dels via udtalelser i interviewene med de praktiserende læger.

6.3 Interessentanalyse

I dette speciale er der, jf. afsnit 4.3, foretaget en interessentanalyse med det formål at få overblik over interessenter med en eller anden form for interesse for udvidede åbningstider. Det har, jf. afsnit 4.4, ikke været muligt at få interviews med andre interessenter end de praktiserende læger og Kræftens Bekæmpelse. Der er derfor risiko for, at der ikke i tilstrækkelig grad er opnået viden om alle interessenternes holdninger til og reaktioner på udvidede åbningstider til livmoderhalskræftscreening i almen praksis. Det har i stedet været nødvendigt at indhente oplysninger om interessenterne gennem hjemmesider, rapporter og officielle dokumenter. Dette kan have haft betydning for deres placering i specialets position map. Dermed kan det have svækket grundlaget for at tilrettelægge interessenternes inddragelse i tiltaget og deres indflydelse på dets implementering, som ellers kan opnås ved udførelse af interessentanalyse (Mikkelsen and Riis, 2011). Kvinders perspektiver på udvidede åbningstider er belyst

ud fra forskningslitteratur i specialets problemanalyse. Det kunne dog have været relevant at foretage interviews med kvinder med lav socioøkonomisk position, der ikke deltager i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, for at afdække, hvorfor de ikke deltager, og hvad der skal til for, at de vil deltage. Eksempelvis om de foretrækker, at der er mulighed for at blive screenet for livmoderhalskræft hos almen praksis om morgenen eller om aftenen. Dog er fokus i dette speciale på de praktiserende lægers holdning til udvidede åbningstider og muligheden for at foretage denne ændring i almen praksis, hvorfor de blev interviewet. Derudover er der ikke udført interviews med andet personale ansat i almen praksis, hvorfor det ikke vides, om de har andre holdninger til at udvide åbningstider end praktiserende læger. De vil i mere eller mindre grad også berøres af tiltaget, alt efter om de vil indgå i vagtordningen i de udvidede åbningstider. Det vil derfor være relevant at få viden om deres holdning til tiltaget for at undersøge, hvilken betydning det kunne have i forhold til implementering af udvidede åbningstider. Ydermere kan det ikke vides, om alle relevante interessenter er blevet identificeret, dog er trinene i en interessentanalyse, som beskrevet af Buse, Mays & Walt (2005) (Buse, Mays and Walt, 2005), samt Mikkelsen & Riis' (2011) spørgsmål til identifikation af interessenter, jf. afsnit 4.3.1, blevet fulgt. Sidstnævnte fungerer som en tjekliste til at afdække de mest relevante interessenter. Interessentanalysen bruges til at fastslå interessenternes mulige reaktioner over for tiltaget og dets virkning, men i praksis kan det være svært at forudsige deres interesse, position og engagement (Mikkelsen and Riis, 2011). Det kan eksempelvis være vanskeligt at placere RLTN i specialets position map, da nævnet, jf. afsnit 4.3.1, består af medlemmer fra flere forskellige organisationer (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, 2020), og som derfor hver især kan formodes at have forskellige politiske agendaer.

6.4 Kvalitative interviews

6.4.1 Telefoninterviews

I specialet blev der, jf. afsnit 4.4.2, udført telefoninterviews med praktiserende læger. Telefoninterviews har dels været fordelagtigt i forhold til at gøre det muligt at foretage interviews uden at skulle risikere smittespredning af coronavirus, og dels i forhold til at nå ud til praktiserende læger, som kan have travle arbejdsdage og svært ved at tage tid fra deres konsultationer. Telefoninterviews har netop den fordel, at det kan bruges til at nå ud til informanter, der kan være vanskelige at opnå et ansigt-til-ansigt interview

med, samt give adgang til steder, hvor der er risiko for sygdom ved at besøge stedet fysisk. Desuden er det også en mere tidsbesparende interviewform end ansigt-til-ansigt interview (Opdenakker, 2006), hvilket kan have betydet, at der i højere grad kunne rekrutteres informanter, fordi det er mindre tidskrævende for dem at deltage i et telefoninterview. Endvidere har en fordel været, at praktiserende læger fra flere forskellige regioner er blevet interviewet, da telefoninterviews, ifølge Opdenakker (2006), giver udvidet geografisk adgang til informanterne sammenlignet med ansigt-til-ansigt interviews (Opdenakker, 2006). Dette har været en fordel, fordi det har givet mulighed for at få flest mulige informanter, og dermed også perspektiver fra praktiserende læger i flere forskellige regioner og typer af lægepraksis. Konstellationen af lægepraksis kan formodes at have betydning for praktiserende lægers holdninger til og de praktiske muligheder for at udvide åbningstider, alt efter om det er et kompagniskab med flere læger og andet personale ansat, eller om det er en solopraksis med færre patienter tilknyttet. Derudover har det også været en fordel, fordi der i dette speciale, jf. afsnit 3.0, ikke blot undersøges, hvordan udvidede åbningstider kan implementeres i en bestemt region. Telefoninterviews giver således generelt øget tilgængelighed til deltagere sammenlignet med ansigt-til-ansigt interviews. En ulempe ved, at der er anvendt telefoninterviews, er, at det har udelukket adgangen til nonverbale sociale signaler, såsom ansigtsmimik, kropssprog og gestikulationen, i kraft af, at interviewerens ikke kan se informanten. Dermed har nonverbal kommunikation ikke kunne bruges som kilde til ekstra information (Opdenakker, 2006). Det har derfor blandt andet været vanskeligt for interviewerens at vurdere, om informanten har været stille, fordi vedkommende reflekterede over spørgsmålet, eller fordi vedkommende ikke havde mere at tilføje. Dog har verbale sociale signaler såsom stemmeleje og tonefald stadig været tilgængeligt (Opdenakker, 2006). Et alternativ til telefoninterview kunne eksempelvis være videointerviews over Skype, da det ville have givet adgang til en del af den nonverbale kommunikation, som er mistet ved telefoninterviews. Det blev dog fravalgt, da det blev vurderet, at der var risiko for tekniske problemer, eksempelvis at informanterne ikke kunne få det til at virke, og det derfor kunne blive for omstændigt for dem. En anden ulempe ved telefoninterviews har været, at interviewerens ikke har mulighed for at skabe en god interviewatmosfære (Opdenakker, 2006), hvilket i specialet har betydet, at nogle informanter eksempelvis blev forstyrret af deres børn eller vagttelefoner, der ringede, undervejs i interviewet, hvilket gjorde, at de tabte tråden. Som med ansigt-til-ansigt medfører telefoninterviews, at interviewerens og informanten kan reagere direkte på, hvad den anden siger, fordi der ikke er nogen forskydning i tid. Dette har endvidere haft den fordel, at informanterne har været mere spontane i deres svar og ikke overvejet

det for længe (Opdenakker, 2006). Dette kan have højnet gyldigheden af specialet, da der dermed i højere grad fås informantens umiddelbare svar. Modsat har det også haft den konsekvens, at intervieweren har måtte koncentrere sig mere om spørgsmålene, der skal stilles og svarene, der gives, end hvis der havde været en tidsforskydning i kommunikationen (Opdenakker, 2006).

6.4.2 Rekruttering af informanter

Rekrutteringen af informanter foregik, jf. afsnit 4.4, gennem et opslag på Facebook samt via e-mails. Rekrutteringen gennem Facebook kan have betydet, at det især er praktiserende læger med en stærk holdning til det foreslåede tiltag om udvidede åbningstider i almen praksis, der har ønsket at deltage for at give deres holdning til kende. Ingen af de otte praktiserende læger, der deltog i interviewene, mente, at tiltaget bør implementeres i praksis, og Mia udtaler eksempelvis: *“Det vil lægerne ikke, fordi der er nogle problemer med det (red. udvidede åbningstider), og vi anerkender ikke jeres præmis”* (I3, s. 1, l. 1-2). Hun tror desuden, at de praktiserende læger har ønsket at deltage i interviewene, fordi de dels synes livmoderhalskræftscreening er vigtigt, og dels fordi de ikke tror på, at udvidede åbningstider er den rigtige løsning til at øge tilslutningen til screeningsprogrammet (I3). Hvis dette er tilfældet, er der risiko for, at de holdninger, der gives udtryk for i interviewene i dette speciale, ikke er repræsentative for praktiserende læger generelt, da det dermed kun er de praktiserende læger, der er imod tiltaget, der har deltaget. Dog understøttes informanternes negative holdning til udvidede åbningstider af, at det er den generelle holdning blandt de praktiserende læger og PLO, jf. afsnit 4.3.3, hvorfor de praktiserende lægers udtalelser i dette speciale formodes at være repræsentative.

6.4.3 Analysestrategi

Som det fremgår af afsnit 4.4.4, er der i dette speciale anvendt Braun & Clarkes (2006) tematiske analysestrategi. Som følge af den teoretiske frihed er det en fleksibel tilgang, der kan bruges på tværs af forskellige epistemologier og forskningsspørgsmål og kan modificeres til behovene i mange studier. Denne fleksibilitet kan dog føre til inkonsistens og mangel på sammenhæng, når der udvikles temaer fra datasættet. En god tematisk analyse vil derfor anvende og tydeliggøre en videnskabsteoretisk position, fordi denne indeholder en række antagelser om karakteren af data, som har betydning for præsentationen

af verdenen og virkeligheden (Braun and Clarke, 2006). For at fremme konsistens og sammenhæng er de epistemologiske og andre antagelser i relation til analysen gjort eksplicitte, og der er tydeliggjort, hvad der gøres og hvorfor. Dette er med til at styrke pålideligheden af specialet, som, ifølge Nowell et al. (2017), er et af kvalitetskriterierne i tematisk analyse, da arbejdsgangene kan spores tilbage, og der er tydelig dokumentation (Nowell *et al.*, 2017). Tillige styrker det overførbareheden, at der er foretaget detaljerede beskrivelser, da det, ifølge Nowell et al. (2017), hjælper andre forskere til at vurdere overførbareheden af fundene til deres eget felt (Nowell *et al.*, 2017). Derudover er der truffet valg i overensstemmelse med kritisk realisme, hvor der blandt andet er anvendt deduktiv fleksibel kodning, fordi eksisterende teori og viden, ifølge Bhaskar (2008), ligger til grund for at opnå ny viden (Bhaskar, 2008). Et tredje kvalitetskriterium i tematisk analyse er troværdighed, som handler om, at der er overensstemmelse mellem informanternes oplevelse og forskerens repræsentation af dem (Nowell *et al.*, 2017). Dette er styrket i specialet ved brug af citater, således andre kan forholde sig til, om fortolkningerne er i overensstemmelse med, hvad informanterne har udtalt i interviewene. Det er dog samtidig vigtigt at anerkende, at forskerens teoretiske position og værdier spiller en rolle i relation til kvalitativ forskning. Ved udførelse af dataanalyse bliver forskeren redskabet til analysen, der træffer beslutninger om kodning, tema, dekontekstualisering og rekontekstualisering af dataene (Braun and Clarke, 2006). Dette er imødekommet ved, at to gruppe-medlemmer kodede en del af datamaterialet uafhængigt for at sikre en ensartet kodning. Generelt var der bred enighed om kodningen, men ved uoverensstemmelse blev disse diskuteret, indtil der blev fundet en løsning. Derudover er det imødekommet ved, at det udførligt er beskrevet, hvordan temaer er identificeret under dataanalysen, eksempelvis ved hjælp af en tematisk kortlægning, jf. figur 5.

6.4.4 Etiske overvejelser

Der blev, jf. afsnit 4.4, blandt andet rekrutteret informanter til telefoninterviewene gennem et opslag på Facebook. De praktiserende læger kommenterede på og blev tagget i det offentlige opslag, hvilket resulterede i, at andre kunne se, at vedkommende ønskede at deltage i et interview. Hermed kunne der ikke sikres fuldstændig anonymitet af vedkommende. Dette blev imødekommet ved, at projektgruppen bekræftede vedkommendes deltagelse over en privat besked for ikke offentligt at vise hvilke praktiserende læger, der deltog i telefoninterviewene. Dog kunne dette helt være undgået ved mere

eksplicit at bede interesserede informanter om kun at tage kontakt over en privat besked frem for at kommentere på det offentlige opslag. På den anden side er det med til udbrede opslaget på Facebook, at praktiserende læger kommenterer på og tagges i kommentarfeltet. Desuden blev opslaget slettet efter rekruttering af deltagere, og i overensstemmelse med Datatilsynets forskrifter blev informanterne anonymiseret ved brug af pseudonymer. Derudover foregik deltagelse på et informeret grundlag, og der blev indhentet skriftligt og mundtligt samtykke inden interviewet. Interviewene blev, jf. afsnit 4.4.2, lyddoptaget ved hjælp af en app på interviewerens telefon. Gruppen havde forinden sikret sig via udbyderens hjemmeside, at udbyderen ikke havde adgang til lydfilerne i appen.

6.5 Litteraturstudie

6.5.1 Systematisk litteratursøgning

Som forarbejde til den systematiske søgning blev forskellige relevante databaser afsøgt for at undersøge deres indhold og dækningsgrad. Dette blev gjort, fordi databaser indeholder referencer inden for et afgrænset emneområde (Buus *et al.*, 2008). Databaser, der gav relevante referencer i forhold til problemstillingen, blev anvendt i den systematiske litteratursøgning, hvormed chancen for at finde alle relevante referencer øges. Dette har øget præcisionen af søgningen i og med, der er udvalgt relevante databaser. Endvidere blev der, jf. afsnit 4.5.1, forinden den endelige søgning undersøgt relevante søgetermer i de enkelte databaser for at få kendskab til de kontrollerede emneord, samt de mest almindeligt anvendte fritekstord i forskningslitteraturen. Dette har øget relevansen af søgningens resultat, da problemstillingen dermed oversættes til databasernes terminologi, som kan være forskellige fra database til database (Buus *et al.*, 2008). Søgningen er derfor blevet tilpasset hver enkelt database. Nogle af databaserne ligger under en *host database*, hvilket vil sige, at der kan søges i flere databaser samtidig. Dog er det valgt at søge i hver database enkeltvis, da dette har gjort det muligt at tilpasse søgning til den enkelte database. Der blev på baggrund af problemformuleringen identificeret fire blokke til søgningen. Det viste sig dog, at en kombination af disse blokke ikke gav nogen hits, hvorfor søgningen blev justeret. Blokken, der omhandlede det specifikke tiltag 'udvidede åbningstider', blev udelukket for at brede søgningen ud. Ligeledes blev der overordnet anvendt flest fritekstord, da søgningen med tre blokke fortsat var forholdsvis smal. Dog er brugen af fritekstord også med til at skabe støj i en søgning (Buus *et*

al., 2008), hvilket er imødekommet ved at anvende in- og eksklusionskriterier til at udvælge relevante artikler. Udvalgelsen af studier ud fra titel blev i de enkelte databaser kun foretaget af et af gruppemedlemmerne, hvorfor der kan have været forskellige opfattelser af in- og eksklusionskriterierne, som kan have bevirket, at udvalgelsen ikke var lige så stringent, som hvis udvalgelsen i de enkelte databaser var foretaget af flere gruppemedlemmer. Udvalgelsen ud fra abstract og fuldtekst blev dog foretaget af alle gruppens medlemmer for at sikre enighed i udvalgelsen af studier. Den systematiske litteratursøgning er detaljeret rapporteret, og der er, jf. bilag 10, vedlagt en dokumentation af søgeprocessen. Dette styrker gyldigheden af processen og gør den gennemsigtig. Desuden gør det læserne i stand til at vurdere grundigheden af søgningen samt holdbarheden af dens konklusion. Endvidere styrker det reproducerbarheden af søgningen, da det øger muligheden for, at andre kan gentage den (Lund *et al.*, 2014).

6.5.2 Kvalitetsvurdering

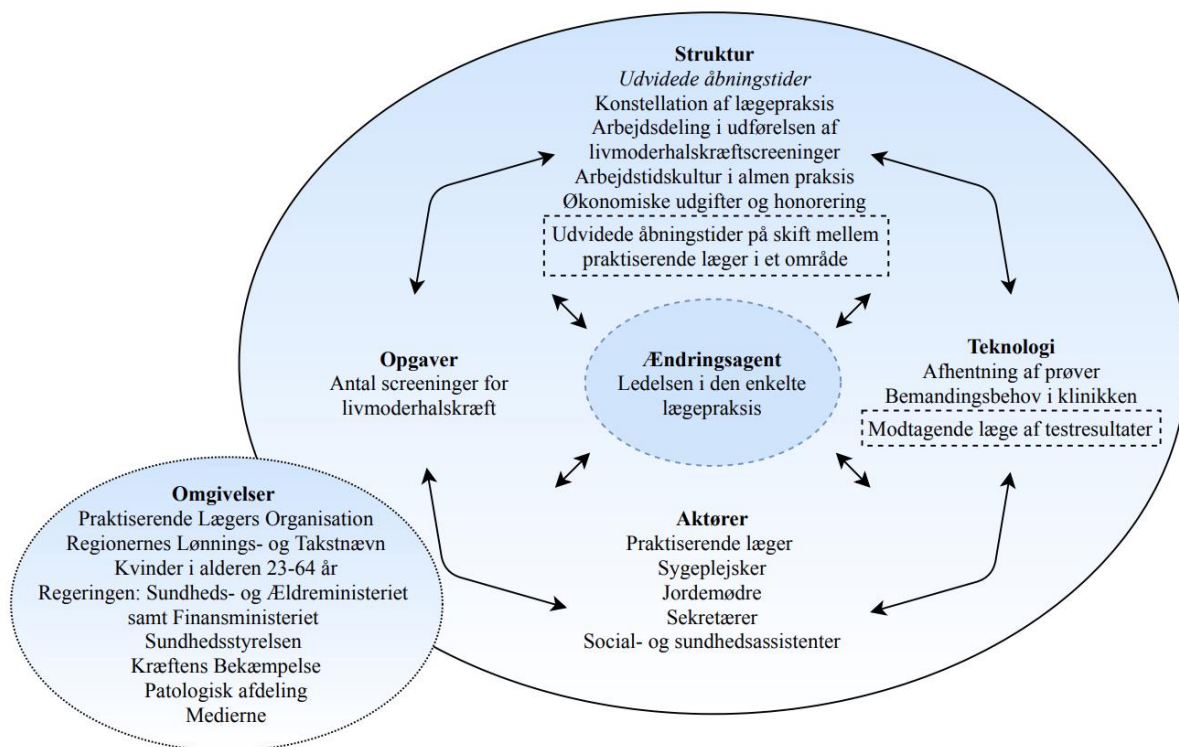
I dette speciale er der, jf. afsnit 4.5.2.4, anvendt tjeklister til at vurdere kvaliteten af de udvalgte studier, og herunder om de enkelte studier lever op til kvalitetskriterierne der, jf. afsnit 4.5.2.4, er for henholdsvis kvalitativ og kvantitativ forskning. Dette er med til at sikre, at der kan stoles på de resultater, studierne finder. Derudover sikrer det en systematisk fremgangsmåde til at vurdere forskningslitteraturen, som er gennemsigtig og kan efterprøves af andre (Lund *et al.*, 2014). De anvendte tjeklister er fra JBI, da de har udviklet tjeklister til kvalitetsvurdering af forskellige studiedesigns (Buccheri and Sharifi, 2017). Tjeklisterne er valgt ud fra studiedesignet, da det er vigtigt at vurdere det enkelte studies design ud fra dets egne præmisser (Lund *et al.*, 2014). Det er dog samtidig diskutabelt, om rigide tjeklister er uegnede til kvalitative studier, fordi nogle aspekter af kvalitativ forskning, især indsigt og fortolkning, er vanskelige at vurdere og i høj grad afhænger af en subjektiv bedømmelse (Dixon-Woods *et al.*, 2004). Vægtningen af forskellige elementer i kvalitetsvurderingen er ofte forskellige i tjeklisterne (Lund *et al.*, 2014) og det er ikke alle spørgsmål i tjeklisterne, der er af lige stor betydning (Rieper and Hansen, 2007). JBI's redskab til kvalitetsvurdering af kvalitative studier lægger eksempelvis vægt på, at videnskabsteoretiske position og forskningsmetodologi er anført, hvilket har medført, at det kvalitative studie ud fra tjeklisten vurderes som værende dårligere, end det egentlig metodologisk er, fordi metoden er utilstrækkeligt rapporteret set i forhold til tjeklistens kriterier for rapportering. Derfor har tjeklisterne

ikke styret den endelige vurdering for meget, da specialegruppen har forholdt sig kritisk til tjeklisterne, og der er gjort plads til faglige vurderinger som en del af den overordnede vurdering af studiet, hvilket er en metode, Rieper & Hansen (2007) anbefaler (Rieper and Hansen, 2007). Modsat er tjeklister til kvalitetsvurdering med til at sikre, at vurderingen foregår ud fra ensartede kriterier (Kristensen and Sigmund, 2007). Samtidig sikrer tjeklisterne, at der tages stilling til de væsentlige aspekter af et studie (Lund *et al.*, 2014), samt at metodologien er af rimelig standard (Kristensen and Sigmund, 2007). I kvalitetsvurderingen blev studierne vurderet af to gruppemedlemmer uafhængigt af hinanden og efterfølgende blev eventuelle uoverensstemmelser drøftet, da dette anbefales af Lund *et al.* (2014) for at opnå høj grad af enighed (Lund *et al.*, 2014).

7.0 Diskussion af resultater

I det følgende afsnit diskuteres resultaterne fra litteraturstudiet og interviewene med henblik på, hvordan udvidede åbningstider kan implementeres i almen praksis. Dette gøres med udgangspunkt i Leavitts systemmodel og illustreres i figur 6. Efterfølgende diskuteres en anden mulig løsning til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, som er fremkommet i interviewene med de praktiserende læger.

7.1 Implementering af udvidede åbningstider



Figur 6: Udvidede åbningstider i relation til Leavitts model. Elementerne under komponenterne struktur og teknologi, der er markeret med stiplede linjer, knytter sig til udvidede åbningstider på skift mellem praktiserende læger i et område.

7.1.1 Ændringsagent

I tilfælde af at det besluttet af RLTN og PLO i overenskomsten om almen praksis, at åbningstiderne i almen praksis skal udvides, vil det være op til ledelsen i den enkelte lægepraksis at implementere tiltaget. Ledelsen i den enkelte lægepraksis kan dermed betragtes som ændringsagenten, fordi det, ifølge Bakka & Fivesdal (2019), er den, der planlægger, hvordan ændringen skal udføres (Bakka and Fivesdal, 2019). For at forandringer kan finde sted, er det vigtigt, at ledelsen har en åben kommunikation og informerer personalet (Li *et al.*, 2018; Nilsen *et al.*, 2019), så de kan forberede sig på forandringen (Nilsen *et al.*, 2019). En succesfuld implementering kræver desuden, at ledelsen skaber høj arbejdsmoral, motiverer, samt giver og efterspørger feedback på ændringen (Li *et al.*, 2018). Der er dog risiko for, at ledelsen som ændringsagent i den enkelte lægepraksis ikke vil lykkes med at skabe eller opretholde en høj arbejdsmoral eller motivere personalet, hvis udvidede åbningstider skulle implementeres, eftersom det fremgår i resultaterne af interviewene, jf. afsnit 5.2.1, at de praktiserende læger er imod udvidede åbningstider. De praktiserende læger kan være forpligtet til at følge de vilkår, der fastsættes i overenskomsten om almen praksis, og dermed pålægges rollen som ændringsagenter, der skal påvirke og holde sammen på forandringsprocessen (Bakka and Fivesdal, 2019), selvom de egentlig er imod at udvide åbningstiderne. Dette kan formentlig hindre en succesfuld implementering. Det særlige ved almen praksis er, at hver lægepraksis, jf. afsnit 4.2.1, kan betragtes som selvstændige organisationer, men hvor indtægten, jf. afsnit 4.2.3, bestemmes ud fra overenskomsten og hovedsageligt finansieres af regionen (Vallgård, 2016). Dermed er der i almen praksis i de fleste tilfælde ikke penge mellem lægerne som selvstændige erhvervsdrivende og patienterne som kunder, hvorfor de praktiserende læger ikke på samme vis som andre selvstændige erhvervsdrivende behøver at indrette sig efter kvindernes krav til åbningstiderne. Samtidig giver de praktiserende læger i interviewene, jf. afsnit 5.2.4, udtryk for, at de kun ønsker at holde åbent, hvis kvinderne rent faktisk benytter sig af de sene undersøgelsestider. På den måde vil de praktiserende læger derfor til en vis grad imødekomme kvindernes og altså omgivelsernes efterspørgsel, om at sundhedsvæsenet skal være til rådighed, når kvinderne har tid. Dette er i tråd med markedsmekanismen, hvor samspillet mellem udbud og efterspørgsel er styrende for udviklingen på markedet (Pedersen, 2013). Det vil dog samtidig kræve, at regionen vil finansiere de ekstra omkostninger forbundet med, at de praktiserende læger kan holde længere åbent.

7.1.2 Struktur

Udvidede åbningstider vil omfatte en strukturel ændring i almen praksis, da organisationsstruktur, ifølge Leavitt (1965), betegnes som de forholdsvis stabile elementer i en organisation (Leavitt, 1965).

7.1.2.1 Størrelse og konstellation af lægepraksis

Den enkelte lægepraksis' konstellation vil være af stor betydning for, hvordan forandringen påvirker strukturen, eksempelvis om der er tale om en solopraksis eller en kompagniskabspraksis med to eller flere praktiserende læger. Det fremgår i resultaterne af interviewene, jf. afsnit 5.2.3.2, at udvidede åbningstider kan medføre overarbejde for læger i solopraksis, da almen praksis i henhold til deres overenskomst skal holde åbent i tidsrummet kl. 08.00-16.00 alle hverdage (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Dermed kan læger i solopraksis ikke bare holde fri på et andet tidspunkt, hvis der indføres udvidede åbningstider. Kompagniskaber eller større lægepraksis har derimod bedre mulighed for at justere på personalets arbejdstid, så de til gengæld kan få fri på et andet tidspunkt. Vigtigheden af at kunne få fri på et andet tidspunkt, fremkommer også i resultaterne af litteraturstudiet, jf. afsnit 5.1.2.6, hvor det i studiet af Willis et al. (2016) beskrives som en ikke-økonomisk belønning, der er med til at fremme deltagelsen i forandringsinitiativer (Willis *et al.*, 2016). I resultaterne af interviewene fremgår det, jf. afsnit 5.2.1, at flere læger i forvejen har en oplevelse af, at de arbejder rigeligt, og derfor ikke er interesseret i at arbejde flere timer, hvis de skal implementere udvidede åbningstider, uden at kunne få fri på et andet tidspunkt. Dette er i overensstemmelse med resultaterne af litteraturstudiet, som, jf. afsnit 5.1.2.6, viser, at personale, der i forvejen oplever en stor arbejdsbyrde eller underbemanding, er mindre tilbøjelige til at foretage ændringer (Hung and Chen, 2017; Li *et al.*, 2018; Nilsen *et al.*, 2019). Manglende mulighed for at få fri på andre tidspunkter betyder dermed, at det kan være vanskeligt at indføre udvidede åbningstider i almen praksis, især i solopraksis. Dette formodes til dels, at kunne imødekommes ved at lade udvidede åbningstider gå på skift mellem forskellige lægepraksis i et område, som foreslås i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for livmoderhalskræftscreening (Sundhedsstyrelsen, 2018). Dermed skal den enkelte lægepraksis ikke finde timer til at holde længe åbent hver uge. Dette vil desuden også imødekomme, at nogle kvinder, jf. afsnit 2.4.1, foretrækker, at det ikke er deres egen læge, der foretager undersøgelsen (Espersen and Holten, 2005), da de vil kunne vælge en anden læge i området, alt efter hvem der har åbent. Dog fremgår det

også af afsnit 5.2.6.1, at det er de praktiserende lægers indtryk, at størstedelen af kvinderne ønsker at få foretaget undersøgelsen hos egen læge, og ved at lade udvidede åbningstider gå på skift mellem lægerne i et område, vil det ikke i samme grad imødekomme disse kvinder. Kvinderne har dog stadig mulighed for at vente til, deres egen læge holder længe åbent, hvorfor deres ønske alligevel til dels imødekommes. I resultaterne af interviewene fremkommer der endvidere, jf. afsnit 5.2.6.1, en bekymring for, at kvindelige læger vil blive overbebyrdet, når de holder længe åbent, hvorimod mandlige læger risikerer ikke at få nogle kvinder ind til livmoderhalskræftscreening. Dette skyldes, at de praktiserende læger har erfaring med, at de fleste kvinder foretrækker at blive screenet af kvindelige læger, og derfor kan det formodes, at de primært vil benytte sig af udvidede åbningstider hos de kvindelige læger. Jf. afsnit 2.4.1 viser forskningslitteratur i tråd med dette, at nogle kvinder kun ønsker at blive screenet for livmoderhalskræft, hvis de kan undersøges af en kvindelig læge (Kvernød and Hansen, 2016; Plourde *et al.*, 2016; Chorley *et al.*, 2017).

7.1.2.2 Efterspørgsel på udvidede åbningstider

Der er ifølge de praktiserende læger ikke stor efterspørgsel på tider uden for normal åbningstid, jf. afsnit 5.2.2, og det er derfor tvivlsomt, om alle konsultationstider vil blive fyldt ud, hvis åbningstiderne i almen praksis blev udvidet. En dansk interviewundersøgelse viser dog modsat, at kvinder ønsker fleksible undersøgelsestidspunkter for livmoderhalskræft (Espersen and Holten, 2005), men som flere af de praktiserende læger i interviewene påpeger, jf. afsnit 5.2.2, vil de fleste kvinder formentlig synes, det er en god ide at udvide åbningstiderne, hvis de bliver spurgt. Lægerne tvivler derimod på, at kvinderne vil benytte sig af tilbuddet, når det kommer til stykket. I interviewene påpeger de praktiserende læger desuden, jf. afsnit 5.2.3.1, at en solopraksis vil have færre kvinder i aldersgruppen 23-64 år tilknyttet, og derfor færre kvinder at holde åbent for. Dette betyder, de kan risikere at holde åbent uden, at der kommer nogle kvinder for at blive screenet for livmoderhalskræft. De praktiserende læger tvivler, jf. afsnit 5.2.3.2, derfor på, om det ressourcemæssigt kan betale sig. Derudover har nogle af de praktiserende læger, jf. afsnit 5.2.2, erfaringer med, at de helt sene tider ofte er de tider, flest udebliver fra. Ifølge de praktiserende læger er der således ikke tilstrækkeligt grundlag for at implementere udvidede åbningstider i almen praksis alene med det formål at udføre livmoderhalskræftscreening. Det at lægerne udviser modstand, fordi de ikke tror på, der vil være efterspørgsel på udvidede tider til livmoderhalskræftscreening,

understøttes af resultaterne i studiet af Nilsen et al. (2019) der viser, at forandringer, der anses som spild af ressourcer og meningsløse, ikke bakkes op af sundhedsprofessionelle (Nilsen *et al.*, 2019). Derimod mener de praktiserende læger, jf. afsnit 5.2.3.2, at alle patienter bør få fordel af udvidede åbningstider, så tiderne ikke kun er forbeholdt livmoderhalskræftscreening. Dog er de, jf. afsnit 5.2.2, stadig af den overbevisning, at der generelt ikke er efterspørgsel på udvidede åbningstider i almen praksis. Oplevelsen fra lægernes side om, at der ikke er tilstrækkelig efterspørgsel på sene konsultationstider, vil ligeledes kunne imødekommes ved, at praktiserende læger holder længe åbent på skift, da det dermed kun er en læge, der skal holde åbent ad gangen. En mulig justering af udvidede åbningstider, der fremkommer i resultaterne fra interviewene, jf. afsnit 5.2.2, er, at almen praksis kan tilbyde tider til livmoderhalskræftscreening inden kl. 08.00, da flere af lægerne oplever, at kvinderne i højere grad efterspørger morgentider, så de kan få foretaget undersøgelsen inden arbejde. Hvis åbningstiderne udvides om morgenen eksempelvis ved, at almen praksis åbner kl. 07.00 en dag om ugen, vil det medføre en times ekstra arbejde, hvorimod en udvidelse af åbningstiderne om aftenen vil medføre flere timer ekstra arbejde, der skal frigives på et andet tidspunkt. Problematikken med at besætte de sene konsultationstider vil også blive imødekommet ved i stedet at åbne tidligere, da det dermed kun er en enkelt time, der skal fyldes ud, og samtidig er det også lægernes oplevelse, at morgentider er mere efterspurgt blandt kvinderne. Det kan dermed formodes, at udvidede åbningstider om morgenen både er en økonomisk og praktisk bedre løsning.

7.1.2.3 Arbejdsdeling

Organisationsstrukturen omfatter, ifølge Leavitt (1965), også arbejdsdeling (Leavitt, 1965). Som det fremgår i resultaterne af interviewene, er det, jf. afsnit 5.2.3.1, forskelligt fra lægepraksis til lægepraksis, hvem der foretager livmoderhalskræftscreening, og hvorvidt en ansat vil kunne være alene i klinikken i de udvidede åbningstider. Hvis der i en lægepraksis er ansat sygeplejersker eller jordemødre, der også kan foretage screeninger, kan det betyde, at flere kan skiftes til at være på arbejde længe. Dette afhænger dog også af, hvor meget personale det kræver at holde den enkelte lægepraksis åbent af sikkerhedsmæssige og etiske årsager, hvilket diskuteres i afsnit 7.1.5. I interviewene foreslår de praktiserende læger, jf. afsnit 5.2.3.2, at kombinere udvidede åbningstider til livmoderhalskræftscreening med andre opgaver, fordi den mængde ressourcer, der bruges på at udvide åbningstiderne ellers ikke vil

stå mål for det antal, der vil deltage i livmoderhalskræftscreening. For at få et større fagligt og økonomisk udbytte af de udvidede åbningstider, foreslår de praktiserende læger, jf. afsnit 5.2.3.2, eksempelvis at lade en sygeplejerske foretage screening for livmoderhalskræft i de udvidede åbningstider, mens lægen sideløbende har konsultationer med andre patienter. Dette vil dog afhænge af, at der rent faktisk er efterspørgsel på de sene konsultationstider. En af de praktiserende læger giver, jf. afsnit 5.2.3.2, yderligere udtryk for, at de udvidede åbningstider kan bruges til at lave administrativt arbejde i tilfælde af, at der nogle dage ikke kommer så mange kvinder for at blive screenet.

7.1.2.4 Økonomisk incitament

Betydningen af det økonomiske aspekt ved at udvide åbningstiderne fremgår i resultaterne af interviewene, hvor der, jf. afsnit 5.2.4, gives udtryk for, at det skal kunne svare sig økonomisk for almen praksis at udvide deres åbningstider, eksempelvis skal lønninger og andre ressourcer dækkes. Derudover giver flere af lægerne, jf. afsnit 5.2.4, udtryk for, at hvis de skal udvide deres åbningstider, kræver det til gengæld et ekstra honorar eller et minimumsbeløb for at holde åbent. Der er dog en del af lægerne, der, jf. afsnit 5.2.4, samtidig angiver, at de på trods af en økonomisk gevinst ved at udvide åbningstiderne, ikke ønsker at holde længe åbent, da fritid vægtes højere end penge. Dette er til dels i modsætning til resultaterne af litteraturstudiet, jf. afsnit 5.1.2.6, som viser, at succesfuld implementering af forandringsinitiativer kan fremmes gennem blandt andet økonomiske belønninger (Lau *et al.*, 2015; Willis *et al.*, 2016; Hung and Chen, 2017). Dog finder Lau *et al.* (2015) også, at størrelsen af aflønningen har betydning for, hvor motiverede de ansatte er for at ændre deres adfærd eller praksis (Lau *et al.*, 2015), hvilket kan forklare, at de praktiserende læger ikke ønsker at udvide åbningstiderne i deres lægepraksis til fordel for en mindre økonomisk belønning. Praktiserende læger i almen praksis er, jf. afsnit 4.2.1, selvstændige erhvervsdrivende med driftsansvar for egen lægepraksis (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Dette betyder, at de har mere beslutningsret for, hvordan de styrer deres lægepraksis end læger, der eksempelvis er ansat i en regionsklinik, hvor regionen ejer og driver klinikken (Sundhedsdatastyrelsen, 2016). Dermed bliver regionen arbejdsgiver for den praktiserende læge og er med til at sætte rammerne og vilkårene i klinikken. Der er altså forskel i forvaltningen i de forskellige organisationer, som må tænkes at påvirke betydningen af økonomi; læger, der har egen lægepraksis, skal selv afholde udgifterne ved at indføre udvidede åbningstider, hvorimod

læger, der er ansat i en regionsklinik, ikke har disse udgifter og skal i højere grad følge de rammer, som regionen sætter for deres arbejdstimer. Organiseringen af almen praksis i Danmark, som er forskellig fra andre lande, kan muligvis forklare, at resultaterne af litteraturstudiet viser, at en økonomisk belønning kan være med til at sikre en succesfuld implementering af forandringsinitiativer (Lau *et al.*, 2015; Willis *et al.*, 2016; Hung and Chen, 2017), men at dette ikke understøttes fuldstændigt af resultaterne af interviewene med de praktiserende læger. Resultaterne fra litteraturstudiet kan derfor ikke uden videre overføres til almen praksis i en dansk kontekst.

7.1.2.5 Organisationskultur

Leavitts systemmodel er, jf. afsnit 6.2, blevet kritiseret for at overse organisationskultur eller ikke i tilstrækkelig grad at medtage en organisations uformelle struktur (Kristensen and Sigmund, 2007). Det påpeges dog både i studiet af Lau *et al.* (2015) samt Willis *et al.* (2016), at en organisations kultur er vigtig at medtænke for at facilitere ændringer i organisationen (Lau *et al.*, 2015; Willis *et al.*, 2016). I resultaterne af interviewene fremgår det, jf. afsnit 5.2.1, at mange praktiserende læger i dag har et ønske om at arbejde inden for normal arbejdstid, så de har mere fritid med familien. En af de praktiserende læger fremhæver i den forbindelse, at der er sket et kulturskift i almen praksis, hvor den yngre generation af praktiserende læger er mindre villige til at arbejde uden for normal arbejdstid end den ældre generation. Dette kan til dels skyldes, at familien spiller en stor rolle og prioriteres højere end arbejdslivet for mange mennesker, og langt de fleste danskere bruger mere tid med familien end tidligere (Mehlsen, 2019). Det fremkommer yderligere, jf. afsnit 5.2.1, at der blandt praktiserende læger er en kultur om, at arbejdstiden ligger inden for tidsrummet kl. 08.00-16.00, og størstedelen af de praktiserende læger er derfor imod at udvide åbningstiderne. Denne modstand mod forandringsinitiativet kan, ifølge Li *et al.* (2018), hindre implementeringen af tiltaget. Derimod fordrer en succesfuld implementering positive holdninger over for at prøve nye forandringsinitiativer (Li *et al.*, 2018). Der er dog også nogle lægepraksis, hvor arbejdskulturen er en anden, da de, jf. afsnit 5.2.2, har tradition for at have åbent til kl. 19.00 flere dage om ugen, hvilket kan skyldes, at det er en stor lægepraksis, og de derfor, jf. afsnit 7.1.2.1, har bedre mulighed for at fordele de sene arbejdsdage mellem lægerne. De forskelle i kulturen i almen praksis, der kommer til udtryk i interviewene, afspejler, at hver lægepraksis kan ses som sin egen organisation, jf. afsnit 4.2.1. Hvis udvidede åbningstider skal implementeres i almen praksis, bør der derfor tages højde

for kulturen i den enkelte lægepraksis, da det, ifølge Willis et al. (2016), er nødvendigt under kulturændringer at anerkende de værdier, overbevisninger og antagelser, der er i den enkelte organisation (Willis *et al.*, 2016). Det vil dog være udfordrende at justere et tiltag om at udvide åbningstiderne i almen praksis, da det skal implementeres i alle lægepraksis. Hvis det skal implementeres, kan der dermed ikke fuldt ud tages højde for den enkelte lægepraksis' konstellation eller kultur men kun den overordnede kultur i almen praksis som samlet organisatorisk enhed.

7.1.3 Aktører

Hvis udvidede åbningstider implementeres i almen praksis, vil det påvirke den praktiserende læge, der ejer klinikken og personalet såsom sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, jordemødre og sekretærer. De ansatte i organisationen er, ifølge Leavitt (1965), blandt andet karakteriseret ved deres holdninger og motivation (Leavitt, 1965). Som det fremgår af afsnit 6.3, vides det dog ikke, om andet personale i almen praksis er mere eller mindre positivt stemt over for at udvide åbningstiderne end de praktiserende læger, da de ikke er blevet interviewet. Nedenstående diskussion af komponenten 'aktører' mønster sig derfor hovedsageligt på de praktiserende læger.

7.1.3.1 Forandringsparathed

Det fremgår i resultaterne af interviewene, jf. afsnit 5.2.1, at de praktiserende læger ikke er interesserede i at udvide åbningstiderne i almen praksis. Denne mangel på forandringsparathed blandt lægerne kan medføre, at udvidede åbningstider ikke kan implementeres. Dette skyldes, at forandringsparathed, jf. afsnit 5.1.2.1, refererer til, hvor tilbøjelige organisationens ansatte er til at acceptere, støtte op om og indføre den planlagte ændring. Forandringsparathed er derfor en afgørende forløber for, om et forandringsinitiativ resulterer i succesfuld implementering eller modstand (Hung and Chen, 2017). Som det fremkommer i resultaterne af interviewene, jf. afsnit 5.2.4, skal det fagligt og økonomisk kunne svare sig for de praktiserende læger at udvide åbningstiderne. Dette er i overensstemmelse med resultaterne i studiet af Hung & Chen (2017), som viser, at de ansatte har mere positive følelser og overbevisninger omkring den foreslåede ændring, hvis den har positive konsekvenser for dem selv og organisationen som helhed (Hung and Chen, 2017). For at de praktiserende læger skal få en mere positiv holdning til at

udvide åbningstiderne, er det derfor nødvendigt, at de har incitament til at gøre det. Dette forudsætter, jf. afsnit 4.2.4, at der er balance mellem deres bidrag og belønning (Bakka and Fivelsdal, 2019), hvilket kan indebære økonomiske belønninger (Willis *et al.*, 2016). Som det fremkommer i afsnit 7.1.2.4, ønsker de fleste af de praktiserende læger på trods af en økonomisk belønning ikke at holde længe åbent, fordi det ikke er attraktivt nok i forhold til personlige prioriteringer, såsom fritid med familien, som de til gengæld må give afkald på. Dette relaterer sig til domænet værdi, som, ifølge Hung & Chen (2017), afspejler hvor attraktive resultaterne af ændringen er, hvilket har betydning for lægernes forandringsparathed (Hung and Chen, 2017). Lægerne udtrykker desuden, jf. afsnit 5.2.4, at de vil være mere positive over for tiltaget, hvis kvinderne rent faktisk benytter sig af det. For lægerne kræver det også, at de kan se, at kvinderne fravælger livmoderhalskræftscreening på grund af de nuværende åbningstider. Dette er i overensstemmelse med resultaterne i studiet af Hung & Chen (2017), som viser, at læger vil være mere forandringsparate, hvis de føler, at de er nødt til at ændre den måde, de gør tingene på (Hung and Chen, 2017). I tråd hermed finder Nilsen et al. (2019), at de sundhedsprofessionelle bakker op om forandringer, som de kan se nødvendigheden eller nytten af (Nilsen *et al.*, 2019). Det er derfor vigtigt, at de praktiserende læger har en forståelse for, hvorfor åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening skal udvides. Det fremgår dog i resultaterne af interviewene, jf. afsnit 5.2.1, at det kan være udfordrende at ændre de praktiserende lægers indstilling til dette, da de ikke betragter livmoderhalskræftscreening som en livsvigtig undersøgelse. Ifølge de praktiserende læger bør kvinderne kunne finde tid til at tage til lægen inden for normal åbningstid, hvilket de, jf. afsnit 5.2.1, underbygger med, at det er en undersøgelse, der kun skal foretages hvert tredje år. Derudover er hovedparten af de praktiserende læger, jf. afsnit 5.2.2 og 7.1.2.2, af den opfattelse, at der ikke er efterspørgsel på tider uden for normal åbningstid, hvorfor de formentlig i mindre grad vil være forandringsparate. Dette formodes, da de praktiserende læger dermed ikke deler en overbevisning om, at der eksisterer et behov for forandring, hvilket relaterer sig til domænet uoverensstemmelse i forandringsparathed, som har betydning for i hvilken grad, de ansatte er psykologisk og adfærdsmæssigt parate til at implementere den planlagte ændring (Hung and Chen, 2017). De praktiserende læger skal således føle, at udvidede åbningstider er mere ønskværdigt end de nuværende åbningstider, hvis de skal være forandringsparate, hvilket ikke er tilfældet. Udvidelse af åbningstider til livmoderhalskræftscreening vanskeliggøres yderligere af, at lægerne, jf. afsnit 5.2.1, finder andre arbejdsområder vigtigere at bruge ressourcerne i almen praksis på end livmoderhalskræftscreening. Hvis udvidede åbningstider anses som spild af ressourcer, vil de sundhedsprofessionelle, ifølge Nilsen et al.

(2019), ikke bakke op om forandringen (Nilsen *et al.*, 2019). Endvidere understøttes dette af studiet af Hung & Chen (2017), da graden af ændringens berettigelse og tilpasning til situationen, har betydning for, hvor forandringsparate læger er (Hung and Chen, 2017). For at de praktiserende læger er forandringsparate, kræver det dermed, at de føler, at det er hensigtsmæssigt, og at der er ressourcer nok til at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening, således det ikke bliver på bekostning af noget, de finder mere meningsfuldt. Som det også fremkommer i resultaterne af interviewene, jf. afsnit 5.2.3.2 og 7.1.2.3, kræver det muligvis, at der ikke kun holdes længe åbent for livmoderhalskræftscreening, men at der også holdes åbent for konsultation af andre helbredsmæssige problemstillinger for, at det kan løbe rundt. Lægernes forandringsparathed mindskes endvidere af, at de, jf. afsnit 7.1.2.1, oplever en stor arbejdsbelastning, da de i forvejen arbejder mange timer. En stor arbejdsbyrde vil, ifølge Nilsen *et al.* (2019), betyde, at de ikke har energi til at foretage forandringer (Nilsen *et al.*, 2019). I forbindelse med dette finder Hung & Chen (2017), jf. afsnit 5.1.2.2, ligeledes, at forandringsparathed, udover at være villig til at udføre ændringerne, også er associeret med at være i stand til det (Hung and Chen, 2017). Idet de praktiserende læger har en oplevelse af ikke at være i stand til at udvide åbningstiderne, fordi de i forvejen arbejder meget og ikke har mulighed for at holde fri på et andet tidspunkt, vil de formentlig være mindre tilbøjelige til at indføre ændringerne.

7.1.3.2 Modstand mod forandring

Resultaterne af litteraturstudiet viser, jf. afsnit 5.1.2.2, at der kan opstå modstand mod forandring i en organisation (Willis *et al.*, 2016; Nilsen *et al.*, 2019). Dette afspejles også i interviewene, hvor de fleste af de praktiserende læger, jf. afsnit 5.2.1, giver udtryk for, at de ikke ønsker eller har tænkt sig at udvide åbningstiderne. Dette kan betragtes som aktiv modstand, som, ifølge Nilsen *et al.* (2019), kommer til udtryk ved, at sundhedsprofessionelle vælger ikke at involvere sig i forandringerne (Nilsen *et al.*, 2019). Lægernes modstand kan skyldes, at forandringerne anses som en trussel mod deres praksis, værdier eller identitet (Willis *et al.*, 2016), hvor det, jf. afsnit 5.2.1, tyder på, at der, som nævnt i afsnit 7.1.2.5, er en arbejdskultur i almen praksis, om at arbejdstiden er fra kl. 08.00-16.00, og at dette er en medvirkende grund til, at nogle af de praktiserende læger har valgt at specialisere sig i almen medicin. Resultaterne af litteraturstudiet viser i den forbindelse, jf. afsnit 5.1.2.2, at det er vigtigt at tage højde for personalets værdier, hvis der skal foretages ændringer i åbningstiderne, da det ellers kan medføre negativ adfærd hos

personalet (Willis *et al.*, 2016). Hvis lægerne i almen praksis, der, jf. afsnit 7.1.1, også optræder som ændringsagent, udtrykker utilfredshed med åbningstiderne og arbejdsforholdene, kan denne negativitet sprede sig og påvirke andet personale. Ifølge Nilsen *et al.* (2019) kan dette bidrage til, at kulturen bliver præget af utilfredshed (Nilsen *et al.*, 2019). Dermed kan andet personale formodes også at blive mere negativt stemt over for at udvide åbningstiderne, end de ville være, hvis lægerne ikke var imod det. Hvis sygeplejerskerne eksempelvis også er imod tiltaget, vil det formodes at skabe yderligere modstand mod forandring i organisationen og derfor hindre implementeringen. Det kan omvendt tænkes, at sygeplejersker er mere åbne over for at arbejde sent end den eller de praktiserende læger, som ejer klinikken, hvis det indebærer et løntillæg ved aftenarbejde. Dette ville betyde, at de udvidede åbningstider muligvis kunne dækkes af sygeplejersker, hvis de, jf. afsnit 5.2.3.1, er oplært til at foretage livmoderhalskræftscreening. Dog fremgår det også i resultaterne af interviewene, at der kan være problematikker ved at lade en sygeplejerske være i klinikken alene om aftenen, hvis der opstår behov for at konferere med en læge. Derudover kan der, jf. afsnit 5.2.7, være risiko for, at der går noget fagligt og relationsmæssigt tabt ved, at det ikke er lægen, der foretager undersøgelsen. Det er vigtigt, at både de praktiserende læger og andet personale er engageret i tiltaget, da studierne, jf. afsnit 5.1.2.4, viser, at en høj grad af engagement er associeret med forandringsparathed (Hung *et al.*, 2015), og at dedikeret personale til at udføre ændringerne fører til mere succesfuld implementering (Li *et al.*, 2018). Personalets engagement og motivation kan fremmes ved at inddrage dem i beslutningerne, hvilket, jf. afsnit 5.1.2.4, er væsentligt for, at forandringsinitiativet indføres (Willis *et al.*, 2016; Hung and Chen, 2017; Nilsen *et al.*, 2019), da personalet dermed vil have en oplevelse af, at deres meninger værdsættes og anerkendes (Hung and Chen, 2017). Det kan derfor også synes problematisk, når Sundhedsstyrelsen i deres anbefalinger for livmoderhalskræftscreening foreslår, at de praktiserende læger bør afprøve at holde aftenåbent (Sundhedsstyrelsen, 2018). Denne problematik kommer til udtryk i interviewene, jf. afsnit 5.2.1, hvor nogle af informanterne påpeger, at selv vil bestemme, hvordan de styrer deres lægepraksis, og at de skal spørges til råds. Det er således væsentligt at inddrage de praktiserende læger og andet personale, hvis åbningstiderne i almen praksis skal ændres. Ellers risikeres det, at der opstår modstand mod forandring, som viser sig at kunne hindre implementeringen af forandringsinitiativet (Nilsen *et al.*, 2019). Modstanden kan, jf. afsnit 4.2.4, ofte ikke undgås, men den kan søges minimeret. Det kan dog være svært at ændre aktørernes holdning, da det berører kulturen i organisationen (Bakka and Fivelsdal, 2019).

7.1.4 Opgaver

Organisationens 'opgaver' bestemmes af organisationens mål (Leavitt, 1965), hvilket i dette tilfælde vil være at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening gennem udvidede åbningstider. Dette betyder, at den der udfører screeningen, som, jf. afsnit 5.2.3.1, i nogle lægepraksis er den praktiserende læge og i andre en sygeplejerske eller en jordemoder, vil komme til at foretage et øget antal undersøgelser for livmoderhalskræft, da målet er, at flere kvinder bliver screenet. Dog er det kun antallet af udførte opgaver, der ændres, og ikke selve formen eller metoden til at udføre den.

7.1.5 Teknologi

Komponenten 'teknologi' har betydning for, at organisationens aktører kan udføre deres arbejdsopgaver (Leavitt, 1965) og påvirker derfor, om udvidede åbningstider vil fungere i praksis. Da celleprøverne, jf. afsnit 5.2.3.1, sagtens kan stå til dagen efter, hvor de sendes til analysering på patologisk afdeling, vil dette ikke påvirke muligheden for at foretage livmoderhalskræftscreening uden for normal åbningstid. Dog fremgår det i resultaterne af interviewene, jf. afsnit 5.2.3.1, at der kan opstå problemer i forhold til, hvis lægen eller andet personale skal opholde sig alene i klinikken, da de sidder bag en lukket dør, og derfor ikke kan holde øje med, hvad der ellers foregår i klinikken. Dette kan, ifølge flere af de praktiserende læger, betyde, at der skal være mere end en ansat til stede i klinikken, hvis tiltaget om udvidede åbningstider skal fungere i praksis. Denne problematik kan dog muligvis løses ved, at de øvrige rum i klinikken aflåses. I en solopraksis vil det, jf. afsnit 5.2.3.2, give ekstra udfordringer, hvis der skal være flere på arbejde i de udvidede åbningstider, da der dermed er mere personale, der skal lægge arbejdstimer ud over de normale åbningstider. Læger og andet personale i en kompagniskabspraksis har derimod mulighed for at lægge timerne forskudt af hinanden og kan derfor stadig holde åbent i det normale tidsrum uden nødvendigvis at få en længere arbejdsuge. Derudover fremgår det i resultaterne af interviewene, at det også kan være problematisk at være alene i klinikken, hvis der opstår en akut situation, som den sundhedsprofessionelle er forpligtet til at reagere på. Dette indikerer, at der kan være behov for mere end én på arbejde. Det kan, jf. afsnit 5.2.3.2, til dels imødekommes ved, at udvidede åbningstider kan gå på skift mellem flere læger, hvilket giver den enkelte lægepraksis bedre forudsætning for at finde ressourcerne til at være flere på arbejde i de udvidede åbningstider, da der overordnet skal

bruges færre ressourcer, end hvis det ikke gik på skift. At holde åbent på skift for livmoderhalskræftscreening giver dog, jf. 5.2.6.1, andre udfordringer i form af hvem, der modtager testresultatet for den enkelte kvinde, samt er ansvarlig for at følge op på positive svar. De praktiserende læger nævner i den forbindelse, at det er vigtigt at få klarlagt, om svaret kommer til egen læge eller til den læge, der foretager undersøgelsen.

7.1.6 Omgivelser

Organisationer er, jf. afsnit 4.2.3, afhængige af omgivelserne, eksempelvis i form af ressourcer og opbakning fra omgivelserne for at overleve (Jacobsen and Thorsvik, 2014). Dette betyder, at for at implementering af udvidede åbningstider skal fungere i praksis, skal indflydelsesrige interessenter som PLO og RLTN, der, jf. afsnit 4.3.2, forhandler praktiserende lægers overenskomst, være enige om, at udvidede åbningstider i almen praksis er en god ide. Enighed blandt disse parter om at implementere udvidede åbningstider i almen praksis, virker umiddelbart urealistisk, da det i interessentanalysen, jf. tabel 4, er fremanalyseret, at både PLO og RLTN har stor indflydelse, men PLO har høj grad af modstand og RLTN har høj grad af støtte. Som det påpeges i afsnit 6.3, har det kun kunne lade sig gøre at indhente viden om parternes holdning via deres hjemmesider og officielle dokumenter, hvorfor det er uvist, om de er placeret korrekt i specialets position map. PLO er, jf. afsnit 4.3.2, generelt ikke interesserede i at udvide åbningstider, men da de ikke har taget stilling til at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening, er det uvist i hvor høj grad, de er imod tiltaget. Det er ligeledes uvist i hvor høj grad, RLTN støtter tiltaget, hvis det kun omfatter udvidede åbningstider til livmoderhalskræftscreening og ikke andre typer henvendelser i almen praksis, samt hvis tiltaget kræver, at regionerne skal finansiere et ekstra honorar til lægerne, jf. afsnit 7.1.2.4. Usikkerheden om parternes holdning til at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening i almen praksis vil også skabe usikkerhed om, hvad de hver især vil lægge vægt på i forhandlingerne. Der kan dog formentlig være elementer i forhandlingen af overenskomsten om almen praksis, som kan få parterne til at enes. Eksempelvis hvis udvidede åbningstider indgår som et led i en anden aftale, de lægger større vægt på, og de derfor kan være villige eller nødt til at lave en aftale om udvidede åbningstider for at opnå noget, der er vigtigere for dem.

7.1.7 Pilotstudie og evaluering

Det fremgår af afsnit 7.1.3.1, at de praktiserende læger vil være mere positive overfor tiltaget om udvidede åbningstider, hvis de kan se, at kvinderne rent faktisk benytter sig af det. Dog er det flere af lægernes opfattelse, jf. afsnit 7.1.2.2, at der ikke er stor efterspørgsel på sene konsultationstider i almen praksis, men at det er bekvemmelighedstider. Dette skyldes, ifølge de praktiserende læger, at det kan være et ønske fra kvindernes side, som de i teorien efterspørger, men som de ikke nødvendigvis benytter sig af i praksis. Kvinders efterspørgsel på udvidede åbningstider samt hvilken betydning, det vil have for dem, kunne eksempelvis undersøges nærmere gennem en spørgeskemaundersøgelse. Der er dog risiko for, at spørgeskemaundersøgelserne stadig kun afspejler et mere teoretisk ønske. I tilfælde af at udvidede åbningstider skulle implementeres i almen praksis vil det være relevant at indføre det som et pilotstudie i en periode og derefter foretage en virkningsevaluering og en sundhedsøkonomisk evaluering. Dette for at opnå viden om effekten af udvidede åbningstider på deltagelsen i livmoderhalskræftscreening samt omkostningerne heraf. Pilotstudier har til formål at optimere og tilpasse tiltaget til den givne kontekst, inden det implementeres, samt at identificere facilitatorer og barrierer for implementeringen (Craig *et al.*, 2008). Dermed kan pilotstudiet hjælpe til at beslutte, om udvidede åbningstider bør implementeres i almen praksis over hele landet. Virkningsevaluering genererer, ifølge Pawson & Tilley (1997), med udgangspunkt i en programteori både viden om proces og effekt (Pawson and Tilley, 1997) og kan derfor bruges til at både at afdække og forstå, hvordan og hvorfor udvidede åbningstider virker eller ikke virker. Desuden kan den bruges til at afdække tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved tiltaget. Derudover har virkningsevaluering fundament i kritisk realisme og derfor også fokus på at opnå viden om kontekstuelle betingelser samt hvilke mekanismer, der skaber forandring (Pawson and Tilley, 1997). Der vil først opstilles en programteori ud fra antagelser om hvordan, hvorfor og under hvilke betingelser tiltaget vil virke. Programteorien testes dernæst empirisk med henblik på at afdække, hvordan tiltaget reelt virker og eventuelt revidere den. Med virkningsevaluering afhænger valget af metoder af, hvad der egner sig bedst til at teste de programteoretiske antagelser (Dahler-Larsen, 2009), hvor det i dette tilfælde eksempelvis vil være relevant at foretage interviews eller spørgeskemaundersøgelser med praktiserende læger og kvinder i målgruppen for derved at få forskellige perspektiver på tiltaget. Det er relevant at indhente information fra frontmedarbejdere, i dette tilfælde lægerne og andet personale i almen praksis, da de kan bidrage med viden om barrierer og utilsigtede konsekvenser (Manzano, 2016) samt erfaringer med hvad, der virker og ikke virker (Pawson and Tilley, 1997). Målgruppen kan bidrage med viden

vedrørende udfaldene, og hvordan disse kan være påvirket af mekanismerne i tiltaget (Manzano, 2016). Derudover vil der foretages en måling af effekten af udvidede åbningstider i forhold til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Virkningsevalueringen vil give mulighed for at vurdere om tiltaget skal fortsættes, nedlægges eller justeres (Dahler-Larsen, 2009). Udover virkningsevaluering foreslås det, at der foretages en sundhedsøkonomisk evaluering for, at beslutningstagere kan træffe beslutninger om, hvorvidt det udviklede tiltag bør implementeres, ud fra et kvalificeret grundlag (Pedersen, 2013). Hvis udvidede åbningstider skulle implementeres i almen praksis, ville det være relevant at foretage en omkostningseffektivitetsanalyse. I denne ville omkostningerne, såsom økonomiske og tidsmæssige ressourcer, og effekten, deltagelse i livmoderhalskræftscreening, sammenlignes for de udvidede åbningstider og de nuværende åbningstider.

7.1.8 Er udvidede åbningstider løsningen?

Ud fra ovenstående diskussion med udgangspunkt i Leavitts model fremgår det, at det vil være udfordrende at implementere udvidede åbningstider til livmoderhalskræftscreening i almen praksis, grundet praktiske, kulturelle og økonomiske begrænsninger, samt at tiltaget møder stor modstand fra lægerne. Dette på trods af at forskningslitteratur viser, at udvidede åbningstider kan øge deltagelsen i screening (Offman *et al.*, 2013). Derudover vides det ikke, om udvidede åbningstider vil påvirke den sociale ulighed i deltagelse i livmoderhalskræftscreening. De praktiserende læger giver, jf. afsnit 5.2.5, udtryk for, at det især er de veluddannede, der prioriterer at komme til læge, og som formodes at benytte sig af de udvidede åbningstider. Dette kan understøttes af Link & Phelans teori, jf. afsnit 2.3.3, hvor der argumenteres for, at individer med høj socioøkonomisk position i højere grad er i stand til at benytte sig af sundhedstilbud grundet flere ressourcer. Ifølge Phelan, Link & Tehranifar (2010) kan ressourcer som blandt andet penge, viden og sociale relationer bruges i forskellige situationer til at undgå risiko og fremme helbredet (Phelan, Link and Tehranifar, 2010). Det er, jf. afsnit 2.4.2, i overensstemmelse med forskningslitteratur, der viser, at kvinders livsbetingelser og mængde af ressourcer har betydning for i hvor høj grad, kvinder er i stand til at overvinde praktiske barrierer for at blive screenet (Chorley *et al.*, 2017). Dette kommer også til udtryk i interviewene, jf. afsnit 5.2.5, hvor de praktiserende læger formoder, at kvinder med højt uddannelsesniveau i højere grad finder ud af at tage fri fra arbejde for at komme til lægen og blive screenet. Ud fra dette kan det på den ene side tænkes, at udvidede åbningstider

kan være til gavn for kvinder med lav socioøkonomisk position, da de ikke i samme grad som kvinder med høj socioøkonomisk position er i stand til at overvinde praktiske barrierer som begrænsede åbningstider i almen praksis, der generelt er sammenfaldende med normal arbejdstid. På den anden side er der risiko for, at det kan have den utilsigtede konsekvens, at kvinder med høj socioøkonomisk position i højere grad er i stand til at benytte sig af udvidede åbningstider end kvinder med lav socioøkonomisk position grundet en større mængde ressourcer. Det ville være nødvendigt at undersøge ved et pilotstudie, hvilke kvinder der reelt benytter sig af tiltaget. Hvis der ses en social ulighed, kan det muligvis imødekommes ved at give de praktiserende læger mulighed for at vælge, hvilke kvinder, der tilbydes de tidlige eller sene undersøgelsestider, hvilket også vil imødekomme, at lægerne generelt, jf. afsnit 5.2.1, hellere vil bruge tid på resourcesvage patienter end resourcestærke. Der vil dog være nogle praktiske overvejelser i forhold til, hvordan lægerne skal vurdere om en kvinde har lav socioøkonomisk position, og om hun skal tilbydes en tid i udvidede åbningstider. Der foreligger også etiske overvejelser i forhold til, om det er forsvarligt kun at tilbyde tiderne til en bestemt gruppe kvinder, hvis der også er kvinder med høj socioøkonomisk position, der kunne have gavn af tiltaget. Yderligere vil det ikke give mening at forbeholde eksempelvis de sene undersøgelsestider for nogle kvinder, hvis der, som lægerne giver udtryk for i interviewene, jf. afsnit 5.2.2, i forvejen ikke er tilstrækkelige efterspørgsel på de sene tider.

7.2 Anden løsning til øget deltagelse i livmoderhalskræftscreening

Det fremgår af ovenstående, at det er svært at forestille sig, at det kan lade sig gøre at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening i almen praksis. Der er i interviewene med de praktiserende læger fremkommet forslag til andre løsninger til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, jf. afsnit 5.2.6, hvor telefonisk kontakt fra lægen blev foreslået af flere af de praktiserende læger og var den løsning, de troede mest på i forhold til at nå kvinder med lav socioøkonomisk position. Opbakning fra lægerne kan tænkes at have betydning for deres forandringsparathed, som, ifølge Hung & Chen (2017), afhænger af graden af de ansattes støtte og accept af ændringen, hvilket er afgørende for succesfuld implementering (Hung and Chen, 2017). Derfor vil det formentlig i højere grad kunne implementeres i almen praksis, eftersom lægerne er mere positive over for det end udvidede åbningstider. Det ville dog skulle undersøges ved en ny interessentanalyse, da andre interessenter ligeledes kan have ændret position. Derudover ville det kræve en analyse af, hvordan det

nye tiltag skulle tilrettelægges ud fra Leavitts model. Telefonisk kontakt som anden løsning diskuteres i nedenstående afsnit.

7.2.1 Telefonisk kontakt fra praktiserende læger

Flere af de praktiserende læger foreslår, jf. afsnit 5.2.6.3, at lægen skal tage telefonisk kontakt til kvinder, der aldrig eller ikke regelmæssigt er blevet screenet for livmoderhalskræft. På den måde skal lægen lave opsøgende arbejde, hvilket de praktiserende læger tror på, kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Dette understøttes af forskningslitteratur, som, jf. afsnit 2.5.1, viser, at påmindelser om og opfordringer til at deltage i livmoderhalskræftscreening fra egen læge kan medvirke til at øge deltagelsen (O'Connor *et al.*, 2014). Studier finder endvidere, at både skriftlige og telefoniske påmindelser er effektive til at øge deltagelsen (Eaker *et al.*, 2004; Lönnberg *et al.*, 2016), hvor det fremkommer i resultaterne af interviewene, jf. afsnit 5.2.6.3, at de praktiserende læger især tror på, at telefoniske påmindelser vil have en positiv effekt på deltagelsen. Resultaterne i et randomiseret studie understøtter, jf. afsnit 2.5.1, denne formodning, da de viser, at telefoniske påmindelser øgede deltagelsen mere end skriftlige påmindelser (Eaker *et al.*, 2004). Telefonisk kontakt vil, ifølge de praktiserende læger, især være en løsning til at øge deltagelsen blandt kvinder med lav socioøkonomisk position, som ellers er svære at nå, hvorimod de ikke tror på, effekten ved at sende flere skriftlige påmindelser. Forskningslitteratur viser, jf. afsnit 2.5.1, at skriftlige påmindelser kan reducere den sociale ulighed i deltagelse i livmoderhalskræftscreening, men at yderligere reduktion af uligheden dog kræver mere end blot skriftlige påmindelser (Wardle *et al.*, 2016). Dette underbygges af de praktiserende læger i interviewene blandt andet med deres udsagn om, at telefonisk kontakt kan bruges til at afhjælpe nogle af de bekymringer, kvinderne måtte have, eksempelvis om undersøgelsen gør ondt, som, jf. afsnit 2.4.1, er identificeret som emotionelle barrierer for at deltage i livmoderhalskræftscreening (Espersen and Holten, 2005; Sutton and Rutherford, 2005; Chorley *et al.*, 2017; Marlow *et al.*, 2018; Young *et al.*, 2018). Praktiserende lægers formodning om, at telefonisk kontakt fra lægen kan få kvinder til at deltage, understøttes af kvalitative studier, som, jf. afsnit 2.4.1, viser, at lægen kan informere om, hvordan screeningen foregår, korrigere forkerte antagelser og motivere dem til stillingtagen (Espersen and Holten, 2005; O'Connor *et al.*, 2014). I et andet studie er det, jf. afsnit 2.5.1, yderligere fundet, at telefoniske påmindelser øger deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, fordi det giver mulighed for at adressere

tvivlsspørgsmål, samt at kvinden kan booke en tid med det samme (Eaker *et al.*, 2004). For ikke at øge den store arbejdsbyrde, som lægerne, jf. afsnit 5.2.3.1, giver udtryk at have, kunne en mulighed være, at enten sygeplejersker eller jordemødre foretager opkaldene til kvinderne. De praktiserende læger påpeger ligeledes, jf. afsnit 5.2.5, at opsøgende arbejde kan bruges til at afklare, hvorvidt kvinderne har taget et aktivt valg om ikke at deltage, eller om de bare ikke har fået det gjort. Telefonisk kontakt kan således bruges til at afdække de emotionelle barrierer for at deltage i livmoderhalskræftscreening, som kvinder kan opleve, samt deres mål og værdier, der, ifølge Wackerhausen (1995), blandt andet er med til at påvirke individets handlekapacitet (Wackerhausen, 1995). I en dansk interviewundersøgelse giver kvinder også udtryk for, at lægen ifølge dem meget gerne må spille en større rolle, eksempelvis ved at tage emnet op med dem. Samtidig påpeger de dog, at det ikke må få kvinder til at føle sig presset til at deltage (Espersen and Holten, 2005). Hvis målet om at blive screenet påtvinges udefra, eksempelvis fra lægerne, vil der, ifølge Wackerhausen (1995), ikke være tale om et ægte mål (Wackerhausen, 1995) ud fra kvindernes egne værdier og valg om at deltage i screening. Der kan dog også ske det, at kvinderne adopterer lægernes mål om at deltage i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, og at målet på den måde bliver kvindernes egne mål. Dette fordrer, ifølge Wackerhausen (1995), at overtagelsen sker tvangsfrit (Wackerhausen, 1995).

For at de praktiserende læger kan kontakte de kvinder, der ikke deltager i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, vil det kræve, at de får adgang til en oversigt over kvinderne i målgruppen i deres lægepraksis. De praktiserende læger fortæller i interviewene, jf. afsnit 5.2.6.1, at de får påmindelser om positive testresultater, der ikke er blevet fulgt op på. Et lignende system kan muligvis udvikles til at lave en liste over ikke-deltagende kvinder i målgruppen i deres lægepraksis, der ikke har taget et aktivt valg om dette, som de efterfølgende kan kontakte. Der kan dog være en problematik i, om praktiserende læger må få adgang til oplysninger om kvinders screeningshistorik, da det ikke er af klinisk karakter. Dette vil ydermere give regionen en ny rolle, da de, jf. afsnit 2.2.2.1, er ansvarlige for det danske screeningsprogram (Sundhedsstyrelsen, 2018) og derfor er dem, der skal administrere og videregive oplysningerne. De praktiserende læger giver i interviewene, jf. afsnit 5.2.6.3, desuden udtryk for, at det er nødvendigt, at der jævnligt sættes fokus på livmoderhalskræftscreening i almen praksis, blandt andet fordi det ikke er alle læger, der er interesseret i området, og derfor kan miste fokus på det. Lægerne foreslår, at der eksempelvis sendes oplysningskampagner om livmoderhalskræftscreening ud til lægerne

via mails. Det kan yderligere være en løsning, at hver lægepraksis to gange årligt får tilsendt statistik over hvor mange kvinder, der har fulgt screeningsprogrammet for livmoderhalskræft i deres lægepraksis, hvilket, jf. afsnit 5.2.6.3, kan være med til at skabe opmærksomhed på emnet. Derigennem kan lægerne også motiveres til og få bedre mulighed for at kontakte kvinder, der aldrig eller ikke regelmæssigt er blevet screenet. Som nævnt ovenfor, kan telefonisk kontakt til kvinderne være med til at overvinde nogle af de emotionelle barrierer, der kan være ved livmoderhalskræftscreening. Dog viser et studie, jf. afsnit 2.4.2, at praktiske barrierer er mere prædiktive for deltagelse i livmoderhalskræftscreening end emotionelle barrierer (Waller *et al.*, 2009), og det må formodes, at mange af disse ikke vil kunne afhjælpes ved, at de praktiserende læger personligt kontakter kvinderne. Der kan derfor være behov for yderligere tiltag for også at afhjælpe disse barrierer. Eksempelvis foreslår et par af lægerne i interviewene, jf. afsnit 5.2.6, at selvtest kan indgå som en løsning til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Dette understøttes af metaanalyser, der, jf. afsnit 2.5.2, viser, at selvopsamlede HPV-prøver kan øge deltagelsen (Racey, Withrow and Gesink, 2013; Verdoodt *et al.*, 2015). Derudover giver de praktiserende læger i interviewene, jf. afsnit 5.2.6.3, udtryk for, at det kan være relevant at kombinere flere forskellige tiltag, der kan afhjælpe forskellige praktiske barrierer, for at opnå større effekt på deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Det kan derfor tænkes at være en fordel at kombinere lægens opsøgende arbejde med et tilbud om HPV-selvtest, såfremt kvinden foretrækker dette fremfor at blive screenet i almen praksis. Dermed kan selvopsamlede HPV-prøver medvirke til afhjælpe nogle af de praktiske barrierer, da kvinderne kan tage prøverne på et tidspunkt, der passer dem (Cadman *et al.*, 2015; Verdoodt *et al.*, 2015; Enerly *et al.*, 2016). Dog er ikke alle kvinder trygge ved selv at foretage testen (Huynh, Howard and Lytwyn, 2010; Campbell *et al.*, 2019) og foretrækker derfor, at testen udføres af en læge (Enerly *et al.*, 2016; Campbell *et al.*, 2019).

8.0 Konklusion

I dette speciale har formålet været at undersøge, hvordan udvidede åbningstider kan implementeres i almen praksis med henblik på at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Udvidede åbningstider kan øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening og formodes at reducere den sociale ulighed i deltagelsen ved at afhjælpe nogle af de praktiske barrierer, som især kvinder med lav socioøkonomisk position kan have svært ved at overvinde. Samtidig er der risiko for, at det i højere grad er kvinder med højere socioøkonomisk position, der vil benytte sig af udvidede åbningstider. Det kan konkluderes, at det vil være udfordrende at implementere udvidede åbningstider til livmoderhalskræftscreening i almen praksis på baggrund af modstand mod tiltaget fra de praktiserende læger. Ydermere er det forbundet med praktiske, økonomiske og kulturelle begrænsninger, der varierer fra lægepraksis til lægepraksis. En organisationsændring i almen praksis hæmmes blandt andet af modstand mod forandring og en øget arbejdsbyrde for personalet i tilfælde af, at de ikke har mulighed for at få fri på et andet tidspunkt. Derimod kan en organisationsændring i almen praksis fremmes af forandringsparathed og engagement blandt personale og ledelse. Der er identificeret flere hæmmende end fremmende faktorer i forhold til at udvide åbningstider til livmoderhalskræftscreening i almen praksis, hvorfor det ikke anbefales at implementere tiltaget. Derimod kan en anden løsning være, at praktiserende læger tager telefonisk kontakt til kvinder, der ikke deltager i livmoderhalskræftscreening. Denne løsning formodes især at henvende sig til kvinder med lav socioøkonomisk position og i højere grad at kunne implementeres, da den har større opbakning fra de praktiserende læger. Det vides dog ikke, om denne løsning møder modstand fra andre indflydelsesrige interessenter. Telefonisk kontakt kan afhjælpe nogle af de emotionelle barrierer for at deltage i livmoderhalskræftscreening, som kvinder kan opleve, og ikke i samme grad de praktiske barrierer, der har vist sig at være mere prædiktive for deltagelse. Det kan derfor være relevant at kombinere forskellige tiltag for både at imødekomme praktiske og emotionelle barrierer hos kvinderne. Dette bør undersøges yderligere.

9.0 Referenceliste

- Agurto, I. *et al.* (2004) 'Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America', *Preventive Medicine*, 39(1), pp. 91–98. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.03.040.
- Armstrong, N., James, V. and Dixon-Woods, M. (2012) 'The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: A qualitative study', *Family Practice*, 29(4), pp. 462–466. doi: 10.1093/fampra/cmr105.
- Arrouas, M. (2017) *Mediernes Magt, Bibliotek og undervisning*. Available at: <https://faktalink.dk/titelliste/mediernes-magt> (Accessed: 2 April 2020).
- Azzopardi-Muscat, N. and Sørensen, K. (2019) 'Towards an equitable digital public health era: Promoting equity through a health literacy perspective', *European Journal of Public Health*, 29, pp. 13–17. doi: 10.1093/eurpub/ckz166.
- Bager, M., Staunstrup, E. and Agerholm, A. O. (2014) *Projekter i praksis*. 1st edn. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Bakka, J. F. and Fivelsdal, E. (2019) *Organisationsteori: Struktur, Kultur, Processer*. 7th edn. København K: Djøf Forlag.
- Baldur-Felskov, B. *et al.* (2015) 'Trends in the incidence of cervical cancer and severe precancerous lesions in Denmark, 1997–2012', *Cancer Causes and Control*, 26(8), pp. 1105–1116. doi: 10.1007/s10552-015-0603-7.
- Bchtawi, A. K. *et al.* (2019) 'Screening history and FIGO-stages among Danish women with cervical cancer in 2012–2014: a register-based study', *Scientific Reports*, 9(1), pp. 1–8. doi: 10.1038/s41598-019-56833-w.
- Berkman, L. F. *et al.* (2000) 'From social integration to health: Durkheim in the new millennium', *Social Science & Medicine*, 51, pp. 843–857. doi: 10.1056/NEJMp1002530.
- Bhaskar, R. (2008) *A realist theory of science*. 1st edn. Abingdon: Routledge.

- Bladbjerg, E. M., Sandbæk, A. and Stallknecht, B. M. (2012) *Sygdomslære for ikke-klinikere*. 1st edn. København: Munksgaard.
- Blomberg, K. *et al.* (2011) 'How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in Stockholm, Sweden', *Acta Oncologica*, 50(1), pp. 112–120. doi: 10.3109/0284186X.2010.528790.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) 'Using thematic analysis in psychology', *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Bray, F. *et al.* (2018) 'Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries', *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), pp. 394–424. doi: 10.3322/caac.21492.
- Broberg, G. *et al.* (2018) 'Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical screening program: A population-based case-control study', *PLoS ONE*, 13(1), pp. 1–15. doi: 10.1371/journal.pone.0190171.
- Brodersen, J., Schwartz, L. M. and Woloshin, S. (2014) 'Overdiagnosis: How cancer screening can turn indolent pathology into illness', *Apmis*, 122(8), pp. 683–689. doi: 10.1111/apm.12278.
- Brodersen, J., Siersma, V. and Thorsen, H. (2018) 'Consequences of screening in cervical cancer: development and dimensionality of a questionnaire', *BMC Psychology*. BMC Psychology, 6(39), pp. 1–13. doi: 10.1186/s41687-018-0066-1.
- Brostrøm, S. *et al.* (2014) *Anbefalinger Vedrørende Nationale Screeningsprogrammer*. København S. Available at: https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/~/_media/31CB15B2A39E4A3EB198B9486F66B4A2.ashx.
- Buccheri, R. K. and Sharifi, C. (2017) 'Critical Appraisal Tools and Reporting Guidelines for Evidence-Based Practice', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(6), pp. 463–472. doi: 10.1111/wvn.12258.

- Buch-Hansen, H. and Nielsen, P. (2012) 'Kritisk realisme', in Juul, S. and Pedersen, K. B. (eds) *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: på tværs af fagkulturer og paradigmer*. 1st edn. København K: Hans Reitzels Forlag, pp. 277–318.
- Buse, K., Mays, N. and Walt, G. (2005) *The health policy framework: Context, process and actors, Making Health Policy*. Berkshire: Open University Press. Available at: http://ssu.ac.ir/fileadmin/templates/fa/Moavenatha/Moavenate-Amozeshi/edicupload/modiriate_1/M__1_.pdf.
- Buus, N. et al. (2008) 'Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller', *Dansk sygeplejeråd*, (10), pp. 1–11. Available at: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller>.
- Cadman, L. et al. (2015) 'A randomized controlled trial in non-responders from Newcastle upon Tyne invited to return a self-sample for Human Papillomavirus testing versus repeat invitation for cervical screening', *Journal of Medical Screening*, 22(1), pp. 28–37. doi: 10.1177/0969141314558785.
- Campbell, H. E. et al. (2019) 'Preferences for interventions designed to increase cervical screening uptake in non-attending young women: How findings from a discrete choice experiment compare with observed behaviours in a trial', *Health Expectations*, (May 2019), pp. 202–211. doi: 10.1111/hex.12992.
- Chorley, A. J. et al. (2017) 'Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: a systematic review and thematic synthesis', *Psycho-Oncology*, 26(2), pp. 161–172. doi: 10.1002/pon.4126.
- Christensen, U., Nielsen, A. and Schmidt, L. (2012) 'Det kvalitative forskningsinterview', in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4th edn. København: Munksgaard Danmark, pp. 61–89.
- Cochrane (2020) *Our products and services*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Available at: <https://www-cochrane-org.zorac.aub.aau.dk/about-us/our-products-and-services> (Accessed: 26 March 2020).

Craig, P. *et al.* (2008) 'Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance.', *BMJ*, 337(1655), pp. 1–6. doi: 10.1136/bmj.a1655.

Curry, S. J. (2018) 'Screening for cervical cancer US preventive services task force recommendation statement', *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(7), pp. 674–686. doi: 10.1001/jama.2018.10897.

Dahler-Larsen, P. (2009) 'Opskrift på virkningsevaluering', in Dahler-Larsen, P. and Krogstrup, H. K. (eds) *Nye Veje i Evaluering*. 1st edn. Viborg: Academica, pp. 51–79.

Danske Regioner (2017) *Sundhed for Alle Vision for Et Bæredygtigt Sundhedsvæsen*. Available at: <http://www.regioner.dk/media/4671/sundhed-for-alle-vision-for-et-baeredygtigt-sundhedsvaesen-final.pdf>.

Danske Regioner (2020) *Aftaler og overenskomster*, *Regioner.dk*. Available at: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/arbejdsgiver/aftaler-og-overenskomster> (Accessed: 2 April 2020).

Datatilsynet (2017) *Databeskyttelsesforordningen - en introduktion til de kommende, nye regler om beskyttelse af personoplysninger*.

Datatilsynet (2020) *Optagelse af telefonsamtaler*, *Datatilsynet*. Available at: <https://www.datatilsynet.dk/emner/overvaagning-og-sporing/optagelse-af-telefonsamtaler/> (Accessed: 27 March 2020).

Diderichsen, F., Andersen, I. and Manuel, C. (2011) *Ulighed i sundhed - Årsager og Indsatser*. København. Available at: <https://www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx>.

Dixon-Woods, M. *et al.* (2004) 'The problem of appraising qualitative research', *Quality and Safety in Health Care*, 13(3), pp. 223–225. doi: 10.1136/qshc.2003.008714.

Documet, P. *et al.* (2015) 'The Association of Social Support and Education With Breast and Cervical Cancer Screening', *Health Education and Behavior*, 42(1), pp. 55–64. doi:

10.1177/1090198114557124.

Drolet, M. *et al.* (2012) 'The Psychosocial Impact of an Abnormal Cervical Smear Result', *Psychooncology*, 21(10), pp. 1071–81. doi: 10.1002/pon.2003.

Duffy, S. W. *et al.* (2017) 'Rapid review of evaluation of interventions to improve participation in cancer screening services', *Journal of Medical Screening*, 24(3), pp. 127–145. doi: 10.1177/0969141316664757.

Eaker, S. *et al.* (2004) 'A large population-based randomized controlled trial to increase attendance at screening for cervical cancer', *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 13(3), pp. 346–354.

EBSCO Publishing (2020a) *Academic Search Premier*, EBSCOhost. Available at: <http://web.a.ebscohost.com/zorac.aub.aau.dk/ehost/search/selectdb?vid=0&sid=00d39749-a432-4a13-98f0-265b883309a9%40sessionmgr4007> (Accessed: 26 March 2020).

EBSCO Publishing (2020b) *Business Source Premier*, EBSCOhost. Available at: <http://web.a.ebscohost.com/zorac.aub.aau.dk/ehost/search/selectdb?vid=0&sid=00d39749-a432-4a13-98f0-265b883309a9%40sessionmgr4007> (Accessed: 26 March 2020).

Ellenson, L. H. and Pirog, E. C. (2010) 'The Female Genital Tract*', in Kumar, V. *et al.* (eds) *Pathologic Basis of Disease*. 8th edn. Philadelphia: Saunders Elsevier, pp. 1005–1063.

Enerly, E. *et al.* (2016) 'Self-sampling for human papillomavirus testing among non-attenders increases attendance to the norwegian cervical cancer screening programme', *PLoS ONE*, 11(4), pp. 1–14. doi: 10.1371/journal.pone.0151978.

Espersen, M. M. and Holten, I. W. (2005) 'Barrierer for screening for livmoderhalskræft', *Ugeskrift for Læger*, 167(46), pp. 4371–74.

Everett, T. *et al.* (2014) 'Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(3), pp. 1–92. doi: 10.1002/14651858.CD002834.pub2.

Finansministeriet (2020) *Opgaver for Kommuner og regioner*, Finansministeriet. Available at: <https://www.fm.dk/arbejdsmraader/kommuner-og-regioner/opgaver-for-kommuner-og-regioner> (Accessed: 2 April 2020).

Fletcher, A. J. (2017) 'Applying critical realism in qualitative research: methodology meets method', *International Journal of Social Research Methodology*. Routledge, 20(2), pp. 181–194. doi: 10.1080/13645579.2016.1144401.

Galobardes, B. *et al.* (2006) 'Indicators of socioeconomic position (part 1)', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), pp. 7–12. doi: 10.1136/jech.2004.023531.

Gamarra, C. J., Paz, E. P. A. and Griep, R. H. (2009) 'Social support and cervical and breast cancer screening in argentinean women from a rural population: Populations at risk across the lifespan: Case reports', *Public Health Nursing*, 26(3), pp. 269–276. doi: 10.1111/j.1525-1446.2009.00779.x.

Globalis (2020) *Befolkningstal*, Globalis. Available at: <https://www.globalis.dk/Statistik/Befolkningstal> (Accessed: 20 February 2020).

Goffman, E. (2009) *Stigma: om afvigerens sociale identitet*. 2nd edn. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Hammersley, M. (2009) 'Why Critical Realism Fails to Justify Critical Social Research', *Methodological Innovations Online*, 4(2), pp. 1–11. doi: 10.1177/205979910900400201.

Hansen, J. *et al.* (2010) *Styring i praksis. Erfaringer fra de danske regioner*. København Ø. Available at: <https://www.vive.dk/media/pure/9280/2052380>.

Harder, E., Thomsen, L. T., *et al.* (2018) 'Determinants for participation in human papillomavirus self-sampling among nonattenders to cervical cancer screening in Denmark', *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 27(11), pp. 1342–1351. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-18-0480.

Harder, E., Juul, K. E., *et al.* (2018) 'Factors associated with non-participation in cervical cancer screening – A nationwide study of nearly half a million women in Denmark', *Preventive Medicine*. Elsevier, 111(March), pp. 94–100. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.02.035.

Health Science Library (2020) *Scopus - Searching, University of Washington University Libraries*. Available at: <https://guides.lib.uw.edu/hsl/scopus> (Accessed: 26 March 2020).

Heide, B. (2020) *Kræftens Bekæmpelses historie, Kræftens Bekæmpelse*. Available at: <https://www.cancer.dk/skole/om-kraeftens-bekaempelse/kraeftens-bekaempelses-historie/> (Accessed: 2 April 2020).

Hung, D. *et al.* (2015) 'Implementing a Lean Management System in Primary Care: Facilitators and Barriers From the Front Lines.', *Quality Management in Health Care*, 24(3), pp. 103–108. doi: 10.0.4.73/QMH.0000000000000062.

Hung, D. and Chen, P. H. (2017) 'Ready for change? the role of physician and staff engagement, burnout, and workplace attributes', *Journal of Ambulatory Care Management*, 40(2), pp. 150–157. doi: 10.1097/JAC.0000000000000159.

Huynh, J., Howard, M. and Lytwyn, A. (2010) 'Self-Collection for Vaginal Human Papillomavirus Testing : Systematic review of Studies Asking Women Their Perceptions', *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 14(4), pp. 356–362.

Ibfelt, E. H. *et al.* (2013) 'Socioeconomic position and survival after cervical cancer: influence of cancer stage, comorbidity and smoking among Danish women diagnosed between 2005 and 2010', *British Journal of Cancer*, 109(9), pp. 2489–2495. doi: 10.1038/bjc.2013.558.

Jacobsen, D. I. and Thorsvik, J. (2014) *Hvordan organisationer fungerer: indføring i organisation og ledelse*. 3. udg. København: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, K. E. *et al.* (2008) 'Social inequality and incidence of and survival from cancer of the female genital organs in a population-based study in Denmark, 1994-2003', *European Journal of Cancer*, 44(14), pp. 2003–2017. doi: 10.1016/j.ejca.2008.06.014.

Joanna Briggs Institute (2020) *Critical Appraisal Tools, Joanna Briggs Institute*. Available at: https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools (Accessed: 26 May 2020).

Jones, G. L. *et al.* (2006) 'The impact of treatment for gynecological cancer on health-related quality of

life (HRQoL): A systematic review', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(1), pp. 26–42. doi: 10.1016/j.ajog.2005.04.060.

Juul, S. *et al.* (2017) *Epidemiologi og evidens*. 3rd edn. København: Munksgaard.

Karlsson, E. K. (2018) 'Informationssøgning', in Steens, A. S. (ed.) *Videnskabelig teori og metode - fra idé til eksamination*. 2nd edn. København: Munksgaard, pp. 103–121.

Katapodi, M. C. *et al.* (2002) 'The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample.', *Oncology nursing forum*, 29(5), pp. 845–852. doi: 10.1188/02.ONF.845-852.

Klee, M., Thranov, I. and Machin, D. (2000) 'Life after radiotherapy: The psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer', *Gynecologic Oncology*, 76(1), pp. 5–13. doi: 10.1006/gyno.1999.5644.

Kræftens Bekæmpelse (2019) *Statistik om livmoderhalskræft*, *Cancer.dk*. Available at: <https://www.cancer.dk/livmoderhalskraeft-collumcancer/statistik-livmoderhalskraeft/> (Accessed: 19 February 2020).

Kristensen, F. B. and Sigmund, H. (2007) *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*, *Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering*. København. Available at: <https://www.sst.dk/~media/1319CCE8BEC34952AD7746390DD8BDD5.ashx>.

Kristensson, J. H. *et al.* (2014) 'Predictors of non-participation in cervical screening in Denmark', *Cancer Epidemiology*. Elsevier Ltd, 38(2), pp. 174–180. doi: 10.1016/j.canep.2013.12.007.

Kvale, S. and Brinkmann, S. (2015) *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3rd edn. København: Hans Reitzels Forlag.

Kvernød, A.-B. and Hansen, K. (2016) 'Det er ikke noget, jeg ikke vil, men noget, jeg ikke får mig taget sammen til at få gjort' - Barrierer for screening for livmoderhalskræft for kvinder i aldersgruppen 30-50 år. Available at:

https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/5/5975/1480519197/rapport_barrierer-for-screening-for-

livmoderhalskraeft_2015_til-net.pdf.

Kyrgiou, M. *et al.* (2006) 'Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis', *Lancet*, 367(9509), pp. 489–498. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68181-6.

Lam, J. U. H. *et al.* (2017) 'Prevalence of Human Papillomavirus in Self-Taken Samples from Screening Nonattenders', 55(10), pp. 2913–2923. doi: 10.1128/JCM.00550-17.

Lau, R. *et al.* (2015) 'Achieving change in primary care-effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: Systematic review of reviews', *BMJ Open*, 5(12), pp. 1–16. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009993.

Leavitt, H. J. (1965) 'Applied organizational change in industry', in March, J. G. (ed.) *Handbook of Organizations*. Rand McNally, pp. 1144–1171.

Li, S.-A. *et al.* (2018) 'Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: A systematic integrative review', *Systematic Reviews*. University of Toronto, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, Toronto, ON, Canada, 7(1), pp. 1–19. doi: 10.1186/s13643-018-0734-5.

Limmer, K., LoBiondo-Wood, G. and Dains, J. (2014) 'Predictors of Cervical Cancer Screening Adherence in the United States: A Systematic Review', *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 5(1), pp. 31–41. doi: 10.6004/jadpro.2014.5.1.2.

Lindau, S. T. *et al.* (2002) 'The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women', *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), pp. 938–943. doi: 10.1067/mob.2002.122091.

Lönnberg, S. *et al.* (2016) 'Impact of scheduled appointments on cervical screening participation in Norway: A randomised intervention', *BMJ Open*, 6(11), pp. 1–7. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013728.

Lorant, V. *et al.* (2002) 'Equity in prevention and health care', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(7), pp. 510–516. doi: 10.1136/jech.56.7.510.

Lovell, B., Wetherell, M. A. and Shepherd, L. (2015) 'Barriers to cervical screening participation in high-risk women', *Journal of Public Health (Germany)*, 23(1), pp. 57–61. doi: 10.1007/s10389-014-0649-0.

Lund, H. *et al.* (2014) *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning*. 1st edn. København: Munksgaard.

Lynge, E. *et al.* (2017) 'Cervical screening in Denmark – a success followed by stagnation', *Acta Oncologica*. Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group, 57(3), pp. 354–361. doi: 10.1080/0284186X.2017.1355110.

Mandag Morgen and TrygFonden (2016) *Sundhedsvæsenet - ifølge danskerne*.

Manzano, A. (2016) 'The craft of interviewing in realist evaluation', *Evaluation*, 22(3), pp. 342–360. doi: 10.1177/1356389016638615.

Marlow, L. A. V. *et al.* (2018) 'Variation in health beliefs across different types of cervical screening non-participants', *Preventive Medicine*. Elsevier, 111(March), pp. 204–209. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.03.014.

McCaffery, K. *et al.* (2006) 'Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: A qualitative study', *Sexually Transmitted Infections*, 82(2), pp. 169–174. doi: 10.1136/sti.2005.016436.

Mehlsen, C. (2019) *Familien under forandring*. Available at: <https://faktalink.dk/titelliste/familien-under-forandring> (Accessed: 13 May 2020).

Mehlsen, M. Y., Jensen, A. B. and Zachariae, B. (2007) 'Psykosociale problemer og behov hos kræftpatienter', *Ugeskrift for Læger*, 169(18), pp. 1682–1687.

Messina, C. R. *et al.* (2004) 'Relationship of social support and social burden to repeated breast cancer screening in the Women's Health Initiative', *Health Psychology*, 23(6), pp. 582–594. doi: 10.1037/0278-6133.23.6.582.

Mikkelsen, H. and Riis, J. O. (2011) *Grundbog i projektledelse*. 10th edn. Rungsted: Prodevo.

Miles-Richardson, S. *et al.* (2017) 'Factors Associated with Self-Reported Cervical Cancer Screening Among Women Aged 18 Years and Older in the United States', *Journal of Community Health*. Springer US, 42(1), pp. 72–77. doi: 10.1007/s10900-016-0231-5.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008) *Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen*. København K. Available at: [https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2008/Almen praksis rolle i fremtidens sundhedsvsen.ashx](https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer-Publikationer_i_pdf/2008/Almen_praksis_rolle_i_fremtidens_sundhedsvsen.ashx).

Moyer, V. A. (2012) 'Screening for cervical cancer us preventive services task force recommendation statement', *Annals of Internal Medicine*, 156(12), pp. 880–892. doi: 10.1001/jama.2018.10897.

Murfin, J. *et al.* (2019) 'Education, income and occupation and their influence on the uptake of cervical cancer prevention strategies: A systematic review', *Journal of Clinical Nursing*, 29(3–4), pp. 393–415. doi: 10.1111/jocn.15094.

Nilsen, P. *et al.* (2019) 'Implementation of change in health care in Sweden: A qualitative study of professionals' change responses', *Implementation Science*. Department of Medical and Health Sciences, Division of Community Medicine, Linköping University, Linköping, SE-581 83, Sweden, 14(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s13012-019-0902-6.

Nonzee, N. J. *et al.* (2015) 'Delays in cancer care among low-income minorities despite access', *Journal of Women's Health*, 24(6), pp. 506–514. doi: 10.1089/jwh.2014.4998.

NORDCAN (2019) *Kræftstatistik for de nordiske lande*, NORDCAN. Available at: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp> (Accessed: 20 February 2020).

Nowell, L. S. *et al.* (2017) 'Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria', *International Journal of Qualitative Methods*. SAGE Publications, 16, pp. 1–13. doi: 10.1177/1609406917733847.

Nutbeam, D. and Kickbusch, I. (1998) 'Health Promotion Glossary', *Health promotion international*. ENGLAND: Oxford University Press, 13(4), pp. 349–364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349.

O'Connor, M. *et al.* (2014) 'Motivators for women to attend cervical screening: The influential role of

GPs', *Family Practice*, 31(4), pp. 475–482. doi: 10.1093/fampra/cmu029.

Offman, J. *et al.* (2013) 'A randomised trial of weekend and evening breast screening appointments', *British Journal of Cancer*. Nature Publishing Group, 109(3), pp. 597–602. doi: 10.1038/bjc.2013.377.

Oldach, B. R. and Katz, M. L. (2014) 'Health literacy and cancer screening: A systematic review', *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd, 94(2), pp. 149–157. doi: 10.1016/j.pec.2013.10.001.

Opdenakker, R. (2006) 'Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research', *Forum: Qualitative Social Research*, 7(4), pp. 1–9. doi: 10.1177/1468794107085298.

Oscarsson, M. G., Benzein, E. G. and Wijma, B. E. (2008) 'Reasons for non-attendance at cervical screening as reported by non-attendees in Sweden', *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(1), pp. 23–31. doi: 10.1080/01674820701504619.

Oscarsson, M. G., Wijma, B. E. and Benzein, E. G. (2008) 'Nonattendance in a cervical cancer screening program - What happens if women's requirements are met?', *Health Care for Women International*, 29(2), pp. 183–197. doi: 10.1080/07399330701738242.

Parikh, S., Brennan, P. and Boffetta, P. (2003) 'Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer', *International Journal of Cancer*, 105(5), pp. 687–691. doi: 10.1002/ijc.11141.

Pawson, R. and Tilley, N. (1997) *Realistic evaluation*. 1st edn. London: SAGE.

Pedersen, K. M. (2013) *Sundhedsøkonomi*. 1st edn. København: Munksgaard.

Pedersen, T. (2006) *Bekendtgørelse om Regionernes Lønnings- og Takstnævn*, Finansministeriet. Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=5961> (Accessed: 2 April 2020).

Peirson, L. *et al.* (2013) 'Screening for cervical cancer: A systematic review and meta-analysis', *Systematic Reviews*, 2(35), pp. 1–14. doi: 10.1186/2046-4053-2-35.

Phelan, J. C., Link, B. G. and Tehranifar, P. (2010) 'Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications', *Journal of Health and Social*

Behavior, 51, pp. 28–40. doi: 10.1177/0022146510383498.

Plourde, N. *et al.* (2016) ‘Contextual factors associated with uptake of breast and cervical cancer screening: A systematic review of the literature’, *Women and Health*. Routledge, 56(8), pp. 906–925. doi: 10.1080/03630242.2016.1145169.

Racey, S. C., Withrow, D. R. and Gesink, D. (2013) ‘Self-collected HPV testing improves participation in cervical cancer screening: A systematic review and meta-analysis’, *Canadian Journal of Public Health*, 104(2), pp. 159–166. doi: 10.1007/bf03405681.

Rees, I. *et al.* (2018) ‘Interventions to improve the uptake of cervical cancer screening among lower socioeconomic groups: A systematic review’, *Preventive Medicine*, 111, pp. 323–335. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.11.019.

Regeringen (2016) *Patienternes Kræftplan IV*. København. Available at: https://www.sum.dk/Temaer/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2016/Kraeftplan-IV-aug-2016/Kraeftplan-IV-Patienternes-aug-2016.ashx.

Regionernes Lønnings- og Taksnævn and Praktiserende Lægers Organisation (2018) *1 Overenskomst om almen praksis*. Available at: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2007) *Forretningsorden for Regionernes Lønnings- og Takstnævn*. Danmark. Available at: <https://rltn.dk/media/2744/forretningsorden-for-regionernes-loennings-og-takstnaevn.pdf>.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2019) *Oplæg til forhandling af ny overenskomst om almen praksis 2021*. København Ø. Available at: <https://www.regioner.dk/media/12819/rltns-forhandlingsoplaeg.pdf>.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2020) *Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), RLTN*. Available at: <https://rltn.dk/medlemmer/regionernes-loennings-og-takstnaevn-rltn> (Accessed: 20 April 2006).

Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation (2018) *Overenskomst om*

almen praksis. Available at:

https://www.laeger.dk/sites/default/files/overenskomst_om_almen_praksis_ok18_endelig_udgave.pdf.

Research Library (2020) *About Research Library, ProQuest*. Available at: <https://search-proquest-com.zorac.aub.aau.dk/pqrl/productfulldescdetail?accountid=8144> (Accessed: 26 March 2020).

Rienecker, L. and Jørgensen, P. S. (2017) *Den gode opgave: Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 5th edn. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Rieper, O. and Hansen, H. F. (2007) *Metodedebatten om evidens*. København V: AKF forlaget.

Ringgard, K. F. and Kjems, E. (2019) *At leve med livmoderhalskræft, Kræftens Bekæmpelse*. Available at: <https://www.cancer.dk/livmoderhalskraeft-collumcancer/at-leve-med-livmoderhalskraeft/> (Accessed: 12 February 2020).

Ritzau (2014) *Læger: Nej tak til længere åbningstid, Kristeligt Dagblad*. Available at: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/2014-08-21/læger-nej-tak-til-længere-åbningstid> (Accessed: 25 April 2020).

Ry, M. and Ry Nielsen, J. C. (2002) *Anderledes tanker om Leavitt - en klassiker i ny belysning*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne (Nyt fra samfundsvidenskaberne).

Ryan, M., Waller, J. and Marlow, L. A. V. (2019) 'Could changing invitation and booking processes help women translate their cervical screening intentions into action? A population-based survey of women's preferences in Great Britain', *BMJ Open*, 9(7), pp. 1–10. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028134.

Rygaard, C. (2019) *Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening, Ugeskrift for Læger*. Vejle. Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/screening/livmoderhalskraeftscreening/%0AÅrsrapport>.

Saul, J. E. *et al.* (2013) 'A time-responsive tool for informing policy making: Rapid realist review', *Implementation Science*, 8(1), pp. 1–15. doi: 10.1186/1748-5908-8-103.

Schein, E. H. (1985) *Organizational culture and leadership*. 1st edn. San Francisco, Calif: Jossey-Bass Publishers.

Scopus (2019) *Research Intelligence, Elsevier*. Available at: https://www-elsevier-com.zorac.aub.aau.dk/__data/assets/pdf_file/0017/114533/Scopus_GlobalResearch_Factsheet2019_FI_NAL_WEB.pdf (Accessed: 26 March 2020).

Shepherd, M. A. and Gerend, M. A. (2014) 'The blame game: Cervical cancer, knowledge of its link to human papillomavirus and stigma', *Psychology and Health*. Routledge, 29(1), pp. 94–109. doi: 10.1080/08870446.2013.834057.

Spadea, T. *et al.* (2010) 'The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: A review', *Preventive Medicine*. Elsevier Inc., 50(4), pp. 159–164. doi: 10.1016/j.ypmed.2010.01.007.

Spence, A. R., Goggin, P. and Franco, E. L. (2007) 'Process of care failures in invasive cervical cancer: Systematic review and meta-analysis', *Preventive Medicine*, 45(2–3), pp. 93–106. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.06.007.

Statsministeriet (2020) *Statsminister Mette Frederiksens indledning på pressemøde i Statsministeriet om corona-virus den 11. marts 2020, Regeringen.dk*. Available at: <https://www.regeringen.dk/nyheder/statsminister-mette-frederiksens-indledning-paa-pressemoeede-i-statsministeriet-om-corona-virus-den-11-marts-2020/> (Accessed: 16 March 2020).

Sundheds- og Ældreministeriet (2019) *Bekendtgørelse af sundhedsloven nr. 1286 af 2. november 2018. Kapitel 1, § 2, Sundhedsloven*. Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110> (Accessed: 6 March 2020).

Sundhedsdatastyrelsen (2016) *Beskrivelse af almen praksissektoren i Danmark*. Available at: <internal-pdf://228.60.152.101/03-Beskrivelse-af-almen-praksis.ashx.pdf>.

Sundhedsdatastyrelsen (2017) *Nye kræfttilfælde i Danmark cancerregisteret*.

Sundhedsstyrelsen (2018) *Screening for livmoderhalskræft - anbefalinger*.

Sundhedsstyrelsen (2019) *Kræftplaner*, Sundhedsstyrelsen. Available at: <https://www.sst.dk/da/viden/kraeft/kraeftplaner> (Accessed: 4 March 2020).

Sundhedsvidenskabelige fakultet (2020) *Semesterrum for Folkesundhedsvidenskab (4. Semester, Kandidat) [F20-33303]: Vigtig information fra dekanen om undervisning*, Moodle.dk. Available at: <https://www.moodle.aau.dk/mod/forum/discuss.php?d=257410#p296298> (Accessed: 16 March 2020).

Sutton, S. and Rutherford, C. (2005) 'Sociodemographic and attitudinal correlates of cervical screening uptake in a national sample of women in Britain', *Social Science and Medicine*, 61(11), pp. 2460–2465. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.017.

Thagaard, T. (2004) *Systematik og indlevelse: en indføring i kvalitativ metode*. København: Akademisk Forlag.

The World Medical Association (2013) *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.

Vallgård, S. (2016) 'Det danske sundhedsvæsen', in Vallgård, S. and Krasnik, A. (eds) *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. 3rd edn. København: Munksgaard, pp. 155–218.

Vallgård, S., Diderichsen, F. and Jørgensen, T. (2014) *Sygdomsforebyggelse*. 1st edn. København: Munksgaard.

Verdoodt, F. *et al.* (2015) 'Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening programme by offering self-sampling kits: A systematic review and meta-analysis of randomised trials', *European Journal of Cancer*. Elsevier Ltd, 51(16), pp. 2375–2385. doi: 10.1016/j.ejca.2015.07.006.

Vistad, I., Fosså, S. D. and Dahl, A. A. (2006) 'A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer', *Gynecologic Oncology*, 102(3), pp. 563–572. doi: 10.1016/j.ygyno.2006.03.050.

Wackerhausen, S. (1995) 'Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme', in

Jensen, U. J. and Andersen, P. F. (eds) *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. 1st edn. Aarhus: Philosophia, pp. 43–73.

Waller, J. *et al.* (2009) ‘Barriers to cervical cancer screening attendance in England: A population-based survey’, *Journal of Medical Screening*, 16(4), pp. 199–204. doi: 10.1258/jms.2009.009073.

Waller, J. *et al.* (2012) ‘Exploring age differences in reasons for nonattendance for cervical screening: A qualitative study’, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(1), pp. 26–32. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03030.x.

Wardle, J. *et al.* (2016) ‘Effects of evidence-based strategies to reduce the socioeconomic gradient of uptake in the English NHS Bowel Cancer Screening Programme (ASCEND): Four cluster-randomised controlled trials’, *The Lancet*, 387, pp. 751–759. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01154-X.

Whitehead, D. (2012) ‘Searching and reviewing the research literature’, in *Writing Successful Undergraduate Dissertations in Social Sciences*, pp. 35–56. doi: 10.4324/9780429288258-4.

Whitehead, M. (1992) *The concepts and principles of equity and health*. København. Available at: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf.

Willems, B. and Bracke, P. (2018) ‘The education gradient in cancer screening participation: a consistent phenomenon across Europe?’, *International Journal of Public Health*. Springer International Publishing, 63(1), pp. 93–103. doi: 10.1007/s00038-017-1045-7.

Willis, C. D. *et al.* (2016) ‘Sustaining organizational culture change in health systems’, *Journal of Health, Organisation and Management*, 30(1), pp. 2–30. doi: 10.1108/JHOM-07-2014-0117.

Wilson, J. and Jungner, G. (1968) *Principles and Practice of Screening for Disease*, *Public Health Papers*. Geneva.

Young, B. *et al.* (2018) ‘Factors influencing the decision to attend screening for cancer in the UK: A meta-ethnography of qualitative research’, *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 40(2), pp. 315–339. doi: 10.1093/pubmed/idx026.

10.0 Bilagsfortegnelse

Bilag 1 - Interessenter	1
Bilag 2 - Facebookopslag.....	8
Bilag 3 - Interviewguide (Praktiserende læger)	9
Bilag 4 - Interviewguide (Kræftens Bekæmpelse).....	13
Bilag 5 - Information til informanter	15
Bilag 6 - Samtykkeerklæring (Praktiserende læger)	16
Bilag 7 - Samtykkeerklæring (Kræftens Bekæmpelse).....	17
Bilag 8 - Transskriberingsprocedure.....	18
Bilag 9 - Indledende søgning	19
Bilag 10 - Systematisk litteratursøgning.....	20
Bilag 11 - Tjeklister	26
Referenceliste.....	31

Bilag 1 - Interessenter

Identifikation af interessenter

I det følgende tages der udgangspunkt i Mikkelsen & Riis (2011) spørgsmål til identifikation af interessenter (Mikkelsen and Riis, 2011).

Hvem er opdragsgiver?

Regionerne er opdragsgivere, da de i henhold til sundhedsloven har det overordnede ansvar på sundhedsområdet (Hansen *et al.*, 2010) og derfor formodes at have stor interesse i at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Derudover har de også et økonomisk incitament (Danske Regioner, 2017), da det forventes at medføre besparelser af behandling for livmoderhalskræft i fremtiden som resultat af tidligere opsporing af kræfttilfælde. Ydermere er det regionerne, der har udgifterne til almen praksis (Hansen *et al.*, 2010).

Hvem anvender resultatet?

Det er de praktiserende læger og andet personale i klinikken eksempelvis sygeplejersker, sekretærer, der anvender resultatet, da tiltaget skal iværksættes i deres lægepraksis, jf. Afsnit 2.6.

Hvem skal acceptere hhv. godkende resultatet?

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) skal begge godkende resultatet, da de i fællesskab samarbejder omkring udviklingen af almen praksis. Overenskomsten mellem PLO og RLTN bliver forhandlet centralt på vegne af alle fem regioner og praktiserende læger (Hansen *et al.*, 2010). De indgår aftaler om hvilke sundhedsydelser, praktiserende læger skal kunne levere, hvilke krav der stilles til service samt hvilket honorar, der gives for ydelserne (Danske Regioner, 2020b). Hvis der foretages afvigelser eller tilføjelser til de aftaler, der er lavet, kræver det, at begge parter er enige, det vil sige, at regionerne ikke har beføjelser til at give almen praksis instruktioner (Hansen *et al.*, 2010).

Hvem betaler for arbejdet og resultatet?

Regionen er den interessent, der ville komme til at have udgifterne i forbindelse med udvidede åbningstider i almen praksis, da de ifølge '*bekendtgørelsen om behandling hos lægen i*

praksissektoren', afholder alle udgifter i forbindelse med behandling i almen praksis (Hansen et al., 2010).

Hvem skal acceptere at aktiviteten udføres og måden den udføres på?

Det er den enkelte lægepraksis ansvar at tilrettelægge, hvordan tiltaget skal udformes hos dem, fordi praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende og dermed har selvstændigt ansvar for driften af egen klinik, trods de er under fælles kontrakt (Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation, 2018).

Hvem berøres (bemærker, generes, lider afsavn, får udbytte, får ændrede forhold) af resultaterne?

De berørte interessenter i forhold til udvidede åbningstider er de praktiserende læger, kvinderne og regionerne. De praktiserende læger berøres, da de udfører livmoderhalskræftsscreening (Sundhedsstyrelsen, 2018). De praktiserende læger er derfor centrale interessenter, da det er deres arbejdsgang, der ændres. Kvinderne får udbytte ved, at de i højere grad får mulighed for at få foretaget livmoderhalskræftsscreening uden for normal arbejdstid (Oscarsson, Wijma and Benzein, 2008; Offman et al., 2013; Campbell et al., 2019). Regionen berøres i form af øgede udgifter, da de har udgifterne til livmoderhalskræftsscreening (Hansen et al., 2010), eksempelvis øgede omkostninger til lønninger i forbindelse med forlænget åbningstider. Dog kan de på længere sigt opleve færre udgifter til behandling af livmoderhalskræft som resultat af tidlig opsporing (Ringgard, 2019).

Hvem leverer indsats, viden, kunnen og ressourcerne?

Sundhedsstyrelsen udgiver retningslinjer for det nationale program for livmoderhalskræftsscreening blandt andet med henblik på at sikre kvalitet og ensartethed af programmet. Desuden udarbejder de informationsmateriale om screeningsprogrammet (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Regionerne vil, som nævnt tidligere, komme til at stå for udgifterne ved tiltaget, da de afholder alle udgifter ved behandling i almen praksis (Hansen et al., 2010). Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger om programmet for livmoderhalskræftsscreening, er det ligeledes regionernes ansvar at sikre, at alle kvinder er informeret om programmet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det vil derfor også kunne ses som regionernes opgave, at informere kvinder om forlængede undersøgelsestider og afholde ressourceforbruget til dette formål.

Kræftens Bekæmpelse arbejder blandt andet med forskning og oplysning, derudover fungerer de som talerør for patienterne over for myndighederne. Da det er en af Danmarks største patientforeninger, som repræsenterer mange medlemmer, har de en betydende stemme (Heide, 2020). Af interview 9 med en informant fra Kræftens Bekæmpelse udtales det: *“det der er meget vores rolle i Kræftens Bekæmpelse, vi bakker jo op om alle tiltag, der kunne være med til at øge deltagelsen, så derfor følger vi jo også med løbende, når der foregår noget og den slags.”* (I9, s. 2, l. 20-22). Ud fra citatet kan det formodes, at Kræftens Bekæmpelse vil støtte om et tiltag med forlængede åbningstider i almen praksis for at øge deltagelsen til livmoderhalskræftscreening, hvilket vil være fordelagtigt.

Analysen af prøver for livmoderhalskræft foretages på regionernes patologiske afdelinger (Sundhedsstyrelsen, 2018). Hvis tiltaget med forlængede åbningstider medfører, at flere kvinder bliver screenet, vil patologiske afdelinger i regionerne få flere prøver at analysere, og dermed have et større ressourceforbrug af materiale og arbejdstimer til dette formål.

Beskrivelse af interessenter og deres position

Praktiserende læger som interessant

De praktiserende læger og andet personale er som faggrupper, essentielle interessenter, da det er deres arbejdsgange, der påvirkes, fordi screening for livmoderhalskræft er placeret i almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2018). PLO repræsenterer alle almen praksis i forhandlingen af overenskomsten (Hansen *et al.*, 2010), hvilket betyder, at den enkelte lægepraksis i sig selv ikke har høj beslutningsmagt. Deres mening er dog vigtig, da de er den interessant, der i højest grad vil påvirkes af et tiltag med at foretage screening for livmoderhalskræft uden for almindelig åbningstid, hvilket kan have betydning for lægernes tilslutning til et sådan tiltag. Det kan formodes, at lægerne og andet personale vil være imod et tiltag, der omhandler udvidelse af åbningstiderne i almen praksis, da det er deres hverdag og arbejdsgang, der skal ændres. I den forbindelse kan det formodes, at andet personale ansat i almen praksis, såsom sygeplejersker og sekretærer, også kan formodes at kunne blive påvirket af forlængede åbningstider, og dermed kan være imod tiltaget.

Regionerne som interessant

Regionerne har det overordnede ansvar for det samlede sundhedsvæsen herunder de praktiserende læger (Finansministeriet, 2020). En af regionernes visioner er, at der skal mere fokus på den raske befolkning, da det i det lange løb er dyrt at have fokus på sygdom og behandling, når behovet opstår,

hvilket betyder, at der skal mere fokus på forebyggende indsatser (Danske Regioner, 2017), eksempelvis livmoderhalskræftscreening. Dette indikerer, at regionen som interessant har en høj interesse i at indføre tiltag, der kan være med til at øge deltagelsen til livmoderhalskræftscreening, derudover har de gennem RLTN stor beslutningsret i forhold til hvilke tiltag, der skal forhandles omkring.

Praktiserende Lægers Organisation som interessant

PLO varetager de praktiserende lægers interesser, både fagligt og økonomisk og forhandler ligeledes overenskomsten på de praktiserende lægers vegne (PLO, 2017). PLO og RLTN er lige parter i forhandlingerne vedrørende overenskomsten for praktiserende læger (Hansen *et al.*, 2010), hvilket betyder, at de har høj beslutningsret angående ændringer i almen praksis. Da de repræsenterer lægernes holdninger, kan det formodes, at de vil være imod et tiltag om at udvide åbningstiderne i almen praksis.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn som interessant

Det er RLTN, der indgår overenskomster og aftaler samt forhandler takster på regionernes vegne (Danske Regioner, 2020a). RLTN er sammensat af en repræsentant fra hver region, to repræsentanter fra Kommunernes Landsforening (KL) samt repræsentanter fra regeringen, én fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Pedsersen, 2006), der siden 2015 har heddet Sundheds- og Ældreministeriet (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019), samt én fra Finansministeriet (Pedsersen, 2006). Regeringens repræsentanter har dog vetoret, hvilket betyder, at regionerne er den primære forhandlingspart i forbindelse med den overordnede overenskomst og regeringen skal i sidste ende godkende den indgåede aftale (Hansen *et al.*, 2010). Dette betyder, at RLTN har en stor beslutningsret i forhold til nye tiltag i almen praksis. Derudover har RLTN incitament til at imødekomme borgernes og i dette tilfælde kvindernes ønske om udvidede åbningstider i almen praksis med mulighed for at øge deltagelsen i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Dette fremkommer i deres oplæg til forhandlingen af en ny overenskomst om almen praksis 2021, hvor RLTN beskriver, at de gerne vil imødekomme behovene i det moderne samfund, der omhandler muligheden for lægekonsultation uden for normal åbningstid (Praktiserende Lægers Organisation, 2020).

Sundhedsstyrelsen som interessant

Det er Sundhedsstyrelsen, der udgiver de nationale retningslinjer for livmoderhalskræftscreening, blandt andet med henblik på at sikre kvalitet og ensartethed af programmet. Derudover udarbejder de

også informationsmaterialet om screeningsprogrammet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Dette betyder, at de kun udfærdiger anbefalinger, og dermed ingen beslutningsret har i forhold til udvidelse af åbningstiderne i almen praksis. Det formodes, at Sundhedsstyrelsen er for et tiltag om udvidede åbningstider i almen praksis, da de i deres anbefalinger til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening foreslår, at de praktiserende læger skal holde åbent om aften uden tidsbestilling, og at dette eventuelt kan gå på skift mellem praktiserende læger i samme område (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Medierne som interessant

Generelt agerer medierne på vegne af borgerne, og de tilstræber at holde borgerne bevidste om, hvad der sker i samfundet. Medierne og pressen opfattes uofficielt som den fjerde statsmagt, da de sørger for, at de andre statsmagter administrerer magten, som de skal (Arrouas, 2017). Dette betyder, at medierne har magt til at kunne påvirke en sag ud fra deres perspektiv.

Kvinderne som interessenter

Kvinderne som interessant, er en del af en borgergruppe, der i højere grad stiller krav til sundhedsvæsenet, herunder tilgængeligheden til ydelserne, og har derfor en forventning om, at sundhedsvæsenet finder løsninger, der kan passe ind i hverdagen (Danske Regioner, 2017). Dette understøttes af en undersøgelse af Mandag Morgen og TrygFonden (2016), der finder, at størstedelen af danskerne mener, det skal være muligt at komme til den praktiserende læge uden for tidsrummet kl. 08.00-17.00 (Mandag Morgen and TrygFonden, 2016). Derudover kan praktiske omstændigheder have betydning i forhold til, om kvinder deltager i livmoderhalskræftscreening (Espersen and Holten, 2005; Waller *et al.*, 2009; Chorley *et al.*, 2017; Ryan, Waller and Marlow, 2019). Én af de praktiske omstændigheder der kan have betydning for deltagelsen, er begrænset åbningstid i almen praksis, da dette kan gøre det mere besværligt at få en tid hos den praktiserende læge (Waller *et al.*, 2009; Armstrong, James and Dixon-Woods, 2012; Chorley *et al.*, 2017; Harder *et al.*, 2018; Young *et al.*, 2018; Ryan, Waller and Marlow, 2019). Deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft er en af mange ting, der skal passes ind i en allerede travl hverdag og kan derfor blive nedprioriteret (Espersen and Holten, 2005; Oscarsson, Wijma and Benzein, 2008; Chorley *et al.*, 2017). Kvinderne efterspørger fleksible undersøgelsestidspunkter for livmoderhalskræft (Espersen and Holten, 2005), hvilket indikerer, at kvinderne som interessant i høj grad støtter tiltaget omkring udvidede åbningstider i almen praksis. Dog har de ingen beslutningsret i forhold til tiltaget.

Kræftens Bekæmpelse som interessant

Kræftens Bekæmpelse bidrager med forebyggende oplysnings- og informationsarbejde med det formål, at formidle forskningsviden bredt ud med henblik på at forebygge kræft. De taler desuden patienternes sag over for myndighederne og har en stærk stemme, fordi de er en af de største foreninger i Danmark med mange medlemmer og frivillige (Heide, 2020). I et interview med Kræftens Bekæmpelse fremkommer det, at foreningen støtter op om alle initiativer, der kan være med til at øge deltagelsen i programmet for livmoderhalskræftscreening (I9, s. 2). Kræftens Bekæmpelse anses derfor som en interessant, der har stor interesse i tiltaget og har middel magt, da de kan tale for sagen ud fra kvindernes perspektiv, men ikke har beslutningsret. Hvis de støtter op om tiltaget, kan de muligvis bidrage med økonomiske midler til at promovere tiltaget, eksempelvis i form af kampagner eller oplyse om det via deres hjemmeside.

Regeringen

Der er i Danmark politisk fokus på kræftområdet, og der blev i forbindelse med kræftpakke IV afsat 2,2 milliarder kroner til kræftområdet fra 2017-2020. Målet er at øge overlevelsen efter kræft ved at opdage kræfttilfælde tidligere blandt andet ved hjælp af screeningsprogrammer. Der er i den forbindelse afsat økonomiske midler i årene 2017-2019 specifikt til livmoderhalskræftscreening, der blandt andet skulle bruges til initiativer, der kunne øge deltagelsen i screeningsprogrammet (Regeringen, 2016). Regeringen anses derfor som en interessant med høj magt, da de kan sætte politisk fokus på og tilføje økonomiske midler programmet for livmoderhalskræftscreening.

Sundheds- og Ældreministeriet

Som en del af regeringen er Sundheds- og Ældreministeriet, der i form af deres politiske visioner om at udviklingen af Danmark skal være i en sund retning, hvor ministeriet vil være med til at sætte rammerne for, at sundhedsvæsenet er velfungerende, lever op til tiden og er moderne samt effektivt (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017). I kraft af deres politiske agenda om at løfte sundhedsvæsenet samt at inddrage forskellige interessenter (Pinborg, 2020) formodes de at støtte et tiltag med henblik på at øge deltagelsen til programmet for livmoderhalskræftscreening. Derudover har ministeriet stor beslutningsret, da de har en repræsentant i RLTN (Pedersen, 2006) og i form af sin veto i forhandlingerne af overenskomsten om almen praksis mellem PLO og RLTN (Hansen *et al.*, 2010).

Finansministeriet

I RLTN skal Finansministeriet være repræsenteret (Pedsersen, 2006). Dette medlem kan, ligesom medlemmet fra Sundheds- og Ældreministeriet, kan medlemmet modsætte sig de beslutninger RLTN træffer. (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, 2007). Finansministeriet anses derfor som en interessant med høj magt.

Bilag 2 - Facebookopslag

!! Min specialegruppe og jeg søger hjælp til dataindsamling !!

Er du praktiserende læge? Eller kender du en praktiserende læge?

Vi ved godt, at det er en meget ubelejlig tid, men vi håber, der på trods af COVID-19 pandemien er nogen, der har tid og lyst til at hjælpe os 🙌

Vi er en specialegruppe, der læser Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Vi søger, som en del af vores dataindsamling, praktiserende læger til telefoninterviews af cirka en halv times varighed inden for de næste tre uger alt efter, hvornår det passer dig bedst. Vi arbejder med at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Tiltaget handler om, hvad der på et teoretisk plan skal til for at udvide åbningstiderne i almen praksis, så kvinder har mulighed for at blive screenet uden at tage fri fra arbejde. Din deltagelse vil blive anonymiseret i specialet.

Har du spørgsmål eller brug for yderligere information vil vi meget gerne sende det til dig. Kontakt os gerne via opslaget, privat besked til en af os over Facebook eller via vores fællesmail: 20gr10307@hst.aau.dk

Opslaget må meget gerne deles - det vil være en rigtig stor hjælp.

Venligst

Mette Torp, Pernille Moth og Tilde Schjøtt

Bilag 3 - Interviewguide (Praktiserende læger)

Briefing:

Hej. Inden vi går i gang, vil vi høre, om det er i orden, at interviewet optages?
Lydoptageren tændes.

Indledende informationer

- Kort præsentation af os: Vi er tre studerende ved Aalborg Universitet, der er i gang med vores speciale på kandidaten i Folkesundhedsvidenskab. Specialet handler om, hvad der skal til for at udvide åbningstiderne i almen praksis med henblik på, at kvinder skal have mulighed for at blive screenet for livmoderhalskræft uden for normal arbejdstid. Dette for at lette adgang for alle kvinder og på den måde øge deltagelsen i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.
- Varigheden af interviewet vil være omkring 30 min.
- Du vil blive anonymiseret i specialet, og derfor vil dit navn eller andre oplysninger knyttet til dig ikke fremgå nogen steder. Ved brug af citater bliver du angivet med et pseudonym.
- Vi vil opbevare og behandle data i henhold til de gældende GDPR-regler, hvilket betyder, at lydfilen opbevares på et krypteret drev på vores computere. Derudover slettes lydfilen så snart, interviewet er transskriberet og transskriberingerne slettes efter bestået eksamen.
- Du vil til enhver tid kunne trække dig fra interviewet.

Interviewguide

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
Indledende spørgsmål	Vil du starte med at fortælle lidt om hvor længe, du har været praktiserende læge? Og i hvilken region du arbejder som praktiserende læge? Hvordan er den lægepraksis du arbejder i opbygget? Hvad er din holdning til livmoderhalskræftscreening? Hvordan foregår livmoderhalskræftscreeningen i din/jeres lægepraksis?	Har du egen lægepraksis? Er I flere læger i samme lægepraksis? Hvor mange ansatte er der? Hvordan din/jeres lægepraksis opbygget i forhold til ledelse? Hvem foretager screeningen? Hvordan foregår det med booking til screening? Har I tider, der ligger efter kl. 16? Er

		der forskel på, om man booker en tid til “normal” tid eller en sen tid efter kl 16? Har I overveje at holde længe åbent flere dage? Hvis ikke, hvad har gjort, at I ikke har det?
Hvilke holdninger har de praktiserende læger til at udvide åbningstiderne i almen praksis?	Hvad er din holdning til at udvide åbningstiderne i almen praksis for, at kvinderne kan blive screenet uden for normal arbejdstid, eksempelvis om morgenen, aftenen eller weekenden? Hvad er din opfattelse af kvinders behov for at kunne blive screenet for livmoderhalskræft uden for normal arbejdstid? Vi har fundet i litteraturen, at især kvinder med lav socioøkonomisk position ikke i lige så høj grad deltager i screening for livmoderhalskræft, hvad tror du, der skal til for at nå den gruppe? Hvordan tror du tiltaget vil blive mødt blandt dine kolleger Hvordan tænker du tiltaget vil berøre sygeplejerskerne og sekretærerne i din/jeres lægepraksis?	Hvad taler for tiltaget? Hvad taler imod tiltaget? Hvilken betydning tror du, det vil have for deltagelsen i livmoderhalskræftscreening? Kunne du forestille dig andre løsninger til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening? Hvad tror du, der skal til for at imødekomme deres holdninger?
Hvilke kontekstuelle betingelser skal være til stede for, at udvidede åbningstider kan implementeres i almen praksis?	Er der nogle praktiske omstændigheder i din/jeres praksis, der har indflydelse på, om tiltaget kan implementeres? Sundhedsstyrelsen foreslår i deres anbefalinger til livmoderhalskræftscreening, at aftenåbning kan gå på skift mellem praktiserende læger i et område - hvad tænker du om dette? Sundhedsstyrelsen foreslår tillige aftenåbning uden tidsbestilling for screening - hvad tænker du om denne løsning?	Eksempelvis om der kan frigives timer på andre tidspunkter Hvad skal der til for, at dette kan lade sig gøre i forhold til at de forskellige lægepraksisser er selvstændige erhvervsdrivende?

	Hos nogle praktiserende læger er sygeplejersker oplært til at foretage livmoderhalskræftscreening - tænker du, at dette vil/kan have en betydning i forhold til at udvide åbningstiderne?	I så fald, hvilken betydning, kan det have? Og hvad ville det kræve?
Hvilke fremmende og hæmmende faktorer gør sig gældende for at kunne implementere udvidede åbningstider i almen praksis?	Tror du, at det ville kunne lade sig gøre at udvide undersøgelsestiderne til livmoderhalskræftscreening i almen praksis?	Hvilke barrierer forestiller du dig, at der kan være for at implementere udvidede åbningstider til livmoderhalskræftscreening i almen praksis? Hvilke fremmende faktorer tror du, der kan være?
Hvordan kan et tiltag udformes ifølge lægerne?	Hvad skal der til for dig for, at du vil synes, at det vil være en god ide at udvide åbningstiderne? Hvilken betydning ville det økonomiske aspekt have for din holdning til tiltaget? I forhold til at I som praktiserende læger er provisionslønnnet. Hvad ville det i praksis kræve for, at det kan implementeres i almen praksis? Hvordan forestiller du dig, at det ville påvirke arbejdsopgaverne for de ansatte i din/jeres lægepraksis, hvis I skulle udvide åbningstiderne for screening? Region Nordjylland havde en forsøgsperiode med "Åben Klinik" i 2018 på Aalborg og Hjørring sygehus. Det var en åben klinik, hvor nordjyske kvinder kunne komme uden tidsbestilling og bliver	Kunne man eksempelvis forestille sig, at I fik et fast beløb for at holde længe åbent frem for pr. ydelse? Eller fri på et andet tidspunkt eller administrativt arbejde? Hvor mange ansatte og hvilke stillinger forestiller du dig, at det ville kræve? Er der nogle ansatte, der ville få nye eller andre arbejdsopgaver? Ville det ændre på den nuværende måde I sender prøverne afsted på? Hvis ja, hvad ville det så kræve af løsninger? Hvilke fordele og ulemper ser du, der kan være, ved at screene i henholdsvis almen praksis kontra på sygehuset/mobile klinikker?

	screenet for livmoderhalskræft. Åbningstiderne var fra kl. 16-19 to gange om ugen. Den primære målgruppe var de kvinder, der ikke fulgte screeningsprogrammet regelmæssigt hos almen praksis - Hvad tænker du om en sådan mulighed?	
--	--	--

Debriefing

Jeg har ikke flere spørgsmål. Er der noget, du gerne vil tilføje eller uddybe?

Vi vil gerne sige mange tak for, at du havde lyst til at medvirke i interviewet. Slutteligt vil vi spørge, om vi må kontakte dig via mail, hvis der skulle dukke opfølgende spørgsmål op?

Bilag 4 - Interviewguide (Kræftens Bekæmpelse)

Briefing:

Hej. Inden vi går i gang, vil vi høre, om det er i orden, at interviewet optages?
Lydoptageren tændes.

Indledende informationer

- Kort præsentation af os: Vi er tre studerende ved Aalborg Universitet, der er i gang med vores speciale på kandidaten i Folkesundhedsvidenskab. Specialet handler om, hvad der skal til for at udvide åbningstiderne i almen praksis med henblik på, at kvinder skal have mulighed for at blive screenet for livmoderhalskræft uden for normal arbejdstid. Dette for at lette adgang for alle kvinder og på den måde øge deltagelsen i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.
- Varigheden af interviewet vil være omkring 30 min.
- Du vil blive anonymiseret i specialet, og derfor vil dit navn eller andre oplysninger knyttet til dig ikke fremgå nogen steder. Ved brug af citater bliver du angivet med et pseudonym.
- Vi vil opbevare og behandle data i henhold til de gældende GDPR-regler, hvilket betyder, at lydfilen opbevares på et krypteret drev på vores computere. Derudover slettes lydfilen så snart, interviewet er transskriberet og transskriberingerne slettes efter bestået eksamen.
- Du vil til enhver tid kunne trække dig fra interviewet.

Interviewguide

Forsknings-spørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
Indledende spørgsmål	Hvad er jeres holdning som organisation til livmoderhalskræftscreening? Arbejder I med at forbedre deltagelsen af livmoderhalskræftscreening? Hvilken rolle spiller I som organisation i forhold til screeningsprogrammet for livmoderhalskræft? Har I et samarbejde med Sundhedsstyrelsen, regioner eller praktiserende læger ift. screeningsprogrammet for livmoderhalskræft?	Hvordan arbejder I med det? (eksempelvis informationsmateriale og oplysningskampagner) Hvilken indflydelse har I, i forhold til tiltag til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening?
Hvilke holdninger har Kræftens Bekæmpelse til at udvide åbningstiderne i almen praksis?	Hvad er jeres holdning som organisation til at udvide åbningstiderne i almen praksis for, at kvinderne kan blive screenet uden for normal arbejdstid, eksempelvis om morgenen, aftenen eller weekenden?	Hvad taler for tiltaget? Hvad taler imod tiltaget? Hvilken betydning tror I, det vil have for deltagelsen i livmoderhalskræftscreening?

	Hvad er jeres organisations opfattelse af kvinders behov for at kunne blive screenet for livmoderhalskræft uden for normal arbejdstid? Vi har fundet i litteraturen, at især kvinder med lav socioøkonomisk position ikke i lige så høj grad deltager i screening for livmoderhalskræft, hvad tror I, der skal til for at nå den gruppe?	Kunne I forestille jer andre løsninger til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening?
Hvilke kontekstuelle betingelser skal være til stede for, at udvidede åbningstider kan implementeres i almen praksis?	Ser I, at der kan være nogle praktiske omstændigheder i almen praksis, der har indflydelse på, om tiltaget kan implementeres? Sundhedsstyrelsen foreslår i deres anbefalinger til livmoderhalskræftscreening, at aftenåbning kan gå på skift mellem praktiserende læger i et område - hvad tænker I om denne løsning? Sundhedsstyrelsen foreslår tillige aftenåbning uden tidsbestilling for screening - hvad tænker I om denne løsning?	
Hvilke fremmede og hæmmende faktorer gør sig gældende for at kunne implementere udvidede åbningstider i almen praksis?	Tror I, at det ville kunne lade sig gøre at udvide undersøgelsestiderne til livmoderhalskræftscreening i almen praksis?	Hvilke barrierer forestiller I jer, at der kan være for at implementere udvidede åbningstider til livmoderhalskræftscreening i almen praksis? Hvilke fremmede faktorer tror I, der kan være?

Debriefing

Jeg har ikke flere spørgsmål. Er der noget, du gerne vil tilføje eller uddybe?

Vi vil gerne sige mange tak for, at du havde lyst til at medvirke i interviewet. Slutteligt vil vi spørge, om vi må kontakte dig via mail, hvis der skulle dukke opfølgende spørgsmål op?

Bilag 5 - Information til informanter

Hej _____

Vi sender hermed information om det aftalte telefoninterview ____ dag den __/__ kl. ____

Vi er tre studerende fra Aalborg Universitet, der læser en kandidat i Folkesundhedsvidenskab. Vi er i gang med at skrive vores speciale, hvor vi arbejder med at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Forskningslitteraturen peger på, at åbningstider uden for normal arbejdstid kan øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, da det kan bidrage til at fjerne nogle af de praktiske barrierer, kvinderne oplever i forhold til screening. Dette ved at lette adgangen til screening for kvinderne, så de får mulighed for at blive screenet uden at skulle tage fri fra arbejde. Vi ønsker derfor i dette speciale at undersøge, hvordan man kan gennemføre dette tiltag i praksis. I den forbindelse er vi interesseret i at høre om dine perspektiver på, hvad der skal til for, at dette kan lade sig gøre, samt din holdning som praktiserende læge til at udvide åbningstiderne til livmoderhalskræftscreening, f.eks. aften- eller weekendåbent.

I forbindelse med interviewet har vi brug for samtykke fra dig for, at vi må optage interviewet og anvende det i vores speciale. På grund af omstændighederne med coronavirus-pandemien har vi ikke mulighed for at mødes fysisk og indhente skriftligt samtykke. Vi vil derfor høre dig, om du har mulighed for at underskrive den vedhæftede samtykkeerklæring elektronisk og sende den tilbage på en mail, eller om du via mail vil give samtykke til, at du har fået skriftlig information om projektet og din deltagelse i interviewet samt anvendelsen af data herfra i specialet? Vi håber, en af disse løsninger kan anvendes, og at det er muligt at sende samtykket retur inden interviewet. Vi vil også gerne forinden have bekræftelse på, om vi må optage interviewet.

Vi ser frem til at tale med dig.

Venlig hilsen

Pernille Moth, Tilde Schjøtt og Mette Torp

Bilag 6 - Samtykkeerklæring (Praktiserende læger)

Informeret samtykke til at deltage i et sundhedsvidenskabeligt speciale

I vores speciale arbejder vi med at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Tiltaget handler om på et teoretisk plan at udvide åbningstiderne i almen praksis, så kvinder har mulighed for at blive screenet uden at skulle tage fri fra arbejde. Specialet vil ende ud i en skriftlig rapport til universitetet.

Formålet med interviewet er at undersøge, hvad der skal til for at udvide åbningstiderne i almen praksis f.eks. med mulighed for undersøgelsestider om aftenen eller i weekenden, samt at indsamle viden om din holdning som praktiserende læge til dette tiltag. Interviewet vil blive en del af vores dataindsamling og fremgå i specialet, og der vil fremgå anonyme citater fra interviewet i specialet.

Interviewet vil blive optaget, så vi har mulighed for at gå tilbage til det, der er sagt og anvende konkrete citater fra interviewet. Personlige oplysninger eller dit navn vil ikke komme til at fremgå nogen steder. Ved brug af citater i rapporten, sløres detaljer, således du ikke kan genkendes. Data vil håndteres efter gældende GDPR-regler, det vil sige, at lydfilen gemmes på et krypteret drev på vores computere. Lydfilen slettes, så snart vi har transskriberet interviewet, og transskriptionerne slettes efter bestået eksamen. Din deltagelse er frivillig, og du kan trække dig fra interviewet til enhver tid.

Erklæring fra informanten:

Jeg har fået mundtlig og skriftlig information om specialet, og jeg ved nok om formålet, metoden og brugen af data til at sige ja til at deltage. Jeg er informeret om, at der ikke videregives oplysning om mig, eller det jeg fortæller til andre. Jeg giver desuden tilladelse til, at interviewet må optages

Jeg ved, det er frivilligt at deltage, og at mit samtykke kan trækkes tilbage til hver en tid.

Jeg giver hermed samtykke til min deltagelse i projektet og har fået skriftlig information om projektet. Det skriftlige samtykke vil blive opbevaret i en krypteret mappe på projektgruppens computere.

Informantens navn: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Bilag 7 - Samtykkeerklæring (Kræftens Bekæmpelse)

Informeret samtykke til at deltage i et sundhedsvidenskabeligt speciale

I vores speciale arbejder vi med at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Tiltaget handler om på et teoretisk plan at udvide åbningstiderne i almen praksis, så kvinder har mulighed for at blive screenet uden at skulle tage fri fra arbejde. Specialet vil ende ud i en skriftlig rapport til universitetet

Formålet med interviewet er at indsamle viden om jeres holdning som organisation til dette tiltag. Interviewet vil blive en del af vores dataindsamling og fremgå i specialet, og der vil fremgå anonyme citater fra interviewet i specialet.

Interviewet vil blive optaget, så vi har mulighed for at gå tilbage til det, der er sagt og anvende konkrete citater fra interviewet. Personlige oplysninger eller dit navn vil ikke komme til at fremgå nogen steder. Ved brug af citater i rapporten, sløres detaljer, således du ikke kan genkendes. Data vil håndteres efter gældende GDPR-regler, det vil sige, at lydfilen gemmes på et krypteret drev på vores computere. Lydfilen slettes, så snart vi har transskriberet interviewet, og transskriptionerne slettes efter bestået eksamen. Din deltagelse er frivillig og du kan trække dig fra interviewet til enhver tid.

Erklæring fra informanten:

Jeg har fået mundtlig og skriftlig information om specialet, og jeg ved nok om formålet, metoden og brugen af data til at sige ja til at deltage. Jeg er informeret om, at der ikke videregives oplysning om mig, eller det jeg fortæller til andre. Jeg giver desuden tilladelse til, at interviewet må optages

Jeg ved, det er frivilligt at deltage, og at mit samtykke kan trækkes tilbage til hver en tid.

Jeg giver hermed samtykke til min deltagelse i projektet og har fået skriftlig information om projektet. Det skriftlige samtykke vil blive opbevaret i en krypteret mappe på projektgruppens computere.

Informantens navn: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Bilag 8 - Transskriberingsprocedure

Tegn	Uddybelse
Taleord	Ord som eksempelvis øh, hmm og mmh udelades
I	Interviewer
P (Hvis pseudonymet er Per)	Informanterne angives med forbogstavet af deres pseudonym
X	Angives når et navn nævnes
(???)	Passager der er uforståelige
Røde ord	Angiver ord der er usikkerhed omkring
STORT	Ord der lægges tryk på
(Følelsesudbrud)	Følelser som eksempelvis grin
Linjeskift	Når en ny person begynder at tale
Gentagelser i sætninger	Sætninger skrives "rent", hvis der siges det samme eksempelvis: "det vil sige.., det vil sige.."
" "	Anvendes ved citering

Bilag 9 - Indledende søgning

I dette speciale er der anvendt bloksøgning som led i den indledende søgning. I den forbindelse er der identificeret to hovedblokke: 'livmoderhalskræft' og 'screening'. Dog er der i nogle søgninger anvendt blokken 'kræft', hvis det har været nødvendigt at brede søgningen yderligere ud. Den tredje blok, der er illustreret i nedenstående tabel 1, er udskiftet alt efter, hvad formålet har været med den enkelte søgning enten 'social ulighed', 'deltagelse' eller 'tiltag'. Hvis der eksempelvis er søgt efter litteratur omhandlende social ulighed, er denne blok sat ind, se tabel 2.

(Livmoderhals)kræft	Screening	'Indsæt blok'
Cervix cancer	Screening program	
Cervix neoplasms	Cancer screening	
Cervical cancer	Early detection of cancer	
	Cervical screening	
	Pap smear test	

Tabel 1: Blokke indledende søgning

Social ulighed	Deltagelse	Tiltag
Socioeconomic status	Participation	Opening hours
Social status	Patient attendance	Flexible appointment
Social inequality	Compliance	Out-of-hours care
Social inequity	Patient participation	Evening clinic
Social position	Adherence	Weekend services
Socioeconomic position	Patient compliance	Appointment times
		Open clinic

Tabel 2: Blokke til indsætning

Den indledende søgning blev foretaget i databaserne: CINAHL, Cochrane, Embase, PsycInfo og PubMed. Den indledende søgning blev foretaget fra den 17.02.2020 - 06.03.2020.

Bilag 10 - Systematisk litteratursøgning

Problemformulering

Hvordan kan udvidede åbningstider implementeres i almen praksis med henblik på at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening?

- Hvilke holdninger har praktiserende læger til at udvide åbningstiderne for livmoderhalskræftscreening, og hvilken betydning har det for implementering af udvidede åbningstider?
- Hvilke fremmende og hæmmende faktorer er der for implementering af organisationsændringer i almen praksis?

Bloksøgning

I dette speciales systematiske søgning er der anvendt bloksøgning bestående af tre blokke, der udspringer af problemformuleringen. Emnet 'udvidet åbningstid' er ikke medtaget som en blok, da søgningen viste sig at være for specifik og derfor ikke gav resultater. Den systematiske søgning er i stedet bredt mere ud ved at anvende følgende tre blokke: 'Almen praksis', 'forandring' og 'organisationsopbygning', se tabel 3.

Blok 1: Almen praksis	Blok 2: Forandring	Blok 3: Organisationsstruktur og -kultur
Primary care	Organization change	Organization structure
General practice	Organisation change	Organisation structure
Primary care practice	Readiness to change	Organization culture
Primary health care	Readiness for change	Organisation culture

Tabel 3: Blokkene i den systematiske søgning

Søgetermen "organisation" kan både staves med "z" eller "s", hvorfor der i de databaser, der skelner mellem de to stavemåder, er søgt på begge dele. Ligeledes kan der i nogle databaser være forskel i antal hits, om der søges på "readiness to/for change", hvorfor der i pågældende databaser er søgt på begge alternativer.

Databaser

Der er søgt i følgende databaser: Academic Search Premier, Business Source Premier, Cochrane Library, Research Library og Scopus, da de alle bidrager med litteratur, der er relateret til 'Organisation'. Dokumentation for søgningerne fremgår i nedenstående tabeller.

Academic Search Premier

Søgningen er foretaget 01.04.2020

Database: Academic Search Premier		
Nr.	Søgetermer	Hits
Blok 1: Almen praksis		
1	"Primary care*"	134.567
2	"General practice*"	67.479
3	"Primary health care*"	42.808
4	1 OR 2 OR 3	200.021
Blok 2: Forandring		
5	"Organization* change*"	14.641
6	"Organisation* change*"	11.847
7	"Readiness to change*"	1.593
8	5 OR 6 OR 7	19.106
Blok 3: Organisationsstruktur og -kultur		
9	"Organization* structure*"	13.057
10	"Organisation* structure*"	8.195
11	"Organization* culture*"	14.339
12	"Organisation* culture*"	1.048
13	9 OR 10 OR 11 OR 12	28.286
Kombinationen på tværs af blok 1, blok 2 og blok 3		
14	4 AND 8 AND 13	91

Business Source Premier

Søgningen er foretaget 01.04.2020

Database: Business Source Premier		
Nr.	Søgetermer	Hits
Blok 1: Almen praksis		
1	“Primary care*”	12.355
2	“General practice*”	6.234
3	“Primary health care*”	2.897
4	1 OR 2 OR 3	18.224
Blok 2: Forandring		
5	“Organization* change*”	34.575
6	“Organisation* change*”	28.737
7	“Readiness to change*”	313
8	5 OR 6 OR 7	35.304
Blok 3: Organisationsstruktur og -kultur		
9	“Organization* structure*”	30.107
10	“Organisation* structure*”	22.061
11	“Organization* culture*”	36.020
12	“Organisation* culture*”	1.220
13	9 OR 10 OR 11 OR 12	65.549
Kombinationen på tværs af blok 1, blok 2 og blok 3		
14	4 AND 8 AND 13	47

Cochrane

Søgningen er foretaget 01.04.2020

Database: Cochrane		
Nr.	Søgetermer	Hits
Blok 1: Almen praksis		
1	“Primary care”	20.601
2	“General practice”	7.835
3	“Primary health care” MeSH	6.942
4	1 OR 2 OR 3	28.420
Blok 2: Forandring		
5	“Organization change”	121
6	“Readiness to change”	528
7	“Readiness for change”	129
8	5 OR 6 OR 7	609
Blok 3: Organisationsstruktur og -kultur		
9	“Organization structure”	81
10	“Organizational structure”	114
11	“Organization culture”	334
12	“Organizational culture”	161
13	9 OR 10 OR 11 OR 12	232
Kombinationen på tværs af blok 1, blok 2 og blok 3		
14	4 AND 8 AND 13	3

Research Library

Søgningen er foretaget 02.04.2020

Database: Research Library		
Nr.	Søgetermer	Hits
Blok 1: Almen praksis		
1	“Primary care” Thesaurus	29.732
2	“General practice*”	78.773
3	“Primary care practice*”	11.500
5	“Primary health care*”	44.594
6	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5	143.667
Blok 2: Forandring		
7	“Organization* change*”	46.979
8	“Organisation* change*”	6.067
9	“Readiness to change*”	2.455
10	“Readiness for change*”	1.744
11	7 OR 8 OR 9 OR 10	55.357
Blok 3: Organisationsstruktur og -kultur		
12	“Organization* structure*”	93.953
13	“Organisation* structure*”	9.379
14	“Organization* culture*”	30.242
15	“Organisation* culture*”	4.758
16	12 OR 13 OR 14 OR 15	130.126
Kombinationen på tværs af blok 1, blok 2 og blok 3		
17	6 AND 11 AND 16	378

Scopus

Søgningen er foretaget 02.04.2020

Database: Scopus		
Nr.	Søgetermer	Hits
Blok 1: Almen praksis		
1	“Primary care*”	645.028
2	“General practice*”	327.463
3	“Primary health care*”	218.776
4	1 OR 2 OR 3	951.628
Blok 2: Forandring		
5	“Organization* change*”	116.698
6	“Readiness to change*”	6.134
7	“Readiness for change*”	4.490
8	5 OR 6 OR 7	125.053
Blok 3: Organisationsstruktur og -kultur		
9	“Organization* structure*”	75.199
10	“Organisation* structure*”	9.843
11	“Organization* culture*”	97.156
12	“Organisation* culture*”	14.221
13	9 OR 10 OR 11 OR 12	164.718
Kombinationen på tværs af blok 1, blok 2 og blok 3		
14	4 AND 8 AND 13	1.184

Bilag 11 - Tjeklister

Achieving change in primary care-effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: Systematic review of reviews (Lau *et al.*, 2015)



JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research

Syntheses

Reviewer Gruppe 10307 Date 8. april 2020
 Author Lau et. al. Year 2015 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	☒	☐	☐	☐
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	☒	☐	☐	☐
3. Was the search strategy appropriate?	☒	☐	☐	☐
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	☒	☐	☐	☐
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	☒	☐	☐	☐
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	☒	☐	☐	☐
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	☒	☐	☐	☐
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	☒	☐	☐	☐
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	☐	☒	☐	☐
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	☒	☐	☐	☐
11. Were the specific directives for new research appropriate?	☒	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Implementation of change in health care in Sweden: a qualitative study of professionals' change responses (Nilsen *et al.*, 2019)



JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer Gruppe 10307 Date 8. april 2020

Author	<u>Nilsen et al.</u>	Year	<u>2019</u>	Record Number				
					Yes	No	Unclear	Not applicable
1.	Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	☐	☐	☒	☐			
2.	Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	☐	☐	☒	☐			
3.	Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	☐	☐	☒	☐			
4.	Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	☐	☐	☒	☐			
5.	Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	☐	☐	☒	☐			
6.	Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	☒	☐	☐	☐			
7.	Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	☒	☐	☐	☐			
8.	Are participants, and their voices, adequately represented?	☒	☐	☐	☐			
9.	Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	☒	☐	☐	☐			
10.	Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	☒	☐	☐	☐			

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: A systematic integrative review (Li *et al.*, 2018)



JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer Gruppe 10307 Date 8. april 2020

Author Li et al. Year 2018 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	☒	☐	☐	☐
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	☒	☐	☐	☐
3. Was the search strategy appropriate?	☒	☐	☐	☐
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	☒	☐	☐	☐
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	☒	☐	☐	☐
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	☒	☐	☐	☐
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	☒	☐	☐	☐
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	☒	☐	☐	☐
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	☐	☐	☐	☒
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	☒	☐	☐	☐
11. Were the specific directives for new research appropriate?	☒	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (including reason for exclusion)

Ready for Change? The Role of Physician and Staff Engagement, Burnout, and Workplace Attributes (Hung and Chen, 2017)



JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Reviewer Gruppe 10307 Date 8. april 2020

Author Hung & Chen Year 2017 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	☒	☐	☐	☐
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	☒	☐	☐	☐
3. Was the sample size adequate?	☒	☐	☐	☐
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	☒	☐	☐	☐
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	☒	☐	☐	☐
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	☒	☐	☐	☐
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	☒	☐	☐	☐
8. Was there appropriate statistical analysis?	☒	☐	☐	☐
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	☒	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)



JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer Gruppe 10307 Date 8. april 2020

Author Willis et al. Year 2016 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	☒	☐	☐	☐
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	☒	☐	☐	☐
3. Was the search strategy appropriate?	☒	☐	☐	☐
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	☒	☐	☐	☐
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	☐	☐	☒	☐
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	☐	☐	☒	☐
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	☐	☐	☒	☐
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	☒	☐	☐	☐
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	☐	☐	☒	☐
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	☒	☐	☐	☐
11. Were the specific directives for new research appropriate?	☒	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Referenceliste

Armstrong, N., James, V. and Dixon-Woods, M. (2012) 'The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: A qualitative study', *Family Practice*, 29(4), pp. 462–466. doi: 10.1093/fampra/cmr105.

Arrouas, M. (2017) *Mediernes Magt, Bibliotek og undervisning*. Available at: <https://faktalink.dk/titelliste/mediernes-magt> (Accessed: 2 April 2020).

Campbell, H. E. *et al.* (2019) 'Preferences for interventions designed to increase cervical screening uptake in non-attending young women: How findings from a discrete choice experiment compare with observed behaviours in a trial', *Health Expectations*, (May 2019), pp. 202–211. doi: 10.1111/hex.12992.

Chorley, A. J. *et al.* (2017) 'Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: a systematic review and thematic synthesis', *Psycho-Oncology*, 26(2), pp. 161–172. doi: 10.1002/pon.4126.

Danske Regioner (2017) *Sundhed for Alle Vision for Et Bæredygtigt Sundhedsvæsen*. Available at: <http://www.regioner.dk/media/4671/sundhed-for-alle-vision-for-et-baeredygtigt-sundhedsvaesen-final.pdf>.

Danske Regioner (2020a) *Aftaler og overenskomster*, *Regioner.dk*. Available at: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/arbejdsgiver/aftaler-og-overenskomster> (Accessed: 2 April 2020).

Danske Regioner (2020b) *Praksissektoren*. Available at: <https://www.regioner.dk/sundhed/praksissektoren> (Accessed: 2 April 2020).

Espersen, M. M. and Holten, I. W. (2005) 'Barrierer for screening for livmoderhalskræft', *Ugeskrift for Læger*, 167(46), pp. 4371–74.

Finansministeriet (2020) *Opgaver for Kommuner og regioner*, *Finansministeriet*. Available at: <https://www.fm.dk/arbejdsomraader/kommuner-og-regioner/opgaver-for-kommuner-og-regioner> (Accessed: 2 April 2020).

Hansen, J. *et al.* (2010) *Styring i praksis. Erfaringer fra de danske regioner*. København Ø.
Available at: <https://www.vive.dk/media/pure/9280/2052380>.

Harder, E. *et al.* (2018) 'Determinants for participation in human papillomavirus self-sampling among nonattenders to cervical cancer screening in Denmark', *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 27(11), pp. 1342–1351. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-18-0480.

Heide, B. (2020) *Kræftens Bekæmpelses historie, Kræftens Bekæmpelse*. Available at: <https://www.cancer.dk/skole/om-kraeftens-bekaempelse/kraeftens-bekaempelses-historie/> (Accessed: 2 April 2020).

Hung, D. and Chen, P. H. (2017) 'Ready for change? the role of physician and staff engagement, burnout, and workplace attributes', *Journal of Ambulatory Care Management*, 40(2), pp. 150–157. doi: 10.1097/JAC.0000000000000159.

Lau, R. *et al.* (2015) 'Achieving change in primary care-effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: Systematic review of reviews', *BMJ Open*, 5(12), pp. 1–16. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009993.

Li, S.-A. *et al.* (2018) 'Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: A systematic integrative review', *Systematic Reviews*. University of Toronto, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, Toronto, ON, Canada, 7(1), pp. 1–19. doi: 10.1186/s13643-018-0734-5.

Mandag Morgen and TrygFonden (2016) *Sundhedsvæsenet - ifølge danskerne*.

Mikkelsen, H. and Riis, J. O. (2011) *Grundbog i projektledelse*. 10th edn. Rungsted: Prodevo.

Nilsen, P. *et al.* (2019) 'Implementation of change in health care in Sweden: A qualitative study of professionals' change responses', *Implementation Science*. Department of Medical and Health Sciences, Division of Community Medicine, Linköping University, Linköping, SE-581 83, Sweden, 14(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s13012-019-0902-6.

Offman, J. *et al.* (2013) 'A randomised trial of weekend and evening breast screening appointments', *British Journal of Cancer*. Nature Publishing Group, 109(3), pp. 597–602. doi: 10.1038/bjc.2013.377.

Oscarsson, M. G., Wijma, B. E. and Benzein, E. G. (2008) 'Nonattendance in a cervical cancer screening program - What happens if women's requirements are met?', *Health Care for Women International*, 29(2), pp. 183–197. doi: 10.1080/07399330701738242.

Pedsersen, T. (2006) *Bekendtgørelse om Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Finansministeriet*. Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=5961> (Accessed: 2 April 2020).

Pinborg, K. (2020) 'Sundhedsminister lover sundhedsaftale inden folketingsvalget i 2023', *Dagens Medicin*. Available at: <https://dagensmedicin.dk/sundhedsminister-lover-sundhedsaftale-inden-folketingsvalg-i-2023/> (Accessed: 2 April 2020).

PLO (2017) *Om PLO, Praktiserende Lægers Organisation*. Available at: <https://www.laeger.dk/plo/om-plo> (Accessed: 2 April 2020).

Praktiserende Lægers Organisation (2020) *Oplæg til forhandling af ny overenskomst om almen praksis*.

Regeringen (2016) *Patienternes Kræftplan IV*. København. Available at: https://www.sum.dk/Temaer/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2016/Kraeftplan-IV-aug-2016/Kraeftplan-IV-Patienternes-aug-2016.ashx.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2007) *Forretningsorden for Regionernes Lønnings- og Takstnævn*. Danmark. Available at: <https://rltn.dk/media/2744/forretningsorden-for-regionernes-loennings-og-takstnaevn.pdf>.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn and Praktiserende Lægers Organisation (2018) *Overenskomst om almen praksis*. Available at: https://www.laeger.dk/sites/default/files/overenskomst_om_almen_praksis_ok18_endelig_udgave.pdf.

Ringgard, K. F. (2019) *Et skridt foran kræft, Kræftens Bekæmpelse*. Available at: <https://www.cancer.dk/om-os/vision-og-formaal/pejlemaerker/et-skridt-foran-kraeft/> (Accessed: 2 April 2020).

Ryan, M., Waller, J. and Marlow, L. A. V. (2019) 'Could changing invitation and booking

processes help women translate their cervical screening intentions into action? A population-based survey of women's preferences in Great Britain', *BMJ Open*, 9(7), pp. 1–10. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028134.

Sundheds- og Ældreministeriet (2017) *Mission, vision og værdier*, sundheds- og ældreministeriet. Available at: <http://sum.dk/Ministeriet/Mission-vision-vaerdier.aspx> (Accessed: 2 April 2020).

Sundheds- og Ældreministeriet (2019) *Ministeriets historie*. Available at: <https://www.sum.dk/Ministeriet/Ministeriets-historie.aspx> (Accessed: 2 April 2020).

Sundhedsstyrelsen (2018) *Screening for livmoderhalskræft - anbefalinger*.

Waller, J. *et al.* (2009) 'Barriers to cervical cancer screening attendance in England: A population-based survey', *Journal of Medical Screening*, 16(4), pp. 199–204. doi: 10.1258/jms.2009.009073.

Willis, C. D. *et al.* (2016) 'Sustaining organizational culture change in health systems', *Journal of Health, Organisation and Management*, 30(1), pp. 2–30. doi: 10.1108/JHOM-07-2014-0117.

Young, B. *et al.* (2018) 'Factors influencing the decision to attend screening for cancer in the UK: A meta-ethnography of qualitative research', *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 40(2), pp. 315–339. doi: 10.1093/pubmed/idx026.