

Livmoderhalskræftscreening blandt unge kvinder mellem 23-29 år

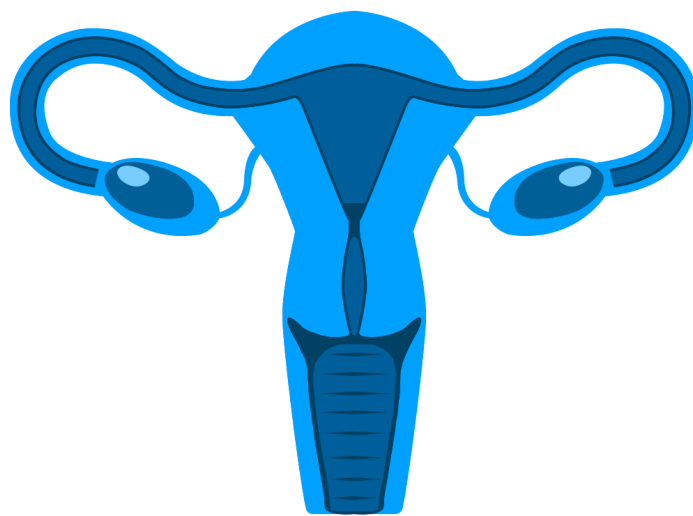


Illustration udarbejdet af Niklas Djurnø

Udarbejdet af: Nadja Djurnø (20200586) & Nicoline Mie Tesch (20200587)

Afleveringsdato: 01.06.2022

Antal anslag inkl. mellemrum: 201.936

Referencesystem: APA 7th ed.

Vejleder: Henrik Vardinghus-Nielsen

Aalborg Universitet- Kandidat i Folkesundhedsvidenskab

Specialeprojekt

Forord

Dette specialeprojekt er udarbejdet i perioden februar 2022 til juni 2022, på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Specialet omhandler livmoderhalskræftscreening blandt unge kvinder mellem 23-29 år i Danmark. Ideen til specialets emne, er kommet på baggrund af, at vi begge er uddannet radiografer, hvorfor vi har et stort kendskab til screeningsområdet samt stor interesse for forebyggelse af kræft. Grundet vores interesse for kræftområdet, tog vi kontakt til Kræftens Bekæmpelse, for at opnå et kendskab til områder med potentiale for forbedringer. Her viste det sig, at der inden for livmoderhalskræftscreening i Danmark, er en lav deltagelse blandt de unge kvinder mellem 23-29 år.

Vi vil gerne benytte dette forord til at rette en stor tak til vores vejleder Henrik Vardinghus-Nielsen, Lektor ved Institut for Medicin og Teknologi, Aalborg Universitet, som har bidraget med kyndig vejledning gennem udarbejdelsen af specialet. Herudover vil vi gerne takke Kirsten Schultz Petersen, Lektor ved Institut for Medicin og Teknologi, Aalborg Universitet, for at være vores opponentvejleder, og bidrage med konstruktiv feedback i forbindelse med vores statusseminar. En stor tak skal det også lyde til Jette Thise Pedersen, Informationsspecialist og Bibliotekar ved Aalborg Universitetsbibliotek, for at vejlede os i forbindelse med vores litteratursøgning.

Derudover rettes en stor tak til vores eksterne samarbejdspartnere Ann-Britt Kvernød, Antropolog i Kræftens Bekæmpelse, og Julie Hedegaard Mortensen, Projektmedarbejder hos Kræftens Bekæmpelse, som har bidraget med ekspertise på området og en dybere indsigt i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet i Danmark. Vi vil også gerne rette en stor tak til Bettina Kjær Kristiansen, Sekretariatsbetjener den Nationale Styregruppe, for at bruge sin tid på, at give os en dybere indsigt i arbejdsområdet for den Nationale Styregruppe for Livmoderhalskræftscreening (NSLS).

Yderligere rettes en stor tak til Niklas Djurnø, som har designet illustrationen på specialeprojektets forside. Sidst vil vi rette en stor tak til vores informanter, som har taget sig tid til, at bidrage med deres perspektiver og tanker til specialet.

Abstract

Title: Cervical cancer screening among young women in the age between 23-29

Keywords: Cervical cancer, screening, young women, participation

Purpose: The project aims to investigate change in barriers and opportunities in connection with young women's participation in screening for cervical cancer, and on this basis, come up with a reasoned proposal to change current practice and increase participation in the screening program among young women in the age between 23-29 years in Denmark.

Problem definition: Which barriers are the basis for the low participation in cervical screening among young women aged 23-29 in Denmark, and how can practice be changed to increase participation?

Method: In answering the problem definition and the associated research questions, qualitative methods are used, including literature study and individual interviews to collect empirical data. For the analysis of the collected empirical data, a critically realistic analysis strategy by Lee Martin (2020) has been used.

Results: Based on the analyzes, the following four categories have emerged: *Invitation to cervical cancer screening, Accessibility, Knowledge and understanding of cervical cancer screening and Trust in the general practitioner. From the category Invitation for cervical cancer screening, the following subcategory has emerged: Reminder of cervical cancer screening.*

Conclusion: The following barriers to participation in cervical cancer screening have emerged: The invitation to the screening is not read, lack of knowledge about cervical cancer screening, too short time interval between invitation and reminder, bad experiences with the general practitioner, the doctor's opening hours and gender (male), long distance to the general practitioner as well as lack of time and transgressive examination. The following changes in practice are proposed: *Increase knowledge and understanding of cervical cancer screening* (letter with extended text, teaching material, campaigns, and social media platform), *Reminder via SMS and enclosing an HPV self-test, with the second reminder letter, to the woman's address.*

Resumé

Titel: Livmoderhalskræftscreening blandt unge kvinder mellem 23-29 år

Nøgleord: Livmoderhalskræft, screening, unge kvinder, deltagelse

Formål: Specialet har til formål at undersøge barrierer samt forandringsmuligheder i forbindelse med unge kvinders deltagelse i screening for livmoderhalskræft, og på baggrund heraf, komme med et begrundet forslag til ændring af nuværende praksis, for at øge deltagelsen i screeningsprogrammet blandt unge kvinder mellem 23-29 år i Danmark.

Problemformulering: Hvilke barrierer ligger til grund for den lave deltagelse i livmoderhalskræftscreening, blandt de unge kvinder i alderen 23-29 år i Danmark, og hvad kan ændres i praksis så deltagelsen øges?

Metode: Til besvarelsen af problemformuleringen og de dertilhørende forskningsspørgsmål, anvendes kvalitative metoder herunder litteraturstudie og individuelle interviews til indsamling af empiri. Til analyse af den indsamlede empiri er der anvendt en kritisk realistisk analysestrategi af Lee Martin (2020).

Resultater: På baggrund af analyserne er følgende fire kategorier fremkommet: *Invitation til livmoderhalskræftscreening, Tilgængelighed, Viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening og Tillid til den praktiserende læge.* Af kategorien *Invitation til livmoderhalskræftscreening* er der fremkommet følgende underkategori: *Påmindelse af livmoderhalskræftscreening.*

Konklusion: Følgende barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening er fremkommet: Invitationen til screening bliver ikke læst, manglende viden om livmoderhalskræftscreening, for kort tidsinterval mellem invitation og påmindelse, dårlige oplevelser med den praktiserende læge, lægens åbningstider og køn (mand), lang afstand til den praktiserende læge samt manglende tid og grænseoverskridende undersøgelse. Følgende ændringer i praksis foreslås: *Øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening* (brev med udvidet tekst, undervisningsmateriale, kampagner og social medieplatform), *Påmindelse via SMS og Sende en HPV-selvtest, ved andet erindringsbrev, til kvindens adresse.*

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem	1
2.0 Problemanalyse	2
2.1 Livmoderhalskræft	2
2.1.1 Konsekvenser af at få diagnosen livmoderhalskræft	4
2.1.2 Konsekvenser ved behandling af livmoderhalskræft	5
2.1.3 Konsekvenser forbundet med overlevelse af livmoderhalskræft	6
2.2 Forebyggelse af livmoderhalskræft	7
2.2.1 Vaccination som primær forebyggelse	8
2.2.2 Screening som sekundær forebyggelse	9
2.3 Hvorfor ses der stadig en forekomst af livmoderhalskræft i Danmark?	12
2.4 Barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening	14
3.0 Problemafgrensning	17
4.0 Problemformulering	18
5.0 Formål	18
6.0 Metode	19
6.1 Videnskabsteoretisk position	19
6.2 Dataindsamling	20
6.2.1 Litteraturstudie	20
6.2.2 Interview	26
6.3 Analysestrategi	28
6.4 Ethiske overvejelser	29
7.0 Resultater og analyse	30
7.1 Litteraturstudie	30
Matrice over litteraturstudiets resultater	32
Invitation til livmoderhalskræftscreening	42
Tilgængelighed	44
Viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening	46
Tillid til den praktiserende læge	48
7.2 Syntese af analysen af litteraturstudiets resultater	49
7.3 Interview	50
Invitation til livmoderhalskræftscreening	51
Påmindelse af livmoderhalskræftscreening	52
Tilgængelighed	53
Viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening	56
8.0 Diskussion	58
8.1 Metodediskussion	58

Litteraturstudie	58
Interview	60
8.2 Resultatdiskussion.....	62
Invitation til livmoderhalskræftscreening	62
Påmindelse af livmoderhalskræftscreening.....	67
Tilgængelighed	68
Forandring.....	72
9.0 Konklusion.....	76
10.0 Forandringsforslag	78
10.1 Plan	78
Øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening	79
Påmindelse via SMS	82
Sende en HPV-selvtest, ved andet erindringsbrev til kvindens adresse.....	82
10.2 Do.....	83
10.3 Study	83
10.4 Act.....	85
11.0 Referenceliste.....	87
12.0 Bilagsfortegnelse.....	107

1.0 Initierende problem

Livmoderhalskræft er den fjerde hyppigste årsag til kræftforekomst og dødelighed blandt kvinder på verdensplan, hvor sygdommen rammer omtrent 600.000 kvinder årligt (Arbyn et al., 2019; Naidu et al., 2007). I Danmark rammes omtrent 352 kvinder årligt af livmoderhalskræft, hvoraf 93 dør af sygdommen (Tausen & Engholm, 2021). Livmoderhalskræft er en sygdom, som er forbundet med flere konsekvenser både på individ- og samfunds niveau (Lim et al., 2014; Perrin et al., 2006; Stegenga & Ward-Smith, 2009; Munteanu, 2021; Hartung et al., 2016; Fesko, 2001; Die Trill, 2013). For at undgå disse konsekvenser, ses det derfor fordelagtigt at forebygge livmoderhalskræft, for at mindske incidensen i befolkningen. Forskning viser, at hovedårsagen til udvikling af livmoderhalskræft skyldes Human Papilloma Virus, HPV (Franco & Harper, 2005; Arbyn et al., 2011; Arbyn et al., 2019). Som primær forebyggelse af livmoderhalskræft, vaccineres kvinder mod HPV, for dermed at forhindre udviklingen af celleforandringer, som kan føre til livmoderhalskræft (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2022). Foruden HPV-vaccination, som primær forebyggelse, er der i Danmark etableret et nationalt screeningsprogram som sekundær forebyggelse af livmoderhalskræft. Screeningsprogrammet har til hensigt at screene kvinder for celleforandringer i livmoderhalsen, og forhindre at disse udvikler sig til livmoderhalskræft (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2020b; Sundhedsstyrelsen, 2022; Kjær, 2021). Livmoderhalskræftscreening, er sammenlignet med screening for andre kræftformer, den mest effektive (Arbyn et al., 2011), dog forudsætter screeningsprogrammets forebyggelsespotentiale at kvinderne deltager. Blandt de yngste kvinder i screeningsprogrammet ses den laveste deltagelsesprocent, hvor deltagelsesprocenten for kvinderne mellem 23-29 år i 2019 var på 52,15% for deltagelse inden for 365 dage fra tidspunktet for invitationen (DKLS, 2021). Hermed er der op imod halvdelen af de unge kvinder mellem 23-29 år, som ikke deltager i screeningsprogrammet, hvilket gør det interessant at undersøge, hvilke barrierer der ligger til grund for fravalget. Viden omkring, hvilke barrierer, som ligger til grund for fravalget, skal bidrage til at identificere, hvad der kan ændres i praksis for at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening blandt unge kvinder mellem 23-29 år i Danmark.

2.0 Problemanalyse

I de følgende afsnit vil specialets problemfelt, fremført i det foregående afsnit, *1.0 Initierende problem*, blive analyseret. I problemanalysen vil følgende problemområder blive belyst og analyseret: *Livmoderhalskræft*, *Forebyggelse af livmoderhalskræft*, *Hvorfor ses der stadig en forekomst af livmoderhalskræft i Danmark?* og *Barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening*. I relation til problemområderne vil der blive redegjort og argumenteret for, hvad problemet er, hvem det er et problem for, hvem problemet involverer og hvorfor det er et problem, hvor relevante begreber og teorier anvendes i analysen.

2.1 Livmoderhalskræft

Livmoderhalskræft er en kræftform, der rangeres som den fjerde hyppigste årsag til kræftforekomst og dødelighed blandt kvinder, hvor sygdommen rammer omtrent 600.000 kvinder og slår omkring 300.000 kvinder ihjel årligt på verdensplan (Arbyn et al., 2019; Naidu et al., 2007). Livmoderhalskræft opstår i livmoderhalsens celler, og er kendetegnet ved en ondartet svulst i livmoderhalsen (Aglund & Kjems, 2021a). I Danmark er der årligt 352 nydiagnosticerede kvinder med livmoderhalskræft, hvoraf 93 dør af sygdommen (Tausen & Engholm, 2021). Hovedårsagen til udvikling af livmoderhalskræft skyldes Human Papilloma Virus, HPV (Franco & Harper, 2005; Arbyn et al., 2011; Arbyn et al., 2019). I et case kontrol studie blev der påvist HPV-DNA i 93,8% af tilfældene med planocellulært karcinom og 90,9% af tilfældene med adenokarcinom sammenlignet med 9,2% i kontrolgruppen med kvinder uden livmoderhalskræft (Ngelange et al., 1998). Da den hyppigste årsag til udviklingen af livmoderhalskræft er identificeret (Franco & Harper, 2005; Arbyn et al., 2011; Arbyn et al., 2019), ses der derfor et stort forebyggelsespotentiale inden for livmoderhalskræft, da man med viden om årsagen, har mulighed for at forebygge forekomsten af livmoderhalskræft, ved at reducere antallet af HPV-infektioner. Dog er det ikke alle infektioner med HPV, som udvikler sig til livmoderhalskræft, da denne ikke alene kan fremkalde sygdommen. Inficering med HPV sker gennem genital hud-til-hud-kontakt (Franco & Harper, 2005). De fleste HPV infektioner giver ingen symptomer, men vedvarende infektion kan føre til livmoderhalskræft (Dunne et al., 2014; Franco & Harper, 2005). Da HPV-infektioner ofte ikke er symptomgivende, er der stor risiko for, at infektionen kan vare ved over længere tid, uden kvinden er opmærksom på det, hvilket øger risikoen for at udvikle livmoderhalskræft. HPV-prævalensen er højst blandt unge kvinder kort efter deres seksuelle debut, hvorefter prævalensen falder gradvist med alderen. Desuden vil de fleste seksuelt aktive kvinder, i løbet af deres levetid, få en HPV-infektion

(Franco & Harper, 2005). Foruden HPV som den primære årsag til livmoderhalskræft, så er der også andre risikofaktorer forbundet med udviklingen af sygdommen. Rygning, lav socioøkonomisk status, brugen af immundæmpende medicin og oral prævention, tidlig seksuel debut og mange seksuelle partnere, er eksempler på faktorer, som kan øge risikoen for at udvikle livmoderhalskræft (Scholes et al., 1999; Ylitalo et al., 1999; Parikh et al., 2003; Dyer, 2002). Grundet den høje HPV-prævalens blandt de unge kvinder, kan der argumenteres for at starte forebyggelse af HPV-infektioner før den seksuelle debut, som i Danmark er omkring 16-årsalderen (Andersen, 2022; Sexlinien, 2022).

På baggrund af et ønske om at reducere antallet af kvinder, som diagnosticeres med livmoderhalskræft samt den viden, der er om sammenhængen mellem HPV-infektion og udviklingen af livmoderhalskræft, er der udviklet vacciner, som skal beskytte mod HPV-infektioner (Statens Serum Institut, 2022). Yderligere bliver alle kvinder i Danmark i alderen 23-64 år tilbudt screening for livmoderhalskræft, som er med til at nedsætte risikoen for at blive alvorligt syg og dø af sygdommen (Sundhedsstyrelsen, 2020b). På baggrund af den eksisterende vaccine og screeningsprogrammet, som er to effektive værktøjer i forbindelse med reduktion af tilfælde af livmoderhalskræft, har World Health Organisation, WHO, en ambition om, at Age-Standardised Incidence Rate, ASIR, for livmoderhalskræft på verdensplan, skal reduceres til under fire per 100.000 kvinder, ved at vaccinere 90% af alle piger i en alder af 15 år og screene 70% af kvinder i alderen 35-45 år to gange samt behandle mindst 90% af alle tilfælde med celleforandringer opdaget via screening (Arbyn et al., 2019). I Danmark har HPV-vaccination været en del af børnevaccinationsprogrammet siden 1. januar 2009, hvor piger i alderen 12-17 år bliver tilbudt vaccination. Baggrunden for at vaccinationen er målrettet denne aldersgruppe er, at den største effekt af vaccinen opnås, hvis vaccinen gives før den seksuelle debut (Statens Serum Institut, 2022). HPV-vaccinen er således effektiv til at modvirke, dvs. mindske forekomsten af livmoderhalskræft i den danske befolkning, ved at reducere antallet af HPV-infektioner. På trods af dette, ses der stadig 352 nydiagnosticerede årligt med livmoderhalskræft i Danmark, og derfor er det relevant med screening som sekundær forebyggelse. Hermed ses det paradoksalt, at der stadig ses tilfælde af livmoderhalskræft i befolkningen, da muligheden for at nedbringe livmoderhalskræfttilfælde er til stede. I de følgende afsnit vil de individuelle og samfundsmæssige konsekvenser i forbindelse med at få diagnosen livmoderhalskræft, at blive behandlet for livmoderhalskræft samt at overleve livmoderhalskræft alle blive analyseret med et biopsykosocialt perspektiv.

2.1.1 Konsekvenser af at få diagnosen livmoderhalskræft

Livmoderhalskræft opdages typisk enten ved, at kvinden har været til en livmoderhalskræftscreeningsundersøgelse eller grundet symptomer på livmoderhalskræft. Symptomerne i den tidlige fase af livmoderhalskræft er smerter i underlivet, smerter i forbindelse med sex, lugtende og vedvarende udflåd, uregelmæssige blødninger, træthed, hovedpine og lændesmerter (Issah, Maree & Mwinitouo, 2010; Lim et al., 2014). Symptomerne, som opstår i forbindelse med livmoderhalskræft, kan give anledning til at kvinden opsøger læge, hvilket kan være afgørende for at få stillet diagnosen og opstarte behandling.

I forbindelse med overbringelsen af livmoderhalskræftdiagnosen, kan der opstå nogle psykiske reaktioner hos kvinden. Disse reaktioner indebærer blandt andet chok, forvirring, selvbefrielse, vrede, magtesløshed og en søgen efter en årsag til sygdommen. Nogle patienter kan også få en følelse af frygt for det ukendte ved en kræft diagnose, herunder frygt for, hvad der kommer til at ske i forbindelse med kræftforløbet (Byrne et al., 2002; Perrin et al., 2006; Stegenga & Ward-Smith, 2009). Der kan således være flere forskellige psykiske reaktioner hos kvinden når livmoderhalskræftdiagnosen overbringes, som kan påvirke kvinden i lang tid efter kræftdiagnosen er blevet overbragt. Herudover kan nogle kvinder få en følelse af tab af normalitet, da livet ændrer sig markant med en kræftdiagnose. Kroppen kan reagere og føles anderledes, hvilket kan ændre kvindens kropsopfattelse (Die Trill, 2013; Stegenga & Ward-Smith, 2009). Herudover kan der opstå faktorer af eksistentiel karakter i forbindelse med at have fået en kræftdiagnose, hvor følgende spørgsmål kan opstå; *Hvad er meningen med livet? Hvem er jeg? og Hvad har jeg opnået indtil nu?* (Munteanu, 2021). Når man får en kræftdiagnose, er der fem gange højere risiko for at blive deprimeret sammenlignet med mennesker uden en kræftdiagnose (Hartung et al., 2016). Hermed kan en kræftdiagnose have indvirkning på kvindens eksistentielle og spirituelle tanker og hendes opfattelse af egen krop, hvorved kvindens forhenværende liv kan ændre sig markant, og have betydning for udviklingen af psykiske problemer.

At få en kræftdiagnose som livmoderhalskræft, kan også have en indvirkning på, hvordan kvinden ser på fremtiden. Hvor blandt andet ændringer i familie- og sociale roller og afbrydelse af arbejdsaktiviteter, kan sætte gang i nogle bekymringer om fremtiden, herunder karrierevalg, typen af arbejde samt familieførøgelse (Die Trill, 2013; Fesko, 2001). Noget af det, der især kan fylde meget, er bekymringer omkring infertilitet, grundet livmoderhalskræft (Perrin et al., 2006). For mange kvinder er det at få børn, en stor del af deres fremtidsplaner, og dermed vil

en fratagelse af at kunne få børn, være af stor betydning for den enkelte, hvorfor en følelse af at miste kontrollen over egen forplantningsevne, kan skabe en følelse af magtesløshed. Dette kan også have en indvirkning på parforholdet, hvis parret har et ønske om at få børn sammen (Armuaand, 2015). Herudover har det at få diagnosen livmoderhalskræft betydning for ens arbejdsliv, både grundet de ovenstående biologiske og psykologiske faktorer, men også fordi det kræver tid at gå til behandling for sin sygdom. Nogle af de biologiske faktorer, som ligger til hindring for kvindens arbejdsliv er træthed, kvalme, søvnproblemer, smerter og humørsvingninger (Fesko, 2001; Die Trill, 2013). Der ses således flere biologiske og psykologiske faktorer i forbindelse med at få diagnosen livmoderhalskræft. Herudover ses der nogle sociale konsekvenser, som blandt andet kan have indvirkning på kvindens hverdagsliv, hvor behandlingen af livmoderhalskræft og eventuelle bivirkninger heraf, kan fylde meget. Foruden ændringer i kvindens hverdagsliv, vil en kræftsygdom også kunne have indvirkning på kvindens pårørende, hvor sygdommen kan komme til at fylde en stor del af deres hverdagsliv. De nære pårørendes egne behov tilsidesættes, og de har ikke tid til sig selv, da deres rolle bliver at normalisere hverdagen og opretholde den (Sandén & Hydén, 2002). Der forekommer således et stort pres som pårørende til en kræftsyg, da kræft har indflydelse på kvindens omgivelser. Som konsekvens af at få diagnosen livmoderhalskræft, indebærer det forskellige former for behandling alt efter, hvilket stadie sygdommen er i ved diagnosetidspunktet (Aglund & Kjems, 2021b).

2.1.2 Konsekvenser ved behandling af livmoderhalskræft

Livmoderhalskræft inddeles i forskellige stadier, alt efter sygdommens udbredelse, og har betydning for, hvilken behandling kvinden tilbydes (Aglund & Kjems, 2021b). I de tidlige stadier af livmoderhalskræft, behandler man enten med kegleoperation eller operation, hvor hele livmoderen fjernes. I forbindelse med operationerne ses der få bivirkninger, men der kan opstå blødninger som lægen har mulighed for at standse. I forbindelse med kegleoperation er der en øget risiko for at føde for tidligt ved efterfølgende graviditet og ved operation, hvor hele livmoderen fjernes, er graviditet efterfølgende ikke muligt (Aglund & Kjems, 2021c). Behandling af livmoderhalskræft kan indebære kemoterapi alt efter, hvilket stadium livmoderhalskræften er i, eller hvis lægen vurderer, at der er behov for yderligere behandling med kemoterapi (Aglund & Kjems, 2021b). Behandling med kemoterapi indbefatter mange bivirkninger, som opstår når rask væv påvirkes af medikamentet, som anvendes til behandlingen. Særligt almen utilpashed og kvalme samt træthed er karakteristiske bivirkninger

ved behandling med kemoterapi. Yderligere ses opkastning og diarréproblematikker også som bivirkninger ved behandling med kemoterapi (Hørdam & Mathiassen, 2020). Behandlingen af livmoderhalskræft kan ydermere indebære stråleterapi (Aglund & Kjems, 2021d), hvor strålerne har effekt på det væv, som rammes og dermed også det raske væv, som befinder sig indenfor det bestrålede område. Dette fører ofte til akutte bivirkninger i form af ødem, rødme og smerter i det bestrålede område (Hørdam & Mathiassen, 2020; Aglund & Kjems, 2021d). På baggrund af ovenstående ses der en række biologiske konsekvenser forbundet med behandling af livmoderhalskræft. Disse konsekvenser, som har betydning for individets fysiske tilstand, kan ligeledes have indvirkning på individets psykiske og sociale forhold. Det kan eksempelvis påvirke individet psykisk, at ens krop er anderledes end den plejer at være. Det at behandlingen kræver ophold på hospitalet samt det at gennemgå et sygdomsforløb, vil påvirke hverdagslivet og de indbyrdes familieforhold. Her kan eksempelvis kollegaer, venner, socialt stigma, støtte eller mangel på støtte, være sociale faktorer, der kan have betydning for hverdagslivet og kan ændre karakter under et sygdomsforløb med kræft (Munteanu, 2021). Der kan også være ubehag forbundet med behandlingsprocedurer, hvor det eksempelvis kan virke ubehageligt at være fikseret under strålebehandlingen (Hørdam & Mathiassen, 2020).

Foruden de individuelle konsekvenser af behandlingen for livmoderhalskræft, har sygdommen, herunder behandlingen af den, ligeledes nogle samfundsøkonomiske konsekvenser. En gennemsnitlig livmoderhalskræftpatient koster det danske samfund omkring 155.278 kroner i diagnoseåret, hvilket dækker over sundhedsomkostninger og produktivitetstab for både patienten og hendes partner (Kruse & Hostenkamp, 2016). Hermed er livmoderhalskræft en sygdom, som er forbundet med store økonomiske omkostninger, hvor der stadig kan ses økonomiske og individuelle konsekvenser efter endt behandlingsforløb.

2.1.3 Konsekvenser forbundet med overlevelse af livmoderhalskræft

At få diagnosen livmoderhalskræft kan i yderste konsekvens føre til død, hvor der i Danmark dør 93 kvinder af sygdommen årligt ud af 352 diagnosticerede (Tausen & Engholm, 2021). Dermed er der en stor andel, som overlever sygdommen eller lever med livmoderhalskræft, hvilket kan være forbundet med en række konsekvenser for individet og samfundet. Disse konsekvenser kan være af biologisk-, psykologisk- og social karakter. De fysiske konsekvenser efter et behandlingsforløb af livmoderhalskræft, kan omfatte kognitive vanskeligheder, træthed, gener fra blæren, sarte slimhinder, seksuel dysfunktion og diarré. Nogle former for cytostatika, der anvendes til kemobehandling, giver risiko for permanente skader på hjerte og

nyrer i form af kroniske hjerteinsufficiens samt nyreinsufficiens (Hørdam & Mathiassen, 2020; Aglund & Kjems, 2021c; Bergmark et al., 2002; Carter et al., 2003). Herudover kan patienter i palliativ pleje opleve at have svære smerter (Yu Jung et al., 2015), som kan have betydning for kvindens livskvalitet samt være en økonomisk byrde for samfundet, da palliativ pleje blot er lindrende og ikke er helbredende behandling. Hermed er overlevelse af livmoderhalskræft forbundet med en række individuelle konsekvenser for kvinden, samtidig med overlevelse kan være forbundet med nogle samfundsøkonomiske konsekvenser, da kvindens bivirkninger kan være behandlingskrævende samt kan påvirke kvindens arbejdsevne.

Konsekvenserne af fysisk karakter, der er i forbindelse med livmoderhalskræft, kan reducere livskvaliteten og øge risikoen for udvikling af psykiatriske symptomer som eksempelvis depression (Klügel et al., 2017). Nogle af de psykologiske konsekvenser ved at overleve livmoderhalskræft er, at der kan være en frygt for opdagelsen af nye kræftceller i forbindelse med fremtidige diagnostiske tests (Sægrov & Halding, 2004; Barnas et al., 2012). En stor andel af kræftpatienter bliver diagnosticeret med psykiatriske lidelser såsom svær depression, stress, angst med videre (Munteanu, 2021; Yu Jung et al., 2015). Depressive symptomer ses især hos kvinder med lavere socioøkonomisk status, som fortsætter med at opleve smerter og diarré forårsaget af strålebehandling, og hvor civilstand og arbejdsevne har ændret sig (McCorkle et al., 2006). Yderligere ses en lavere Short Form (36) score, SF-36-score, hos overlevende af livmoderhalskræft sammenlignet med den generelle befolkning, da en lav SF-36-score indikerer at de har en dårligere livskvalitet (Korfage, 2009). For kvinder, der har overlevet livmoderhalskræft, og som oplever mindre social støtte, kan der ligeledes ses en forringet livskvalitet. I forbindelse med behandlingsforløbet af livmoderhalskræft er der risiko for, at nogle kvinder mister evnen til at få børn. Dette kan resultere i en oplevelse af sorg og tristhed, hvilket også kan være forbundet med dårligere livskvalitet (Barnas et al., 2011). Der ses således en række biologiske-, psykologiske- og sociale konsekvenser forbundet med at få diagnosen livmoderhalskræft, både i relation til kvinden selv og til samfundet. En måde hvorpå disse konsekvenser kan undgås er via forebyggelse af livmoderhalskræft.

2.2 Forebyggelse af livmoderhalskræft

Forebyggelse kan på et overordnet niveau defineres som politikker og tiltag, som har til formål at reducere sygdom og tidlig død. Politikere kan have et ønske om at forbedre folkesundheden, både i forhold til at skabe større frihed fra sygdom blandt borgerne, men også i forhold til et økonomisk aspekt, da en forbedring af folkesundheden kan føre til økonomisk vækst og

begrænse samfundets udgifter til sundhedsydelser og overførselsindkomster (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014). Livmoderhalskræft er typisk 10-15 år om at udvikle sig, og de fleste diagnosticeres i 35-års alderen. Ved at fjerne forstadier til livmoderhalskræft og forhindre HPV-infektioner, kan udviklingen af livmoderhalskræft forebygges (Mortensen, 2022; Franco & Harper, 2005; Arbyn et al., 2011; Arbyn et al., 2019). Forebyggelsesarbejde af livmoderhalskræft er således en nødvendig prioritering, for at mindske forekomsten af livmoderhalskræfttilfælde i befolkningen samt de konsekvenser, der følger med sygdommen. Yderligere er forebyggelse især relevant for yngre kvinder grundet livmoderhalskræft udvikler sig over en længere årrække, hvorfor opdagelse og fjernelse af forstadier til livmoderhalskræft blandt unge kvinder kan forebygge og mindske forekomsten af diagnosticerede i 35-års alderen.

På livmoderhalskræftområdet i Danmark anvendes vaccination, som kan anses for at være primær forebyggelse, og screening som kan anses for at være sekundær forebyggelse (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2022; Sundhedsstyrelsen, 2020b; Arbyn et al., 2019). Primær forebyggelse handler om at forhindre at sygdom opstår (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014), hvorfor vaccinen skal forebygge infektion med HPV, og dermed udviklingen af celleforandringer, som kan føre til livmoderhalskræft (Sundhedsstyrelsen, 2022). Sekundær forebyggelse handler om at forhindre at sygdom udvikler sig (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014), hvorfor screening skal forhindre at celleforandringer udvikler sig til livmoderhalskræft ved opdagelse af celleforandringer på et tidligt stadie (Sundhedsstyrelsen, 2020b; Sundhedsstyrelsen, 2022; Kjær, 2021). På baggrund af ovenstående kan det udledes, at der er et politisk ønske om at prioritere forebyggelse af livmoderhalskræft, ved et nationalt program, der omfatter vaccination og screening. I de følgende afsnit vil den primære og sekundære forebyggelse på livmoderhalskræftområdet blive beskrevet og analyseret.

2.2.1 Vaccination som primær forebyggelse

Vaccination mod HPV som primær forebyggelse, forventes at kunne reducere forekomsten af livmoderhalskræfttilfælde i de lande, hvor vaccinen anvendes (Comparetto & Borruto, 2015). HPV-vaccinen har til formål at beskytte mod de HPV-typer, som forårsager 70-90% af livmoderhalskræfttilfældene (Sundhedsstyrelsen, 2018). Et dansk kohortestudie viser at kvinder, der er vaccineret mod HPV før de er fyldt 20 år, er forekomsten af livmoderhalskræft reduceret med op til 86% (Kjaer et al., 2021), hvorfor vaccinen alene ikke kan fjerne

sygdommen blandt befolkningen fuldstændig. Yderligere viser studiet af Camparetto & Borruto (2015), at det forventes at vaccination mod HPV, også vil påvirke effektiviteten af livmoderhalskræftscreening, som den er udformet på nuværende tidspunkt. Det forventes at forekomsten af celleforandringer vil falde med tiden, grundet øget vaccination af befolkningen (Camparetto & Borruto, 2015). Vaccinen kan hermed betragtes som det første led i forebyggelsen af livmoderhalskræft, hvorfor vaccinen, hvis den er tilstrækkeligt udbredt i befolkningen, vil have indvirkning på screeningsprogrammets effektivitet. I Danmark vaccineres børn når de er 12-15 år ved første vaccination, dog har vaccinen ingen effekt på aktive HPV-infektioner eller eksisterende kræftsygdom (Statens Serum Institut, 2022). Til trods for den primære forebyggelse med HPV-vaccination, skal sekundær forebyggelse i form af screening ikke nedtrappes, da en for tidlig lempelse heraf, vil kunne genopblusse sygdommen blandt befolkningen (Franco & Harper, 2005). I starten af HPV-vaccinens udrulning blev denne modtaget positivt af befolkningen, hvilket resulterede i en tilslutning på over 90%. I år 2015 skete der en markant ændring i tilslutningsprocenten til vaccinen, til et utilfredsstillende niveau. I marts måned 2015 blev der vist en tv-dokumentar, hvor en gruppe piger med invaliderende symptomer, der formodes at skyldes HPV-vaccinen, blev fulgt, og efterfølgende blev der formidlet lignende sager og anekdoter i forskellige mediekilder, herunder de sociale medier (Suppli et al., 2018). Da der er flere faktorer, som har indvirkning på vaccinens effekt, blandt andet mediernes påvirkning af tilslutningen og vaccinens dækningsgrad, kan HPV-vaccinen ikke stå alene i forebyggelsen af livmoderhalskræft. Screening som sekundær forebyggelse ses derfor fordelagtig, da det er muligt at opdage forstadiet til livmoderhalskræft, før eventuelle celleforandringer udvikler sig til ondartede kræftceller.

2.2.2 Screening som sekundær forebyggelse

Screening for livmoderhalskræft sammenlignet med screening for andre kræftformer, anses som værende den mest effektive (Arbyn et al., 2011). Livmoderhalskræftscreening som sekundær forebyggelse, viser sig at være en effektiv forebyggelsesstrategi i de nordiske lande; Danmark, Finland, Norge og Sverige. I et studie, hvor der er anvendt incidenstal over en 50-årig periode fra de nordiske lande, for at undersøge forventede tilfælde af livmoderhalskræft i et scenarie uden screening, tyder det på, at screeningsprogrammer har forebygget en HPV-drevet epidemi af livmoderhalskræft. De forventede incidensrater for år 2006 til år 2010 ville uden screening have været mellem tre og fem gange højere end de observerede rater. Det tyder

på at over 60.000 tilfælde, som svarer til knap halvdelen af de forventede livmoderhalskræft tilfælde, er blevet forebygget ved indførelsen af livmoderhalskræftscreening i slutningen af 1960'erne og begyndelsen af 1970'erne (Vaccarella et al., 2014). Livmoderhalskræftscreening som sekundær forebyggelse i de nordiske lande, må anses som værende et effektivt forebyggelsesredskab, dog er livmoderhalskræftscreening ikke uden risiko for, at der kan forekomme falsk negative- og falsk positive celleprøver. Falsk negative celleprøver fremkommer, når der i celleprøven ikke påvises abnorme celler, hvor kvinden alligevel har forstadier til livmoderhalskræft. Falsk positive celleprøver fremkommer, når der i celleprøven påvises celleforandringer, der tolkes som forstadier til livmoderhalskræft, hvor efterfølgende undersøgelser ikke kan bekræfte celleforandringer (DKLS, 2021). I Danmark anvendes to forskellige screeningsmetoder, hvoraf den ene er cellebaseret, og den anden er HPV-baseret. Begge screeningsmetoder udføres på sammen måde, forskellen ligger i måden hvorpå celleprøven analyseres efterfølgende (Weber, 2021). Inden for undersøgelsesmetoder opereres der med begreberne; sensitivitet og specificitet, som fortæller noget om screeningens validitet (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014). Begge screeningsmetoder, der anvendes i Danmark, har en sensitivitet på omkring 83%, hvilket vil sige, at 83% af kvinderne, som har celleforandringer, testes positive, hvorfor de resterende 17% af kvinderne ville testes negative, selvom de har celleforandringer. Specificiteten for screeningsmetoderne er på omkring 91%, hvilket vil sige, at 91% af kvinderne, som er raske, testes negative, og de resterende 9% testes positive, selvom de ikke har celleforandringer (Arbyn et al., 2014). Der ses dermed en begrænsning i forbindelse med screeningsprogrammet, hvor det er muligt at få en falsk positiv- eller falsk negativ test, som kan anses som utilsigtede konsekvenser af screeningsprogrammet. En utilsigtet konsekvens er en ikke intenderet effekt af en intervention (Merton, 1936), hvorfor disse skal tages i betragtning i relation til livmoderhalskræftscreeningsprogrammets anvendelse som forebyggelsesværktøj. Screeningen for livmoderhalskræft giver dog, i langt de fleste tilfælde, korrekt anvisning omkring forekomsten af celleforandringer, hvorfor fordelene ved screeningen må anses at vægte højere end de negative utilsigtede konsekvenser.

I Danmark tilbydes alle kvinder mellem 23-64 år screening for livmoderhalskræft (se tabel 1), hvoraf de 23-29-årige tilbydes cellebaseret screening hvert tredje år, de 30-59-årige, der er født på en ulige dato, tilbydes en HPV-baseret screening hvert femte år, de 30-59-årige, der er født på en lige dato tilbydes cellebaseret screening, hvoraf de 30-49-årige tilbydes en cellebaseret screening hvert tredje år og de 50-59-årige tilbydes en cellebaseret screening hvert femte år. Kvinder mellem 60 og 64 år tilbydes en HPV-baseret screening hvert femte år (Kvernød &

Bigaard, 2022). På baggrund af ovenstående, kan screeningsprogrammet for livmoderhalskræft anses som værende komplekst, med forskellige screeningsmetoder og tidsintervaller alt efter aldersgruppe.

Aldersgruppe	Screeningsmetode	Tidsinterval
23-29 år	Cellebaseret	Hvert 3. år
30-59 år (født på en ulige dato)	HPV-baseret	Hvert 5. år
30-49 år (født på en lige dato)	Cellebaseret	Hvert 3. år
50-59 år (født på en lige dato)	Cellebaseret	Hvert 5. år
60-64 år	HPV-baseret	Hvert 5. år

Tabel 1. Oversigt over screeningsmetode og tidsinterval baseret på aldersgruppe.

På nuværende tidspunkt er der viden omkring den primære årsag til livmoderhalskræft, hvortil der findes både primær- og sekundær forebyggelse af sygdommen. På baggrund af gennembruddet med vaccinen, som primær forebyggelse af livmoderhalskræft, kan det føre til en reduktion i finansieringen af livmoderhalskræftscreening som sekundær forebyggelse, hvilket potentielt vil være katastrofalt, da det vil kunne tage årtier før vaccins virkning, kendes tilstrækkeligt (Franco & Harper, 2005). På trods af de effektive forebyggelsesværktøjer, anses livmoderhalskræft stadig som et folkesundhedsproblem, hvilket indikerer at det ikke er et spørgsmål om yderligere videnskabelig forskning, men derimod tid og implementering af offentlige sundhedsprogrammer (Kesic, Poljak & Rogovskaya, 2012). Der er flere forskellige aktører involverede i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet (se tabel 2), herunder blandt andet Sundhedsstyrelsen, som er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2020a). Sundhedsstyrelsen udfører mange forskellige opgaver på sundhedsområdet, herunder vurdering og justering af de nationale screeningsprogrammer samt udarbejder informationsmaterialet (Sundhedsstyrelsen, 2019b; Sundhedsstyrelsen, 2018). Sundhedsstyrelsen har nedsat en styregruppe, National Styregruppe for Livmoderhalskræftscreening (NSLS), i regi af regioner, som har til formål at sikre national koordinering og ensartethed på tværs af regionerne, inden for Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Danske Regioner, 2022). Invitationen til screeningen udsendes af den enkelte region, som ligeledes står for formidling af information til målgruppen. Selve undersøgelsen foretages i almen praksis af kvindens praktiserende læge, og analysen af prøven foretages af patologisk afdeling (Sundhedsstyrelsen, 2018). Foruden Sundhedsstyrelsen, er NSLS, Danske Regioner, de enkelte regioner, almen praksis og de patologiske afdelinger dermed også involverede aktører i screeningsprogrammet.

Organisation	Ansvarsområde
Sundhedsstyrelsen	Vurdering og justering af de nationale screeningsprogrammer samt udarbejdelse af informationsmaterialet
National Styregruppe for Livmoderhalskræftscreening (NSLS) Danske Regioner	Sikre national koordinering og ensartethed på tværs af regionerne, inden for Sundhedsstyrelsens anbefalinger
Den enkelte region	Invitation til screening
Almen praksis	Varetager prøvetagningen og opfølgningen heraf
Patologisk afdeling	Analyse af celleprøven, intern kvalitetssikring og monitorering af resultaterne

Tabel 2. Oversigt over ansvarsfordelingen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet.

På baggrund af at screeningsprogrammet involverer flere forskellige aktører, er screeningsprogrammet forbundet med en vis kompleksitet, hvorfor ændringer af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet kan være omfattende at gennemføre. Yderligere kan kompleksiteten have indvirkning på kvindernes forståelse af screeningsprogrammets sammensætning.

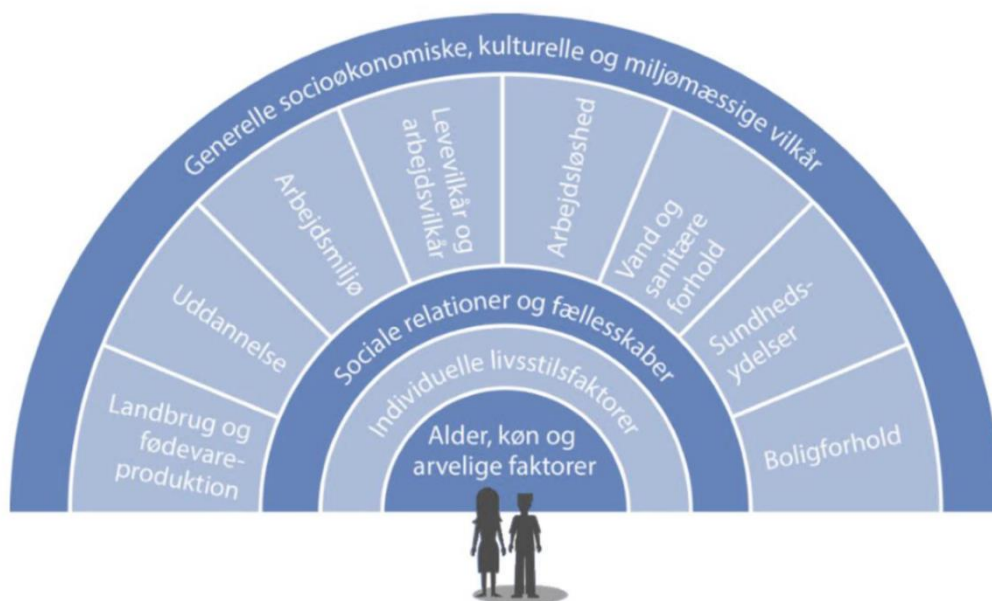
2.3 Hvorfor ses der stadig en forekomst af livmoderhalskræft i Danmark?

På trods af at Danmark har et nationalt screeningsprogram for livmoderhalskræft (Kvernød & Bigaard, 2022), anses livmoderhalskræft stadig som et område med et stort forebyggelsespotentiale. Fra år 2015 til år 2019 sås et årligt estimeret incidens tal på 352 kvinder, og ved udgangen af 2018 sås en prævalens på 8.945 kvinder (NORDCAN, 2021). På nationalt- og regionalt niveau ligger deltagelses- og dækningsgrad for livmoderhalskræftscreening for alle kvinder i alderen 23-64 år under standarden, som er på $\geq 85\%$. Hvis der ses på deltagelsen i screeningsprogrammet i perioden fra år 2014 til år 2019, var den laveste deltagelsesprocent blandt de yngste kvinder på 23-24 år, hvor den på landsniveau var på 53,2%. For andelen af kvinder, som får taget en celleprøve fra

livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitationen er modtaget, er standarden $\geq 75\%$. I år 2019 var deltagelsesprocenten inden for 365 dage fra tidspunktet for invitationen på 52,15% for kvinder mellem 23-29 år (DKLS, 2020). Dette indikerer et forebyggelsespotentiale, da der årligt er flere kvinder, som diagnosticeres med livmoderhalskræft, og der samtidig ses deltagelsesprocent i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, som er lavere end indikatorstandarten på mindst 75%. Et dansk populationsbaseret studie har vist, at 45% af de kvinder, der i år 2011 blev diagnosticeret med livmoderhalskræft, ikke har deltaget i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet (Kirschner et al., 2011). Dette indikerer at livmoderhalskræftscreening kan være med til at reducere antallet af kvinder, som diagnosticeres med livmoderhalskræft. Jævnfør invitationsproceduren bliver alle kvinder mellem 23-64 år geninviteret (via erindringsbrev) til screening efter henholdsvis tre og seks måneder. I år 2019 var den samlede deltagelsesprocent på landsplan, efter første og anden erindringsbrev indtil 365 dage efter invitation, på 61% (DKLS, 2021). Til trods for at kvinderne bliver genindkaldt af flere omgange inden for de 365 dage, ses der stadig en deltagelsesprocent, som ligger under indikatorstandarten på mindst 75%. Den Nationale Styregruppe for Livmoderhalskræftscreening (NSLS) anbefaler, at der igangsættes initiativer for at øge deltagelsen i screeningsprogrammet. Hertil foreslås det at invitationsbrevet og erindringsbrevene er indbydende og letlæselige med overskuelig og enkel information. Derudover foreslås det, at det skal være muligt for kvinder at gentilmelde sig screeningsprogrammet via Sundhed.dk, samt at den praktiserende læge bør tilbyde, ikke undersøgte kvinder at blive screenet for livmoderhalskræft, når de møder op hos den praktiserende læge i anden anledning (DKLS, 2021). Selvom NSLS kommer med anbefalinger for at øge deltagelsen i screeningsprogrammet, fremgår der ikke konkrete handleplaner af rapporten. Det fremgår af rapporten, at der per december 2020, var 82.889 kvinder på landsplan, som var framelddt livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Årsagerne til framelding af screeningsprogrammet viser sig hovedsageligt at være hysterektomi og et ønske om ikke at deltage (DKLS, 2021). Hermed er der en stor del af kvinderne, som har framelddt sig screeningsprogrammet, da de har fået fjernet livmoderen og dermed ikke er i risiko for at få livmoderhalskræft. Den anden hovedårsag til at framelde sig screeningsprogrammet er, at kvinderne ikke ønsker at deltage, dog siger dette ikke noget om, hvorfor de ikke ønsker at deltage. Dette vækker en nysgerrighed omkring mulige barrierer, som kan ligge til grund for frameldingen eller ikke at deltage i screeningsprogrammet. Mulige barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening vil i det følgende afsnit blive undersøgt nærmere.

2.4 Barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening

Livmoderhalskræft påvirker ikke kun den enkelte kvinde, som rammes af sygdommen, men også kvindens familie, sociale institutioner og samfundet (Daley et al., 2010). Derfor ses det relevant at undersøge mulige årsager til, hvorfor kvinder ikke møder op til deres invitation til livmoderhalskræftscreening. Barrierer for deltagelse i screening for livmoderhalskræft blandt kvinder, kan identificeres på forskellige niveauer ved at anvende den socioøkologiske model af Dahlgren og Whitehead (2007) (se figur 1). De fire niveauer i modellen repræsenterer hver deres lag, som alle influerer på hinanden med en gensidig påvirkning (Dahlgren & Whitehead, 2007).



Figur 1. Den socioøkologiske model inspireret af Dahlgren & Whitehead (2007).

Kernen af den socioøkologiske model består af individet, kvinden, hvor *arv*, *køn* og *alder* er faktorer, der influerer på kvindens sundhed. Disse faktorer som kernen består af, er i sit udgangspunkt uforanderlige, og er stort set umulige at ændre på med udefrakommende faktorer. Nærmest kernen er de individuelle livstilsfaktorer, som knytter sig til de vilkår som kvinden opvokser under og påvirkes af (Dahlgren & Whitehead, 2007). Herunder kan overbevisninger, adfærd og stressfaktorer anses som individuelle livstilsfaktorer, som har indvirkning på kvindens generelle sundhedsadfærd. I relation til det *Individuelle* niveau i modellen, kan sprogbarrierer, mistillid til sundhedssystemet og læger, frygten for resultatet af celleprøven samt at blive infertil eller få en infektion grundet screeningsundersøgelsen, overbevisningen om at undersøgelsen er smertefuld, pinlig eller ubehagelig, være mulige

barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet (Daley et al., 2010; Kvernød & Hansen, 2016; Agurto et al., 2004; Gillam, 1991). Et dansk registerbaseret studie fremhæver at fedme, psykisk sygdom og rusmisbrug er forbundet med manglende deltagelse i livmoderhalskræftscreening (Harder et al., 2018). Andre barrierer relateret til det individuelle niveau er manglende viden om livmoderhalskræft samt formålet med screeningen (Daley et al., 2010). Den manglende viden kan betyde, at nogle kvinder ikke opfatter livmoderhalskræft som en sygdom, der kan forebygges, hvorfor de afventer symptomer før de søger læge (Agurto et al., 2004; Markovic et al., 2005). Da HPV-infektioner ikke giver symptomer, kan det øge risikoen for at udvikle livmoderhalskræft, hvis kvinden har en uopdaget og længerevarende HPV-infektion og ikke bliver screenet. Niveaue *Sociale relationer og fællesskaber* i den socioøkologiske model (Dahlgren & Whitehead, 2007), kan relateres til kvindens nære relationer, hvor tilgængeligheden af social støtte og socialt netværk, har betydning for kvindens sundhedsadfærd. Kvinder der er socialt velintegreerede, er mere tilbøjelige til at deltage i forebyggende screeningsprogrammer end kvinder, som har et mindre socialt netværk (Gillam, 1991). Yderligere er ugifte kvinder mindre tilbøjelige til at deltage i livmoderhalskræftscreening (Harder et al., 2018), hvorfor det kan antages at enlige kvinder har et mindre socialt netværk, hvilken kan ligge til grund for den manglende deltagelse i livmoderhalskræftscreening. De nære relationer som kvinden har, er også af betydning, hvor blandt andet en voldelig mand kan anses som en barriere for deltagelse i livmoderhalskræftscreening, da kvinden kan frygte mandens reaktion (Daley et al., 2010). Herudover kan kulturelle værdier og religiøse overbevisninger være mulige barrierer, hvor normer kan sejre over kvinders individuelle sundhedsoverbevisninger, og hvor der i nogle kulturer opretholdes værdier, der fraråder livmoderhalskræftscreening af kvinder, hvor undersøgelsen foretages af en mandlig læge (Daley et al., 2010; Markovic et al., 2005). At have en indvandrer baggrund er forbundet med, at kvinden er mindre tilbøjelig til at deltage i livmoderhalskræftscreening (Harder et al., 2018). Yderligere kan en barriere for deltagelse i screening hos kvinder, som ikke kender til nogle i deres nære relationer, der har haft celleforandringer på livmoderhalsen være, at de opfatter screening som værende mindre vigtigt (Kvernød & Hansen, 2016), hvilket kan føre til et fravalg af screening. Det næst yderste niveau, *Levevilkår*, relaterer sig til uddannelse, boligforhold med videre (Dahlgren og Whitehead, 2007). Et dansk registerbaseret studie viser, at et lavt uddannelsesniveau samt lav indkomst er forbundet med manglende deltagelse i livmoderhalskræftscreening (Harder et al., 2018). Manglende offentlig transport og stor afstand mellem kvindens hjem og screeningsstedet, grundet lavt antal udbydere i nærheden af kvindens bopæl, kan være en

barriere for deltagelse i screeningsprogrammet (Daley et al., 2010; Agurto et al., 2004). I relation til det danske sundhedsvæsen, ses der en ulighed i tilgængeligheden af sundhedsvæsnets ydelser (Danske Patienter, 2019), hvor tilgængeligheden er størst i de større byer, sammenlignet med byer der er placeret i landdistrikterne (Landdistrikternes Fællesråd, 2021). Blandt danske kvinder kan geografien således udgøre en barriere for deltagelse i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, hvis kvinden har langt til screeningstedet, hvilket kan bidrage til en geografisk ulighed i sundhed. Herudover er familie- og arbejdsforpligtelser mulige barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening, hvor beskæftigede kvinder er dårligere stillet, hvis screeningen tilbydes inden for kvindens arbejdstid. I relation til familieforpligtelser kan en norm, hvor kvinder udfører betydeligt ulønnet arbejde i hjemmet, såsom madlavning og andre huslige pligter, foruden deres lønnede arbejde, betyde at tiden, som afsættes til at deltage i screeningsprogrammet, bliver nedprioriteret (Gillam, 1991; Markrovic et al., 2005). Yderligere kan kvinder med små børn have en tendens til, at prioritere børnenes helbred før deres eget i en travl hverdag (Kvernrød & Hansen, 2016). Det yderste niveau i modellen er *Socioøkonomiske-, kulturelle- og miljømæssige vilkår* (Dahlgren og Whitehead, 2007), og kan relateres til de strukturelle forhold i samfundet. På dette makroniveau har finansieringsstrømme og statslige bestemmelser stor betydning for leveringen af screenings- og behandlingstjenester. Her kan samfundets ressourceknaphed være en barriere for screeningsprogrammet (Daley et al., 2010). I Danmark er livmoderhalskræftscreening et gratis tilbud, som er finansieret af staten (Sundhedsstyrelsen, 2016), hvorfor det økonomiske aspekt ikke anses som værende af betydning for deltagelsen i en dansk kontekst. På trods af at livmoderhalskræftscreening i Danmark er velorganiseret og et gratis tilbud, ses der stadig en social ulighed i screeningsdeltagelsen (Harder et al., 2018), hvorfor der må være andre faktorer som fører til uligheden i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Lange ventetider, langsom behandlingstid af resultatet og misforvaltning af information, kan være barrierer for at kvinder vælger ikke at deltage i screeningsprogrammet (Agurto et al., 2004). De praktiske forhold, vedrørende invitation til screening, kan ligeledes være en barriere for deltagelse. Her kan manglende reaktion på invitationen fra kvinden resultere i, at hun ryger ud af screeningsprogrammet, hvilket kan føre til skyld og hindre kvinden i at søge invitation til livmoderhalskræftscreening igen. Yderligere kan der i forbindelse med invitationen opstå forvirring hos kvinden, da invitationen kommer fra regionen, og ikke egen læge, som skal foretage screeningsundersøgelsen. Herudover ønsker nogle kvinder at få foretaget screeningen i forbindelse med anden anledning hos lægen, hvilket ikke altid er en mulighed (Kvernrød & Hansen, 2016), da livmoderhalskræftscreeningen skal bestilles på forhånd.

Ud fra ovenstående kan det udledes, at en række barrierer har betydning for kvinders deltagelse i det nationale screeningsprogram for livmoderhalskræft. For at flere kvinder deltager i screeningsprogrammet, vil en brydning af disse barrierer, ses som værende af afgørende betydning. For at bryde barriererne, som ligger til grund for at kvinderne ikke deltager i screeningsprogrammet, skal der ske en ændring af nuværende praksis. Et kendskab til barriererne alene fordrer ikke en ændring i praksis, og vil derfor ikke kunne øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Kendskab til barriererne kan dog bidrage med viden og belysning omkring forandringsmuligheder i praksis.

3.0 Problemafgrænsning

Screening for livmoderhalskræft er et effektivt forebyggelsesværktøj, til at mindske forekomsten af livmoderhalskræft i den danske befolkning. Dog ses der en lav deltagelse blandt de unge kvinder mellem 23-29 år, hvor op imod halvdelen ikke deltager i screeningsprogrammet. Den lave deltagelse har negativ indvirkning på forebyggelsen af livmoderhalskræft, da det via screening er muligt at opdage forstadier til livmoderhalskræft, og forhindre udviklingen af sygdommen. Det fremgår af problemanalysen, at der kan være barrierer forbundet med deltagelse i livmoderhalskræftscreening, hvorfor det ses relevant at undersøge nærmere, hvilke barrierer, der ligger til grund for den lave deltagelse blandt de unge kvinder mellem 23-29 år i det danske screeningsprogram. Et kendskab til barriererne alene, fordrer dog ikke en stigning i deltagelsen, men identifikation af barriererne, kan give viden omkring, hvad der kan ændres i praksis for at få de unge kvinder til at deltage i screeningsprogrammet.

4.0 Problemformulering

Specialets problemanalyse og problemafgrænsning leder frem til følgende problemformulering:

“Hvilke barrierer ligger til grund for den lave deltagelse i livmoderhalskræftscreening, blandt de unge kvinder i alderen 23-29 år i Danmark, og hvad kan ændres i praksis så deltagelsen øges?”

For at besvare problemformuleringen, er der udarbejdet følgende to forskningsspørgsmål:

1. *“Hvilken viden eksisterer der på området omkring at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer?”*

Forskningsspørgsmål ét vil blive afdækket gennem et litteraturstudie, hvor eksisterende litteratur om at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer belyses.

2. *“Hvilke barrierer ses der blandt unge kvinder i alderen 23-29 år i Danmark i forbindelse med deltagelse i livmoderhalskræftscreening, og hvad kan ændres i nuværende praksis, så deltagelsen øges?”*

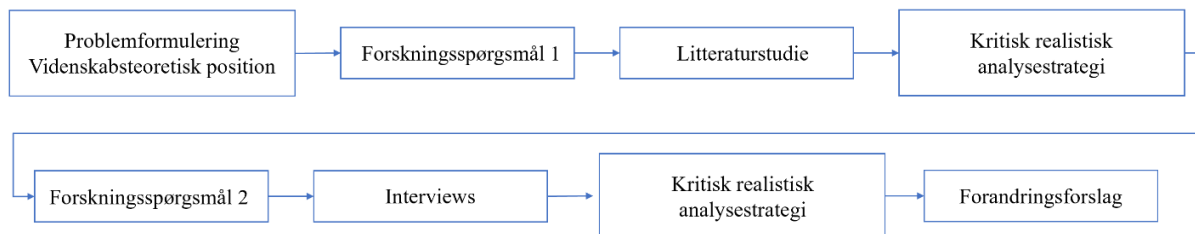
Forskningsspørgsmål to vil blive belyst gennem kvalitative individuelle interviews med unge kvinder mellem 23-29 år, som ikke har deltaget i det danske livmoderhalskræftscreeningsprogram, hvor barrierer som de unge kvinder oplever i relation til deltagelsen undersøges. Herudover skal forskningsspørgsmålet bidrage med viden, der kan understøtte et forandringsforslag af nuværende praksis, hvor de kvalitative individuelle interviews med de unge kvinder, foruden at skulle belyse barrierer, også skal belyse, hvad der kan ændres i nuværende praksis så deltagelsen øges.

5.0 Formål

Specialet har til formål at undersøge barrierer samt forandringsmuligheder i forbindelse med unge kvinders deltagelse i screening for livmoderhalskræft, og på baggrund heraf, komme med et begrundet forslag til ændring af nuværende praksis, for at øge deltagelsen i screeningsprogrammet blandt unge kvinder mellem 23-29 år i Danmark.

6.0 Metode

I følgende afsnit vil specialets metodologiske fremgangsmåde blive præsenteret og begrundet. I nedenstående figur 2 ses en oversigt over specialets metodologiske fremgangsmåde.



Figur 2. Oversigt over specialets metodologiske fremgangsmåde.

Af figur 2 fremgår det at problemformuleringen samt den videnskabsteoretiske position, danner grundlag for specialets to forskningsspørgsmål. Til besvarelsen af forskningsspørgsmålene er der anvendt forskellige kvalitative metoder, herunder litteraturstudie og individuelle interviews til indsamling af empiri. Empirien, fundet i litteraturstudiet, er blevet analyseret med inddragelse af relevant teori, og har været udgangspunktet til udformningen af interviewguiden, hvorefter interviewene er blevet foretaget og analyseret. Efterfølgende er analyserne af resultaterne fra henholdsvis litteraturstudiet og interviewene blevet diskuteret, hvilket har dannet baggrund for et forandringsforslag i praksis.

6.1 Videnskabsteoretisk position

Specialets videnskabsteoretiske position tager udgangspunkt i kritisk realisme. Kritisk realisme er en videnskabsteori, hvor der hersker en opfattelse af, at der eksisterer en virkelighed uafhængigt af vores forestillinger om den. Som konsekvens af denne opfattelse, består kritisk realisme af to dimensioner, *Den transitive dimension*, som indeholder den viden vi har om verden og *Den intransitive dimension*, som vedrører verden, som den er, uafhængigt af den viden vi har om den (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I specialet ønskes *Den intransitive dimension* undersøgt, for herigennem at opnå større kendskab til, hvilke barrierer, der ligger til grund for den lave deltagelse blandt de unge kvinder mellem 23-29 år i Danmark, og hvad der kan ændres i praksis så deltagelsen øges. Ontologien indenfor kritisk realisme omhandler *Den intransitive dimension*, og insisterer på at de objekter, som videnskaben undersøger, ikke ændrer sig i takt med at videnskabens forståelse af dem ændrer sig. Hermed ses der en dyb ontologi, hvor virkeligheden indeholder tre domæner; *Det empiriske domæne*, som består af observationer og erfaringer, *Det faktiske domæne*, som består af alle de fænomener, som

eksisterer og alle de begivenheder, der finder sted uafhængigt af, om de bliver erfaret eller ej og *Det dybe domæne*, som består af ikke observerbare strukturer og mekanismer, som i nogle tilfælde understøtter og forårsager begivenheder og fænomener inden for det faktiske domæne. De to første domæner udgør det “flade” verdensbillede, hvor virkelighedsforståelsen reducerer virkeligheden til det observerbare, hvorfor *Det dybe domæne* er det centrale indenfor kritisk realisme. Med det dybe domæne er det muligt at afdække de strukturer og mekanismer, der ligger bag fremtrædelsesformerne, og som ikke kan observeres med sanserne (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I specialet er der valgt kvalitative metoder til indsamling af empiri for at afdække de strukturer og mekanismer, som har betydning for deltagelsen i livmoderhalskræftscreening blandt de unge kvinder mellem 23-29 år i Danmark, for herigennem at opnå viden om, hvad der kan ændres i praksis så deltagelsen øges. Kvalitative undersøgelser fokuserer på mening i kontekst og kræver dataindsamlingsmetoder, som er følsom over for bagvedliggende meninger. Mennesker er bedst egnede til denne opgave, hvor blandt andet at interviewe og analysere, er aktiviteter, der er centrale for kvalitativ forskning (Merriam & Tisdell, 2016). På baggrund heraf anses litteraturstudie og interview som velegnede metoder til at besvare specialets problemformulering.

6.2 Dataindsamling

I de følgende afsnit vil specialets metoder til indsamling af empiri blive præsenteret og beskrevet. Først præsenteres og beskrives litteraturstudiet, dernæst interview som metode til indsamling af empiri. Efterfølgende vil de etiske overvejelser i relation til de anvendte metoder til dataindsamling begrundes.

6.2.1 Litteraturstudie

Formålet med litteraturstudiet er at opsummere og fortolke eksisterende viden på området og yderligere kunne belyse, hvor der mangler viden (Krogh & Thomsen, 2018). Litteraturstudiet udformes i specialet som et systematisk review, hvor al viden inden for deltagelse i livmoderhalskræftscreening indsamles, med det formål at kunne besvare forskningsspørgsmål 1: “Hvilken viden eksisterer der på området omkring at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer?” med den størst mulige præcision og sandhedsværdi (Krogh & Thomsen, 2018). I følgende afsnit vil den indledende søgning blive beskrevet samt det systematiske review, hvor der argumenteres for valget af databaser og

søgestrategien beskrives. Udvælgelsen og vurderingen af litteraturen vil ligeledes blive beskrevet.

Indledende søgning

I forbindelse med specialets problemanalyse er der opnået en forståelse for emnet, og en indsigt i den eksisterende litteratur samt de ord, som anvendes på området. Via den indledende søgning foretaget i PubMed, Google Scholar og AUB (National Library of Medicine, 2022a; Google Scholar, 2022; AUB, 2022), er der fremsøgt litteratur, som har bidraget med eksisterende viden om deltagelse i livmoderhalskræftscreening, og har været med til at præcisere og indsnævre specialets problemfelt.

Systematisk review

Det systematiske review kræver grundig forberedelse med udarbejdelse af protokol (Krogh & Thomsen, 2018), hvorfor der i forbindelse med specialets review er blevet oprettet et separat dokument for litteratursøgningen. Dokumentet indeholder en brainstorming af søgeord ud fra emnet, problemformuleringen og forskningsspørgsmålet, søgestrategien herunder inklusions- og eksklusionskriterier, den overordnede bloksøgning og de udvalgte databaser.

Som en del af forberedelsen, er der blevet opstillet klare inklusions- og eksklusionskriterier, som skal bidrage til udvælgelse og inkludering af relevante artikler samt sikre kvaliteten i reviewet (Frandsen & Eriksen, 2020). Inklusionskriterierne tager udgangspunkt i forskningsspørgsmål 1: *“Hvilken viden eksisterer der på området omkring at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer?”*, hvorfor artikler der omhandler øgning af deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer inkluderes. Herudover inkluderes artikler, som er på dansk, engelsk, norsk eller svensk. Eksklusionskriterierne indebærer artikler, som ikke er peer-reviewed, artikler som er ældre end fra år 2010 samt artikler, hvor forskningen ikke er sammenlignelig med danske forhold (se tabel 3).

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Artikler på dansk, engelsk, norsk og svensk	Ikke peer-reviewed artikler
Øgning af deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer	Artikler, hvor forskningen ikke er sammenlignelig med danske forhold
	Artikler, der er ældre end fra år 2010

Tabel 3. Inklusions- og eksklusionskriterier.

Valg af databaser

For at afdække området og besvare forskningsspørgsmålet, er følgende databaser blevet udvalgt; Cochrane Library, PsycINFO og CINAHL. I nedenstående tabel 4 ses en oversigt og beskrivelse af de valgte databasers indhold.

Database	Indhold
Cochrane Library	Cochrane Library er en database, som dækker over områder som interventionsstudier og systematiske reviews (Krogh & Thomsen, 2018). Ved også at søge i Cochrane Library inkluderes de to databaser CENTRAL og DARE (Lund et al., 2014).
PsycINFO	PsycINFO er en database, som dækker over området psykologi (Krogh & Thomsen, 2018). PsycINFO indeholder omfattende litteratur indenfor psykologisk og adfærdsmæssig forskning på tværs af videnskabelige og professionelle områder (American Psychological Association, 2022).
CINAHL	CINAHL er en database, som dækker over områder som sygepleje og fysioterapi, og er især relevant for paramedicinske faggrupper (Krogh & Thomsen, 2018; Lund et al., 2014). CINAHL indeholder en del kvalitativ forskningslitteratur (Korsbek & Barkler, 2005).

Tabel 4. Oversigt og beskrivelse af de valgte databasers indhold.

De tre databaser er udvalgt på baggrund af deres indhold samt at de tilsammen gør det muligt at opnå en fyldestgørende liste over publikationer indenfor området. Cochrane Library er udvalgt på baggrund af dens indhold af interventionsstudier og systematiske reviews (Krogh & Thomsen, 2018), hvilket er studiedesigns, som kan være med til at besvare, hvordan deltagelsen i livmoderhalskræftscreening kan øges, og kan samtidig bidrage med specifikke tal på deltagelsesprocenter i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer. PsycINFO er udvalgt på baggrund af dens indhold af studier med psykologiske aspekter (American Psychological Association, 2022), hvilket vurderes som værende relevant, da øgning af deltagelsen i livmoderhalskræftscreening kan betragtes som en adfærdsændring. CHINAL er udvalgt på baggrund af dens indhold af kvalitativ litteratur (Korsbek & Barkler, 2005), hvilket vurderes som værende relevant i relation til viden omkring, hvad det er ved metoden til at øge deltagelsen, som skaber en ændring.

Søgestrategi

I forbindelse med specialets litteratursøgning, er der som søgestrategi valgt at anvende bloksøgning, hvor der er blevet opstillet tre facetter med udgangspunkt i forskningsspørgsmål 1, for dermed at kunne afdække og besvare spørgsmålet. Facetterne omfatter selve patologien/problemet, som er livmoderhalskræft, interventionen, som er screening og outcome, som er deltagelse. I nedenstående tabel ses en oversigt over den overordnede bloksøgning, som har været udgangspunktet for søgningen i alle valgte databaser (se tabel 5). I bilag 1 kan søgestrategien for hver af de tre databaser ses.

Overordnet bloksøgning		
Facet 1. Patologi/problem	Facet 2. Intervention	Facet 3. Outcome
Cervical cancer Cervix cancer	Screening Screening program	Participation Participation rate

Tabel 5. *Overordnet bloksøgning.*

I ovenstående tabel 5 fremgår søgeord, som er valgt på baggrund af deres relevans for facetten. I forbindelse med søgningen er der anvendt de boolske operatorer AND og OR, til at indsnævre eller udvide søgningen (Krogh & Thomsen, 2018). Til indsnævring af søgningen er AND anvendt til at kombinere de tre facetter i bloksøgningen, således alle tre repræsenteres i søgningen. Til at udvide søgningen er OR anvendt i de facetter, hvor der fremgår mere end ét søgeord, således enten det ene og/eller det andet søgeord repræsenteres i søgningen.

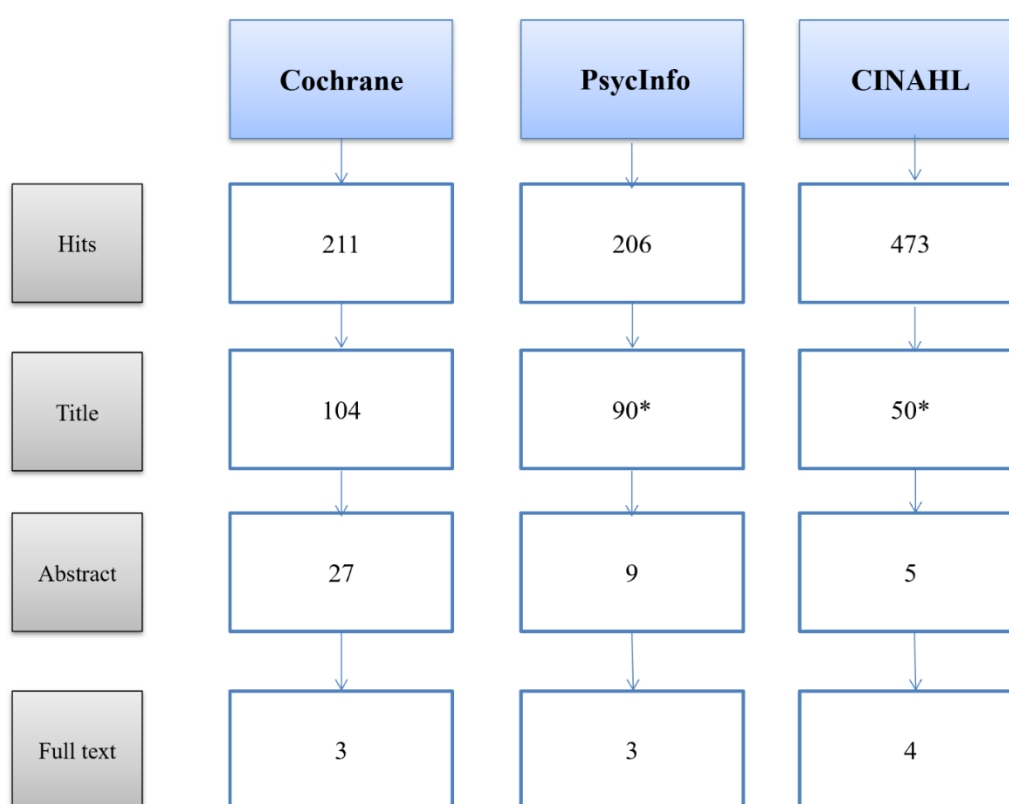
I nedenstående tabel 6, ses et eksempel på bloksøgningen, der er foretaget i CINAHL.

CINAHL d. 24.03.2022																						
Facet 1. Patologi/problem	Facet 2. Intervention	Facet 3. Outcome																				
Cervical cancer Cervix cancer	Screening Screening program	Participation Participation rate																				
MH-term: Cervix Neoplasms: 17.730 hits Fritekst (titel og abstract): “Cervix Neoplasms”: 1 hit “Cervix cancer”: 275 hits “Cervical cancer”: 14.264 hits Kombineret med OR: <u>21.949 hits</u>	MH-term: Cancer Screening: 16.384 hits Fritekst (titel og abstract): “Cancer Screening”: 16.984 hits Screening: 155.362 hits “Screening program*”: 12.868 hits Kombineret med OR: <u>161.305 hits</u>	MH-term: Der er ikke noget MH-term, som dækker vores valgte outcome. Fritekst (titel og abstract): Participation: 77.442 hits “Participation rate*”: 3.008 hits Kombineret med OR: <u>77.442 hits</u>																				
MH-termer + fritekst (titel og abstract) kombineret med AND: MH Cervix Neoplasms OR AB “Cervix Neoplasms” OR TI “Cervix Neoplasms” OR AB “Cervix cancer” OR TI “Cervix cancer” OR TI “Cervical cancer” OR AB “Cervical cancer” AND MH cancer screening OR AB “Cancer Screening” OR TI “Cancer Screening” OR AB Screening OR TI Screening OR TI “Screening program*” OR AB “Screening program*” AND TI Participation OR AB Participation OR TI “Participation rate*” OR AB “Participation rate*” = <u>473 hits</u>																						
☐ Select / deselect all Search with AND Search with OR Delete Searches Refresh Search Results <table><thead><tr><th>Search ID#</th><th>Search Terms</th><th>Search Options</th><th>Actions</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ S4</td><td>(TI Participation OR AB Participation OR TI "Participation rate*" OR AB "Participation rate*") AND (S1 AND S2 AND S3)</td><td>Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase</td><td>View Results (473) View Details Edit</td></tr><tr><td>☐ S3</td><td>TI Participation OR AB Participation OR TI "Participation rate*" OR AB "Participation rate"</td><td>Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase</td><td>View Results (77,510) View Details Edit</td></tr><tr><td>☐ S2</td><td>MH Cancer Screening OR TI "Cancer Screening" OR AB "Cancer Screening" OR TI Screening OR AB Screening OR TI "Screening program*" OR AB "Screening program"</td><td>Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase</td><td>View Results (161,432) View Details Edit</td></tr><tr><td>☐ S1</td><td>MH Cervix Neoplasms OR TI "Cervix Neoplasms" OR AB "Cervix Neoplasms" OR TI "Cervix cancer" OR AB "Cervix cancer" OR TI "Cervical cancer" OR AB "Cervical cancer"</td><td>Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase</td><td>View Results (21,862) View Details Edit</td></tr></tbody></table>			Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions	☐ S4	(TI Participation OR AB Participation OR TI "Participation rate*" OR AB "Participation rate*") AND (S1 AND S2 AND S3)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (473) View Details Edit	☐ S3	TI Participation OR AB Participation OR TI "Participation rate*" OR AB "Participation rate"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (77,510) View Details Edit	☐ S2	MH Cancer Screening OR TI "Cancer Screening" OR AB "Cancer Screening" OR TI Screening OR AB Screening OR TI "Screening program*" OR AB "Screening program"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (161,432) View Details Edit	☐ S1	MH Cervix Neoplasms OR TI "Cervix Neoplasms" OR AB "Cervix Neoplasms" OR TI "Cervix cancer" OR AB "Cervix cancer" OR TI "Cervical cancer" OR AB "Cervical cancer"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (21,862) View Details Edit
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions																			
☐ S4	(TI Participation OR AB Participation OR TI "Participation rate*" OR AB "Participation rate*") AND (S1 AND S2 AND S3)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (473) View Details Edit																			
☐ S3	TI Participation OR AB Participation OR TI "Participation rate*" OR AB "Participation rate"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (77,510) View Details Edit																			
☐ S2	MH Cancer Screening OR TI "Cancer Screening" OR AB "Cancer Screening" OR TI Screening OR AB Screening OR TI "Screening program*" OR AB "Screening program"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (161,432) View Details Edit																			
☐ S1	MH Cervix Neoplasms OR TI "Cervix Neoplasms" OR AB "Cervix Neoplasms" OR TI "Cervix cancer" OR AB "Cervix cancer" OR TI "Cervical cancer" OR AB "Cervical cancer"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (21,862) View Details Edit																			

Tabel 6. Eksempel på en bloksøgning foretaget i CINAHL.

Udvælgelse og vurdering af litteratur

I nedenstående figur 3 ses et flowchart over udvælgelsen af artikler, hvor første række viser antallet af hits i de udvalgte databaser. Den første sortering er blevet foretaget på baggrund af artiklernes titel, hvor der efterfølgende er blevet foretaget endnu en sortering på baggrund af artiklernes abstracts. Herefter er der blevet foretaget en gennemlæsning, hvor en vurdering af om de enkelte artikler opfylder de prædefinerede inklusionskriterier og ingen af eksklusionskriterierne, har lagt til grund for den endelige udvælgelse (Krogh & Thomsen, 2018). Udvælgelsen er blevet foretaget af begge specialets forfattere, hvor eventuelle uoverensstemmelser er blevet diskuteret til opnåelse af konsensus.



Figur 3. Flowchart over udvælgelsen af artikler. *tjek for dubletter, hvor i alt 8 er fravalgt på baggrund heraf.

Efter udvælgelse af artiklerne, er troværdigheden og den metodiske kvalitet af de udvalgte videnskabelige artikler blevet vurderet. Vurderingen af artiklernes troværdighed er baseret på overvejelser omkring populationen, indsatsen og om målingerne er fagligt relevante og udført på en fagligt forsvarlig måde. Herudover indebar vurderingen overvejelser omkring den interne validitet samt studiets eksterne validitet (Lund et al., 2014). Til at foretage vurderingen af artiklernes metodiske kvalitet, er der blevet taget udgangspunkt i kvalitetsvurderingsværktøjer fra Joanna Briggs Institute (The University of Adelaide, 2022). Se bilag 2 for et eksempel på en kvalitetsvurdering af en udvalgt artikel.

6.2.2 Interview

I specialet er der blevet udført tre individuelle interviews, som har til formål at besvare forskningsspørgsmål 2: *“Hvilke barrierer ses der blandt unge kvinder i alderen 23-29 år i Danmark i forbindelse med deltagelse i livmoderhalskræftscreening, og hvad kan ændres i nuværende praksis, så deltagelsen øges?”*. Interviews er velegnede til at forstå, udfolde og afdække informantens virkelighedsopfattelse (Kvale & Brinkmann, 2015), hvorfor interviewene har haft til formål at bidrage med viden om de unge kvinders barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening og identificere forandringsmuligheder. Ifølge Ana Manzano (2016) udgør interviewet empirien bag fænomener og processer, og kan frembringe viden herom (Manzano, 2016), hvilket gør det muligt at opnå viden omkring de strukturer og mekanismer, som ligger bag unge kvinders deltagelse i livmoderhalskræftscreening. Interviewene er baseret på semistrukturerede interviews, som indebærer en særlig tilgang, hvor der hverken tages udgangspunkt i en åben hverdagssamtale eller et lukket survey. Herimod fokuseres der i det semistrukturerede interview på bestemte temaer samtidig med, at der gives plads til at samtalen har mulighed for at udfolde sig. Interviewene er blevet lydoptaget og efterfølgende transskriberet, og danner tilsammen baggrund for den efterfølgende analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Forud for interviewene er der blevet udarbejdet en samtykkeerklæring, som informanterne har fået tilsendt og underskrevet forud for gennemførelsen af interviewene (se bilag 3). I følgende afsnit vil interviewguiden, udvælgelsen af informanter, gennemførelse af interviews og transskribering blive beskrevet.

Interviewguide

Interviewguiden er blevet udarbejdet med udgangspunkt i litteraturstudiets resultatanalyse og kan ses i bilag 4. Foruden at tage udgangspunkt i litteraturstudiet, så har interviewguiden også været inspireret af problemanalysen. Da der anvendes en semistruktureret tilgang, er spørgsmålene i interviewguiden åbne og fleksible, hvorfor spørgsmålene kan ændres og tilpasses informantens svar undervejs i interviewet (Merriam & Tisdell, 2016). Spørgsmålene er udformet i et alment hverdagssprog, så de er let forståelige for informanterne. De første spørgsmål i interviewguiden består af indledende spørgsmål, for dermed at få et kendskab til informanten (Kvale & Brinkmann, 2015), hvor der eksempelvis stilles spørgsmålet: *“Hvad beskæftiger du dig med i din hverdag?”*. I interviewguiden gøres der brug af direkte spørgsmål, som ifølge Lee Martin (2020) er nyttige i relation til at fremanalysere årsagsforklaringer. Hvis disse spørgsmål ikke bliver stillet, er det ikke muligt at kunne forklare fænomenet, da de har

betydning for sammenhængen, og er med til at beskrive informanternes virkelighedsbillede (Martin, 2020). Efter de indledende spørgsmål, stilles der nogle specificerede spørgsmål, som søger at afdække præcise forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2015), for herigennem at opnå viden omkring, om informanterne er blevet vaccineret mod livmoderhalskræft, og om de er blevet inviteret til livmoderhalskræftscreening. Herudover stilles der spørgsmål omkring de kontekster og mekanismer, som fremkom i litteraturstudiet, herunder barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening. Interviewguiden indeholder også uddybende spørgsmål, som skal være med til at guide intervieweren i tilfælde, hvor informantens besvarelse ikke er uddybende nok, eller informanten har brug for at få spørgsmålet på en anden måde. De uddybende spørgsmål skal ligeledes være med til at signalere, at intervieweren lytter og er interesseret i det informanten fortæller (Kvale & Brinkmann, 2015). I interviewguiden er der blevet gjort brug af ord som “hvordan” og “hvad”, hvor formålet er at fremme spontane beskrivelser fra informanterne. For eksempel stilles spørgsmålet: *“Hvad er dine tanker omkring at få foretaget en screening for livmoderhalskræft?”*, hvor det tilhørende uddybende spørgsmål lyder: *“Er der noget negativt eller positivt forbundet med det, tænker du?”*. Herudover anvendes ordet “hvorfor”, da det skal være med til at fremme en mere spekulativ forklaring (Kvale & Brinkmann, 2015). Her stilles eksempelvis spørgsmålet: *“Hvorfor tænker du, at du ikke har deltaget i livmoderhalskræftscreening?”*.

Udvælgelse af informanter

Til udvælgelsen af informanter, er den formålsbestemte rekrutteringsstrategi blevet anvendt. Denne strategi baserer sig på antagelsen om, at de informanter, som udvælges, skal kunne bidrage til at undersøge og forstå et bestemt fænomen i en bestemt målgruppe (Babchuk, 2017). Udvælgelsen er foretaget på baggrund af et ønske om opnåelsen af informationsrig viden, om de unge kvinders barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening. I nedenstående tabel 7, ses en oversigt over informanternes karakteristika.

Informant	Alder	Uddannelsesniveau	Beskæftigelse	Afstand til praktiserende læge
A	24 år	Gymnasial uddannelse	Studerende med studiejob	3 km
B	24 år	Professionsbacheloruddannelse	Fuldtidsjob	1 km
C	25 år	Bacheloruddannelse	Studerende med studiejob	7 km

Tabel 7. Oversigt over informanternes karakteristika.

Gennemførelse af interview

I forbindelse med specialet, er der blevet foretaget tre interviews, som alle blev afholdt online over Microsoft Teams via et lydopkald (Microsoft, 2022). Interviewene tog afsæt i interviewguiden. Der blev afsat 45-60 minutter til hvert interview, som bestod af en briefing, de spørgsmål, som skulle stilles under interviewet samt en debriefing. Briefingen blev afholdt for at informere informanterne om formålet med interviewet, anonymisering, opbevaring og behandling af data. Herudover blev der spurgt ind til samtykkeerklæringen, for at sikre at informanterne havde forstået og underskrevet denne. Alle tre interviews blev lydoptaget, da dette sikrer at alt, som bliver sagt, bevares til analysen (Merriam & Tisdell, 2016). Interviewene blev afsluttet med en debriefing, hvor der blev spurgt ind til om informanten havde noget at uddybe eller tilføje. Debriefingen blev også afholdt for at informanten kunne give feedback på interviewet, og for at få en god afslutning.

Transskribering

Efter interviewene blev gennemført, blev de transskriberet ved verbatim transskribering. Den verbatim transskribering er blevet anvendt for at opnå den bedste data til analysen, da den omfatter, at al tale på optagelserne af interviewene skrives ordret ned (Merriam & Tisdell, 2016). Forud for transskriberingen blev der udformet en transskriberingsguide (se bilag 5), for at sikre en ensartet transskribering af tale på optagelserne til skrift. Transskriberingsguiden indeholder retningslinjer for transskriberingen, hvor blandt andet tænkepauser noteres som ”(.)”, og ord med særligt tryk noteres med blokbogstaver.

6.3 Analysestrategi

Til analyse af den indsamlede empiri, er der anvendt en kritisk realistisk analysestrategi af Martin (2020). Martins analysestrategi er inspireret af tematisk analyse beskrevet af Braun og Clarke (2006), og består af fire stadier (Martin, 2020).

Martins kodningsproces:

1. Identificering af initierende koder og kategorisering af data. Datamaterialet nærlæses, og sætninger og afsnit får labels, som opsummerer indholdet.
2. Identificering af kausale kræfter og processer. Gruppering af de identificerede koder, ind i relaterede kausale kategorier.

3. Sammenligning af data, for at forstå forskelle i data og opnå en årsagsforklaring, ved at gå frem og tilbage mellem data og kategorier.
4. Fremskrivning af logikken i årsagsforklaringen, med inddragelse af relevant teori.

Først gennemføres analysen af litteraturstudiet, hvor der ved kodningsprocessens fjerde stadie vil blive inddraget relevant litteratur og teori. Efterfølgende vil analysen af de kvalitative individuelle interviewes blive foretaget, hvor analysen af litteraturstudiet og de fremkomne kategorier, vil blive inddraget i kodningsprocessens fjerde stadie.

6.4 Etiske overvejelser

Specialet tager udgangspunkt i *The European Code of Conduct for Research Integrity*, der indeholder anbefalinger om god videnskabelig skik, hvor der lægges vægt på grundighed, fortrolighed, ærlighed, transparens, ansvar og respekt (ALLEA, 2017). Igennem hele specialeskrivningen, har der været fokus på at skabe sammenhæng mellem elementerne som specialet består af. Det er vigtigt inden for kvalitative undersøgelser, at der ses en sammenhæng mellem forskningsspørgsmålet, målet med projektet, de valgte metoder, den begrebsmæssige ramme samt validiteten (Maxwell, 2005), hvorfor elementerne specialet består af, er valgt på baggrund af de indbyrdes sammenhænge. I forbindelse med dataindsamlingen, har der været flere etiske overvejelser i spil. Specialet bygger på en kvalitativ undersøgelse, hvor indsamlingen af empiri er foretaget via et litteraturstudie samt interviews. I forbindelse med litteraturstudiet, er der lagt stor vægt på at skabe transparens, både i den systematiske søgning, hvor søgestrategien for hver database er opstillet i tabeller (se bilag 1), samt i udvælgelsen af artikler, som er illustreret i et flowchart (se figur 3). I forbindelse med litteraturstudiet er der sat et eksklusionskriterie, hvor artikler som er publiceret før 2010 frasorteres, hvilket er med til, at kun nyere forskning inden for området inkluderes. Yderligere er der foretaget kvalitetsvurderinger af de udvalgte artikler ud fra anerkendte kvalitetsvurderingsskemaer af Joanna Briggs Institute (The University of Adelaide, 2022), som er nøje udvalgt til hver artikel i forhold til forskningstypen. Herudover er der kun inkluderet artikler, som er peer-reviewed. I forbindelse med interviewene, er der taget udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2015) etiske retningslinjer for kvalitative interviews, som omfatter: *Informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle* (Kvale & Brinkmann, 2015). Forud for interviewene er der blevet indhentet informeret skriftligt samtykke fra informanterne ud fra samtykkeerklæringen (se bilag 3), da det er med til at sikre at informanterne frivilligt deltager i interviewene, samt

får oplyst, at de til enhver tid kan trække sig (Kvale & Brinkmann, 2015). Det skriftlige informerede samtykke blev yderligere bekræftet ved interviewets begyndelse som en del af briefing, der ligeledes indeholdt en beskrivelse af formålet med interviewet. Informanterne blev i briefing yderligere informeret om håndteringen af data, som følger de gældende GDPR-regler, hvilket er med til at sikre fortrolighed (Datatilsynet, 2022b). Da der i interviewene er fremkommet følsomme personoplysninger, i form af helbredsoplysninger, er der blevet foretaget en anonymisering, således informanterne ikke kan identificeres ud fra oplysningerne, ej heller i kombination med andre oplysninger (Datatilsynet, 2022a). Ud fra et nytteetisk perspektiv er informantens deltagelse i interviewet blevet vurderet (Kvale & Brinkmann, 2015). Risikoen for at skade informanten er i specialet vurderet som værende minimal, samtidig med at informantens deltagelse er vurderet til at kunne bidrage med nyttig viden på det undersøgte i relation til målgruppen. I forhold til Kvale & Brinkmanns (2015) beskrivelse af forskerens rolle, øges forskerens integritet i forbindelse med interview, da intervieweren er det vigtigste redskab til indhentning af viden (Kvale & Brinkmann, 2015). I specialet har der derfor været overvejelser forbundet med specialeprojektets forfatteres optræden som interviewere, hvor der har været særligt fokus på empati og engagement. Dette er forsøgt opnået gennem en anerkendende og lyttende tilgang.

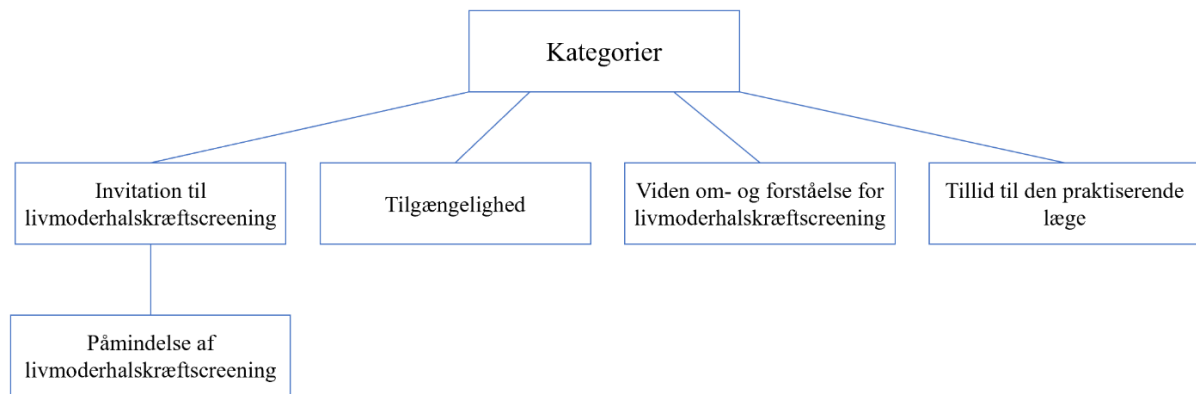
7.0 Resultater og analyse

I de følgende afsnit vil resultaterne fra litteraturstudiet blive præsenteret og analyseret. Analysen af litteraturstudiet og teorien anvendt heri, har været udgangspunktet til udformningen af interviewguiden. Med udgangspunkt i interviewguiden, er interviewene blevet gennemført, og efterfølgende transskriberet. Resultaterne af interviewene vil ligeledes blive præsenteret og analyseret i de efterfølgende afsnit.

7.1 Litteraturstudie

I følgende afsnit vil de 10 udvalgte artikler fra litteraturstudiet blive analyseret, med udgangspunkt i Lee Martins (2020) kritiske realistiske analysestrategis fire stadier. Litteraturstudiet har til formål at besvare forskningsspørgsmål 1: *“Hvilken viden eksisterer der på området omkring at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer?”*. Først vil matricen over resultaterne i litteraturstudiet blive præsenteret, og efterfølgende vil fundene fra litteraturstudiet blive analyseret. På baggrund af analysestrategiens tre første stadier er følgende

fire kategorier fremkommet: *Invitation til livmoderhalskræftscreening*, *Tilgængelighed*, *Viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening* og *Tillid til den praktiserende læge*. Af kategorien *Invitation til livmoderhalskræftscreening* er der fremkommet følgende underkategori: *Påmindelse af livmoderhalskræftscreening* (se figur 4).



Figur 4. Oversigt over kategorier fremkommet af tredje stadie af kodningsprocessen.

Matrice over litteraturstudiets resultater

I nedenstående tabel 8, ses der en matrice over litteraturstudiets resultater, som indeholder en præsentation af de 10 udvalgte artikler med beskrivelse af artiklernes formål, studiedesign og metode, resultater og konklusion. Yderligere fremgår der en beskrivelse af relevansen for at medtage artiklen i litteraturstudiet, som er foretaget på baggrund af en kvalitetsvurdering samt en vurdering af artiklens bidrag til besvarelsen af forskningsspørgsmålet.

Præsentation (titel, forfatter og årstal)	Formål	Studiedesign og metode	Resultater	Konklusion	Relevans for specialet
<i>Behavioral economics informed message content in text message reminders to improve cervical screening participation: Two pragmatic randomized controlled trials.</i> (Huf et al., 2020).	Formålet med dette studie er at vurdere virkningen af SMS-påmindelser og forskelligt SMS-beskedindhold (informeret af adfærdsøkonomi) på livmoderhalskræftscreeningsdeltagelse.	RCT – England. Kvantitativ metode. 24-29 år: Kontrolgruppe (ingen sms) og interventionsgruppe (SMS-PCP). 30-64 år: Kontrolgruppe (ingen sms) og syv interventionsgrupper (SMS uden manipulation, SMS-PCP, SMS-SNT, SMS-SNP, SMS-GF og SMS-LF).	I alt var 3139 og 11.458 kvinder randomiseret i to undersøgelser stratificeret på alder. Deltagelsen i undersøgelsen af de 24-29-årige (2139 kvinder) var signifikant højere i SMS-PCP-gruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Deltagelsen i undersøgelsen af de 30-64-årige (11.458 kvinder) var signifikant højere i SMS-PCP og SMS-grupperne sammenlignet med kontrolgruppen. For begge grupper viste det sig, at ældre og mindre udsatte kvinder var signifikant mere tilbøjelige til at deltage i livmoderhalskræftscreening.	Adfærdsmæssige SMS'er forbedrer deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. SMS'ens indhold spiller en vigtig rolle for virkningen af SMS'en.	SMS-påmindelser kan være et redskab til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer.

<i>Self-collected HPV Testing Improves Participation in Cervical Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis.</i> (Racey, Withrow & Gesink 2013).	Formålet med dette studie er at gennemgå litteratur og afgøre, i hvilket omfang HPV-selvtest øger screeningsdeltagelse hos kvinder, der aldrig eller underskæres for livmoderhalskræft.	Review – Canada. Kvalitativ metode. Der blev udført en systematisk litteraturgennemgang i databaserne Medline og EMBASE for at finde artikler, der undersøgte brugen af HPV-selvtest på deltagelse og screening for livmoderhalskræft. Herudover blev der udført en metaanalyse, hvor der ved hjælp af en random-effects-model blev beregnet den relative compliance, med en intention-to-treat-analyse af HPV-selvtest sammenlignet med pap-test med 95% konfidensintervaller (CI).	I alt blev ti artikler gennemgået, hvoraf otte var europæiske og to var nordamerikanske. Af de ti artikler anvendte ni et randomiseret design. I alle artikler var den relative compliance af HPV-selvtest sammenlignet med pap-test signifikant større end 1,0. Den overordnede relative compliance var 2,14.	HPV-selvtest forbedrede signifikant deltagelse af kvinder, der ikke rutinemæssigt deltog i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer.	HPV-selvtest kan være et redskab til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer.
--	--	---	--	--	---

<i>The application of health behavior theories to promote cervical cancer screening uptake.</i> (Dsouza et al., 2021).	Dette studie har til formål at foretage en systematisk gennemgang af den eksisterende litteratur, omhandlende, hvad der ligger til grund for kvinders sundhedsadfærd i relation til livmoderhalskræft.	Review – Belgien. Søgningen blev foretaget i PubMed, Scopus, PsycINFO, Web of Science, Sociologiske abstracts, CINAHL og Cochrane.	I alt fremkom der 12.125 hits, hvoraf 69 artikler blev udvalgt på baggrund af inklusions- og eksklusionskriterierne. 21 undersøgelser brugte en sundhedsadfærdsteori til at udvikle en intervention til at fremme deltagelsen i livmoderhalskræftscreening.	Studiets resultater indikerer, at teori om sundhedsadfærd i væsentlig grad kan forudsige deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer. Herudover kan de være med til at give politiske beslutningstagere en teoretisk ramme til at forstå de psykologiske determinanter for adfærd for livmoderhalskræftscreening samt udviklingen og implementeringen af interventioner for at øge screeningsoptagelsen.	Sundhedsadfærdsteori kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer.
---	---	--	---	---	--

<i>Increasing participation in cervical cancer screening: Offering a HPV self-test to long-term non-attendees as part of RACOMIP, a Swedish randomized controlled trial.</i> (Broberg et al., 2014).	Formålet med dette studie er at vurdere effektiviteten af at tilbyde en HPV-selvtest via mail sammenlignet med nuværende standard procedure. Yderligere vurderes effektiviteten af at tilbyde en test, der foretages på en klinik via telefonopkald sammenlignet med nuværende standard procedure.	RCT – Sverige. Kvantitativ metode. Studiepopulationen : kvinder mellem 30-62 år. To interventionsgrupper, en der tilbydes en selvtest og en som bliver ringet op og tilbudt en test på klinikken. De to interventionsgrupper sammenlignes med en kontrolgruppe, som bliver inviteret via et standard-invitationsbrev.	8.800 kvinder blev rekrutteret, i alt. 4000 i kontrolgruppen, 4000 i interventionsgruppen, hvor kvinderne blev tilbudt screening via et telefonopkald og 800 i interventionsgruppen, hvor kvinderne blev tilbudt en HPV-selvtest. Den samlede respons i selvtestgruppen var 24,5%. Dette er en markant højere deltagelsesprocent end i kontrolgruppen som var på 10,6% og telefonopkaldsgruppen på 18,0%.	At tilbyde en selvtest for HPV til ikke-deltagende kvinder i en velafviklet livmoderhalskræftscreeningsprogram, fører til øget deltagelsesprocent.	HPV-selvtest kan være et redskab til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer.
---	---	---	---	---	---

<i>Motivators for women to attend cervical screening: the influential role of GPs.</i> (O'Connor et al., 2014).	Formålet med dette studie er at udforske lægers rolle i at påvirke kvinders screeningsadfærd i forhold til livmoderhalskræft, samt undersøge andre motivatorer for at kvinder deltager i livmoderhalskræftscreening.	Fokusgruppeinterview – Irland. Kvalitativ metode. Der blev udført ti fokusgruppeinterview i Irland kort før lanceringen af et nationalt livmoderhalskræftscreeningsprogram. Diskussionerne i grupperne blev lydoptaget, transskriberet ordret, hvorefter transskriptionerne blev analyseret tematisk.	De praktiserende læger har stor indflydelse på kvinders screeningsadfærd, og kan have en positiv og negativ indflydelse på kvinders deltagelse i livmoderhalskræftscreening. I studiet kommer de frem til fire store undertemaer: 1) den praktiserende læges holdning, 2) tilskyndelse fra den praktiserende læge, 3) tillid til den praktiserende læge og 4) kvinders forhold til deres læge. Yderligere fremkom to hovedmotivatorer for screeningsdeltagelse: personlige årsager/fordele og praktiske spørgsmål/bekvemmelighed. Kvinderne i studiet udtrykte også ønsker om, hvad de gerne så indarbejdet i det nationale screeningsprogram for livmoderhalskræft.	Praktiserende læger kan have en positiv og negativ indflydelse på kvinders deltagelse i livmoderhalskræftscreening. Det er afgørende for at maksimere screeningsdeltagelsen, at yde løbende støtte til de praktiserende læger og deres livmoderhalskræftscreeningspraksis. Ved at målrette informationsmateriale, der fokuserer på de personlige årsager og fordele ved at blive screenet, kan dette få kvinder til at deltage i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.	Praktiserende læger kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer. Yderligere kan målrettet informationsmateriale med fokus på personlige årsager og fordele ved screening, få kvinder til at deltage i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer.
--	---	--	--	--	---

<i>A cluster randomized trial of strategies to increase uptake amongst young women invited for their first cervical screen: The STRATEGIC trial.</i> (Kitchener et al., 2018).	Formålet med dette studie er at undersøge, om tilbud om en HPV-selvtest, kan øge deltagelsesprocenten blandt unge kvinder der inviteres første gang til livmoderhalskræftscreening.	RCT – England. Kvantitativ metode. Studiet er inddelt i to faser, hvor fase et består af et tilbud om en HPV-selvtest inden kvinderne bliver inviteret til screening på klinikken. Fase to består af et tilbud om online booking af prøvetagning på klinikken til de kvinder, der ikke har deltaget i hverken HPV-selvtesten eller screening inden på klinikken.	Der var 276 klinikker med (20.879 kvinder) i fase et, hvor disse blev tilfældigt fordelt mellem kontrolgruppen og interventionsgruppen. Heraf gik omkring 50% af kvinderne videre til fase 2. Der ses ikke en signifikant forskel i deltagelsesprocenten mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen.	At tilbyde en HPV-selvtest og/eller online booking til livmoderhalskræftscreening, har givet en lille men ikke signifikant øgning af deltagelsesprocenten blandt unge kvinder.	HPV-selvtest og/eller online booking til livmoderhalskræft kan være redskaber til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer.
---	--	---	---	---	--

<i>Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review.</i> (Camilloni et al., 2013).	Formålet med dette studie er gennemgå litteratur, som vurderer effektiviteten af interventioner for at øge deltagelsen i organiserede befolkningsbaserede screeningsprogrammer.	Review – Italien. Kvalitativ metode. Der blev udført en systematisk litteraturgennemgang i databaserne PubMed, EMBASE, Cochrane, PsycINFO, LILACS, HTA og CRD.	I alt blev 69 artikler inkluderet ud af 10.740 potentielt relevante. To studier viser, at hvis kvinder inviteres til livmoderhalskræft via mail suppleret med et brev med posten, er med til at øge deltagelsesprocenten. Fem studier undersøgte effekten af et telefonopkald til de kvinder, som ikke deltager i screening for livmoderhalskræft. Resultaterne fra de fem studier viser at de alle fandt et opkald som en fordel for deltagelsesprocenten. Undersøgelser der evaluerede effekten på screeningsefterlevelse af interventioner, der sigter mod at forenkle test- eller prøveudtagningsprocedurerne, observerede alle undersøgelserne en positiv effekt.	Postpåmindelser, planlagt aftale, at den praktiserende læge skriver under på invitationerne, viser sig at have positiv effekt på at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer. Telefonopkald er dog generelt mere effektive, selvom de for det meste er blevet vurderet i undersøgelser, der ikke har anlagt en pragmatisk tilgang. Sending af en HPV-selvtest til ikke-deltagende, øger betydeligt deltagelse i livmoderhalskræftscreening. Sending af HPV-selvtest resulterer i højere deltagelse end invitationen til at afhente HPV-selvtesten på klinikken.	Flere forskellige interventioner, herunder at have en planlagt aftale til livmoderhalskræftscreening, kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer.
---	--	---	--	---	---

<i>Social Media as a Tool to Promote Health Awareness: Results from an Online Cervical Cancer Prevention Study.</i> (Lyson et al., 2018).	Formålet med dette studie er at undersøge, om deltagelse i en online social medieplatform og modtagelse af korte skræddersyede beskeder er effektive til at øge viden, bevidsthed og forebyggelsesadfærd relateret til human papilloma virus (HPV) og livmoderhalskræft.	Survey – USA. Kvantitativ metode. Der blev udført en baseline- og postundersøgelse, som blev sammenlignet ved hjælp af McNemars test. Deltagernes adfærd i forhold til at blive tjekket for livmoderhalskræft blev vurderet ved et specifikt spørgsmål.	I alt blev 782 deltagere tilmeldt undersøgelsen, hvoraf 765 deltagere gennemførte basisundersøgelsen og 569 deltagere gennemførte postundersøgelsen. Der var ingen statistisk signifikante ændringer i viden og forebyggelsesadfærd fra baseline- til postundersøgelsen blandt deltagerne. Der var dog en beskedent signifikant ændring i spørgsmålet omhandlende om deltagerne nogensinde havde hørt om HPV.	Studiets resultater tyder på, at de fleste undersøgelsesdeltagere havde betydelig viden, bevidsthed og engagement i positiv adfærd relateret til forebyggelse af livmoderhalskræft i starten af undersøgelsen. Yderligere tyder det på, at HPV-bevidstheden kan øges gennem kort deltagelse i en online social medieplatform og skræddersyede beskeder.	Viden om HPV og livmoderhalskræft gennem en social medieplatform og skræddersyede beskeder, kan være med til at øge bevidsthed og engagement i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer.
--	---	---	---	--	--

<i>Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening.</i> (Everett et al., 2011).	Formålet med dette studie er at undersøge, hvordan man kan øge deltagelsesprocenten i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer, ved at foretage en systematisk gennemgang af litteraturen.	Review – England. Kvalitativ metode. Studiedesigns som inkluderes, er RCT'er og klynge RCT'er. Alle studier som omhandler interventioner rettet mod kvinder, der er berettiget til screening, blev inkluderet. Studier omhandlende massemediekampanjer og dem rettet mod sundhedsprofessionelle blev ekskluderet. Kontrolgrupper er dem uden intervention, og er kun en del af det almindelige screeningstilbud for livmoderhalskræft.	Over 46.000 titler og abstracts blev gennemgået for relevans. 38 studier opfyldte inklusionskriterierne og blev inkluderet i reviewet. Til sammen inkluderede de 38 studier 159.728 kvinder.	Brugen af invitationsbreve, undervisningsmateriale, kendskab til kønnet af den, som skal udføre undersøgelsen og indgreb fra læg sundhedspersonale er med til at øge deltagelsesprocenten i livmoderhalskræftscreening.	Invitationsbreve, undervisningsmateriale, kendskab til kønnet på den som skal foretage undersøgelse og indgreb fra læg sundhedspersonale, kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer.
--	--	--	--	--	---

<i>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.</i> (Verdoodt et al., 2015).	Dette studie har til formål at undersøge, om et tilbud om en HPV-selvtest kan øge screeningsdeltagelsen i livmoderhalskræftscreening, sammenlignet med afsendelse af et påmindelsesbrev til en celleprøve eller HPV-test foretaget på en klinik.	Review – Holland Litteratursøgningen er udført ved hjælp af elektronisk bibliografiske databaser Medline (PubMed), EMBASE, og CENTRAL.	16 artikler blev vurderet til at opfylde inklusionskriterierne og ingen af eksklusionskriterierne.	Tilbud om en HPV-selvtest, som sendes til kvinden, resulterede i en øget deltagelsesprocent, sammenlignet med invitationer til at få taget en prøve af en sundhedsprofessionel på klinikken.	Tilbuddet om at få tilsendt en HPV-selvtest fremfor at møde op i klinikken og få foretaget undersøgelsen af en sundhedsprofessionel, kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening.
---	--	---	--	--	--

Tabel 8. Matrice over litteraturstudiets resultater.

Invitation til livmoderhalskræftscreening

Tre ud af 10 artikler undersøger effekten af at indkalde kvinder til livmoderhalskræftscreening via et telefonopkald sammenlignet med invitation via brev eller mail (Dsouza et al. 2021; Broberg et al., 2014; Camilloni et al., 2013). Ud fra studierne ses det, at ved at indkalde kvinderne til livmoderhalskræftscreening telefonisk, fremfor skriftligt via brev eller mail, kan deltagelsen i livmoderhalskræftscreening øges. RCT-studiet af Broberg et al. (2014), viser at deltagelsesprocenten var dobbelt så høj i interventionsgruppen, der modtog et telefonopkald, hvor deltagelsesprocenten var på 14%, sammenlignet med kontrolgruppen, som modtog standardinvitation via brev, hvor deltagelsesprocenten var 7% (Broberg et al., (2014). Studiet af Camilloni et al. (2013) undersøger yderligere effekten af at indkalde kvinderne til livmoderhalskræftscreening, hvor de får en planlagt aftale, hvilket ligeledes kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening (Camilloni et al., 2013). RCT-studiet af Kitchener et al. (2018) viser ligeledes, at invitation med planlagt aftale til livmoderhalskræftscreening øger deltagelsen. Af studiets resultater ses der en statistisk signifikant stigning i deltagelsen, hvor deltagelsesprocenten i gruppen af kvinder med en planlagt aftale var på 19,8%, sammenlignet med kontrolgruppen, hvor deltagelsesprocenten var på 16,2% efter 12 måneder (OR 1.41, 95% CI 1.14–1.74, $p = 0.001$) (Kitchener et al., 2018). Herudover fremgår det af studiet af Camilloni et al. (2013), at et personligt brev med udvidet tekst, kan være med til at øge deltagelsen, blandt kvinder med højt uddannelsesniveau, dog ses den samme effekt ikke blandt kvinder med lavt uddannelsesniveau (Camilloni et al., 2013), hvilket kan være bidragende til at øge uligheden i deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Af et dansk registerbaseret studie af 500.000 danske kvinder fremgår det, at der ses social ulighed i screeningsdeltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet (Harder et al., 2018), hvorfor brugen af et personligt brev med udvidet tekst, kan være bidragende til at denne ulighed vil forblive eller øges. Til at belyse, hvorfor der sker en øgning i deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, når der bliver gjort brug af indkalde via telefonopkald og invitation med en planlagt aftale, kan begrebet self-efficacy bruges. Alfred Banduras (1997) teori om self-efficacy handler om individets egen tro på sig selv, og har indvirkning på individets motivation, forventninger, selvopfattelse, evnen til at ændre sig, herunder ændring af sygdoms- og sundhedsadfærd samt måden individet tænker på. Mestringsoplevelser, modellering, verbale tilskyndelser og emotionelle tilstande, er de forhold, der har betydning for et individs self-efficacy. Mestringsoplevelser har særligt indvirkning på individers self-efficacy, som vedrører gennemførelsen af opgaver, og hvor

tidligere erfaringer har en betydning. Her kan stærke overbevisninger om troen på egne evner, have indflydelse på gennemførelsen af en situation eller opgave (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018a). Ved at øge kvindernes positive overbevisninger omkring deres egne evner til at mestre en situation, som eksempelvis en gynækologisk undersøgelse, kan det øge sandsynligheden for, at de vælger at deltage i livmoderhalskræftscreening. Når kvinderne bliver ringet op frem for at få en mail som invitation til screeningen, har kvinderne muligheden for at stille spørgsmål til screeningen og herigennem få afklaret eventuelle usikkerheder omkring screeningsundersøgelsen, hvilket kan få dem til at føle sig mere forberedt på det de skal igennem, og dermed mere overbevist om at de godt kan gennemføre det. Når kvinderne bliver indkaldt med en planlagt aftale, betyder det at kvinderne ikke selv skal bestille en tid til screeningen, da de allerede har en aftale med lægen ved invitationen. Dermed skal kvinderne ikke selv gøre noget aktivt for at bestille tid til screeningen, men derimod tage et aktivt valg om ikke at deltage, ved enten at aflyse tiden eller ikke at møde op til den aftalte tid.

Påmindelse af livmoderhalskræftscreening

Fem artikler undersøger betydningen af anvendelsen af påmindelser til de kvinder, som ikke deltager i screening for livmoderhalskræft, via SMS, brev, opfordring til at deltage fra den praktiserende læge og telefonopkald (Huf et al., 2020; Camilloni et al., 2013; O'Connor et al., 2014; Verdoodt et al., 2015; Dsouza et al., 2021). SMS'er, den praktiserende læge, mail suppleret med brev, telefonopkald og brev fra en anerkendt person, er metoder i relation til påmindelse af livmoderhalskræftscreening, som kan være med til at øge deltagelsen. RCT-studiet af Huf et al. (2020), viser at interventionsgruppen som modtog en SMS-påmindelse, havde en deltagelsesprocent på 31,4%, hvilket var signifikant højere end kontrolgruppen, som havde en deltagelsesprocent på 26,4% for aldersgruppen mellem 24-29 år (Huf et al., 2020). I studiet af O'Connor et al. (2014) fremkommer det på baggrund af et fokusgruppeinterview, at den praktiserende læge, både kan have en positiv og en negativ indvirkning på deltagelsen i livmoderhalskræftscreening (O'Connor et al., 2014). Til belysning af, hvordan påmindelser kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, kan begrebet self-efficacy ligeledes anvendes (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018a). Ved at udsende påmindelser til kvinderne omkring livmoderhalskræftscreening, udsættes kvinderne for verbale tilskyndelser, hvilket har betydning for deres self-efficacy. Verbale tilskyndelser er afhængige af afsenderen, herunder vedkommendes troværdighed, prestige, ekspertise og den sikkerhed som vedkommende udtaler sig med (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018a). Her kan tilskyndelser fra

den praktiserende læge være med til at øge kvindernes self-efficacy, hvis kvinderne anser deres læge som værende troværdig og have ekspertise inden for området. At kvinden anser lægen som værende troværdig og have ekspertise, kan også have betydning for kvindens tillid til lægen. Det at have tillid til en anden person, vil Niklas Luhmann (1999) betegne som værende personlig tillid og er en gensidig proces mellem to individer (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018b). Noget andet, som kan have indvirkning på self-efficacy er emotionelle tilstande, som omhandler følelsesmæssige samt fysiske reaktioner, som individer forbinder med eller får i nogle bestemte situationer. Emotionelle tilstande som glæde eller frygt kan have en fremmende eller hæmmende indvirkning på individets motivation og engagement (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018a). Hvis kvinden eksempelvis har en forestilling om at livmoderhalskræftscreening kan være en ubehagelig situation at være i, og dermed frygter situationen, vil det kunne have en hæmmende indvirkning på kvindens motivation og engagement for deltagelse i livmoderhalskræftscreening. Når den praktiserende læge tilskynder kvinden omkring at deltage i livmoderhalskræftscreening mundtligt fremfor et skriftligt brev, opstår der en mulighed for at have en samtale omkring screeningsproceduren. I samtalen er det muligt at fremstå som et unikt individ, hvor kommunikationen bliver mere fleksibel og nærværende (Berger & Luckmann, 2004), hvorved kvinden har mulighed for at stille spørgsmål og blive mere afklaret omkring, hvad screeningen indebærer. Herudover kan det at modtage en påmindelse generelt, give et signal omkring vigtigheden i at deltage i screeningen for livmoderhalskræft, hvilket kan være med til at ændre kvindens mening og holdning omkring deltagelse. Hvis man appellerer til kvindens følelser omkring at deltage i screeningsprogrammet, ved at signalere at det er vigtigt for hendes sundhed at deltage, kan det være med til at øge hendes motivation, hvilket kan være med til at øge deltagelsen.

Tilgængelighed

Syv ud af 10 artikler undersøger effekten af at tilbyde kvinder en HPV-selvtest, som alternativ til en test foretaget af en sundhedsfaglig person (Racey, Withrow & Gesink, 2013; Dsouza et al., 2021; Broberg et al., 2014; Kitchener et al., 2018; Camilloni et al., 2013; Everett et al., 2011; Verdoodt et al., 2015). Ud fra studierne ses det, at HPV-selvtest er en metode til at øge tilgængeligheden af livmoderhalskræftscreening, hvilket kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. RCT-studiet af Kitchener et al. (2018), viser en statistisk signifikant stigning i deltagelsen (OR 1.51, 95% CI 1.20-1.90, $p = 0.001$), når kvinderne tilbydes en HPV-selvtest, som bliver sendt hjem til kvindens adresse, hvor

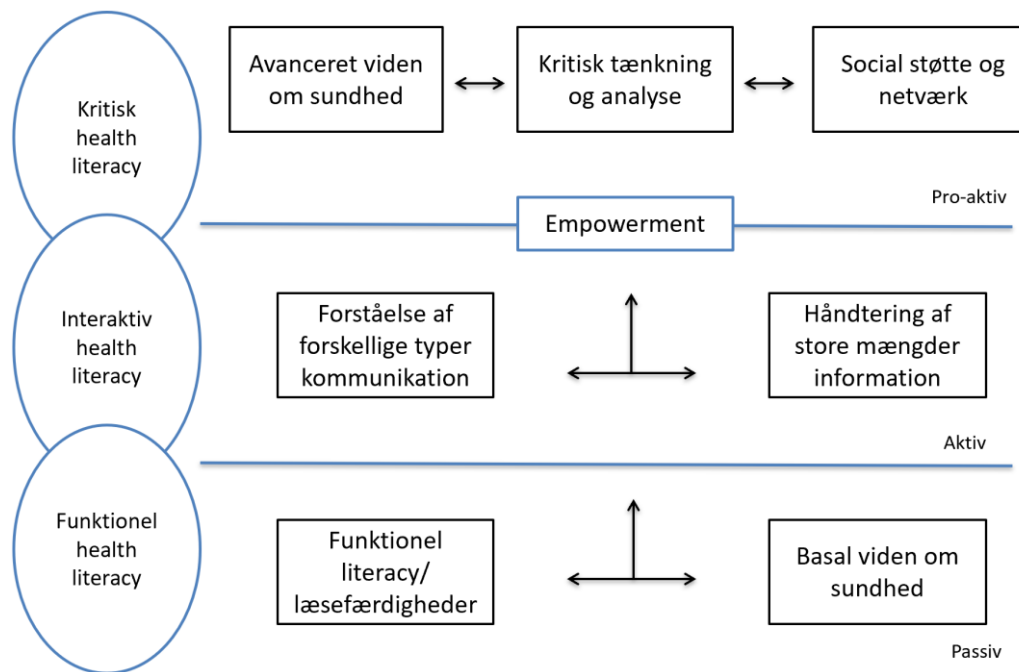
deltagelsesprocenten i denne gruppe var på 21,3%, sammenlignet med kontrolgruppen, hvor deltagelsesprocenten var på 16,2%, efter 12 måneder (Kitchener et al., 2018). RCT-studiet af Broberg et al. (2014), viser at interventionsgruppen, som blev tilbudt en HPV-selvtest, var der 24,5% som deltog i screeningen, hvor der i kontrolgruppen var 10,6% som deltog, hvilket var en signifikant forskel (Broberg et al., 2014). Når kvinder skal have foretaget en livmoderhalskræftscreening og det foregår på klinikken, opstår der en social samhandling. I samhandling med andre, kan mennesker opleve sig selv som forvirrede, besværede eller forlegne. Social samhandling er det der kommer til udtryk når to eller flere individer, fysisk befinder sig i hinandens nærvær (Goffman, 2004). Når livmoderhalskræftscreeningen foretages af en sundhedsfaglig person, vil der være en social samhandling mellem kvinden og lægen. Når screeningen forgår hjemme hos kvinden selv, finder den sociale samhandling ikke sted, hvorfor forlegenhed kan undgås ved at tilbyde kvinder en HPV-selvtest. I den sociale samhandling, i eksempelvis en screeningssituation, kan kvinden have vanskeligt ved at finde ud af, hvordan hun skal agere, hvis det er en ukendt situation. Især for de unge kvinder, som skal til livmoderhalskræftscreening for første gang, er det en ukendt situation. Hvis individer har en følelse af, at det er en ubekvem situation, vil individer gøre meget for at undgå en sådan situation opstår (Goffman, 2004), hvorfor kvinder vil undgå screening, hvis de har en følelse af, at denne situation er ubekvem. Det er blandt andet i samspil med andre, at mennesker socialiseres og opbygger deres selvforståelse, hvorfor menneskers opfattelse af sig selv er afhængig af, hvordan man fremstår og bedømmes af andre. I denne socialisering er stolthed, skam og forestillingen om den andens bedømmelse af en, af stor betydning. Det at fremvise sin nøgne krop anses som værende forbundet med skam og kan virke grænseoverskridende, når man godt vil fremstå præsentabel (Vardinghus-Nielsen & Nissen, 2018). Når man som kvinde skal have foretaget en livmoderhalskræftscreening, indbefatter det at kvinden blotter sit underliv, hvilket kan være grænseoverskridende og forbundet med skam. Foruden at undersøge virkningen af at tilbyde kvinderne en HPV-selvtest, er der nogle af studierne, som yderligere undersøger effekten af at sende HPV-selvtesten hjem til kvindens adresse, sammenlignet med at skulle hente HPV-selvtesten på apoteket, tilbud om online booking og muligheden for at vælge kønnet på lægen. Studiet af Camillioni et al. (2013) undersøger yderligere betydningen af at få tilsendt en HPV-selvtest hjem til sin adresse, sammenlignet med at skulle afhente HPV-selvtesten på apoteket (Camillioni et al., 2013). Ud fra studiets resultater fremkommer det, at deltagelsen øges, hvis HPV-selvtesten bliver sendt hjem til kvindens adressen, fremfor at skulle hente HPV-selvtesten på apoteket. Studiet af Kitchener et al., (2018) undersøger yderligere effekten af, at kvinderne har mulighed for at booke tid til livmoderhalskræftscreening online

(Kitchener et al., 2018). Dog viser resultaterne at online booking kun øgede deltagelsen minimalt, hvor det ses at der med online booking var 17,8% som deltog i screeningen, hvor der i kontrolgruppen var en deltagelsesprocent på 17,2%. Studiet af Everett et al. (2011) undersøger betydningen af, at kvinderne har kendskab til kønnet på den, som skal foretage screeningsundersøgelsen (Everett et al., 2011). Ud fra studiets resultater, kan et kendskab til lægens køn, være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer. HPV-selvtest sendt til kvindens adresse, online booking samt muligheden for at vælge en kvindelig læge, kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Kvinder i det moderne samfund har fået mulighed for at deltage på arbejdsmarkedet på lige fod med mænd (Vardinghus-Nielsen, 2018), hvorfor kvinder i sin dagligdag er beskæftiget med arbejde, og ikke er tilgængelig i dagtimerne. Med online booking, kan kvinden booke tid til screening når som helst, fremfor hun er afhængig af en telefontid hos den praktiserende læge. Med HPV-selvtesten, kan kvinden foretage testen selv, hvor som helst og når som helst. Med mulighed for at kunne se lægens køn inden kvinden booker en tid til livmoderhalskræftscreening, har kvinden mulighed for at vælge en kvindelig læge til at foretage screeningsundersøgelsen.

Viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening

Fem ud af 10 artikler undersøger betydningen af viden om livmoderhalskræftscreening i relation til at øge deltagelsen. Herunder effekten af at anvende specifikt undervisningsmateriale, effekten af et personligt brev med udvidet tekst, effekten af sociale medier som et værktøj til at øge bevidstheden omkring livmoderhalskræftscreening, effekten af uddannelsesinterventioner, mail suppleret med brev, telefonopkald og målrettet informationsmateriale, som beskriver fordelene ved- og personlige årsager til livmoderhalskræftscreening (Dsouza et al., 2021; Camilloni et al., 2013; Lyson et al., 2018; Everett et al., 2021; O'Connor et al., 2014). Studiernes resultater viser, at alle de undersøgte metoder i relation til viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening, kan være med til at øge deltagelsen i screeningsprogrammet. I studiet af Lyson et al. (2018), som undersøger brugen af en anonym online medieplatform, til opnåelse af viden omkring HPV, fremgår det af survey undersøgelsen, at deltagernes viden omkring HPV steg fra 90% til 94% ($p=0,003$), hvilket er en statistisk signifikant ændring. I den sociale medieplatform blev der gjort brug af deling og diskussion af korte meddelelser om HPV og forebyggelse af livmoderhalskræft, som omfattede en blanding af faktuelle oplysninger og personlige erfaringer. Hermed opnår deltagerne en øget viden omkring HPV via den sociale medieplatform. Studiet undersøger også

deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, hvor det fremgår af studiets resultater at deltagelsen stiger minimalt fra 90% til 91% ($p = 0.380$), hvilket er en stigning på fem kvinder (Lyson et al., 2018). Stigningen er dermed ikke statistisk signifikant, dog kan det formodes at virkningen af den øgede viden omkring HPV, måske først viser sin reelle indvirkning på deltagelsen over tid. Til belysning af, hvorfor det er muligt at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, når viden herom gives til kvinderne, kan begrebet health literacy anvendes. Health literacy er et begreb, som på dansk kan oversættes til sundhedskompetencer, og handler om et individs evne til at møde komplekse krav, som stilles i moderne samfund. Særligt inden for sundhedsområdet ses komplekse krav, der er forbundet med det enkelte individs viden, motivation og kompetencer til at finde, forstå, vurdere og anvende sundhedsinformationer, således der kan træffes beslutninger for at fastholde eller forbedre livskvaliteten (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018a). Ved at anvende undervisningsmateriale, personligt brev med udvidet tekst, social medieplatform, uddannelse samt informationsmateriale om livmoderhalskræftscreening, kan disse forskellige metoder bidrage til at øge kvindernes sundhedskompetencer, således kvinderne kan træffe en beslutning om at deltage i livmoderhalskræftscreening på et oplyst grundlag. Nogle kvinder vil kunne have sværere ved at forstå og anvende sundhedsinformationer end andre kvinder, hvorfor viden om health literacy blandt kvinderne i målgruppen for livmoderhalskræftscreening, kan bidrage til at identificere de kvinder, som har behov for yderligere viden om- og motivation for deltagelse i livmoderhalskræftscreening. Donald Nutbeam (2002) beskriver tre niveauer inden for health literacy, hvor individer bevæger sig fra et relativt passivt udgangspunkt i relation til deres sundhedskompetencer, til en mere proaktiv rolle (se figur 5). De tre niveauer har betydning for, hvordan et individ forstår og håndterer information (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018a), hvorfor information skal tilpasses det niveau som kvinden befinder sig på. Derfor kunne det være relevant at undersøge, hvilken form for viden som kvinderne har brug for og hvordan viden skal gives, så de på baggrund heraf kan træffe en beslutning om deltagelse.



Figur 5. Nutbeams tre niveauer af health literacy med inspiration fra figur 10.3 (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018a, s. 257).

Af figur 5 fremgår det at der er forskel på, hvilke sundhedskompetencer individet besidder alt efter, hvilket niveau individet befinder sig på (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018a). Hvis kvinden er på det *Funktionelle niveau*, vil hun være overvejende passiv og ikke have gavn af store mængder information, hvorfor en metode, som benytter sig af meget tekst og information, ville være mindre effektiv for disse kvinder. Hvis kvinden derimod befinder sig på det *Interaktive niveau*, vil hun være mere aktiv og kunne håndtere større mængder af information. Kvinder som befinder sig på det *Kritiske niveau*, vil være pro-aktive i deres sundhedsadfærd, og måske efterspørge mere viden omkring emnet. Ved at anvende flere forskellige metoder til at øge kvinders viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening, kan det øge sandsynligheden for at flere kvinder, vil forstå og anvende sundhedsinformationer, ved eksempelvis at supplere den skriftlige information med undervisning.

Tillid til den praktiserende læge

Artiklen af O'Connor et al. (2014) undersøger den praktiserende læges betydning for kvinders deltagelse i livmoderhalskræftscreening (O'Connor et al., 2014). Studiets resultater viser, at praktiserende læger kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, hvis de opfordrer og minder kvinderne om at deltage. Til at belyse, hvorfor det er muligt at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, når den praktiserende læge involveres, kan

tillidsbegrebet af Niklas Luhmann (1999) anvendes. I moderne samfund, er tillid et grundvilkår, hvilket ligeledes gør sig gældende for sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelle. Ifølge Luhmann (1999) er tillid nødvendigt i det moderne samfund, da oplevelsen af risici er vokset i menneskets forhold til andre mennesker, men også i forhold til samfundet og dets organisationer og institutioner. Tillid kan forstås som en selektionsmekanisme, som gør det muligt for mennesket at fungere i moderne samfund, som kan synes uigennemsigtige og uoverskuelige. Tillid øger den enkeltes handlingspotentiale (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018b), hvorfor tillid er et relevant begreb at se nærmere på i relationen mellem den praktiserende læge og kvinden, som er tilbudt deltagelse i livmoderhalskræftscreening. For at kvinden skal følge de råd og vejledninger som den praktiserende læge kommer med, kræver det at hun har tillid til lægen. Tillid kan opfattes som en risikofyldt forud-ydelse (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018b), hvorfor kvinden vil følge lægens anvisninger, hvis hun har tillid til lægen, også i usikre situationer. Professionalisme og personlig fremtræden er vigtig i opnåelsen af tillid (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018b), hvorfor det er afgørende i relationen mellem lægen og kvinden, at lægen fremtræder professionel. En bekræftelse eller afvisning af tillidsmodtageren har betydning for udviklingen af tillid og mistillid (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018b), hvorfor tidligere oplevelser kvinden og lægen imellem, har betydning for opnåelsen af tillid. Tidligere positive oplevelser med den praktiserende læge, hvor kvinden har oplevet at den risikofyldt forud-ydelse har levet op til hendes forventninger, er med til at opbygge tillid. Tillid til den praktiserende læge vil kunne føre til en øget deltagelse i livmoderhalskræftscreening, hvis lægen opfordrer kvinden til at deltage. Hvis kvinden har haft en negativ oplevelse med den praktiserende læge, kan det føre til udvikling af mistillid, hvilket kan være en barriere for at deltage i screening for livmoderhalskræft.

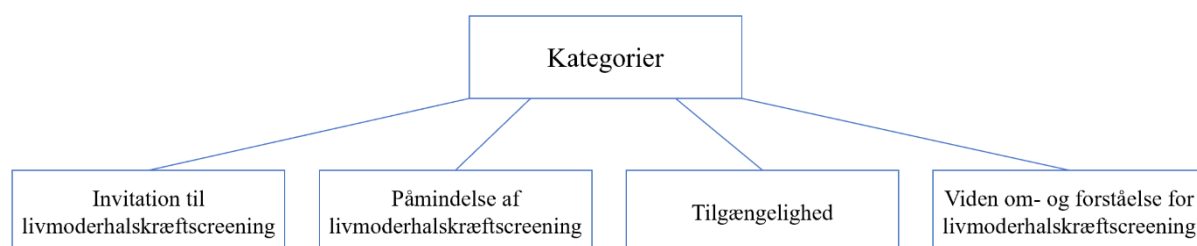
7.2 Syntese af analysen af litteraturstudiets resultater

Der er flere steder i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, som kan ændres for at opnå en øget deltagelse i screeningen. På baggrund af analysen af litteraturstudiet, blev der fremanalyseret følgende metoder til at øge deltagelsen i relation til invitationen til screeningsprogrammet; telefonisk invitation, invitation med en planlagt aftale og et personligt brev med udvidet tekst. Herudover blev der fremanalyseret følgende metoder til at øge deltagelsen i relation til påmindelse omkring deltagelse i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet; SMS'er, den praktiserende læge, som både kan have

en positiv og negativ indvirkning på deltagelsen, mail suppleret med brev, telefonopkald og brev fra en anerkendt person. Tilbud om HPV-selvtest kan ligeledes være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, i relation til screeningsprogrammets tilgængelighed. Hvis HPV-selvtesten bliver sendt hjem til kvindens adresse, fremfor at hun skal hente HPV-selvtesten på apoteket, kan det være med til at øge deltagelsen yderligere. Kendskab til lægens køn, kan ligeledes være med til at øge deltagelsen. Herudover ses der en minimal øgning af deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, ved muligheden online booking i relation til tilgængeligheden i screeningsprogrammet. I relation til viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening, kan brugen af specifikt undervisningsmateriale, personligt brev med udvidet tekst, social medieplatform som et værktøj i forhold til at øge bevidstheden omkring livmoderhalskræftscreening, uddannelsesinterventioner, mail suppleret med brev, telefonopkald og målrettet informationsmateriale, som beskriver fordelene ved- og personlige årsager til screening, kan alle være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Ydermere kan den praktiserende læge være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, hvis lægen opfordrer og minder kvinderne om at deltage i screening for livmoderhalskræft.

7.3 Interview

I følgende afsnit vil interviewene blive analyseret, med udgangspunkt i Lee Martins (2020) kritiske realistiske analysestrategis fire stadier. Interviewene har til formål at besvare forskningsspørgsmål 2: *“Hvilke barrierer ses der blandt unge kvinder i alderen 23-29 år i Danmark i forbindelse med deltagelse i livmoderhalskræftscreening, og hvad kan ændres i nuværende praksis, så deltagelsen øges?”*. Kodningsprocessen er inspireret af de fire kategorier, som er fremkommet i analysen af litteraturstudiet. På baggrund af analysestrategiens tre første stadier er følgende kategorier fremkommet: *Invitation til livmoderhalskræftscreening, Påmindelse af livmoderhalskræftscreening, Tilgængelighed og Viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening* (se figur 6). Analysen af interviewene tager udgangspunkt i fundene fra litteraturstudiet, anvendt teori, problemanalysen samt invitationen og erindringsbrevene i bilag 6.



Figur 6. Oversigt over kategorier fremkommet af tredje stadie af kodningsprocessen.

Invitation til livmoderhalskræftscreening

Den nuværende metode til invitation for livmoderhalskræftscreening er via e-Boks eller post, hvor kvinderne automatisk får tilsendt invitationen, og dermed ikke selv skal henvende sig for at blive inviteret (Kierkegaard, 2022; Region Nordjylland, 2022). E-Boks er en sikker digital platform til kommunikation, hvor private og offentlige virksomheder kan sende dokumenter til brugerne af e-Boks (e-Boks, 2022). For at få læseadgang til e-Boks, kræver det NemID (Digitaliseringsstyrelsen, 2017). Informant A udtaler følgende om brugen af e-Boks: *“Fik jeg den i min e-Boks tror jeg måske, ja altså det synes jeg er fint nok, det er jo lige hurtigt at åbne i dag som at åbne sin mail nærmest, det synes jeg var fint”* (Informant A, s. 13, l. 110-111), hvorfor e-Boks, som metode, til invitation til screening for livmoderhalskræft ikke anses som værende en barriere for informanten. Informant C fremhæver dog, at hun ikke synes der er noget spændende i sin e-Boks, og dermed sjældent åbner den: *“Der er ikke noget relevant som jeg har brug for at vide og kigge på (...)”* (Informant C, s. 28, l. 426-427). Dette kan have betydning for, om man ser og læser invitationen til livmoderhalskræftscreening, og får kendskab til screeningen og muligheden for at deltage. Det fremkom i litteraturstudiet at et telefonopkald, planlagt aftale og brev med udvidet tekst, er metoder i relation til invitation, som kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening (Dsouza et al. 2021; Broberg et al., 2014; Camilloni et al., 2013). Flere af informanterne fremhæver, at de generelt ikke tager telefonen, hvis det er et nummer de ikke kender. Informant B udtaler følgende angående telefonopkald som invitation: *“Jeg tager for eksempel ikke telefonen, hvis det er et ukendt nummer (...)”* (Informant B, s. 22, l. 298-299), hvorfor telefonopkald som metode til at invitere til livmoderhalskræftscreening, ikke vil have en effekt på informanterne, hvis telefonen ikke bliver taget. Informant C påpeger at hun ikke foretrækker at blive inviteret, men hvis hun skulle, ville hun foretrække en invitation med en planlagt aftale og begrundet det med, at hun vil føle sig tvunget til at møde op. Ved at kvinden allerede har en tid til at få foretaget livmoderhalskræftscreening hos lægen ved invitationen, kræver det mindre af kvinden selv for

at deltage. Samtidig kan invitationen komme til fremstå som en indkaldelse fremfor en invitation, og dermed virke som noget man skal og ikke et frit valg. Af litteraturstudiet fremkom det ligeledes, at et brev med udvidet tekst, kan være med til at øge deltagelsen blandt kvinder med et højt uddannelsesniveau (Camilloni et al., 2013). En af informanterne efterspørger mere viden omkring livmoderhalskræftscreening, herunder hvor mange der får konstateret celleforandringer, og hvor mange der bliver opdaget via screening om året: *“(...) måske noget statistik, som fortalte noget. Det ville være meget relevant. Det tror jeg gerne jeg ville læse.”* (Informant A, s. 14, l. 133-134). Ydermere fremkommer det af interviewet med informant A, at viden omkring statistikken indenfor livmoderhalskræftscreening, kunne motivere hende til at deltage, hvis det var nogle høje procenttal i forhold til at opdage celleforandringer via screening. Hermed kan det udledes, at informanten godt vil sikre sig metodens sikkerhed og kvalitet, før hun vil overveje at deltage i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet.

Påmindelse af livmoderhalskræftscreening

Den nuværende metode til at påminde om livmoderhalskræftscreening er via erindringsbreve sendt i e-Boks eller som post. Der sendes to påmindelser om livmoderhalskræftscreening ved manglende reaktion på invitationen, hvor første påmindelse sendes tre måneder efter invitationen og anden påmindelse sendes seks måneder efter invitationen (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det fremkom af litteraturstudiet at SMS'er, den praktiserende læge, mail suppleret med brev, telefonopkald og brev fra en anerkendt person, er metoder i relation til påmindelse, som kan være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening (Huf et al., 2020; Camilloni et al., 2013; O'Connor et al., 2014; Verdoodt et al., 2015; Dsouza et al., 2021). Informanterne giver udtryk for, at en SMS-påmindelse er en god metode til at påminde kvinder om at deltage i livmoderhalskræftscreening, da en SMS er let tilgængelig. Dog kan intervallet mellem invitation og SMS-påmindelsen, have betydning for, hvordan påmindelsen opfattes og virker, hvortil en af informanterne pointerer, at det kan virke anmassende og reklameagtigt, hvis påmindelsen sendes kort tid efter invitationen. En anden informant påpeger at hun syntes at påmindelsen kom meget kort tid efter invitationen. Foruden, hvor ofte SMS-påmindelsen skal komme, så har indholdet af SMS-påmindelsen ifølge informanterne også en betydning: *“(...) så ridse nogle fordele op, men der ikke står for meget i, fordi så bliver det sådan noget langt noget folk ikke læser, men man kunne godt bare lige skrive et par korte sætninger til det.”* (Informant B, s. 26, l. 380-381). Informant C fortæller at en SMS ikke er noget hun får læst,

men en mundtlig påmindelse, når man eksempelvis er oppe ved lægen, vil have større indflydelse på hende. For nogle kvinder, vil skriftligt materiale således have en mindre effekt alt efter det skriftlige materiales længde og indhold, hvorfor en mundtlig påmindelse vil kunne have en større indvirkning på disse kvinder. I analysen af litteraturstudiet fremkom det, at den praktiserende læge både kan have en positiv og en negativ indvirkning på deltagelsen i livmoderhalskræftscreening (O'Connor et al., 2014), hvor personlig tillid anses som værende en afgørende faktor. Informant C beskriver hendes forhold til sin læge som værende tæt, og fortæller at hun synes lægen er sød og meget forståelig. Dette kan hænge sammen med, at hun altid har haft lægehus det samme sted, samt at det også er hendes mors og andre i familiens læge. I modsætning til informant C fortæller informant A, at hun har et meget distanceret forhold til sin læge samt generelt dårlige oplevelser med praktiserende læger. Informant A fortæller yderligere, at en påmindelse fra lægen ikke vil gøre nogen forskel for hende, hvorfor der kan ses en sammenhæng mellem kvinders forhold til den praktiserende læge, og hvorvidt en påmindelse fra lægen kan have effekt på deltagelsen i livmoderhalskræftscreening. Informant B påpeger i relation til påmindelse via brev:

“(...) sådan nogen af de der fælles runde ting de bare sender ud til alle, det er måske noget man så registrerer at man har fået, lige åbner og tænker, det har jeg ikke lige tid til at læse nu og så glemmer man lidt at man har fået det.” (Informant B, s. 23, l. 306-307).

Hvorfor et brev fra den praktiserende læge vil virke mere personligt, og dermed kunne have en positiv indvirkning på kvinders deltagelse i livmoderhalskræftscreening, da brevet kommer fra en person som de kender og muligvis har tillid til. Informanterne giver som i forbindelse med invitationen, udtryk for at de ikke tager telefonen, hvis det er et nummer de ikke kender, hvorfor telefonopkald som påmindelse ikke vil have en gavnlig effekt på deltagelsen i screeningsprogrammet. Telefonopkald kan ifølge informanterne virke anmassende, og kan have den modsatte effekt end den intenderede: *“Hvem er det der ringer nu og hvad vil de høre, er det en telefonsælger og ligesom folk er trætte af telefonsælgere, så tror jeg også bare folk bliver træt af dem.”* (Informant C, s. 36, l. 604-605).

Tilgængelighed

Livmoderhalskræftscreeningen foretages af den alment praktiserende læge (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvorfor der vil være variationer i, hvilke muligheder kvinderne har for at bestille tid hos lægen. Herudover er der i nogle lægehuse mulighed for at vælge, hvilken

læge man ønsker herunder lægens køn. Alle tre informanter har mulighed for at bestille tid online samt mulighed for at vælge, hvilken læge de godt vil ind til. Af interviewene fremgår det, at det ikke er af betydning, at informanterne har mulighed for at booke tid online. Det er heller ikke af betydning, at de har muligheden for at vælge køn, hvilket informant B begrundet med, at det er fagligheden, som er i fokus og dermed er kønnet irrelevant for hende. Informant C, som giver stærkt udtryk for, at hun ikke vil deltage i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, og udtaler følgende om lægens køn: *“Det kan godt være, at hvis jeg nu lige inden jeg skulle gå ind ad døren, og jeg vidste at der var en mandlig læge på den anden side, at jeg begyndte at tænke de overvejelser.”* (Informant C, s. 31, l. 501-502). På baggrund af denne udtalelse, kunne lægens køn potentielt være en barriere for informant C's deltagelse i livmoderhalskræftscreening, dog har hun mulighed for at vælge, hvilken læge hun vil ind til. Foruden muligheden for at booke tid online og valg af lægens køn, kan der være forskel på, hvor langt kvinderne har til den praktiserende læge. I problemanalysen fremkom det, at der ses en ulighed i tilgængeligheden af sundhedsvæsenets ydelser i Danmark, alt efter, hvor man er bosat (Danske Patienter, 2019; Landdistrikternes Fællesråd, 2021), hvor lange afstande kan udgøre en barriere for deltagelse i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Informant B fortæller at hun bor omkring 7 km fra sin læge, og giver udtryk for at hendes største barriere for at deltage i livmoderhalskræftscreening er tid. Informant A bor omkring 3 km fra sin læge, dog er hendes største barriere for at deltage i livmoderhalskræftscreening, at det er grænseoverskridende og et meget privat sted at blive undersøgt. Ved at tilbyde kvinderne en HPV-selvtest, kan det både være tidsbesparende i form af mindre transporttid og der undgås, for nogle kvinder, en grænseoverskridende undersøgelse. Informant A udtaler: *“Så jeg tænker, at hvis man kunne lave et eller andet, hvor man selv kunne gøre det derhjemme, så ville jeg helt sikkert overveje det.”* (Informant A, s. 12, l. 75-76) og informant B giver ligeledes udtryk for, at det er noget som ville have en effekt for hende, da tilbuddet om en HPV-selvtest vil være tidsbesparende for hende. Informant C udtaler, at for hende vil tilbuddet om en HPV-selvtest, måske have en betydning, da hun dermed undgår den intime undersøgelse. Hun påpeger dog efterfølgende, at det ikke gør sig gældende for hende, da hun ikke ønsker at benytte sig af tilbuddet om livmoderhalskræftscreening. Det kan dermed udledes, at tilbuddet om en HPV-selvtest for informant A og B ville kunne være med til at øge sandsynligheden for, at de deltager i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. For informant C vil tilbuddet om en HPV-selvtest alene ikke gøre en forskel, dog gør hun sig nogle tanker omkring muligheden for en HPV-selvtest, og giver udtryk for, at HPV-selvtesten kan have en positiv effekt på hendes deltagelse. Informant C giver udtryk for, at hun ikke har nogle negative tanker omkring det at få foretaget

en screening for livmoderhalskræft, men udtaler samtidig følgende: “(...) *at man ligesom kan have svært ved at holde en kommunikation og øjenkontakt efterfølgende.*” (Informant C, s. 30, l. 478-479), og uddyber at livmoderhalskræftscreeningen er en anderledes og intim undersøgelse. Ud fra informantens udtalelse kan det udledes, at der godt kunne være nogle negative tanker forbundet med en eventuel livmoderhalskræftscreening, som dermed kan udgøre en barriere for hendes deltagelse. Leveringsmetoden for HPV-selvtesten, kan for nogle have en betydning for deltagelsen. For informant B, hvor tiden er en barriere for deltagelse, ville en leveringsmetode, hvor HPV-selvtesten sendes hjem til hendes adresse, være at foretrække. Hvor det derimod for informant A, hvor tanker om den grænseoverskridende undersøgelse er en barriere for deltagelse, ikke har en betydning for hende, hvorvidt hun skal hente HPV-selvtesen på et apotek, eller om den bliver sendt hjem til hendes adresse.

En måde at øge tilgængeligheden af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, for derigennem at øge deltagelsen, foruden tilbuddet om en HPV-selvtest, være ved at tilbyde kvinderne screeningen i forbindelse med andet besøg hos lægen. Informant B giver udtryk for at hun ville gøre brug af tilbuddet omkring at få foretaget screening i forbindelse med andet besøg hos lægen. Dette er dog ikke gældende for de to andre informanter, hvor informant A tydeligt giver udtryk for, at tilbuddet ikke vil være noget, som vil ændre på hendes deltagelse. Informant C udtaler at hun ikke vil føle sig klar, hvis lægen tilbød hende at få screeningen foretaget i forbindelse med andet besøg hos lægen og uddyber: “*Også fordi nu har jeg ikke prøvet det, og så er det også første gang (...), så jeg synes ikke min læge bare skal komme ud af det blå, og sige skal vi ikke lige gøre det?*” (Informant C, s. 40, l. 700-701). Ud fra informanternes udtalelser kan det udledes, at hvis screeningsundersøgelsen er forbundet med noget grænseoverskridende eller opfattes som en intim undersøgelse, vil det ikke have en effekt på kvinderne at tilbyde dem, at få foretaget screeningen i forbindelse med andet besøg hos lægen. For kvinder, hvor tiden er en barriere for deltagelse, vil tilbuddet om at få foretaget livmoderhalskræftscreeningen i forbindelse med andet besøg hos lægen, godt kunne have en effekt på deltagelsen.

Af problemanalysen fremkom det, at hvis screeningstiderne ligger inden for kvindernes arbejdstid, kunne det være en barriere for deltagelse i livmoderhalskræftscreening. To af informanterne giver udtryk for, at deres læges åbningstider passer dårligt ind i deres hverdag, hvor lægens åbningstider ligger i tidsrummet, hvor de går i skole eller er på arbejde. Blandt andet udtaler informant C følgende omkring lægens åbningstider: “*(..) det er i dagtimerne, så det er bare det hele, det er presset og i weekenderne og sådan om aften, der har man ikke de*

samme muligheder, så det er bare, de er forfærdelige.” (Informant C, s. 38, l. 653-654). Hermed kan udledes, at hvis lægen ikke kan tilbyde tider, som kan passe ind i kvindernes hverdag, kan det være en barriere for deltagelse, hvis ikke kvinderne prioriterer screeningen over eksempelvis sit arbejde eller sin uddannelse.

Viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening

Årsagen til at man screener kvinder for celleforandringer, er for at opdage forstadier til livmoderhalskræft, så det er muligt at fjerne forstadierne, før de videreudvikler sig til kræft. Det er fremkommet på baggrund af problemanalysen, at den primære forebyggelse i form af HPV-vaccination, har til formål at beskytte mod de HPV-typer, som forårsager 70-90% af livmoderhalskræfttilfældene (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvorfor HPV-vaccination ikke er fuldstændig dækkende. Da HPV-vaccinen er en forholdsvis ny vaccine i Danmark, vil det kunne tage årtier før vaccinen virkning kendes tilstrækkeligt. Da den primære forebyggelse ikke er fuldstændig dækkende, er der et behov for en sekundær forebyggelse, for at hindre en genopblussen af sygdommen blandt befolkningen (Franco & Harper, 2005). Informant A udtaler følgende: *“Jeg føler mig ret sikker ved at være vaccineret.”* (Informant A, s. 9, l. 24), og fortæller efterfølgende at dette er en væsentlig grund for hendes fravalg af livmoderhalskræftscreening. Dette indikerer en manglende viden omkring HPV-vaccinationens dækning og livmoderhalskræftscreeningens relevans, hvilket kan betyde et fravalg af screeningen. Manglende viden omkring årsagen til screeningen, og at det er muligt at forebygge livmoderhalskræft, er i problemanalysen fremkommet som en barriere relateret til det individuelle niveau, i relation til at deltage i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet (Daley et al., 2010; Agurto et al., 2004; Markovic et al., 2005). Informanterne har en generel viden omkring de praktiske forhold i screeningsprogrammet såsom, hvor undersøgelsen foregår, og hvor man bestiller tid til screeningen. Det kan derfor udelades, at informanterne opnår et tilstrækkeligt udbytte af informationerne i invitationsbrevet til at kunne handle på dem. Der ses dog en manglende viden omkring screeningens formål og udbytte hos nogle af informanterne. Informant C udtaler følgende omkring, hvad hun tænker at screeningen kan vise: *“Hvis jeg har været usikker på mit samleje, hvis jeg mistænker for kønssygdom, selvom jeg ikke helt ved hvad den her screening undersøger, men jeg tænker at den er bred.”* (Informant C, s. 40, l. 708-709). Dette indikerer at informanten mangler viden omkring screeningens egentlige formål, hvilket kan have indvirkning på hendes deltagelse i livmoderhalskræftscreening, hvis hun kun ser screeningen som værende relevant, hvis hun har

usikkert samleje og mistænker kønssygdomme. Herudover påpeger informant A, at hun synes det ville være unødvendigt med viden omkring et eventuelt forstadie til kræft, da man kan blive rigtig bange, hvilket ifølge hende vil være unødvendig viden, hvis forstadiet alligevel ikke vil udvikle sig til kræft. Både informant A og C giver udtryk for, at de ikke ønsker at deltage i screening for livmoderhalskræft på nuværende tidspunkt: *“(...) jeg er ikke kommet så langt i processen til at tage det valg, altså jeg har ikke engang overvejet, ikke engang tænkt på at tage et screeningstilbud.”* (Informant C, s. 34, l. 558-560). Informanten uddyber sit fravalg med, at hun ikke føler et behov for livmoderhalskræftscreening, da hun er ung, ikke har samleje, har fast menstruation og ingen gener i underlivet der indikerer kræft. Da informant C ikke har overvejet om hun skal tage imod tilbuddet om livmoderhalskræftscreening, er der sandsynlighed for at hun ikke læser invitationsbrevet, og dermed ikke får den viden invitationen indeholder. Informant B er pårørende til en kvinde, som tidligere har fået diagnosticeret celleforandringer, hvorfor hun herigennem har viden omkring screenings formål og betydning for livmoderhalskræfts udvikling. Informant B giver udtryk for at den nære bekendte, anbefaler hende at deltage i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, hvilket hun også giver udtryk for at hun ønsker. Dog har tiden og overskuddet ikke været til det, hvorfor hun ikke har deltaget endnu. Der ses således en sammenhæng mellem viden omkring forebyggelsespotentialer ved livmoderhalskræftscreening, og ønsket om at deltage. Med udgangspunkt i Nutbeams tre niveauer (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018a), vil informanternes sundhedskompetencer svare til det interaktive niveau. De har en basal viden om livmoderhalskræftscreening, men har behov for mere avanceret viden, for at være kritiske og tage en beslutning om deltagelse i livmoderhalskræftscreening: *“(...) måske noget statistik, som fortalte noget. Det ville være meget relevant. Det tror jeg gerne jeg ville læse.”* (Informant A, s. 14, l. 133-134). Informanten giver yderligere udtrykt for, at det ville motivere hende til at deltage i livmoderhalskræftscreening, hvis hun havde viden omkring, hvor mange kvinder der hvert år fik diagnosticeret livmoderhalskræft, og at en høj procentdel (omkring 80%) af tilfældene er blevet opdaget ved screening. Denne viden kunne informant A godt forestille sig at få via invitationen eller på en SMS i forbindelse med påmindelsen om livmoderhalskræftscreening. Blandt informanterne ses der en generel tendens til, at de snakker med nogen om livmoderhalskræftscreening, men dette er i et meget begrænset omfang, og kun med de helt tætte relationer. Dette indikerer at screeningen kan opfattes som en privat ting, som ikke bliver snakket om i åbne fora. Alle informanterne giver samtidig udtryk for, at de har mindst én i deres omgangskreds, de kan tage med sig til livmoderhalskræftscreeningen, hvis det ønskes. Informant A fremhæver at hun primært har sin viden om

livmoderhalskræftscreening, gennem en kampagne på den sociale medieplatform Instagram. Hvis kvinden anser livmoderhalskræftscreening som værende en privat ting, kan brugen af en social medieplatform til opnåelse af viden være en metode, hvor man kan være anonym og samtidig opnå en større viden. Informant B og C foreslår begge, at man via kampagner kan informere omkring livmoderhalskræftscreening, hvilket er en metode de ønsker at modtage viden på. De begrundet det begge med, at kampagner kan være med til at skabe synlighed og nysgerrighed omkring livmoderhalskræftscreening. Hermed kan det udledes, at der er et ønske om at livmoderhalskræftscreeningsprogrammet bliver mere synligt, og får større fokus i offentligheden.

8.0 Diskussion

I følgende afsnit vil specialets metoder, herunder litteraturstudiet og interviewene til indsamling af empiri, blive diskuteret. Herefter diskuteres analyserne af resultaterne fremkommet af interviewene.

8.1 Metodediskussion

Litteraturstudie

Forud for litteratursøgningen blev der opstillet klare inklusions- og eksklusionskriterier, hvor et centralt inklusionskriterie var øgning af deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer på baggrund af forskningsspørgsmål 1: *“Hvilken viden eksisterer der på området omkring at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer?”*. Dette inklusionskriterie begrænsede i stor grad, hvilke artikler, der blev inkluderet i litteraturstudiet. Dog var det nødvendigt med dette inklusionskriterie for at sikre præcision i søgningen, da der generelt findes meget litteratur på kræftområdet. Yderligere blev der opstillet et inklusionskriterie omhandlende sproget i artiklerne, hvor artikler på dansk, engelsk, norsk og svensk blev inkluderet, for at sikre en sproglig forståelse af artiklerne. Artikler på andre sprog end dansk, engelsk, norsk og svensk ville kunne give udfordringer i forbindelse med at tyde resultaterne, hvilket ville kunne resultere i forkerte fortolkninger. Artikler som ikke var peer-reviewed blev ekskluderet fra litteraturstudiet, for at sikre akademisk videnskabelig kvalitet (Buus et al., 2008). Dog kan det diskuteres om peer-review er en garanti for artiklernes kvalitet, hvorfor artiklernes metodiske kvalitet også blev vurderet ud fra kvalitetsvurderingsværktøjer fra Joanna Briggs Institute (The

University of Adelaide, 2022). Vurderingen ud fra dette værktøj beror sig på en subjektiv vurdering, hvorfor begge specialets forfattere har foretaget kvalitetsvurderingen og den kritiske læsning af de udvalgte artikler. Dermed er der gjort brug af triangulering for at højne litteraturstudiets kvalitet (Kitto, Chesters & Grbich, 2008). Et andet eksklusionskriterie var artikler, hvor forskningen ikke er sammenlignelig med danske forhold, hvorfor lande som Danmark normalt sammenligner sig med inden for sundhedsområdet er medtaget (Sundhedsstyrelsen, 2010), dog er der også medtaget artikler fra USA og Canada. Artiklen fra USA er medtaget, da den omhandler at øge viden om HPV og livmoderhalskræft ved brugen af en social medieplatform, hvorfor studiet ikke direkte involverer USA's sundhedssystem. Artiklen fra Canada er medtaget, da det er et review, og inkluderer primært europæiske studier. Eksklusionskriteriet blev opstillet for at øge sandsynligheden for, at studierne resultater var overførbare til en dansk kontekst, dog kan der stadig være forhold, som er forskellige fra det danske livmoderhalskræftscreeningsprogram. Screeningsprogrammet i Danmark er et gratis tilbud til alle kvinder indenfor aldersgruppen 23-64 år, hvilket ikke er tilfældet i alle de udvalgte artikler. Eksempelvis fremgår det af artiklen af Broberg et al. (2014), at det koster penge at få foretaget screeningen i Sverige (Broberg et al., 2014), hvorfor der kan være andre årsager, end interventionen alene, som frembringer en øgning af deltagelsen. Dog var formålet med litteraturstudiet at fremsøge viden omkring, hvad der kan øge deltagelsen, for herefter at anvende denne viden til at undersøge det i en dansk kontekst i relation til unge kvinder mellem 23-29 år. Herudover blev der undervejs i litteratursøgningen opstillet et eksklusionskriterie, hvor alle artikler, der var ældre end fra år 2010 blev frasorteret. Dette kriterie blev opstillet, grundet store antal hits i databaserne samt et ønske om at medtage nyere viden på området. Kriteriet var med til at indsnævre søgningen, hvilket potentielt kan have været med til, at relevante studier ikke er blevet medtaget i litteraturstudiet. Da der ønskes den nyeste viden på området samt, at der blev inkluderet reviews, hvor ældre litteratur indgår, anses det ikke som værende af betydning for litteraturstudiets resultater.

Databaserne: Cochrane Library, PsychINFO og CINAHL er de databaser, som der blev søgt i, i forbindelse med litteratursøgningen. Dog findes der også andre relevante databaser som eksempelvis PubMed, som er en af de største og bredeste databaser indenfor sundhedsvidenskaben, og dækker områder som medicin, cellebiologi og humanbiologi (Krogh & Thomsen, 2018) og EMBASE, som også er en af de største og bredeste databaser inden for sundhedsvidenskaben, og dækker samme områder som PubMed (Krogh & Thomsen, 2018), dog er EMBASE en europæiske pendant til PubMed (Lund et al., 2014). Da specialet er

underlagt en tidsramme, er det en nødvendighed at prioritere, hvilke databaser som inddrages, for at overholde tidsdimensionen. Fravalget af databaser, har potentielt medført, at der er relevante artikler, som ikke er blevet inkluderet i litteraturstudiet, dog formodes det, at der ville fremkomme mange dubletter samt en lavere præcision i søgningen, hvis alle databaser inkluderes frem for at udvælge på baggrund af største relevans. Vurderingen af artiklernes relevans for forskningsspørgsmål 1: *“Hvilken viden eksisterer der på området omkring at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammer?”*, er blevet foretaget i forbindelse med udvælgelsen af artiklerne. Udvælgelsen af artiklerne er foretaget på baggrund af titel, abstract og fuldtekst som specialets forfattere har vurderet. Dermed beror artiklernes relevans for forskningsspørgsmålet på en subjektiv vurdering, dog er der mere end én subjektiv vurdering, hvilket er med til at højne kvaliteten af litteraturstudiet.

Interview

Til indsamling af empiri, er der blevet gjort brug af semistrukturerede individuelle interviews. En fordel ved det semistrukturerede interview er, at det lægger op til en hverdagssamtale samtidig med at det har et professionelt præg, da der er et formål med interviewet. Med det semistrukturerede interview, er det muligt at opnå viden om informantens meninger om et fænomen men også, hvilken betydning fænomenet har for informanten, da der i denne interviewform er mulighed for at stille uddybende spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). I forbindelse med interviewene er der blevet udarbejdet en interviewguide, for at sikre stringens i interviewene (Kvale & Brinkmann, 2015). Interviewguiden blev udarbejdet med udgangspunkt i litteraturstudiets resultatanalyse, hvorved emner og spørgsmål blev opstillet på baggrund heraf. Dette har været med til at skabe en vis struktur over interviewene, og sikre at interviewene kunne bidrage til besvarelse af forskningsspørgsmål 2: *”Hvilke barrierer ses der blandt unge kvinder i alderen 23-29 år i Danmark i forbindelse med deltagelse i livmoderhalskræftscreening, og hvad kan ændres i nuværende praksis, så deltagelsen øges?”*. Dog har det også været begrænsende for interviewets resultater, at interviewguiden blev udarbejdet med udgangspunkt i litteraturstudiets resultatanalyse, da det potentielt kan have haft betydning for udbyttet af interviewene, hvis der udelukkende blev taget udgangspunkt i disse resultater. Dette er der dog taget højde for, hvorfor der også var åbenhed overfor andre spørgsmål, som kunne være relevante i forhold til unge kvinder i en dansk kontekst. Et af kvalitetskriterierne ved det semistrukturerede interview er, at der fremkommer de længste svar ud fra kortest mulige spørgsmål fra interviewer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Interviewguiden indeholder spørgsmål, hvor der kan svares med et ja eller nej, hvilket ikke anses som værende givende i et interview, hvor der ønskes større forståelse for fænomenet. Dog er disse spørgsmål suppleret med yderligere spørgsmål, som skal sikre en uddybelse af informantens svar, alt efter om der svares ja eller nej. Dette sikrer at de spørgsmål, som blev stillet undervejs i interviewet, var relevante, i relation til samtalen og de svar informanterne gav. Herudover var der nogle indledende spørgsmål i interviewguiden, som kunne besvares kort og præcist uden uddybning, hvilket har haft til formål, at afdække informanternes karakteristika, som er anvendt til at udarbejde tabel 7. *Oversigt over informanternes karakteristika*. Forskningsspørgsmål 2 er styrende for interviewet, og dermed et instrument til at opnå nogle bestemte svar. Dette kan påvirke forholdet mellem informanten og interviewer, da der bliver skabt et asymmetrisk magtforhold herimellem, hvor interviewer udspørger og informantens rolle er at svare. Det asymmetriske magtforhold kan medføre, at informanten tilbageholder relevante informationer eller informanterne siger det som de tror interviewer godt vil høre. Dog er det asymmetriske magtforhold en nødvendighed for opnåelse af empiri, da interviewet dermed kan styres, så det kun er det relevante for interviewets formål, som kommer frem (Kvale & Brinkmann, 2015). Det asymmetriske magtforhold i interviewene er forsøgt imødekommet ved, at der i interviewguiden blev lagt vægt på et naturligt og forståeligt sprog for informanterne samt en lyttende og anerkende tilgang. Informanterne blev udvalgt på baggrund af en formålsbestemt rekrutteringsstrategi, hvor ønsket var at opnå informationsrig viden om de unge kvinders barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening (Babchuk, 2017). Der er i alt tre informanter, som har bidraget til specialets empiri, hvilket kan anses som værende få, dog er informanterne udvalgt efter, om de kan bidrage med opnåelse af en dybdegående viden omkring de barrierer, der er for deltagelse for livmoderhalskræftscreening. Ifølge Kjærgaard (2001) indsamler kvalitative undersøgelser individuelle beskrivelser af oplevelser med henblik på at forstå, hvilke betydninger den enkelte tillægger en bestemt oplevelse. Kvalitative undersøgelser inddrager et begrænset antal informanter, hvorfor resultaterne ikke umiddelbart er repræsentative for den samlede population (Kjærgaard, 2001). At informanterne kan bidrage med viden omkring fænomenet, anses derfor som værende af størst betydning frem for antallet af informanter.

Interviewene er blevet foretaget via Microsoft Teams (Microsoft, 2022), hvor interviewene er blevet lydoptaget. Dette har sikret at alt det som informanterne har sagt, er blevet bevaret til den efterfølgende analyse. En ulempe ved at optage interviewene kan være, at informanterne kan opleve ubehag ved at blive optaget, dog kan informanterne have en tendens til at glemme,

at de bliver optaget undervejs i interviewet, hvis optageren ikke er iøjnefaldende (Merriam & Tisdell, 2016). Da interviewene blev foretaget over Microsoft Teams, var optageren ikke synlig for informanterne, hvilket kan have haft den effekt, at de hurtigere har glemt at de blev optaget. Alle tre interviews blev gennemført uden video, hvorfor det ikke var muligt at observere ansigtsmimik og aflæse kropssprog (Sturges & Hanrahan, 2004), hvilket ellers kan være med til at afsløre nuancer i informanternes svar. Dog kan disse nuancer opfanges ved at notere verbale tegn som blandt andet pauser, suk og tøven undervejs. En måde at få noteret de verbale tegn på, er ved at notere dem undervejs transskriberingen (Merriam & Tisdell, 2016), hvilket blev gjort jævnfør transskriberingsguiden (se bilag 5). En af fordelene ved at transskribere sit eget datamateriale er, at man opnår et større kendskab til materialet (Merriam & Tidell, 2016), hvilket anses som være en fordel når analysen skal foretages, hvorfor specialets forfattere selv har stået for transskriberingen.

8.2 Resultatdiskussion

Invitation til livmoderhalskræftscreening

Det er fremkommet af analysen af interviewene, at en metode, som kan være med til at øge deltagelsen blandt de unge kvinder, er invitation med planlagt aftale til livmoderhalskræftscreening samt brev med udvidet tekst. Ved en planlagt aftale kan der dog ses nogle etiske problemstillinger i relation til at screeningstilbuddet er frivilligt. I forbindelse med invitation til livmoderhalskræftscreening, kan der være nogle psykiske og sociale virkninger forbundet hermed. At modtage et uopfordret brev fra sundhedsvæsenet kan gøre én bange, da tilbud om en screeningsundersøgelse udpeger den enkelte til at være i risiko for at være syg. På den anden side kan screeningsprogrammet, ved et sandt negativt undersøgelsesresultat, være med til at give kvinderne en vis tryghed, i form af at de er raske samt hindre sygdommen i at udvikle sig, ved et sandt positivt resultat (Det Ethiske Råd, 1999). I interviewet påpeger en af informanterne, at det er unødvendigt med viden om forstadier til livmoderhalskræft, hvis det alligevel ikke udvikler sig til kræft, da man kan blive bange (Informant A). Dette kan tale for at diskutere invitationsmetode samt indholdet i invitationen, da det kan have indvirkning på de involverede i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Et screeningstilbud føles ikke altid frivilligt, da et "nej" kan være forbundet med nogle negative konsekvenser. Et "nej" til et screeningstilbud kan give frygt for at andre eller én selv bebrejder en, hvis man senere hen får den pågældende sygdom, der screenes for (Det Ethiske Råd, 1999). En invitation med en planlagt aftale kan have den effekt, at kvinderne føler sig tvunget til at

møde op til screeningen, hvorfor det kan virke som en indkaldelse og dermed ikke et frivilligt tilbud. Forebyggelse indebærer ofte magtudøvelse, da forebyggelse ofte kræver at mennesker handler anderledes end de plejer, dog behøver magtudøvelse ikke nødvendigvis at opfattes negativt. Hvis magtudøvelsen anses som værende et udtryk for omsorg, hvor der forsøges at skabe noget som de fleste ønsker, sundhed, vil magtudøvelsen kunne ses som værende positiv (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014). At sende en invitation med en planlagt aftale, kan virke meget styrende for kvinderne, hvilket kan opfattes begrænsende og provokerende, og dermed have en negativ påvirkning på kvindens deltagelse i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Ved at give kvinderne en planlagt aftale med invitationen, kan det være med til at signalere, at kvinderne bør deltage, og dermed kan deltagelse anses som den "korrekte opførsel". Når der er angivelser af, hvad der er "korrekt opførsel", skabes der mulighed for "ikke-korrekt opførsel", hvilket kan give anledning til modmagt og boomerang effekter. Modmagt og boomerang effekter kan anses som noget, der står i modsætning til forebyggelsens intention og kan opstå, hvis individet har en følelse af at det frie valg er truet (Villadsen, 2013; Richter, 2011; Ringold, 2002). For de kvinder, som vil opfatte en invitation med en planlagt aftale som en trussel mod det frie valg, vil det kunne føre til den utilsigtede konsekvens, at de ikke deltager i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. For andre kvinder, som vil opfatte invitation med en planlagt aftale som en hjælp, vil sandsynligheden for at de deltager i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet kunne øges. Ifølge Michel Foucault (1994) er magt mest virksom når den usynliggøres, da det gør det svært at gennemskue og gøre oprør mod magten (Richter, 2011), hvor en invitation med en planlagt aftale gør det mere tydeligt, at der er tale om magtudøvelse. Invitationen med planlagt aftale kan dermed give anledning til, at kvinden gør oprør, og ikke deltager i livmoderhalskræftscreening.

Af litteraturstudiet er det fremkommet, at viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening, kan være med til at øge deltagelsen i screeningsprogrammet. Flere af informanterne pointerer i interviewene, at de mangler viden omkring formålet med livmoderhalskræftscreeningen, og hvad de får ud af at deltage. Derfor ses det fordelagtigt at øge kvindernes viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening, dog kan der være forskel på, hvordan kvinder opnår bedst udbytte af sundhedsinformationer. En metode til at opnå en større viden, kan være et brev med udvidet tekst i forbindelse med invitationen. Denne metode vil kunne have en effekt på de kvinder, som har et højt uddannelsesniveau (Camilloni et al., 2013), hvorfor et brev med udvidet tekst kan være med til at øge uligheden i deltagelsen

af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. I analysen fremkom det, at nogle kvinder vil have sværere ved at forstå og anvende sundhedsinformationer end andre kvinder, hvorfor begrebet health literacy blev anvendt. Ud fra tabel 7, som viser en oversigt over informanternes karakteristika, kan det ses, at alle informanterne har et relativt højt uddannelsesniveau, hvorfor deres sundhedskompetencer formodes at svare til det midterste niveau i Nutbeams teori om de tre niveauer inden for health literacy, og dermed tilhøre en højere socialgruppe (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018a). Statistik omkring livmoderhalskræftscreenings sikkerhed og kvalitet, er viden, informanterne giver udtryk for, kan motivere til at deltage i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. For at få et udbytte af statistikker, vil det kræve et kendskab til- og forståelse af statistiske oplysninger, hvorfor det for nogle kvinder ikke vil give en effekt, hvis ikke de besidder dette kendskab. Ved at anvende et brev med udvidet tekst til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, kan det formodes at gavne de øverste socialgrupper i samfundet og ikke de lavere socialgrupper, hvorfor der vil produceres en social ulighed i deltagelsen. For at minimere den sociale ulighed, som vil opstå ved at anvende brev med udvidet tekst som metode, vil brugen af socialt differentierede metoder til at opnå viden om livmoderhalskræftscreening være fordelagtig. Hvis der anvendes socialt differentierede metoder, vil metoderne have effekt på den socialgruppe som metoden henvender sig til, hvorfor uligheden, der ses mellem socialgrupperne, vil være uændret. Ved at anvende socialt differentierede metoder, vil kvinderne have lige vilkår for at tage et valg om deltagelse på et oplyst grundlag. Da studieets informanter tilhører en høj socialgruppe, er der ikke opnået viden omkring, hvilke metoder der er anvendelige til de kvinder, som tilhører de lavere socialgrupper. Dog er der på baggrund af litteraturstudiet fremkommer andre metoder, som kan være med til at øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening generelt. Brugen af socialt differentierede metoder kan dog være forbundet med nogle etiske dilemmaer, eksempelvis i relation til inddeling af kvinder til de forskellige metoder. Hvis der eksempelvis ønskes at inddele kvinderne efter deres uddannelsesniveau, kan der stadig ses forskellige præferencer inden for denne inddeling, hvilket kan vanskeliggøre valget af metode. Herudover kan det for nogle kvinder opfattes stødende, hvis kvinden placeres i en socialgruppe hun ikke kan identificere sig selv med. Yderligere vil inddelingen af kvinderne kunne bidrage til stigmatisering, som opstår når individer knyttes til bestemte træk eller adfærdsmønstre (Goffman, 2009). Af interviewene er det fremkommet at informanterne har forskellige præferencer for, hvordan de godt kunne tænke sig at modtage mere viden omkring livmoderhalskræftscreening. Det ses derfor vanskeligt at inddele kvinderne så metoden til at opnå mere viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening vil gavne alle, hvorfor

brugen af flere forskellige metoder på sammen tid, ville kunne imødekomme flest mulige. Foruden brev med udvidet tekst, kan der gøres brug af specifikt undervisningsmateriale, kampagner og social medieplatform. For at der er et alternativ til den skriftlige information, kan en mundtlig formidling i form af undervisning være en metode til at opnå viden om livmoderhalskræftscreening. Undervisningsmaterialet kunne bestå af en PowerPoint præsentation med et tilhørende mundtligt oplæg, hvor der er mulighed for at stille spørgsmål undervejs. I den forbindelse bør der gøres nogle overvejelser omkring, hvem der skal stå for formidlingen heraf, da formidlerens troværdighed kan have betydning for modtagelsen af undervisningen. Sundhedskampagner er velegnede til at informere og oplyse befolkningen omkring, hvad der gavner sundheden, og hvad der skader den (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014). Da det er viden omkring livmoderhalskræftscreening, der ønskes at øges, er brugen af en kampagne derfor velegnet til at oplyse kvinderne om livmoderhalskræftscreeningens formål og udbytte. Dog bør man tage i betragtning at kampagner er en befolkningsorienteret forebyggelsesstrategi (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014), hvorfor borgeren selv skal tage initiativ og ansvar for at efterleve oplysninger og anbefalinger. Kampagner kan være med til at synliggøre og sætte dagsorden i befolkningen, hvorfor kampagner kan bidrage til at sætte fokus på livmoderhalskræft at øge viden om livmoderhalskræftscreening. Kampagnerne skal være synlige for målgruppen, hvorfor de skal befinde sig der, hvor målgruppen er. For at kampagnerne ikke kommer til at virke for reklameagtige, skal varigheden af deres synlighed i offentligheden begrænses. Kræftens bekæmpelse lancerede i januar 2022 en kampagne ved navn *“Er der noget, du har glemt?”*, som har til formål at minde unge kvinder mellem 23-29 år om, at deltage i livmoderhalskræftscreening (Højrup, 2022). Navnet på Kræftens Bekæmpelses kampagne appellerer til at de unge har glemt at deltage i screeningen, hvilket for nogle kan virke bebrejdende, og dermed kan kampagnen få den modsatrettede effekt end hensigten. Herudover er det ikke fremkommet af hverken litteraturstudiet samt interviewene, at årsagen til at kvinderne ikke deltager skyldes en forglemmelse, hvorfor kampagnen ikke vil være rammende. Dog kan kampagnen have den effekt, at kvinderne, som har en positiv opfattelse af Kræftens Bekæmpelse, at kampagnerne vil være med til at øge sandsynligheden for at de deltager i screeningen. Én af specialets informanter havde lagt mærke til kampagnen, på den sociale medieplatform Instagram via influencere, hvor det kan antages at kampagnen har været synlig for målgruppen. Dog har dette ikke ændret på hendes valg om deltagelse i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Når der gøres brug af influencere til at formidle budskabet, er der nogle overvejelser man bør gøre forinden. Det bør vurderes om influencerens

følgere er i målgruppen for livmoderhalskræftscreening, influencerens troværdighed for at formidle budskabet herunder køn, alder og hvad de normalt deler på deres sociale medier. Ved at gøre brug af influencere til at dele oplysninger omkring livmoderhalskræftscreening, lægges Kræftens Bekæmpelses image i hænderne på disse personer, hvorfor valg af de forkerte influencere kan få konsekvenser for organisationens troværdighed. Et eksempel på en influencer som kunne være oplagt til at dele budskabet omkring livmoderhalskræftscreening, kunne være en kvinde i alderen 23-29 år, som selv har haft livmoderhalskræft inde på livet, og dermed har viden omkring emnet og et ønske om at dele viden om det. Ved at gøre brug af influencere til at formidle budskabet om vigtigheden i at deltage i livmoderhalskræftscreening, kan man hævde at Kræftens Bekæmpelse kan opnå en form for personlig tillid, som er et begreb Luhmann beskæftiger sig med. Luhmann skelner mellem to former for tillid: system tillid og personlig tillid (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018b). I relation til screeningsprogrammet har tillid betydning for deltagelsen, da deltagelse kræver tillid til at screeningen har en gavnlig effekt. Hvis ikke sundhedsvæsenet handler i overensstemmelse med borgernes forventninger, kan det give anledning til mistillid til systemet. Noget der kan give anledning til mistillid, kan være kritiske og dårlige historier fremkommet i medierne, som ofte tillægges højre nyhedsværdi end de gode historier (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018b), hvorfor disse historier ofte fylder mere end de gode historier. Til trods for at kvinderne skulle have fået mistillid til screeningsprogrammet kan kvinderne alligevel godt have personlig tillid til eksempelvis en influencer, hvilket kan have en positiv indvirkning på deltagelsen. Dog kan brugen af influencere også give anledning til mistillid, hvis disse ikke handler i overensstemmelse med kvindernes forventninger. I år 2021 kom det frem i medierne, at en ung kvinde, som gennem flere år havde delt ud af sin hverdag som uhelbredeligt syg med livmoderhalskræft til hendes over 20.000 følgere på Instagram, havde løjet omkring diagnosen. Kvinden havde aldrig været syg med livmoderhalskræft, alligevel var hun repræsentant for Kræftens Bekæmpelse, og var en stemme i kampagnen ”Ung kræft” (Busk, 2021; Dreyer, 2021; Madsen, 2021), hvorfor hun misbrugte både Instagram-følgernes og Kræftens Bekæmpelses tillid. En sådan historie vil kunne svække Kræftens Bekæmpelses image, hvilket potentielt kan have konsekvenser for deres troværdighed blandt befolkningen.

En anden metode til at øge viden omkring livmoderhalskræftscreening, som også appellerer til personlig tillid, kunne være en social medieplatform, hvor de unge har mulighed for at stille spørgsmål og dele personlige historier med hinanden. Blandt de 15-34-årige bruger 82% af dem sociale medier dagligt. De 19-34-årige er den aldersgruppe med langt de fleste profiler på

sociale medier, hvoraf 15% af denne aldersgruppe har profiler på mellem 9 og 13 sociale medier (Kulturministeriet, 2021). Dermed er de sociale medier noget de unge benytter sig meget af, hvorfor formidling af livmoderhalskræftscreening gennem de sociale medier er et oplagt forum. Dog vil brugen af de sociale medier som metode til at øge viden om livmoderhalskræft, kræve nogle ekstra ressourcer alt efter, hvordan det vælges at administrere mediet. Herudover kan der opstå misinformation, hvis ikke der er en form for kontrol af indholdet, som deles på platformen.

Påmindelse af livmoderhalskræftscreening

Den nuværende metode til at påminde omkring deltagelse i livmoderhalskræftscreening, som er via brev i e-Boks, er ifølge informanterne en god metode. Som et alternativ til den nuværende metode, kan der anvendes en SMS som påmindelsesmetode, der er let tilgængelig og vil adskille sig fra invitationen, som kommer via e-Boks. En ulempe ved en SMS-påmindelse kunne være, at den er skriftlig og giver dermed ikke mulighed for at kunne stille spørgsmål. På den anden side giver en SMS-påmindelse mulighed for at vende tilbage til den og læse den igen, hvilket kan anses som en fordel, hvis kvinden har behov for at læse påmindelsen igen. En anden påmindelsesmetode, kunne være, at den praktiserende læge påminder kvinden om livmoderhalskræftscreening, i enten en mundtlig eller skriftlig form. Den mundtlige påmindelse kunne være en fordel for de kvinder, som eksempelvis ikke læser den skriftlige påmindelse, eller som har brug for at stille nogle spørgsmål til screeningen. En ulempe ved den mundtlige påmindelse kan være, at det ikke er muligt at vende tilbage til det sagte, hvis kvinden glemmer nogle af informationerne. En anden ulempe ved den mundtlige påmindelse fra den praktiserende læge er, at det kræver at kvinden er ved lægen. Kvinder i alderen mellem 23-29 år er i mindre grad i kontakt med lægen, end den ældre del af befolkningen, da antallet af kontakter til almen praksis stiger med alderen (Sundheds- og Ældre Ministeriet, 2016). Alle tre informanter udtaler, at de meget sjældent er hos deres praktiserende læge, hvorfor en mundtlig påmindelse ikke vil have en effekt, hvis ikke kvinderne er i kontakt med deres læge. Herudover er det fremkommet via litteraturstudiet at en påmindelse fra den praktiserende læge, kun vil have en gavnlig effekt på deltagelsen, hvis kvinden har et godt forhold til sin læge. Almen praksis' ansvarsområde inden for livmoderhalskræftscreeningsprogrammet er at varetage prøvetagningen og opfølgningen heraf (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvor en påmindelse fra den praktiserende læge vil kræve et ekstra ansvarsområde og dermed ekstra ressourcer. Da de praktiserende læger i forvejen må prioritere deres opgaver, grundet knappe

ressourcer, vil ekstra ressourcer til at påminde kvinder til livmoderhalskræftscreening, kunne anses som værende mindre vigtigt end de resterende opgaver lægen varetager. Herudover er der områder i Danmark, hvor der er mangel på praktiserende læger (Lillevang, 2021), hvorfor nogle læger har flere patienter end andre, og dermed vil det give anledning til forskel i den tid, der er til at kunne minde kvinderne om at deltage i livmoderhalskræftscreening. Det kan derfor diskuteres om en påmindelse via den praktiserende læge er en metode som i praksis vil kræve for mange ressourcer, vejet op i mod, hvor mange som egentlig vil få gavn af metoden. I modsætning til påmindelse via den praktiserende læge, vil en SMS som metode til påmindelse, ligge under den enkelte regions ansvarsområde. Ændringen vil indebære at udsende en SMS, foruden den nuværende påmindelse i e-Boks, hvilket vurderes til ikke at have en betydelig indvirkning på brugen af ressourcer. Foruden metoden til at påminde til deltagelse i livmoderhalskræftscreening, så har tidsintervallet for påmindelsen, samt indholdet heraf ligeledes en betydning. En af informanterne oplever det som værende anmassende, hvis påmindelsen kommer for hurtigt efter invitationen og for ofte (Informant A), hvorfor dette bør tages i betragtning, da det kan få den modsatte effekt end den intenderede. Påmindelsen har til formål at påminde kvinderne om, at de har modtaget en invitation, hvorfor dens indhold og modtagelse, skal være med til at kvinden husker at bestille tid, hvis hun har glemt det. En af informanterne påpegede i interviewet, at hun ikke ville læse påmindelsen, hvis den var lang, hvorfor der bør overvejes, hvilket indhold påmindelsen skal have samt længden heraf, for at opnå den effekt af påmindelsen.

Tilgængelighed

Det er fremkommet på baggrund af analysen af interviewene, at muligheden for at få foretaget livmoderhalskræftscreening i forbindelse med et andet besøg hos lægen, kunne være med til at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Dog udtaler en af informanterne at hun ikke ville gøre brug af tilbuddet, da hun ikke ville føle sig klar. Herudover vil tilbuddet om screening i forbindelse med et andet besøg hos lægen kræve, at lægen ikke har andre patienter efterfølgende eller at tiden vil gå tabt, hvis der reserveres tid til det på forhånd og kvinden ikke ønsker at tage imod tilbuddet. Hermed vil det kræve en del ressourcer samt større ændringer af almen praksis, hvor ændringen vil ligge ud over almen praksis' ansvarsområde i forbindelse med livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Af analysen af interviewene er det fremkommet at en metode, som kan være med til at øge deltagelsen blandt de unge kvinder, er ved at tilbyde en HPV-selvtest. I 2018 anbefalede Sundhedsstyrelsen, at tilbyde kvinder en HPV-selvtest ved

udsendelse af andet erindringsbrev (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det kan dog diskuteres, hvorvidt anvendelsen af HPV-selvtest til unge kvinder mellem 23-29 år er optimal, da HPV prævalensen er højst blandt unge kvinder (Franco & Harper, 2005), hvorfor der vil være mange unge, som vil få en positiv HPV-test. I det danske screeningsprogram tilbydes en cellebaseret prøve til unge kvinder mellem 23-29 år (Kvernød & Bigaard, 2022), det kan derfor formodes at en HPV-selvtest fremfor en cellebaseret test, grundet den høje prævalens af HPV blandt de unge, vil kunne forårsage et større antal positive resultater. En konsekvens af en positiv HPV-test kunne være, at kvinden bliver unødigt bange for om hun også har celleforandringer og livmoderhalskræft. Noget som fremadrettet vil kunne have indvirkning på HPV prævalensen blandt de unge kvinder, er at man i Danmark tilbyder alle piger i alderen 12-17 år en HPV-vaccine. HPV-vaccinationen har været en del af børnevaccinationsprogrammet siden 1. januar 2009 (Statens Serum Institut, 2022), og da vaccinen først kendes tilstrækkeligt efter en årrække, kan det formodes at der med tiden vil være færre, som får en positiv HPV-test. Dog afhænger vaccinen's effekt af befolkningens tilslutning til vaccinen, hvorfor HPV prævalensen stadig vil være høj, hvis der ses en lav tilslutning til vaccinen. Her kan massemedierne have en stor indvirkning på befolkningens tillid til vaccinationen, hvor massemedierne de sidste årtier har fået tiltagende indflydelse på det samfundsmæssige liv (Luhmann, 2002). I starten af HPV-vaccinen's udrulning var tilslutningen på over 90%, men i år 2015 faldt tilslutningen til et utilfredsstillende niveau (Suppli et al., 2018), hvilket faldt sammen med mediernes ukritiske formidlinger af forskellige sygdomshistorier i relation til HPV-vaccinen (Johansen, 2017), hvor der blev beskrevet en bred vifte af invaliderende symptomer blandt de vaccinerede piger (Suppli et al., 2018). Massemedierne gør det muligt at forme historier, hvilket ligeledes muliggør en uddifferentieret fremstilling af disse (Luhmann, 2002). Dermed er det også muligt at vende tilslutningen til HPV-vaccinen positivt, ved at medierne formidler et mere nuanceret billede af HPV-vaccinen, hvor de positive historier også frembringes. Noget andet som kan være en ulempe ved brugen af HPV-selvtest, foruden den høje prævalens af HPV blandt de unge kvinder er, at HPV-vaccinen kun beskytter mod de HPV-typer, som forårsager 70-90% af livmoderhalskræfttilfælde (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvorfor en HPV-test alene ikke ville kunne fjerne risikoen for at få diagnosticeret livmoderhalskræft. Dog vil alternativet til en HPV-selvtest kunne være, at kvinden ikke deltager i screeningsprogrammet, hvorfor tilbuddet om en HPV-selvtest til de kvinder, som ikke deltager efter første erindringsbrev, vil kunne have den effekt at flere kvinder vælger at deltage i livmoderhalskræftscreening. Desuden er HPV-selvtesten lige så effektiv, som hvis lægen foretager HPV-testen på klinikken (Hvidovre Hospital, 2020; Region Hovedstaden,

2022). Herudover vil et positivt svar på en HPV-selvtest, potentielt kunne få kvinden til at møde op til en cellebaseret screening hos lægen, hvorfor HPV-selvtesten kan være med til at celleforandringer opdages. Dog kan der ses nogle etiske problematikker i at kvinder, som anser en gynækologisk undersøgelse som værende grænseoverskridende, bliver nødsaget til at få foretaget en cellebaseret screening hos lægen, hvis svaret på HPV-selvtest er positiv, da det kun er denne screening som kan teste for celleforandringer. Hvis kvinden ikke havde taget HPV-selvtesten, ville hun heller ikke have viden om at hun havde en HPV-infektion, som potentielt kunne gå i sig selv. På den anden side vil HPV-infektioner i nogle tilfælde udvikle sig til celleforandringer, hvorfor en cellebaseret screening vil være gavnlig for kvinden. Tilbuddet om en HPV-selvtest giver yderligere mulighed for bekvemmelighed, privatliv og undgåelse af en undersøgelse foretaget af en læge (Kitchener et al., 2018), som for nogle kvinder kan være barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening. Det Ethiske Råd har udarbejdet nogle retningslinjer for iværksættelse af screeningsprogrammer, hvor sjette retningslinje indebærer, at testen/undersøgelsesmetoden skal være acceptabel for befolkningen (Det Ethiske Råd, 1999). Det kan diskuteres om screening foretaget via en gynækologisk undersøgelse hos lægen, er en acceptabel undersøgelsesmetode for alle kvinder mellem 23-29 år, hvorfor tilbuddet om en HPV-selvtest vil kunne imødekomme de kvinder, som ikke føler sig tilpas med en gynækologisk undersøgelse foretaget af lægen. Herudover kan HPV-selvtesten imødekomme de kvinder, hvor tid er en barriere for deltagelse i livmoderhalskræftscreening, da kvinden undgår afstanden hen til lægen samt ikke er afhængig af lægens åbningstider. To af informanterne udtaler at lægens åbningstider passer dårligt ind i deres hverdag, hvilket kan være en barriere for at deltage i livmoderhalskræftscreening. Hvis lægens åbningstider skulle ændres eller udvides, vil det kræve en del ressourcer, hvor der i forvejen er lægemangel (Lillevang, 2021). Det kan dermed diskuteres om brugen af flere ressourcer i den almene praksis er en løsning på at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, da almen praksis i forvejen har knappe ressourcer.

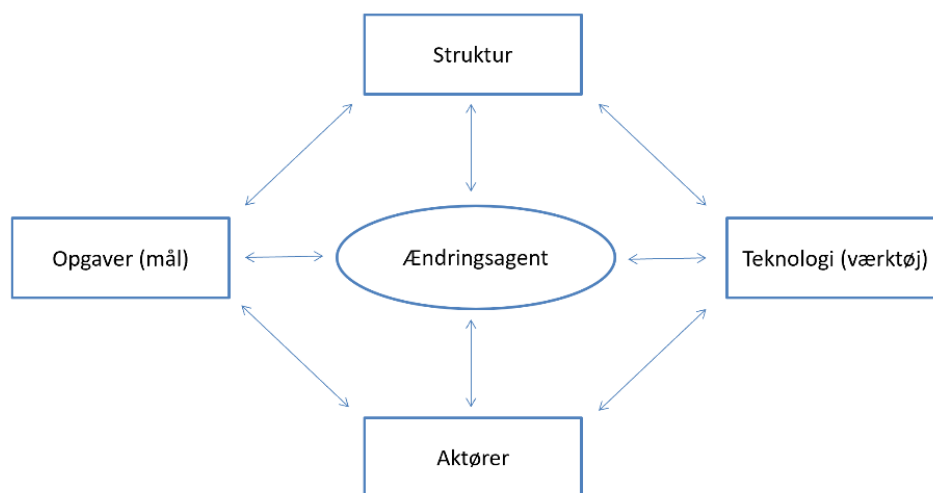
Hvis kvinderne skal tilbydes en HPV-selvtest, bør leveringsmetoden tages i betragtning, da der kan være fordele og ulemper alt efter metoden, der anvendes til at levere HPV-selvtesten. I studiet af Camilloni et al. (2013) sammenlignes at sende HPV-selvtesten hjem til kvindens adresse med, at kvinderne selv skal hente HPV-selvtesten på apoteket (Camilloni et al., 2013). Leveringsmetoden, som omfatter at sende HPV-selvtesten hjem til kvindens adresse, er den metode som informanterne foretrækker. Dog var informanten, hvor barrieren for at deltage i livmoderhalskræftscreening, var en grænseoverskridende situation, villig til at skulle hente

HPV-selvtesten på apoteket. Ved at sende HPV-selvtesten hjem til kvindens adresse, vil fordelen være at det er nemt, og kvinden vil spare tid, som ellers skulle være brugt på at hente HPV-selvtesten på apoteket. Herudover kan det at sende HPV-selvtesten hjem til kvindernes adresse appellere til, at kvinden skal deltage. Dog kan det at sende HPV-selvtesten direkte hjem til kvinderne, opleves som at det frie valg for deltagelse er truet, hvorfor det kan opleves som en magtudøvelse. Hvis dette er tilfældet, kan det få den modsatrettede effekt end den intendede, og dermed ikke øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Når barriererne for deltagelse er et tidsaspekt eller fordi det er en grænseoverskridende undersøgelse, kan det at få sendt HPV-selvtesten hjem til sin adresse, potentielt ikke anses som en magtudøvelse men derimod en hjælp. Hvis HPV-selvtesten derimod skal hentes på apoteket, kan det være, at for de kvinder hvor tiden er en barriere for deltagelse, ikke vil have effekt af tilbuddet om en HPV-selvtest. Det kan diskuteres, hvornår kvinden skal have tilbuddet om en HPV-selvtest, da det kan have betydning for, hvor mange der vil benytte sig af tilbuddet. Hvis HPV-selvtesten sendes ud til kvinderne allerede ved invitationen, kan det have den betydning at de kvinder, som ville have deltaget i den cellebaseret screening, vælger at tage HPV-selvtesten, fremfor at bestille tid hos lægen, da det er nemmere. Fordelen ved at sende HPV-selvtesten ved invitationen, er at de kvinder som kun deltager ved tilbuddet om en HPV-selvtest, hurtigere kan få taget testen. Hermed kan de få hurtigere svar, og få foretaget en cellebaseret screening ved et positivt resultat på HPV-selvtesten. Hvis HPV-selvtesten sendes ud til kvinderne ved det første erindringsbrev, hvor der er gået tre måneder fra modtagelsen af invitationen, kan årsagen til at de endnu ikke har deltaget være, at de ikke har fået bestilt tid endnu, hvorfor en påmindelse til at bestille tid vil være at foretrække. Hvis HPV-selvtesten sendes ud til kvinderne ved det andet erindringsbrev, hvor der er gået seks måneder fra modtagelsen af invitationen, kan det formodes at årsagen til at kvinderne ikke har deltaget i screeningen endnu, i en del af tilfældene, skyldes at det er en grænseoverskridende oplevelse eller manglende tid. Dermed vil HPV-selvtesten, hvis den sendes med andet erindringsbrev, give kvinder, hvor testen foretaget af lægen anses som grænseoverskridende samt mangel på tid, være med til at kvinderne deltager i screeningen. Hvis tilbuddet om en HPV-selvtest ved andet erindringsbrev skal realiseres i praksis, vil det kræve en udarbejdelse af informationsmateriale omkring HPV-selvtesten. Hvis tilbuddet om en HPV-selvtest bliver en fast procedure i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, vil det kræve flere ressourcer end den nuværende procedure, i form af produktionsomkostninger af HPV-selvtesten samt forsendelsen af den. I forhold til produktionen af HPV-selvtesten, vil det kræve inddragelse af endnu en organisation i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, da ingen af de organisationer

som har ansvarsområder i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, omfatter produktion af HPV-selvtesten på nuværende tidspunkt. Tilbuddet om en HPV-selvtest vil dermed øge kompleksiteten i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, da produktionen af HPV-selvtesten vil udgøre et yderligere ansvarsområde. På den anden side har implementeringen af HPV-selvtesten potentiale til at mindske antallet af kvinder, som diagnosticeres med livmoderhalskræft, hvorfor der vil spares ressourcer på den tertiære forebyggelse i form af behandling af livmoderhalskræft. I et systematisk review af Malone et al. (2020), som undersøger om HPV-selvtest er omkostningseffektiv, viser resultaterne at HPV-selvtesten er mest omkostningseffektiv når deltagelsen i screeningsprogrammet ændrer sig markant ved tilbuddet om en HPV-selvtest (Malone et al., 2020), hvorfor dette bør tages med i overvejelserne forud for den fulde implementering i det danske livmoderhalskræftscreeningsprogram.

Forandring

Hvis de diskutererede forandringer af den nuværende praksis, skal realiseres, kræver det en forandring af organisationerne inden for screeningsprogrammet, hvilket kan være forbundet med nogle udfordringer. Fra Sundhedsstyrelsen anbefalede at kvinderne skulle tilbydes en HPV-selvtest ved andet erindringsbrev, er der gået fire år, hvilket kan anses som mange år uden anbefalingen er blevet implementeret i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Årsagen hertil kunne være den kompleksitet, der er forbundet med screeningsprogrammet, hvor der er flere forskellige organisationer indblandet, og hvor hver organisation har forskellige ansvarsområder. Ifølge Harold Leavitt (1965) er organisationer komplekse, dynamiske systemer med en egen udviklings- og tilpasningsevne (Bakka & Fivelsdal, 2019), hvorfor livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, i kraft af at det består af flere organisationer, som skal samarbejde, gør det yderligere komplekst. Når der skal gennemføres forandringer i organisationer, kan Leavitts systemmodel anvendes for at skabe overblik over, hvordan forandringen vil påvirke organisationen (se figur 7).



Figur 7. Harold Leavitts (1965) systemmodel med ændringsagenten i centrum, med inspiration fra figur 11.1 (Bakka & Fivelsdal, 2019, s. 378).

Modellen er et planlægningsværktøj for organisationsændringer, og består af fire komponenter til beskrivelse af organisationen, og viser at der imellem komponenterne er en indbyrdes, dynamisk sammenhæng. De fire komponenter er: *Opgaver*, *Struktur*, *Teknologi* og *Aktører*, hvor der i modellen er tilføjet en ny komponent, *Ændringsagent*, som påvirker og holder sammen på processen, der inddrager de fire komponenter (Bakka & Fivelsdal, 2019). De forandringer, der skal til for at øge deltagelsen blandt de unge kvinder mellem 23-29 år i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, vil udgøre midten af figuren, ændringsagenten. Hermed kan forandringen have betydning for alle elementer som en organisation består af, hvorfor en forandring kan have stor indvirkning på organisationen på flere parametre. Komponenten *aktører* omfatter de mennesker, der er ansat i organisationen, og er dem som skal løse organisationens opgaver (Bakka & Fivelsdal, 2019), hvorfor deres holdning og motivation i relation til en ændring, er væsentlig for at en forandring bliver en succes. Nogle af de største udfordringer ved forandringsprocesser kan være, at få medarbejderne til at forstå nødvendigheden af ændringen, at få medarbejderne til at ændre adfærd, få de ansvarlige til at kommunikere godt og at holde momentum undervejs (Strøm & Harboe, 2006). Da livmoderhalskræftscreeningsprogrammet involverer flere forskellige organisationer, kan igangsættelsen af forandringer tage lang tid, da forandring ikke kun er ændring af organisationen og ledelsesprioriteringer, men også adfældsændring herunder meninger og holdninger hos de enkelte aktører. Herudover vil nogle af forandringerne forudsætte en ændring af arbejdsprocesser, administrative procedurer samt kommunikationsmønstre i organisationen. Når en forandring skal igangsættes, er det væsentligt at skabe forståelse for det nye, der skal til

at ske, ved at tydeliggøre nødvendigheden af ændringen og af at flytte sig fra det vante. Ved at fortælle medarbejderne, hvilke fysiske og ansættelsesmæssige ændringer den nye struktur vil indbefatte, er det med til at skabe tryghed. Hvis ikke medarbejderne oplever en tryghed og sikkerhed, vil de ikke være i stand til at lytte og igangsætte nye arbejdsgange. Foruden tryghed bør der ligeledes skabes engagement for det nye, ved at inddrage medarbejderne aktivt i forandringsprocessen, hvor medarbejderne bliver ledere for forandringen fremfor ofre af forandringen (Lumholt, 2013). For at udnytte aktørernes ekspertise i organisationen, er det væsentligt at de oplever motivation, da motivation medfører, at der bliver ydet noget ekstra for organisationen. En måde at opnå motivation, er ved at medarbejderne kan se værdi i opnåelsen af det ønskede resultat (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Som livmoderhalskræftscreeningsprogrammet er udformet på nuværende tidspunkt, ses der ikke et tilfredsstillende resultat, da deltagelsen ligger under standartindikatoren. Dette kan i længden være med til at aktørerne mister motivation for sine arbejdsopgaver, da værdien af resultatet ikke er høj. En forandring af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet bør nøje overvejes og planlægges i detaljerne før forandringen igangsættes, dog er forandring af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet samtidig en nødvendighed for at opnå tilfredsstillende resultater, hvilket er med til at skabe motivation for ændringer og opretholdelse af den nuværende motivation blandt medarbejderne i organisationerne. Sundhedsstyrelsen er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark og har ansvar for at fremme borgernes sundhed gennem forebyggelse (Sundhedsstyrelsen, 2020a). Det kan derfor formodes at Sundhedsstyrelsen og medarbejderne i Sundhedsstyrelsen har interesse i en ændring af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, så forebyggelsespotentiallet opnås i en tilfredsstillende grad. National Styregruppe for livmoderhalskræft (NSLS) i regi af Danske Regioner, har til ansvar at sikre national koordinering og ensartethed på tværs af regionerne inden for Sundhedsstyrelsens anbefalinger. En ændring af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet kræver at Sundhedsstyrelsen har vurderet og besluttet ændringen eller justeringen, hvor gennemførelsen heraf, kræver samarbejde og kommunikation med NSLS og Danske Regioner. For eksempelvis at kunne implementere SMS-påmindelse om livmoderhalskræftscreening, pådrages den enkelte region en ekstra opgave, da det er den enkelte region, som har ansvaret for at invitere til og påminde kvinderne om livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Når den enkelte region pådrages en ekstra opgave, er det nødvendigt at medarbejderne forstår værdien i forandringen, hvor ledelsen har ansvaret for at kommunikere værdien. I relation til almen praksis, som varetager prøvetagningen og opfølgningen af prøven, kan en forandring inden for deres ansvarsområde

være vanskelig at gennemføre, da de i forvejen varetager mange opgaver og samtidig lider under knappe ressourcer. Det kan derfor være svært at overbevise medarbejderne i almen praksis om, hvorfor de skal påtage sig en ekstra opgave som eksempelvis at påminde kvinderne om livmoderhalskræftscreening eller tilbyde kvinderne screeningen i forbindelse med andet besøg.

9.0 Konklusion

På baggrund af analysen af interviewene og diskussionen heraf, er specialets problemformulering besvaret: *“Hvilke barrierer ligger til grund for den lave deltagelse i livmoderhalskræftscreening, blandt de unge kvinder i alderen 23-29 år i Danmark, og hvad kan ændres i praksis så deltagelsen øges?”*. Der er flere barrierer forbundet med deltagelse i livmoderhalskræftscreening, blandt de unge kvinder i alderen 23-29 år, herunder hvis kvinden ikke læser invitationen i e-Boks, hvis teksten er for lang eller ikke anses som relevant. Manglende viden om livmoderhalskræftscreening herunder forebyggelsespotentialer, statistik for livmoderhalskræftscreening, kvaliteten af testmetoden, vaccins dækningsgrad og mulige testresultater udgør barrierer for at deltage i screeningsprogrammet. For kort tid mellem invitation og påmindelse kan virke anmassende for nogle kvinder, og dermed påvirke dem negativt, og være en barriere for deltagelse i livmoderhalskræftscreening. Da det er den praktiserende læge, som skal foretage undersøgelsen og udtage prøven fra livmoderhalsen, kan dårlige oplevelser med den praktiserende læge udgøre en barriere for at deltage i livmoderhalskræftscreening. Lægens åbningstider har vist sig at passe dårligt for nogle kvinder, hvorfor dette kan være en barriere for at bestille tid til screeningen og møde op hos lægen. For nogle kvinder har lægens køn en betydning for deltagelse i livmoderhalskræftscreening, hvor en mandlig læge kan udgøre en barriere for at få foretaget screeningen. Manglende tid samt at undersøgelsen anses som grænseoverskridende, kan ligeledes være barrierer for deltagelse i livmoderhalskræftscreening. Hvis tid er en barriere for deltagelse, kan en lang afstand til den praktiserende læge, have en negativ indvirkning på deltagelsen.

Der er flere muligheder for ændring i praksis, så deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet øges, blandt de unge kvinder mellem 23-29 år. Invitation med en planlagt aftale kan øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, dog kan en planlagt aftale have modsatrettet effekt, hvis det opfattes som en trussel mod det frie valg. Invitation via e-Boks med udvidet tekst kan øge deltagelsen blandt kvinder med et højt uddannelsesniveau, dog vil det være med til at producere ulighed, hvis denne metode er den eneste, som anvendes. At øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening kan øge deltagelsen, herunder anvendelse af undervisningsmateriale, kampagner og social medieplatform. For at have et alternativ til den skriftlige information, er undervisningsmateriale i en mundtlig form anvendelig, hvilket også giver mulighed for at stille spørgsmål. Ved brug af undervisningsmateriale er formidlerens troværdighed af stor betydning

for modtagelsen af undervisningen. Kampagner kan være med til at skabe synlighed og nysgerrighed om livmoderhalskræftscreening, dog kræver brugen af kampagner initiativ og ansvar fra individet selv, for at individet opnår en adfærdsændring. Social medieplatform kan øge viden om livmoderhalskræftscreening, da unge kvinder benytter sig dagligt af sociale medier. Samtidig har kvinden mulighed for at stille spørgsmål og være anonym på medieplatformen. Dog kan brugen af social medieplatform, give anledning til misinformation, hvis ikke indholdet kontrolleres. SMS som påmindelsesmetode som supplement til brev i e-Boks, kan øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, dog ikke for dem som foretrækker en mundtlig påmindelse. For dem som foretrækker en mundtlig påmindelse, kan tilskyndelse fra den praktiserende læge være med til at øge deltagelsen. Herudover er det kun de kvinder, som har et godt forholdt til sin praktiserende læge, at tilskyndelse fra lægen vil have en positiv indvirkning på deltagelsen. Muligheden for at få foretaget livmoderhalskræftscreening i forbindelse med andet besøg hos lægen, kan være med til at øge deltagelsen, blandt de kvinder, hvor tid er en barriere for deltagelse. Tilbuddet om HPV-selvtest ved andet erindringsbrev, kan ligeledes øge deltagelsen blandt de kvinder, hvor tid er en barriere for deltagelse samt for de kvinder, der finder en livmoderhalskræftscreening foretaget hos lægen grænseoverskridende.

10.0 Forandringsforslag

Forslaget til forandring af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet i Danmark, tager udgangspunkt i Plan-Do-Study-Act (PDSA) modellen. I nærværende specialeprojekt lægges der primært vægt på planlægningen, *Plan*, hvorfor *Do*, *Study* og *Act* ikke vil blive beskrevet i detaljer. PDSA-modellen er en forbedringsmodel til at indføre forandringer, og har med god effekt været brugt i 30 år i sundhedsvæsenet. Modellen indeholder tre spørgsmål, som skal besvares før en ændring igangsættes: “*Hvad ønsker vi at opnå?*”, “*Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?*” og “*Hvilke ændringer kan vi iværksætte for at skabe forbedringer?*” (Sundhedsstyrelsen, 2019a). Med forandringen ønskes det at deltagelsen i livmoderhalskræftscreening, blandt unge kvinder i alderen 23-29 år i Danmark, øges til mindst 75%, som er standardindikatoren for deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. For at finde ud af om deltagelsen blandt de unge kvinder øges, opstilles resultatindikatoren: *Antallet af kvinder i alderen 23-29 år, der deltager i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet i Danmark*, som skal vise at den ønskede forbedring er sket, og målet er nået. For at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet blandt de unge kvinder mellem 23-29 år i Danmark, skal følgende ændringer i praksis foretages:

1. Øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening, ved brug af følgende metoder:
 - Brev med udvidet tekst
 - Undervisningsmateriale
 - Kampagner
 - Social medieplatform
2. Påmindelse via SMS
3. Sende en HPV-selvtest, ved andet erindringsbrev til kvindens adresse

10.1 Plan

Det første step i PDSA-modellen er *Plan*, og omfatter planlægning i detaljer, herunder hvad ændringen indebærer, hvem ændringen berører, hvor og hvornår ændringen afprøves og gennemføres (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2022), og vil i det følgende blive beskrevet for de tre forslag til forandring i praksis.

Øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening

For at øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening blandt de 23-29-årige kvinder, bør forskellige metoder benyttes for at øge deltagelsen. Den nuværende praksis af screeningsprogrammet indebærer, at den viden om- og forståelse som kvinderne har om livmoderhalskræftscreening, er gennem den tekst som invitationen samt de to erindringsbreve indeholder. Et forslag til ændring heraf, er at udvide informationen i invitationsbrevet med statistik omkring livmoderhalskræftscreeningens sikkerhed og kvalitet herunder hvor mange, der hvert år får konstateret celleforandringer, og hvor mange af dem, der bliver opdaget og behandlet grundet screeningstilbuddet. Herudover bør der gøres brug af undervisningsmateriale, kampagner og social medieplatform til at øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening, for at imødekomme så mange socialgrupper og præferencer som muligt. Undervisningsmaterialet skal udarbejdes, så det kan formidles i en mundtlig form ud fra en PowerPoint præsentation, på uddannelsesinstitutioner, som har studerende inden for aldersgruppen 23-29 år. Undervisningsmaterialet skal indeholde de samme informationer som det udvidede invitationsbrev, med tilhørende visuelt indhold. Formidleren af undervisningsmaterialet skal fremstå troværdig, og være kompetent til at besvare spørgsmål omkring screeningstilbuddet. Kampagnerne skal indeholde de samme budskaber, som fremgår af den udvidet invitation. Kampagnen kan udformes som en plakat, og hænges op rundt omkring i landet på togstationer og busstationer. Kampagnen skal køre i en måned, én gang om året. Den sociale medieplatform skal ligeledes indeholde de samme budskaber som den udvidet invitation, dog med muligheden for at gå i dialog med andre kvinder omkring screeningstilbuddet. Medieplatformen skal være i form af en Instagram-profil, hvor en fuldtids SoMe-manager, med fornøden viden omkring livmoderhalskræftscreening, skal stå for at overvåge og styre, det delte indhold. Profilen skal bestå af opslag, som indeholder forskellige facts, Q&A's (Questions & Answers), opslag med tanker og beretninger fra kvinder, som eksempelvis fortæller om sine tanker omkring at skulle til en livmoderhalskræftscreening, og hvordan oplevelsen var for hende. Det kunne også være en kvinde, som fortæller om at få konstateret celleforandringer og blive behandlet for det, grundet et positivt screeningsresultat. For at kvinderne bliver gjort opmærksomme på Instagram-profilen, vil en henvisning til og beskrivelse af profilen i invitationsbrevet være relevant. Desuden vil det være relevant at henvise til Instagram-profilen i forbindelse med undervisningen af de studerende samt en QR-kode på kampagneplakaterne, som linker direkte til Instagram-profilen.

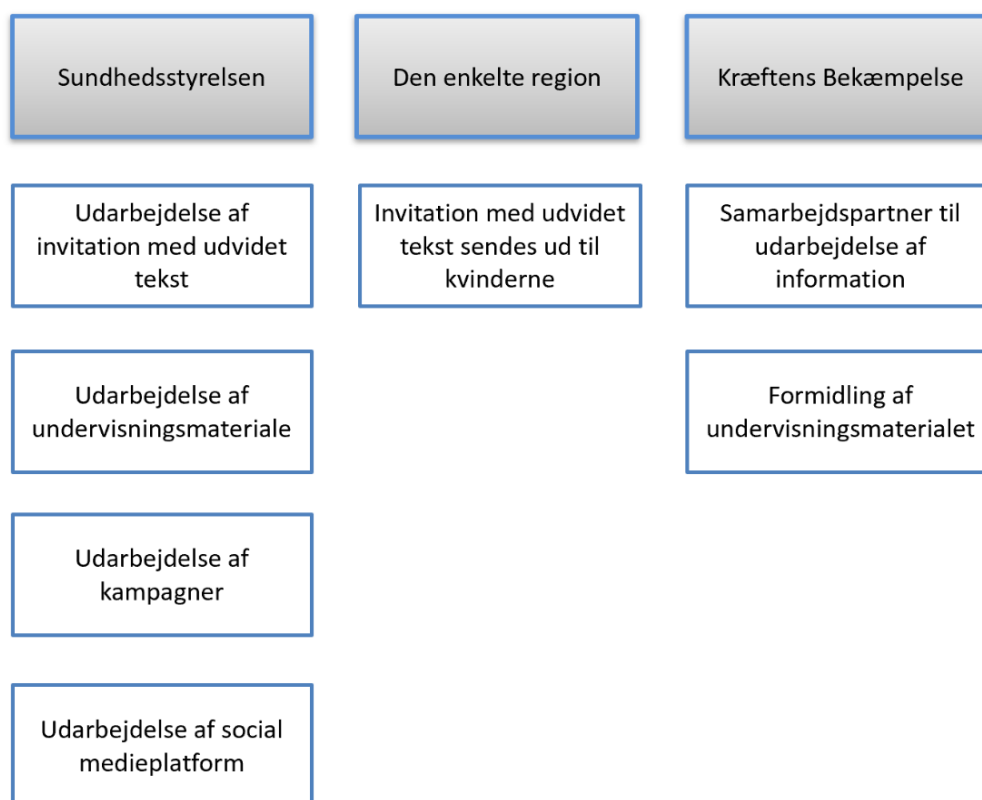
Ud fra tabel 2, som blev præsenteret i problemanalysen, fremgår det, at den enkelte region har ansvaret for at kvinderne bliver inviteret til livmoderhalskræftscreening, hvorfor de enkelte regioner vil skulle stå for at et brev med udvidet tekst bliver sendt ud til kvinderne.

Organisation	Ansvarsområde
Sundhedsstyrelsen	Vurdering og justering af de nationale screeningsprogrammer samt udarbejdelse af informationsmaterialet
National Styregruppe for Livmoderhalskræftscreening (NSLS) Danske Regioner	Sikre national koordinering og ensartethed på tværs af regionerne, inden for Sundhedsstyrelsens anbefalinger
Den enkelte region	Invitation til screening
Almen praksis	Varetager prøvetagningen og opfølgningen heraf
Patologisk afdeling	Analyse af celleprøven, intern kvalitetssikring og monitorering af resultaterne

Tabel 2. Oversigt over ansvarsfordelingen i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet.

Sundhedsstyrelsen har ansvaret for udarbejdelsen af informationsmateriale, hvorfor Sundhedsstyrelsen vil skulle stå for udarbejdelsen af den udvidede tekst i invitationsbrevet, da Sundhedsstyrelsen ligger inde med den fornødne viden omkring livmoderhalskræftscreening. Undervisningsmaterialet, kampagnerne og den sociale medieplatform, som skal indeholde de samme budskaber som invitationsbrevet med udvidet tekst, skal også udarbejdes af Sundhedsstyrelsen. I forbindelse med at øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening, kan Kræftens Bekæmpelse ses fordelagtig som samarbejdspartner, da Kræftens Bekæmpelse i en lang årrække har beskæftiget sig med informations- og oplysningsarbejde, med det formål at formidle forskning om forebyggelse af kræft (Heide, 2022; Christensen & Gawron, 2021). Kræftens Bekæmpelse arbejder med sygdomsforebyggelse, blandt andet gennem oplysning til borgerne samt ved at forsøge at påvirke politikerne til at lovgive så sundhedsrisici reduceres (Vallgård, Diderichsen &

Jørgensen, 2014). Herudover er det fremkommet på baggrund af uformelle samtaler med specialets eksterne samarbejdspartnere fra Kræftens Bekæmpelse, at de har interesse i at deltagelsen øges blandt de unge kvinder mellem 23-29 år i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Grundet deres interesse i at mindske livmoderhalskræft blandt de unge kvinder mellem 23-29 år samt at de beskæftiger sig med oplysning af borgerne, vil de kunne have en interesse i at være en del af udarbejdelsen og gennemførelsen af undervisningsmaterialet, kampagnerne og en social medieplatform. Det kunne eksempelvis være en repræsentant fra Kræftens Bekæmpelse, som stod for at formidle undervisningsmaterialet til de studerende. I nedenstående figur 8 ses en oversigt over aktører, og deres ansvar i forbindelse med at øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening.



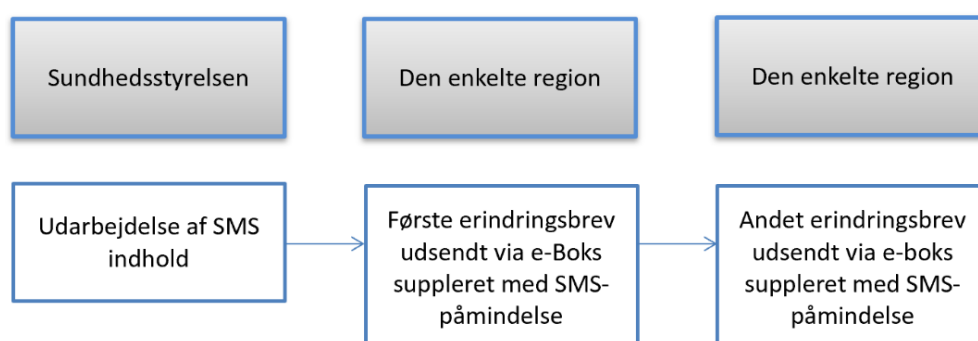
Figur 8. Oversigt over aktører, og deres ansvar i forbindelse med at øge viden om- og forståelse for livmoderhalskræftscreening.

Påmindelse via SMS

For at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening blandt de unge kvinder mellem 23-29 år, skal den nuværende påmindelsesmetode, som er erindringsbrev i e-Boks, suppleres med en SMS-påmindelse. SMS-påmindelsens indhold skal udarbejdes af Sundhedsstyrelsen og kunne lyde som følgende:

*“Kære (kvindens navn) det er tid til at du får foretaget livmoderhalskræftscreening ved din praktiserende læge. For at bestille tid kontakt din læge, og find en tid, som passer dig bedst.
Med Venlig Hilsen (regionens patologiske afdeling)”.*

Da det er den enkelte region, der har ansvaret for at kvinderne bliver inviteret til samt påmindet om deltagelse i livmoderhalskræftscreening, vil de enkelte regioner skulle stå for en SMS-påmindelse bliver sendt ud til kvinderne, i forbindelse med udsendelsen af de to erindringsbreve. I nedenstående figur 9 ses et flowchart over aktører, og deres ansvar i forbindelse med påmindelse via SMS i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet i en kronologisk rækkefølge.

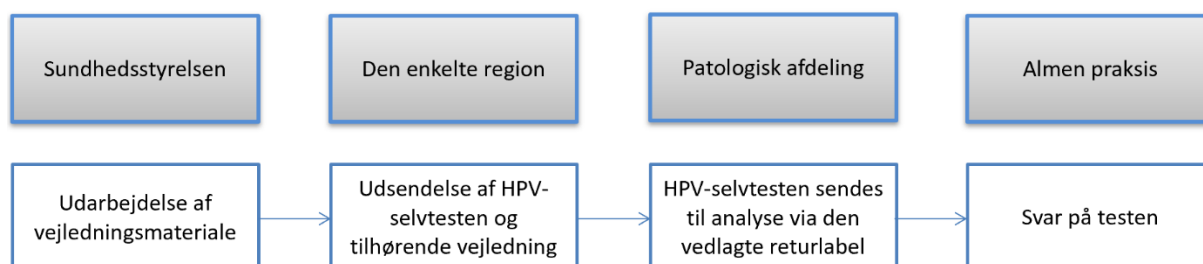


Figur 9. Flowchart over aktører, og deres ansvar i forbindelse med påmindelse via SMS.

Sende en HPV-selvtest, ved andet erindringsbrev til kvindens adresse

For at øge deltagelsen i livmoderhalskræftscreening blandt kvinder mellem 23-29 år, skal der sammen med andet erindringsbrev sendes en HPV-selvtest til kvindens adresse. HPV-selvtesten skal produceres og vejledning omkring, hvordan kvinden tager HPV-selvtesten skal udarbejdes. Udarbejdelsen af vejledningsmaterialet skal Sundhedsstyrelsen stå for, da Sundhedsstyrelsen har til ansvar at udarbejde informationsmateriale i relation til livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. HPV-selvtesten og den tilhørende vejledning udsendes i en samlet kuvert til kvindens adresse, hvilket den enkelte region skal stå for. Kuverten skal yderligere indeholde en returlabel, således kvinden kan sende testen til analyse

ved regionens patologiske afdeling, hvorefter kvinden får svar på testen via den praktiserende læge. I nedenstående figur 10 ses et flowchart over aktører, og deres ansvar i forbindelse med HPV-selvtesten i en kronologisk rækkefølge.



Figur 10. Flowchart over aktører, og deres ansvar i forbindelse med HPV-selvtesten.

10.2 Do

Det andet step i PDSA-modellen er *Do*, og indebærer at planen for forandringen gennemføres. Under afprøvningen af forandringen foretages en dataindsamling (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2022), som skal fortælle om antallet af kvinder i alderen 23-29 år, der deltager i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet i Danmark øges. Herudover beskrives uforudsete problemer og uventede hændelser i forbindelse med afprøvningen (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2022). Dette step bliver ikke nærmere beskrevet, da det planlagte skal gennemføres i praksis.

10.3 Study

Det tredje step i PDSA-modellen er *Study*, og omhandler analyse og læring, hvor data fra afprøvningen analyseres og sammenlignes med det, der ønskes at opnå med forandringen. Der noteres, hvad afprøvningen viste samt hvad der gik godt, og hvad der ikke gik som forventet, for herigennem at opnå viden om forandringens virkning i praksis (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2022). I forbindelse med steppet *Study*, ses det relevant at foretage en evaluering, som skal ligge til grund for, hvad næste skridt er i forandringsprocessen. Evalueringen af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet samt de implementerede forandringer, skal foretages af sundhedsstyrelsen, da deres ansvarsområde indebærer vurdering og justeringer af de nationale screeningsprogrammer, hvilket en evaluering kan være med til at danne grundlag for (Sundhedsstyrelsen, 2018). Evaluering er en systematisk, retrospektiv, vurdering af effekter og processer, som tiltænkes at spille en rolle i praksis, hvor det undersøges, om specifikke mål og indsatser har ført til forsætlige eller utilsigtede effekter. I

forbindelse med en evaluering, ligger der et stort læringsaspekt, som kan bidrage med viden omkring, hvordan indsatsen bidrager til den intendede effekt (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2009). I relation til livmoderhalskræftscreeningsprogrammet ses det relevant at foretage en virkningsevaluering. Virkningsevaluering indeholder både en summativ og en formativ vurdering af indsatsen (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2009), hvorfor virkningsevaluering både kan sige om indsatsen virker, hvad der virker bedst ved indsatsen samt hvor barriererne for en indsats' intendede effekter er. Herudover kan virkningsevalueringen pege på tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved indsatsen, hvilket ifølge Merton (1936), skal ske med henblik på at undgå at indsatsen gør skade. Dette skal desuden være med til at gøre indsatsen mere effektiv, idet indsatsen kan få modsatrettede effekter end hensigten, hvis ikke der tages højde for de mulige utilsigtede negative konsekvenser (Merton, 1936). Virkningsevaluering tager udgangspunkt i en opstillet programteori, som omfatter forestillinger om, hvorfor og hvordan en given indsats virker, hvor der sættes fokus på sammenhængen mellem indsatsen og effekten, hvor spørgsmålet: "*Hvad forventes at virke, for hvem, under hvilke omstændigheder - og med hvilke forventede effekter (outcome)?*" (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2016, s. 116, l. 12-13) stilles. Evalueringsprocessen inden for virkningsevaluering kan inddeles i syv trin (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2009):

1. Stille evalueringsspørgsmålet
2. Finde kilder til programteorien
3. Opstille programteorien
4. Gøre programteorien klar til evaluering
5. Vælge metoder
6. Indsamle data
7. Analysere og konkludere (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2009, s. 52, l. 30-36).

Første trin i evalueringsprocessen indebærer, at der opstilles et evalueringsspørgsmål. I relation til livmoderhalskræftscreeningsprogrammet kunne evalueringsspørgsmålet lyde som følgende: "*Hvad virker ved livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, for de unge kvinder mellem 23-29 år i Danmark, så deltagelsen øges til mindst 75%?*". Trin to i evalueringsprocessen indebærer, at der opnås en omfattende viden om programmet gennem forskellige kilder. Igennem specialeprojektet er der opnået omfattende viden om livmoderhalskræftscreeningsprogrammet gennem uformelle samtaler med eksperter indenfor programmet, litteraturstudie samt kvalitative individuelle interviews med unge kvinder mellem 23-29 år, som ikke deltager i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Trin tre i evalueringsprocessen omfatter at der på

baggrund af trin to opstilles en programteori, med tydelige og eksplicite forestillinger om, hvordan livmoderhalskræftsscreeningsprogrammet tænkes at virke. På baggrund af specialets indsamlede empiri, vil det være muligt at opstille en programteori over hvordan livmoderhalskræftsscreeningsprogrammet tænkes at virke. Ved evalueringsprocessens trin fire, gøres programteorien klar til evaluering (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2009), hvilket vil være næste step i evalueringsprocessen af livmoderhalskræftsscreeningsprogrammet og de implementerede forandringer. Trin fem indebærer, at der skal vælges metoder til at evaluere indsatsen, hvorfor det i relation til livmoderhalskræftsscreeningsprogrammet, vil være relevant at inddrage de unge kvinder mellem 23-29 år, som deltager i livmoderhalskræftsscreeningsprogrammet, da de ligger inde med unik viden om programmets virkning. Trin seks omfatter dataindsamling, hvor programteorien følges trin for trin, for at teste de forudsete antagelser i programteorien. Herudover er opdagelsen af bieffekter, der ikke er forudsagt af programteorien væsentlige at notere. Trin syv indebærer en analyse af data samt en konklusion på evalueringen (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2009).

10.4 Act

Det fjerde og sidste step i PDSA-modellen er *Act*, og indebærer en beslutning om, hvad næste skridt skal være. På baggrund af det, som er fremkommet i analysen af dataindsamlingen i forbindelse med steppet *study*, vurderes det om der skal foretages ændringer og eventuelt en ny afprøvning (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2022). Her foreslås det, at en virkningsevaluering skal ligge til grund for denne beslutning, da den kan bidrage med viden omkring, hvad der virker eller ikke virker ved forandringen. Ved at foretage en evaluering dannes der et mere sikkert beslutningsgrundlag for, om forandringsindsatsen skal afsluttes, ændres eller fortsættes (McDavid & Hawthorn, 2013). Ved tilfælde, hvor der skal foretages justeringer grundet negativt udfald, bør der foretages en ny gennemgang af PDSA-modellen, for at afprøve disse justeringer (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2022). Når der er opnået et tilfredsstillende resultat ved gennemgangen af PDSA-modellen, vil den endelige implementering af ændringerne i livmoderhalskræftsscreeningsprogrammet igangsættes. En succesfuld implementering afhænger af centrale elementer, som Fixsen et al. (2015) betegner som *drivers*, der kan fremme implementeringen. Der skelnes mellem tre kategorier af implementeringsdrivers:

1. Competence drivers
2. Organisation drivers

3. Ledelses drivers

Kompetencedrivere er mekanismer til udvikling, forbedring og opretholdelse af evnen til at gennemføre en indsats efter hensigten. Eksempler på kompetencedrivere er træning, uddannelse og coaching/supervision (Fixsen et al., 2015). I forhold til implementeringen af ændringerne i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, kunne en kompetencedriver være en udvalgt person fra Sundhedsstyrelsen, som har grundlæggende faglige færdigheder inden for screeningsprogrammet, for at kunne formidle forandringen samt supervisere forandringsprocessen. Herudover kræves det at personen besidder grundlæggende sociale færdigheder, god dømmekraft og villighed til at gribe ind. Personen skal agere nøgleperson og stå for formidling og supervisering af forandringen både internt i Sundhedsstyrelsen, men også for de andre organisationer, der er involveret i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. Til nøglepersonen kan der tilknyttes et forandringsteam, som skal understøtte arbejdsopgaverne i forandringsprocessen, herunder den eksterne kommunikation.

Organisationsdrivere er mekanismer til at skabe og opretholde en velfungerende organisation. Eksempler på organisationsdrivere er system intervention, beslutningssupport, faciliterende administration samt data til understøttelse af processen (Fixsen et al., 2015). For at en organisation under en forandringsproces fortsat er velfungerende, skal processen faciliteres og understøttes med data i relation til beslutningstagning. I forhold til implementeringen af ændringerne i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet i relation til tilbuddet om HPV-selvtesten, kunne en organisationsdriver være en monitorering af medarbejdernes præstation og beslutninger taget i forbindelse med implementeringen af HPV-selvtesten, da det kan danne grundlag for en løbende kvalitetsforbedring.

Ledelsesdrivere fokuserer på at ledelsesstrategier for de forskellige ledelsesmæssige udfordringer, er korrekte i forhold til den konkrete udfordring. De ledelsesmæssige udfordringer dukker ofte op som en del af forandringsledelsesprocessen, hvorfor det er nødvendigt at træffe beslutninger, vejlede og støtte organisationen (Fixsen et al., 2015). Eksempler på ledelsesdrivere er ledelse og support ud fra ledelsesstrategier, som skal støtte tilpasningen af indsatser. I forhold til implementeringen af ændringerne i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, er der behov for lederskab, som skal tilpasses ledelsesbehovet efterhånden som implementeringen skrider frem. I starten af implementeringen er der behov for en adaptiv ledelsesstil, men med tiden øges behovet for en teknisk ledelsesstil for løbende implementeringsstøtte (Fixsen et al., 2015).

11.0 Referenceliste

- Aglund, M. & Kjems, E. (2021a, 17. maj). *Hvad er livmoderhalskræft?* Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/livmoderhalskraeft-collumcancer/kort-om-livmoderhalskraeft-collumcancer/>
- Aglund, M. & Kjems, E. (2021b, 18. maj). *Behandling af livmoderhalskræft.* Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/livmoderhalskraeft-collumcancer/behandling-livmoderhalskraeft/>
- Aglund, M. & Kjems, E. (2021c, 19. maj). *Behandling af livmoderhalskræft i stadium IA.* Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/livmoderhalskraeft-collumcancer/behandling-livmoderhalskraeft/behandling-livmoderhalskraeft-stadium-ia/>
- Aglund, M. & Kjems, E. (2021d, 19. maj). *Bivirkninger ved strålebehandling af kræft i livmoderhalsen.* Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/livmoderhalskraeft-collumcancer/behandling-livmoderhalskraeft/behandling-livmoderhalskraeft-stadium-ii-iii-iv/bivirkninger-straalebehandling/>
- Agurto, I, Bishop, A., Sánchez, G., Betancourt, Z., & Robles, S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, 39 (1), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.03.040>
- ALLEA. (2017). *The European Code of Conduct for Research Integrity – Revised edition.* ALLEA – All European Academies. <https://www.allea.org/wp-content/uploads/2017/05/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017.pdf>
- American Psychological Association. (2022, 15. marts). *APA PsychInfo.* APA. <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo>

Andersen, A. A. (2022, 29. april). *Unge og sex*. Faktalink.dk.

<https://faktalink.dk/titelliste/unse>

Arbyn, M., Castellsagué, X., de Sanjosé, S., Bruni, L., Saraiya, M., Bray, F., & Ferlay, J. (2011). Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Annals of Oncology*, 22 (12), 2675–2686. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr015>

Arbyn, M., Verdoodt, F., Snijders, P. J. F., Verhoef, V. M. J., Suonio, E., Dillner, L., Minozzi, S., Bellisario, C., Banzi, R., Zhao, F.-H., Hillemanns, P., & Anttila, A. (2014). Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 15 (2), 172–183. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70570-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70570-9)

Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., Sanjosé, S., Saraiya, M., Ferlay, J. & Bray, F. (2019). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, 8 (2), 191-203. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30482-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30482-6)

Armund, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2015). Women more vulnerable than men when facing risk for treatment-induced infertility: A qualitative study of young adults newly diagnosed with cancer. *Acta Oncologica*, 54 (2), 243–252. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.948573>

AUB. (2022, 1. februar). *Aalborg Universitetsbibliotek*. AUB. <https://www.aub.aau.dk/>

Babchuk, W. A. (2017). Book Review: Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation (4th ed.), af Merriam, S. B. & Tisdell, E. J. [Review of Book Review: *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation (4th ed.)*, by S. B. Merriam and E. J. Tisdell]. *Adult Education Quarterly*, 67 (1), 71–73. SAGE Publications. <https://doi.org/10.1177/0741713616671930>

- Bakka, J. F. & Fivelsdal, E. (2019). *Organisationsteori. Struktur, kultur, processer*. Djøf Forlag.
- Barnas, E., Skret-Magierlo, J., Skret, A., & Bidzinski, M. (2011). The quality of life of women treated for cervical cancer. *European Journal of Oncology Nursing: the Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 16 (1), 59–63.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.03.001>
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2004). *Den sociale konstruktion af virkeligheden: en videnssociologisk afhandling*. Akademisk Forlag.
- Bergmark, K., Åvall-Lundqvist E., Dickman, P. W., Henningsohn, L. & Steineck, G. (2002). Patient-rating of distressful symptoms after treatment for early cervical cancer. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81 (5), 443-450.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.810512.x>
- Broberg, G., Gyrd-Hansen, D., Miao Jonasson, J., Ryd, M., Holtenman, M., Milsom, I., & Strander, B. (2014). Increasing participation in cervical cancer screening: Offering a HPV self-test to long-term non-attendees as part of RACOMIP, a Swedish randomized controlled trial. *International Journal of Cancer*, 134 (9), 2223–2230.
<https://doi.org/10.1002/ijc.28545>
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2012). Kritisk realisme. I S. Juul & K. B. Pedersen (red.). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring* (s. 277 315). Hans Reitzels Forlag.
- Busk, E. (2021, 2. marts). *Familie om kendt influencer: Hun har ikke kræft*. Ekstra Bladet.
<https://ekstrabladet.dk/underholdning/dkkendte/familie-om-kendt-influencer-hun-har-ikke-kraeft/8488596?ilc=c>

- Buus, N., Tingleff, E. B., Rossen, C. B. & Kristiansen, H. M. (2008). *Litteratursøgning i praksis – begreber, strategier og modeller*. DSR. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller>
- Byrne, A., Ellershaw, J., Holcombe, C., & Salmon, P. (2002). Patients' experience of cancer: evidence of the role of "fighting" in collusive clinical communication. *Patient Education and Counseling*, 48 (1), 15–21. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00094-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00094-0)
- Camilloni, L., Ferroni, E., Cendales, B. J., Pezzarossi, A., Furnari, G., Borgia, P., Guasticchi, G., & Rossi, P. G. (2013). Methods to increase participation in organised screening programs: A systematic review. *BMC Public Health*, 13 (1), 464–464. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-464>
- Carter, J., Auchincloss, S., Sonoda, Y., & Krychman, M. (2003). Cervical cancer: Issues of sexuality and fertility. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 17 (9), 1229–1234.
- Christensen, K. L. & Gawron, E. M. (2021, 24. februar). *Om Kræftens Bekæmpelse*. Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/skole/om-kraeftens-bekaempelse/>
- Comparetto, C., & Borruto, F. (2015). Cervical cancer screening: A never-ending developing program. *World journal of clinical cases*, 3 (7), 614–624. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v3.i7.614>
- Dahler-Larsen, P. & Krogstrup, H. K. (2009). *Nye veje i evaluering: håndbog i tre evalueringsmodeller*. Systime.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institut för Framtidsstudier.

Daley, E., Alio, A., Anstey, E. H., Chandler, R., Dyer, K., & Helmy, H. (2010). Examining Barriers to Cervical Cancer Screening and Treatment in Florida through a Socio-Ecological Lens. *Journal of Community Health*, 36 (1), 121–131.

<https://doi.org/10.1007/s10900-010-9289-7>

Danske Patienter. (2019, oktober). *Geografisk ulighed i sundhed*. Danske Patienter.

https://danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/A_Danske%20Patienter/B_Indspil_cases_unders%C3%B8gelser/geografisk_ulighed.pdf

Danske Regioner. (2022, 1. marts). *Om NSLS*. Regioner.dk.

<https://www.regioner.dk/nsls/om-nsls>

Dansk Selskab for Patientsikkerhed. (2022, 26. maj). *Forbedringsmodellen*. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. <https://patientsikkerhed.dk/forbedringsmodellen/>

Datatilsynet. (2022a, 20. marts). *Hvad er personoplysninger?* Datatilsynet.

<https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/grundlaeggende-begreber-/hvad-er-personoplysninger>

Datatilsynet. (2022b, 20. marts). *Lovgivning*. Datatilsynet.

<http://www.datatilsynet.dk/databeskyttelse/lovgivning>

Det Ethiske Råd. (1999). *Screening – en redegørelse*. Det Ethiske Råd.

<https://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Forebyggelse/Publikationer/1999-04-13-screening-redegoerelse.pdf>

Die Trill. (2013). Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *European Journal of Cancer Supplements*, 11 (2), 216–224. <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.009>

Digitaliseringsstyrelsen. (2017, november). *Sådan giver du en anden person mulighed for at læse med I din Digital Post*. Digitaliseringsstyrelsen.
https://digst.dk/media/20225/digst_laeseadgang.pdf

DKLS. (2021, juni). *Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening - Årsrapport 2020*. DKLS, RKKP.
https://www.sundhed.dk/content/cms/82/4682_dkls_aarsrapport_2020_offentlig_version.pdf

Dreyer, P. (2021, 2. marts). *31-årige Fie Arildsen om sin kræftsygdom på Instagram. Men hun har opdigtet det hele, fortæller familien nu*. Berlingske.
<https://www.berlingske.dk/aok/31-aarige-fie-arildsen-skrev-om-sin-kræftsygdom-paa-instagram-men-hun-har>

Dsouza, J. P., Van den Broucke, S., Pattanshetty, S., & Dhoore, W. (2021). The application of health behavior theories to promote cervical cancer screening uptake. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 38 (6), 1039–1079. <https://doi.org/10.1111/phn.12944>

Dunne, E., Markowitz, L. E., Saraiya, M., Stokley, S., Middleman, A., Unger, E. R., Williams, A., & Iskander, J. (2014). CDC Grand Rounds: Reducing the Burden of HPV-Associated Cancer and Disease. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63 (4), 69–72.

Dyer, O. (2002). WHO links long term pill use to cervical cancer. *British Medical Journal*, 324 (7341), 808. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7341.808/a>

Everett, T., Bryant, A., Griffin, M. F., Martin-Hirsch, P. P. L., Forbes, C. A., & Jepson, R. G. (2011). Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5 (5), CD002834–CD002834.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002834.pub2>

e-Boks. (2022, 9. maj). *Om e-Boks*. Corporate.e-boks. <https://corporate.e-boks.com/da>

Fesko, S. L. (2001). Workplace Experiences of Individuals Who Are HIV+ and Individuals with Cancer. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45 (1), 2–11.
<https://doi.org/10.1177/003435520104500101>

Fixsen, D., Blase, K. Naoom, S. & Duda, M. (2015). *Implementation Drivers: Assessing Best Practices – National Implementation Science Network (NIRN)*. FPG Child Development Institute.
<https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/imce/documents/NIRN-ImplementationDriversAssessingBestPractices2015.pdf>

Franco, E. & Harper, D. M. (2005). Vaccination against human papillomavirus infection: a new paradigm in cervical cancer control. *Vaccine*, 23 (17), 2388–2394.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2005.01.016>

Frandsen, T. F. & Eriksen, M. B. (2020). *Planlægning af systematisk litteratursøgning*. Ugeskriftet Læger 182:V10200722.
https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2020-12/v10200722_web_1.pdf

Frisch, M., Moseholm, E., Andersson, M., Andresen, J. B. & Graugaard, C. (2019, 28. oktober). *Sex i Danmark - Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*.
https://files.projektsexus.dk/2019-10-26_SEXUS-rapport_2017-2018.pdf

Gillam, S. J. (1991). Understanding the uptake of cervical cancer screening: the contribution of the health belief model. *British Journal of General Practice*, 41 (353), 510–513.

Goffman, E. (2004). *Social samhandling og mikrosociologi: en tekstsamling*. Hans Reitzel Forlag.

Goffman, E. (2009). *Stigma: Om afvigerens sociale identitet*. Samfundslitteratur.

Google Scholar. (2022, 1. februar). *Google Scholar*. <https://scholar.google.com/>

Hall, M., Simms, K. T., Lew, J.-B., Smith, M. A., Brotherton, J. M., Saville, M., Frazer, I. H., & Canfell, K. (2019). The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *The Lancet. Public Health*, 4 (1), e19–e27. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30183-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30183-X)

Harder, E., Juul, K. E., Jensen, S. M., Thomsen, L. T., Frederiksen, K., & Kjaer, S. K. (2018). Factors associated with non-participation in cervical cancer screening – A nationwide study of nearly half a million women in Denmark. *Preventive Medicine*, 111, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.02.035>

Hartung, T. J., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johansen, C., Keller, M., Koch, U., Schulz, H., Weis, J., & Mehnert, A. (2016). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal of Cancer* (1990), 72, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.11.017>

Heide, B. (2022, 23. maj). *Kræftens Bekæmpelses historie*. Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/om-os/vision-og-formaal/formaal-historie/>

Huf, S., Kerrison, R. S., King, D., Chadborn, T., Richmond, A., Cunningham, D., Friedman, E., Shukla, H., Tseng, F.-M., Judah, G., Darzi, A., & Vlaev, I. (2020). Behavioral economics informed message content in text message reminders to improve cervical screening participation: Two pragmatic randomized controlled trials. *Preventive Medicine*, 139, 106170–106170. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106170>

Hvidovre Hospital. (2020). *Mulighed for en HPV-hjemmetest*. Hvidovre Hospital. <https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/patologiafdelingen/Screening-for-livmoderhalskraeft/Sider/Om-HPV-hjemmetesten.aspx>

- Højrup, E. (2022, 19. januar). *Unge kvinder glemmer screening for livmoderhalskræft - over halvdelen bliver væk*. TV2 Øst. <https://www.tv2east.dk/region-sjaelland/unge-kvinder-glemmer-screening-for-livmoderhalskraeft-over-halvdelen-bliver-vaek>
- Hørdam, B. & Mathiassen A-K. (red.) (2020). *Folkesygdomme – Grundbog til sygeplejefaget*. FADL's Forlag.
- Issah, F., Maree, J. E., & Mwinituo, P. P. (2010). Expressions of cervical cancer-related signs and symptoms. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 15 (1), 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.06.003>
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik. J. (2014). *Hvordan organisationer fungerer – en indføring i organisation og ledelse*. Hans Reitzels Forlag.
- Johansen, F. K. (2017, 10. oktober). *Dalende tillid til sundhedsmyndighederne*. Altinget.dk. <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/dalende-tillid-til-sundhedsmyndighederne>
- Kesic, V., Poljak, M., & Rogovskaya, S. (2012). Cervical cancer burden and prevention activities in Europe. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 21 (9), 1423–1433. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-0181>
- Kierkegaard, M. (2022, 9. maj). *Screening for livmoderhalskræft. Invitation af kvinder til screening for livmoderhalskræft*. Region Hovedstaden. <https://www.regionh.dk/Sundhed/Screening/Livmoderhalskraeftscreening/Sider/Livmoderhalskraeft.aspx>
- Kirschner, B., Poll, S., Rygaard, C., Wählin, A., & Junge, J. (2011). Screening history in women with cervical cancer in a Danish population-based screening program. *Gynecologic oncology*, 120 (1), 68–72. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2010.09.021>

- Kitchener, H., Gittins, M., Cruickshank, M., Moseley, C., Fletcher, S., Albrow, R., Gray, A., Brabin, L., Torgerson, D., Crosbie, E., Sargent, A., & Roberts, C. (2018). A cluster randomized trial of strategies to increase uptake amongst young women invited for their first cervical screen: The STRATEGIC trial. *Journal of Medical Screening*, 25 (2), 88–98. <https://doi.org/10.1177/0969141317696518>
- Kitto, S. C., Chesters, J. & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research: Criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *Medical Journal of Australia*, 188 (4), 243–246.
- Kjaer, S. K., Dehlendorff, C., Belmonte, F. & Baandrup, L. (2021). Real-World Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination Against Cervical Cancer. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 113 (10), 1329–1335. <https://doi.org/10.1093/jnci/djab080>
- Kjær, S. K. (2021). *Forebyggelse af livmoderkræft ved vaccination og screening*. https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/kvindesygdomme/undersogelse-og-behandling/Documents/Forebyggelse_livmoderhalskraeft_Infofolder_generel_web.pdf
- Kjærgaard, J. (2001). *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: en lærebog*. Munksgaard.
- Klügel, S., Lücke, C., Meta, A., Schild-Suhren, M., Malik, E., Philipsen, A., & Müller, H. H. (2017). Concomitant psychiatric symptoms and impaired quality of life in women with cervical cancer: a critical review. *International journal of women's health*, 9, 795–805. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S143368>
- Korfage, I., Essink-Bot, M.-L., Mols, F., van de Poll-Franse, L., Kruitwagen, R., & van Ballegooijen, M. (2009). Health-Related Quality of Life in Cervical Cancer Survivors: A Population-Based Survey. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 73 (5), 1501–1509. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2008.06.1905>

- Korsbek, L. & Barkler, A. (2005). *Litteratursøgning kræver systematik*. Sygeplejersken, (18), 44-56. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2005-18/litteratursogning-kræver-systematik>
- Krogh, J. & Thomsen, S. F. (2018). *Forskning i sundhed: anvendte metoder I sundhedsvidenskab*. FADL's Forlag.
- Kruse, M. & Hostenkamp, G. (2016, oktober). *De samfundsøkonomiske omkostninger ved kræft*. COHERE, Center for Sundhedsøkonomisk Forskning. https://static.sdu.dk/Flexpaper/aspnet/pdf/Sammenfatning_21x21cm.pdf
- Kulturministeriet. (2021). *Mediernes udvikling i Danmark - Internetbrug og sociale medier 2021*. Kulturministeriet. https://mediernesudvikling.kum.dk/fileadmin/user_upload/dokumenter/medier/Mediernes_udvikling/2021/Internetbrug_og_sociale_medier/Internetbrug_og_sociale_medier_2021_Endelig.pdf
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
- Kvernød, A-B. & Bigaard, J. (2022, 21. februar). *Screening for livmoderhalskræft*. Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/forebyg/screening/livmoderhalskræft/>
- Kvernød, A-B. & Hansen, K. (2016, 10. oktober). *Barrierer for screening for livmoderhalskræft for kvinder i aldersgruppen 30-50 år*. Kræftens Bekæmpelse. https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/5/5975/1480519197/rapport_barrierer-for-screening-for-livmoderhalskræft_2015_til-net.pdf

- Landdistrikternes Fællesråd. (2021, 24. februar). *Det nære sundhedsvæsen - udviklingen mod lige sundhedstilbud i hele landet*. Landdistrikternes Fællesråd.
<https://www.landdistrikterne.dk/wp-content/uploads/sites/5/2021/10/Sundhedsudspil-LDF.pdf>
- Lillevang, G. (2021, 4. marts). *Vi mangler speciallæger, ikke læger!*. Praktiserende Lægers Organisation. <https://www.laeger.dk/nyhed/vi-mangler-speciallaeger-ikke-laeger>.
- Lim, A., Ramirez, A. J., Hamilton, W., Sasieni, P., Patnick, J., & Forbes, L. J. (2014). Delays in diagnosis of young females with symptomatic cervical cancer in England: An interview-based study. *British Journal of General Practice*, 64 (627), e602–e610.
<https://doi.org/10.3399/bjgp14X681757>
- Luhmann, N. (2002). *Massemediernes realitet*. Hans Reitzels Forlag.
- Luhmann, N. (1999). *Tillid – en mekanisme til reduktion af social kompleksitet*. Hans Reitzels Forlag.
- Lumholt, K. (2013). *Historier der flytter mennesker – Storytelling i forandringsprocesser*. L&R Buisness.
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J. & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning – Redskaber til evidensbaseret praksis*. Munksgaard.
- Lyson, H. C., Le, G. M., Zhang, J., Rivadeneira, N., Lyles, C., Radcliffe, K., Pasick, R. J., Sawaya, G., Sarkar, U., & Centola, D. (2018). Social Media as a Tool to Promote Health Awareness: Results from an Online Cervical Cancer Prevention Study. *Journal of Cancer Education*, 34 (4), 819–822. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1379-8>

- Madsen, F. S. (2021, 2. maj). *Ung kvinde snød Kræftens Bekæmpelse og sine 20.000 følgere på Instagram*. TV2. <https://nyheder.tv2.dk/samfund/2021-03-02-ung-kvinde-snoed-kraeftens-bekaempelse-og-sine-20000-foelgere-paa-instagram>
- Malone, C., Barnabas, R. V., Buist, D., Tiro, J. A., & Winer, R. L. (2020). Cost-effectiveness studies of HPV self-sampling: A systematic review. *Preventive medicine*, 132, 105953. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105953>
- Manzano, A. (2016). The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation*, 22 (3), 342–360. <https://doi.org/10.1177/1356389016638615>
- Markovic, M., Kesic, V., Topic, L., & Matejic, B. (2005). Barriers to cervical cancer screening: A qualitative study with women in Serbia. *Social Science & Medicine* (1982), 61 (12), 2528–2535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.001>
- Martin, L. (2020). Critical realism in theory and practice. I Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (red.) *Qualitative Analysis: Eight Approaches for the Social Sciences*. (s. 155–171). SAGE Publications.
- Maxwell, J. A. (2005). A Model for Qualitative Research Design. I Maxwell, J. A. *Qualitative research design*. (s. 1-14). SAGE Publications.
- Mccorkle, R., Tang, S. T., Greenwald, H., Holcombe, G., & Lavery, M. (2006). Factors Related to Depressive Symptoms Among Long-Term Survivors of Cervical Cancer. *Health Care for Women International*, 27 (1), 45–58. <https://doi.org/10.1080/07399330500377507>
- McDavid, J. C., House, I. & Hawthorn, L. R. L. (2013), *Pro-gram Evaluation and Performance Measurement - An Introduction to Practice*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Merriam, S. B. & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: a guide to design and implementation*. Elektronisk udgave. Jossey-Bass.
- Merton, R. K. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review*, 1 (6), 894–904. <https://doi.org/10.2307/2084615>
- Microsoft. (2022, 3. maj). *Videoer, møder, opkald | Microsoft Teams*. Microsoft. <https://www.microsoft.com/da-dk/microsoft-teams/group-chat-software>
- Mortensen, J. H. (2022, 19. januar). *Hver anden kvinde i 20'erne bliver ikke screenet for livmoderhalskræft*. Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/nyheder/hver-anden-kvinde-i-20erne-bliver-ikke-screenet-for-livmoderhalskræft/>
- Munteanu, V-B. (Moisă). (2021). New Trends in Psychology. *Galati: Universitatea Danubius Galati*, 3 (2), 63–78.
- Naidu, S. A. N., Swami, S. C., Katkam, R. V., & Kumbar, K. M. (2007). Oxidative stress and antioxidant status in cervical cancer patients. *Indian Journal of Clinical Biochemistry*. 22 (2), 140–144. <https://doi.org/10.1007/BF02913333>
- National Library of Medicine. (2022a, 1. februar). *PubMed*. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- National Library of Medicine. (2022b, 15. marts). *PubMed - About*. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Ngelange, C., Muñoz, N., Bosch, F. X., Festin, M. R., Deacon, J., Jacobs, M. V., Santamaria, M., Meijer, C. J. L. M., & Walboomers, J. M. M. (1998). Causes of Cervical Cancer in the Philippines: a Case-Control Study. *JNCI : Journal of the National Cancer Institute*, 90 (1), 43–49. <https://doi.org/10.1093/jnci/90.1.43>

NORDCAN. (2021, marts). *Danmark - Livmoderhals*. NORDCAN – Association of the Nordic Cancer Registries.
<https://gco.iarc.fr/media/nordcan/factsheets/91/dk/countries/208/livmoderhals-190-danmark-208.pdf>

O'Connor, M., Murphy, J., Martin, C., O'Leary, J., & Sharp, L. (2014). Motivators for women to attend cervical screening: The influential role of GPs. *Family Practice*, 31 (4), 475–482. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu029>

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), 687–691.
<https://doi.org/10.1002/ijc.11141>

Perrin, K., Daley, E. M., Naom, S. F., Packing-Ebuen, J. L., Rayko, H. L., McFarlane, M., & McDermott, R. J. (2006). Women's Reactions to HPV Diagnosis: Insights from In-Depth Interviews. *Women & Health*, 43 (2), 93–110.
https://doi.org/10.1300/J013v43n02_06

Racey, C. S., Withrow, D. R., & 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), e159–e166.
<https://doi.org/10.1007/BF03405681>

Region Hovedstaden. (2022). *Sådan tager du en HPV-hjemmetest*. Region Hovedstaden.
https://www.regionh.dk/Sundhed/Screening/Livmoderhalskraeftscreening/Documents/Vejledning_S%C3%A5dan%20tager%20du%20en%20HPV-test%20derhjemme.pdf

Region Nordjylland. (2022, 19. januar). *Screening for livmoderhalskræft*. Region Nordjylland. <https://rn.dk/sundhed/patient-i-region-nordjylland/hospitaler/screening-for-kraeft/screening-for-livmoderhalskraeft>

- Richter, J. (2011). Magt og afmagt I individets liv. *Psyke og Logos*, 32 (2), 418–431.
<https://tidsskrift.dk/psyke/article/view/8730/7302>
- Ringgold, D. J. (2002). Boomerang Effects in Response to Public Health Interventions: Some unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market. *Journal of Consumer Policy*. 25 (1), 27–63. <https://doi.org/10.1023/A:1014588126336>
- Sandén, I. & Hydén, L-C. (2002). How Everyday Life Is Affected: An Interview Study of Relatives of Men Suffering from Testicular Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20 (2), 27–44. https://doi.org/10.1300/J077v20n02_02
- Scholes, D., McBride, C., Grothaus, L., Curry, S., Albright, J., and Ludman, E. (1999). The association between cigarette smoking and low-grade cervical abnormalities in reproductive-age women. *Cancer Causes and Control*, 10 (5), 339–344.
<https://doi.org/10.1023/A:1008993619060>
- Sexlinien. (2022, 29. april). *Første gang*. Sexlinien.dk.
<https://www.sexlinien.dk/emneside-seksuelle-lyster/foerste-gang>
- Statens Serum Institut. (2022, 8. marts). *Vaccination mod Human Papilloma Virus (HPV)*. Statens Serum Institut.
<https://www.ssi.dk/vaccinationer/boernevaccination/vaccination-mod-livmoderhalskraeft>
- Stegenga, K. & Ward-Smith, P. (2009). On Receiving the Diagnosis of Cancer: The Adolescent Perspective. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 26 (2), 75–80.
<https://doi.org/10.1177/104345420832876>
- Strøm, B. & Harboe, E. Q. (2006). *Fornemmelse for forandring – danske erfaringer med forandringskommunikation*. Børsens Forlag.

Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: A Research Note. *Qualitative Research*, 4 (1), 107–118.
<https://doi.org/10.1177/1468794104041110>

Sundhedsstyrelsen. (2010, 29. november). *Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv*. Sundhedsstyrelsen.
<https://www.sst.dk/~media/806391A3D64C423091941241408D0011.ashx>

Sundhedsstyrelsen. (2020a, 19. november). *Historie*. Sundhedsstyrelsen.
<https://www.sst.dk/da/Om-os/Strategi-og-grundlag/Historie>

Sundhedsstyrelsen. (2022, 3. januar). *HPV-vaccination mod kræft og kønsvorter*.
Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/viden/vaccination/vaccination-af-boern/hpv-vaccination>

Sundhedsstyrelsen. (2020b, 22. december). *Livmoderhalskræft*. Sundhedsstyrelsen.
<https://www.sst.dk/da/viden/screening/screening-for-kraeft/livmoderhalskraeft>

Sundhedsstyrelsen. (2019a, 22. maj). *Gennemfør planen ved implementering af NKR*.
Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/opgaver/patientforloeb-og-kvalitet/nationale-kliniske-retningslinjer-nkr/implementeringshaandbog/model-for-implementering/gennemfoer-planen>

Sundhedsstyrelsen. (2019b, 24. juni). *Screening*. Sundhedsstyrelsen.
<https://www.sst.dk/da/Opgaver/Forebyggelse/Screening>

Sundhedsstyrelsen. (2018, maj). *Screening for livmoderhalskræft - anbefalinger*.
Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/screening/~media/5466AB0B06184ED0969BC31DA397610D.ashx>

Sundhedsstyrelsen. (2016). *The Danish healthcare system - Det danske sundhedsvæsen*.

Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Det-danske-sundhedsv%C3%A6sen/Det-Danske-Sundhedsv%C3%A6sen,-d,-Engelsk.ashx>

Sundheds- og Ældreministeriet. (2016, september). *Befolkningens kontakter til almen praksis*.

Sundheds- og Ældreministeriet. <https://sum.dk/Media/4/9/02-Befolkningens-kontakter-til-almen-praksis.pdf>

Suppli, C. H., Hansen, N. D., Rasmussen, M., Valentiner-Branth, P., Krause, T. G., & Mølbak, K. (2018). Decline in HPV-vaccination uptake in Denmark - the association between HPV-related media coverage and HPV-vaccination. *BMC Public Health*, 18 (1), 1360–1360. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6268-x>

Sægrov, S. & Halding, A.-G. (2004). What is it like living with the diagnosis of cancer?

European Journal of Cancer Care, 13 (2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00442.x>

Tausen, S. B. & Engholm, G. (2021, 22. november). *Statistik om livmoderhalskræft*. Kræftens

Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/livmoderhalskraeft-collumcancer/statistik-livmoderhalskraeft/>

The University of Adelaide. (2022, 15. marts). *JBIs critical appraisal tools assist in*

assessing the trustworthiness, relevance and results of published papers. JBI <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Thing, L. F. (2018). Når Krop og livsstil går hånd i hånd. I Dalsgaard, A. & Meldgaard, L. (red.) *Sociologi for sundhedsprofessionelle*. (s.203–225). Gads Forlag.

- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J. & Hopp, L. (2020). Systematic reviews of effectiveness. I Aromataris, E. & Munn, Z. (red.) *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Vaccarella, S., Franceschi, S., Engholm, G., Lönnberg, S., Khan, S. & Bray, F. (2014). 50 years of screening in the Nordic countries: quantifying the effects on cervical cancer incidence. *British Journal of Cancer*, 111, 965–969.
<https://doi.org/10.1038/bjc.2014.362>
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse*. Munksgaard.
- Vardinghus-Nielsen, H. (2018). Samfund, velfærd og individ. I Dalsgaard, A. & Meldgaard, L. (red.) *Sociologi for sundhedsprofessionelle*. (s. 41–64). Gads Forlag.
- Vardinghus-Nielsen, H. & Bak, C. K. (2018a). Håndtering af sundhed og sygdom. I Dalsgaard, A. & Meldgaard, L. (red.) *Sociologi for sundhedsprofessionelle*. (s. 253–277). Gads Forlag.
- Vardinghus-Nielsen, H. & Bak, C. K. (2018b). Tillid i relationer og systemer. I Dalsgaard, A. & Meldgaard, L. (red.) *Sociologi for sundhedsprofessionelle*. (s. 69–89). Gads Forlag.
- Vardinghus-Nielsen, H. & Nissen, M. A. (2018). Hvordan sociale forhold kan gøre mennesker syge. I Dalsgaard, A. & Meldgaard, L. (red.) *Sociologi for sundhedsprofessionelle*. (s. 177–197). Gads Forlag.
- Verdoodt, F., Jentschke, M., Hillemanns, P., Racey, C. S., Snijders, P. J. F., & Arbyn, M. (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* (1990), 51 (16), 2375–2385.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.07.006>

Villadsen, K. (2013). Michel Foucault. I Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (red.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. (s. 339–364). Hans Reitzels Forlag.

Weber, M. V. (2021, 9. marts). *Ny screeningsmetode med HPV test finder flere forstadier til livmoderhalskræft*. Kræftens Bekæmpelse. <https://www.cancer.dk/nyheder/ny-screeningsmetode-med-hpv-test-finder-flere-forstadier-til-livmoderhalskraeft/>

Ylitalo, N., Sorensen, P., Josefsson, A., Frisch, M., Sparen, P., Ponten, J., Gyllensten, U., Melbye, M. and Adami, H. (1999). Smoking and oral contraceptives as risk factors for cervical carcinoma in situ. *International Journal of Cancer*, 81 (3), 357–365.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0215\(19990505\)81:3<357::AID-IJC8>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0215(19990505)81:3<357::AID-IJC8>3.0.CO;2-1)

Yu Jung, K., Munsell, M. F., Park, J.C., Meyer, L. A., Sun, C. C., Brown, A. J., Bodurka, D. C., Williams, J. K., Chase, D. M., Bruera, E. & Romondetta, L. M. (2015). Retrospective review of symptoms and palliative care interventions in women with advanced cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 139 (3), 553–558.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.09.079>

12.0 Bilagsfortegnelse

Bilag 1. Søgestrategi.....	108
Bilag 2. Eksempel på kvalitetsvurdering af artikel.....	113
Bilag 3. Samtykkeerklæring.....	116
Bilag 4. Interviewguide.....	118
Bilag 5. Transskriberingsguide.....	126
Bilag 6. Invitationsbrev og erindringsbreve.....	127
Bilag 7. Procesanalyse.....	130

Bilag 1. Søgestrategi

Cochrane d. 24.03.2022		
Facet 1. Patologi	Facet 2. Intervention	Facet 3. Outcome
Cervical cancer Cervix cancer	Screening Screening program	Participation Participation rate
MeSH term: Uterine Cervical Neoplasms: 2.256 hits	MeSH termer: Mass Screening: 4.058 hits Early Detection of Cancer: 1.415 hits	MeSH termer: Social Participation: 136 hits Community Participation: 1.791 hits
Fritekst (title, abstract og keyword): "Uterine Cervical Neoplasms": 2350 hits "Cervix cancer": 2.884 hits "Cervical cancer": 5.281 hits	Fritekst (title, abstract og keyword) "Mass screening": 8.777 hits "Early Detection of Cancer": 3.325 hits Screening: 63.080 hits "Screening program*": 8.782 hits	Fritekst (title, abstract og keyword) "Social participation": 5.263 hits "Community participation": 4341 hits Participation: 34.662 hits "Participation rate*": 9855 hits
Kombineret med OR: <u>6.552 hits</u>	Kombineret med OR: <u>64.753 hits</u>	Kombineret med OR: <u>34.664 hits</u>

MeSH termer + fritekst (title, abstract og keyword) kombineret med AND

= 211 hits

-	+	#1	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees	MeSH	2256
-	+	#2	(Uterine Cervical Neoplasms):ti,ab,kw	S	Limits 2350
-	+	#3	(Cervix cancer):ti,ab,kw	S	Limits 2884
-	+	#4	(Cervical cancer):ti,ab,kw	S	Limits 5281
-	+	#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	Limits	6552
-	+	#6	MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees	MeSH	4058
-	+	#7	MeSH descriptor: [Early Detection of Cancer] explode all trees	MeSH	1415
-	+	#8	(Mass screening):ti,ab,kw	S	Limits 8777
-	+	#9	(Early Detection of Cancer):ti,ab,kw	S	Limits 3325
-	+	#10	(Screening):ti,ab,kw	S	Limits 63082
-	+	#11	(Screening program*):ti,ab,kw	S	Limits 8783
-	+	#12	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	Limits	64753
-	+	#13	MeSH descriptor: [Social Participation] explode all trees	MeSH	136
-	+	#14	MeSH descriptor: [Community Participation] explode all trees	MeSH	1791
-	+	#15	(Social participation):ti,ab,kw	S	Limits 5264
-	+	#16	(Community participation):ti,ab,kw	S	Limits 4341
-	+	#17	(Participation):ti,ab,kw	S	Limits 34662
-	+	#18	(Participation rate*):ti,ab,kw	S	Limits 9856
-	+	#19	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18	Limits	34664
-	+	#20	#5 AND #12 AND #19	Limits	211
-	+	#21	Type a search term or use the S or MeSH buttons to compose	S MeSH	Limits N/A

[✕ Clear all](#) ☐ Highlight orphan lines

[Save this search](#)
[View saved searches](#)
[? Search help](#)

[View fewer lines](#)
[Print](#)

PsycINFO d. 24.03.2022

Facet 1. Patologi	Facet 2. Intervention	Facet 3. Outcome
Cervical cancer Cervix cancer	Screening Screening program	Participation Participation rate
Index Term: Der er ikke noget APA-term for livmoderhalskræft, så derfor søges der på livmoderhals (Cervix): 1.146 hits	Index Term: Screening: 10.299 hits	Index Term: Participation: 8.654 hits

Fritekst (title og abstract):	Fritekst (title og abstract):	Fritekst (title og abstract):
Cervix: 353 hits	Screening: 72.952 hits	Participation: 104.883 hits
“Cervix cancer”: 161 hits	“Screening program*”: 10.318 hits	“Participation rate*”: 12.255 hits
“Cervical cancer”: 2.824 hits		
Kombineret med OR: <u>3.394 hits</u>	Kombineret med OR: <u>79.499 hits</u>	Kombineret med OR: <u>112.595 hits</u>
Index Terms + fritekst (titel + abstract) kombineret med AND: ((Index Terms: (Cervix)) OR (title: (Cervix)) OR (abstract: (Cervix)) OR (title: (Cervix cancer)) OR (abstract: (Cervix cancer)) OR (title: (Cervical cancer)) OR (abstract: (Cervical cancer))) AND ((Index Terms: (Screening)) OR (title: (Screening)) OR (abstract: (Screening)) OR (title: (Screening program*)) OR (abstract: (Screening program*))) AND ((Index Terms: (Participation)) OR (title: (Participation)) OR (abstract: (Participation)) OR (title: (Participation rate*)) OR (abstract: (Participation rate*))) = <u>206 hits</u> Recent Searches All ☐ ☐ ((Index Terms: (Cervix)) OR (title: (Cervix)) OR (abstract: (Cervix)) OR (title: (Cervix cancer)) OR (abstract: (Cervix cancer)) OR (title: (Cervical cancer)) OR (abstract: (Cervical cancer))) AND ((Index Terms: (Screening)) OR (title: (Screening)) OR (abstract: (Screening)) OR (title: (Screening program*)) OR (abstract: (Screening program*))) AND ((Index Terms: (Participation)) OR (title: (Participation)) OR (abstract: (Participation)) OR (title: (Participation rate*)) OR (abstract: (Participation rate*))) Search Databases: APA PsycInfo, APA PsycArticles, APA PsycTests, APA PsycTherapy x ↶ 🔔 📧 206 Results		

CINAHL d. 24.03.2022		
Facet 1. Patologi/problem	Facet 2. Intervention	Facet 3. Outcome
Cervical cancer Cervix cancer	Screening Screening program	Participation Participation rate
MH-term: Cervix Neoplasms: 17.730 hits Fritekst (titel og abstract): “Cervix Neoplasms”: 1 hit “Cervix cancer”: 275 hits “Cervical cancer”: 14.264 hits Kombineret med OR: <u>21.949 hits</u>	MH-term: Cancer Screening: 16.384 hits Fritekst (titel og abstract): “Cancer Screening”: 16.984 hits Screening: 155.362 hits “Screening program*”: 12.868 hits Kombineret med OR: <u>161.305 hits</u>	MH-term: Der er ikke noget MH-term, som dækker vores valgte outcome. Fritekst (titel og abstract): Participation: 77.442 hits “Participation rate*”: 3.008 hits Kombineret med OR: <u>77.442 hits</u>
MH-termer + fritekst (titel og abstract) kombineret med AND: MH Cervix Neoplasms OR AB “Cervix Neoplasms” OR TI “Cervix Neoplasms” OR AB “Cervix cancer” OR TI “Cervix cancer” OR TI “Cervical cancer” OR AB “Cervical cancer” AND MH cancer screening OR AB “Cancer Screening” OR TI “Cancer Screening” OR AB Screening OR TI Screening OR TI “Screening program*” OR AB “Screening program*” AND TI Participation OR AB Participation OR TI “Participation rate*” OR AB “Participation rate*” = <u>473 hits</u>		

☐ Select / deselect all		Search with AND	Search with OR	Delete Searches	Refresh Search Results		
Search ID#	Search Terms	Search Options		Actions			
☐ S4	 (TI Participation OR AB Participation OR TI "Participation rate*" OR AB "Participation rate*") AND (S1 AND S2 AND S3)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase		 View Results (473)	 View Details	 Edit	
☐ S3	 TI Participation OR AB Participation OR TI "Participation rate*" OR AB "Participation rate"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase		 View Results (77,510)	 View Details	 Edit	
☐ S2	 MH Cancer Screening OR TI "Cancer Screening" OR AB "Cancer Screening" OR TI Screening OR AB Screening OR TI "Screening program*" OR AB "Screening program"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase		 View Results (161,432)	 View Details	 Edit	
☐ S1	 MH Cervix Neoplasms OR TI "Cervix Neoplasms" OR AB "Cervix Neoplasms" OR TI "Cervix cancer" OR AB "Cervix cancer" OR TI "Cervical cancer" OR AB "Cervical cancer"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase		 View Results (21,862)	 View Details	 Edit	

CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

INTRODUCTION

JBI is an international research organisation based in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Adelaide, South Australia. JBI develops and delivers unique evidence-based information, software, education and training designed to improve healthcare practice and health outcomes. With over 70 Collaborating Entities, servicing over 90 countries, JBI is a recognised global leader in evidence-based healthcare.

JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilised to synthesise those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, JBI has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in healthcare. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, etiology/risk, economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the [JBI Evidence Synthesis Manual](#).

JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the

study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool.

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Reviewer: 10-315

Date: 25.03.2022

Author: Huf et al.

Year: 2020

Title: Behavioral economics informed message content in text message reminders to improve cervical screening participation: Two pragmatic randomized controlled trials

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X	☐	☐	☐
2. Was allocation to treatment groups concealed?	☐	☐	☐	X
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X	☐	☐	☐
4. Were participants blind to treatment assignment?	☐	☐	☐	X
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	☐	☐	☐	X
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	☐	☐	X	☐
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X	☐	☐	☐
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X	☐	☐	☐
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X	☐	☐	☐
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X	☐	☐	☐

11. Were outcomes measured in a reliable way?	☐	☐	☐	X
12. Was appropriate statistical analysis used?	X	☐	☐	☐
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include **X** Exclude ☐ Seek further info ☐



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT

Informeret samtykkeerklæring

Vedr. projektet: *Livmoderhalskræftscreening blandt unge kvinder mellem 23-29 år.*

Projekt- og dataansvarlige: Gruppe 10-315; Nadja Djurnø & Nicoline Mie Tesch, studerende på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, 4. semester, Aalborg Universitet.

Det er alene gruppen og ikke universitet, som er dataansvarlige.

Gruppens kontakinfo:

Mail: hst-22-fsv-10-315@student.dk

Ønsker du at tilbagekalde dit samtykke, skal du kontakte gruppen på ovenstående mailadresse.

Projektets formål

Projektet har til formål at undersøge barrierer samt forandringsmuligheder i forbindelse med unge kvinders deltagelse i screening for livmoderhalskræft, og på baggrund heraf, komme med et begrundet forslag til ændring af nuværende praksis, for at øge deltagelsen i screeningsprogrammet blandt unge kvinder mellem 23-29 år.

Din deltagelse er frivillig

Det betyder, at du ikke er forpligtet til at deltage, og du ikke bliver bedt om en begrundelse, hvis du ikke ønsker at deltage.

Dine oplysninger behandles fortroligt og efter gældende regler

Det betyder, at alt hvad du fortæller under dette interview (dine oplysninger) opbevares og behandles efter Databeskyttelsesforordningens bestemmelser og Aalborg Universitets retningslinjer. Dine oplysninger kan kun tilgås af projektgruppen, videregives ikke til tredjepart og behandles kun i relation til projektets formål.

Du har til enhver tid ret til at tilbagekalde dit samtykke, hvis du ikke længere ønsker at deltage i projektet. Hvis du tilbagekalder dit samtykke, er projektgruppen som de eneste vidende om dette. Da dit samtykke ikke kan tilbagekaldes med tilbagevirkende kraft, påvirker

tilbagekaldelsen kun fremadrettet behandling af dine oplysninger. Hvis du tilbagekalder dit samtykke forud for aflevering, vil den information, du har delt under interviewet ikke fremgå af specialerapporten.

Tidsperioden for behandlingen af dine oplysninger

Det som du fortæller under dette interview slettes på behørig vis, når det ikke længere er nødvendigt for opfyldelsen af det konkrete formål. Behandlingen af dine oplysninger ophører senest d. 01.06.2022.

Muligheden for at klage

Hvis du vil klage over den måde, som projektgruppen behandler dine oplysninger på, kan du klage til Datatilsynet. Det er dog en god ide, først at kontakte Aalborg Universitets databeskyttelsesrådgiver (mail: dpo@aaau.dk) for at løse problemet.

Dit samtykke

Ved at underskrive denne samtykkeerklæring giver jeg samtykke til, at det som jeg fortæller under dette interview må anvendes i sløret form i denne rapport. Det betyder, at mit navn og andre konkrete og personlige oplysninger vil blive holdt fortroligt og dermed ikke vil fremgå i specialerapporten.

Jeg samtykker til, at dette interview (og citater herfra) må indgå i en specialerapport, der vurderes og bedømmes af Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. Specialerapporten uploades efter endt bedømmelse på Aalborg Universitets Projektbibliotek.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, at mine oplysninger behandles efter Databeskyttelsesforordningens bestemmelser og Aalborg Universitets retningslinjer samt at jeg til enhver tid kan tilbagekalde mit samtykke uden, at det får konsekvenser for mig.

Den interviewede:

Navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Projektgruppens medlemmer:

Nadja Djurnø

Dato: _____ Underskrift: _____

Nicoline Tesch

Dato: _____ Underskrift: _____

Bilag 4. Interviewguide

Forskningsspørgsmål: *“Hvilke barrierer ses der blandt unge kvinder i alderen 23-29 år i Danmark i forbindelse med deltagelse i livmoderhalskræftscreening, og hvad kan ændres i nuværende praksis, så deltagelsen øges?”*

Briefing

Afsat tid: ca. 3 minutter.

Inden vi går i gang med interviewet, vil jeg informere dig om, at interviewet bliver optaget. Er det okay med dig?

Lydoptager tændes.

Indledende information til informanten:

- *Præsentation af gruppens medlemmer:* Vi er to studerende på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, 4. semester på Aalborg universitet.
- *Kort introduktion af projektet:* Vi er i gang med at undersøge, hvordan deltagelsen i livmoderhalskræftscreening blandt 23-29-årige kan øges. Derfor vil vi meget gerne høre om dine tanker omkring, hvad der ligger til grund for dit fravalg, og dermed blive klogere på, hvordan screeningsprogrammet kan ændres så deltagelsen kan øges.
- Interviewet vil vare omkring 45-60 min.
- Interviewet vil blive anonymiseret, og dermed vil dit navn og andre personlige oplysninger ikke fremgå i projektet eller andre steder.
- Vi opbevarer og behandler data som vi får ud af interviewet efter gældende GDPR-regler.
- Undervejs i interviewet vil det være muligt for dig at trække dig, da det er frivilligt at deltage.
- Du har fået udleveret en samtykkeerklæring, har du læst og forstået denne?
- Har du nogle spørgsmål inden vi går i gang?

Emne	Interviewspørgsmål	Uddybende spørgsmål (hjelpe spørgsmål)
Indledende spørgsmål Sikre målgruppen Land/by problematik Socioøkonomisk status Pligter i hverdagen (husligt/arbejde) Har de hjemmeboende børn (arbejdsbyrden derhjemme)?	Hvornår er du født? Hvilken by bor du i? Hvad er dit højst gennemførte uddannelsesniveau? Hvad beskæftiger du dig med i din hverdag? Hvor mange bor der i din husstand?	Bor du midt i byen eller i udkanten?
Livmoderhalskræftscreening Vaccinens betydning for deltagelse i screening	Er du blevet vaccineret mod livmoderhalskræft?	<i>Hvis ja:</i> Tænker du det har en betydning i forhold til screening for livmoderhalskræft? <i>Hvis nej:</i> Hvordan kan det være du ikke er det?

Er e-Boks noget de unge kvinder bruger?	Er du blevet inviteret til livmoderhalskræftscreening?	<i>Hvis ja:</i> Har du læst invitationen? Og har du deltaget i screeningen? <i>Hvis nej:</i> Åbner du din e-Boks, og hvor ofte?
Læser de unge kvinder indholdet i invitationen?	Føler du at du har tilstrækkeligt med viden omkring livmoderhalskræftscreening til at tage et valg omkring deltagelse?	<i>Hvis ja:</i> Hvor har du denne viden fra?
Flere forskellige aktører	Ved du, hvor du kan bestille tid til livmoderhalskræftscreening?	<i>Hvis ja:</i> Hvor har du denne viden fra?
Større sandsynlighed for at deltage	Ved du, hvor du får foretaget livmoderhalskræftscreeningen?	
Kendskab og motivation	Kender du nogen, som deltager i livmoderhalskræftscreening?	<i>Hvis ja:</i> Er det en nær relation?

Støtte fra netværk	Har du talt med nogle omkring livmoderhalskræftscreening? (Kender du nogle, som har fået konstateret celleforandringer i livmoderen?) Hvis du ønsker at have en med dig til en eventuel screening, er der så en du tænker der kunne tage med dig?	<i>Hvis ja:</i> Hvem har du talt med? Hvordan taler I om det? <i>Hvis nej:</i> Hvordan kan det være?
Barrierer Pinligt, gøre ondt, ubehag osv. Tror man kan få infektioner eller blive infertil af celleprøven Frygt/ bekymring for resultatet af celleprøven (kræft) Land/by problematik	Hvad er dine tanker omkring at få foretaget en screening for livmoderhalskræft? Tænker du der kunne være nogle risici forbundet med at få foretaget en screening for livmoderhalskræft? Har du nogle tanker omkring, hvad resultatet på en eventuel screening kunne vise? Hvor langt har du til din læge?	Er der noget positivt eller negativt forbundet med det, tænker du? Ca. antal km.

Samfundsmæssige vilkår - lang ventetid og tilgængelighed – online eller telefon	Hvordan kommer du typisk hen til din læge?	Går, cykler, tager bussen eller noget andet?
Identifikation af barrierer	Hvordan bestiller du tid hos din læge?	Hvilken betydning for din deltagelse i screening?
Tillid til lægen	Hvorfor tænker du, at du ikke har deltaget i livmoderhalskræftscreening?	Kan din kulturelle baggrund, herunder eksempelvis din religiøse overbevisning, have en indvirkning på at du ikke deltager?
Mandlig læge	Hvilket forhold har du til din læge?	Godt/dårligt - tæt/distanceret
	Når du bestiller tid til dig læge, har du så mulighed for at vælge hvilken læge du vil ind til herunder også lægens køn?	
Kontekst/mekanismer		
Invitation: Et brev (evt. personligt), et brev med udvidet tekst, et telefonopkald, invitation fra egen læge, ansigt-til-ansigt eller en personlig invitation	Hvordan foretrækker du at blive indkaldt til screening for livmoderhalskræft? (Modtage et brev (evt. personligt eller fra en anerkendt person), telefonopkald, invitation fra egen læge, en der kommer og banker på din dør.)	Hvorfor foretrækker du denne måde at blive indkaldt på?

Påmindelse: SMS, telefonopkald	Hvad tænker du omkring at modtage en SMS-påmindelse til at bestille tid til screening?	
	Hvad tænker du omkring at modtage et telefonopkald som påmindelse til at bestille tid til screening?	
Tilskyndelse fra lægen	Hvis din læge minder dig om at deltage i screening for livmoderhalskræft, ville det så gøre en forskel for dig?	
Beskedindhold/SMS-indhold, målrettet information. Vigtigheden af screening	Hvad tænker du omkring at modtage en SMS-påmindelse til at bestille tid, som indeholder information omkring fordelene ved at blive screenet for livmoderhalskræft?	
Modtage en SMS-påmindelse (korte skræddersyet beskeder)	Hvad tænker du en eventuel SMS-påmindelse skulle indeholde af information?	
Valgmuligheder: Tilbud om online booking, åbningstider og modtage en selvtest (leveringsmetode)	Har du mulighed for at booke tid til din læge online? Hvordan passer din læges åbningstider ind i din hverdag?	<i>Hvis de ikke passer:</i> Hvorfor passer de ikke? og hvilke tider ville passe bedre?

	Hvad tænker du omkring, hvis du fik muligheden for at foretage screeningen selv derhjemme?	<i>Hvis de tænker det ville gøre en forskel:</i> Hvordan kan det være at du vil deltage hvis du selv kan tage testen derhjemme?
Leveringsmetode ift. selvtest	Ville det have nogen betydning for dig, hvordan du modtager selvtesten?	Hente det nede på apoteket eller få det sendt hjem til sin adresse?
Tilgængelighed	Hvis det var en mulighed at få foretaget screeningen i forbindelse med et andet besøg hos lægen, ville det så gøre at du ville deltage?	
Sundhedsmotivation	Hvad tænker du vil kunne motivere dig til at deltage i livmoderhalskræftscreening?	F.eks. et penge beløb
Metoder til at opnå en større viden omkring livmoderhalskræftscreening	Hvis du skulle opnå en større viden omkring livmoderhalskræftscreening, hvordan ville du så foretrække at modtage denne viden?	F.eks. skræddersyet undervisning (skriftligt eller mundtligt), kulturelle relevante billeder, gruppediskussion (dele personlige oplevelser og tanker), foredrag, undervisningsmateriale og/eller en online social medieplatform

Debriefing

Afsat tid: ca. 2 minutter.

1. Nu har jeg ikke flere spørgsmål, er der eventuelt noget du vil uddybe eller tilføje til det vi har talt om?
2. Hvordan oplevede du interviewet?
3. Har du evt. noget du gerne vil spørge mig om?

Så vil jeg bare sige tak, fordi du ville bruge tid på at deltage i interviewet – det har stor betydning for os.

Lydoptager slukkes.

Bilag 5. Transskriberingsguide

Retningslinjer	Transskribering
Skift mellem interviewer og informant, der snakker	Linjeskift
Forkortelser for interviewer/observatør og informant	Interviewer/observatør = I Informant = A, B, C og D
Navne, der optræder i interviewet	X, efterfulgt af forklaring af personen i parentes
Det er ikke muligt at høre/forstå, hvad der bliver sagt	#
Ord som “hmm” og “øhh”	Udelades hvis de ikke har en følelsesmæssig betydning
Tænkepause	(.)
Gentagelser	Renskrives, hvis muligt
Ord med særligt tryk på	BLOKBOGSTAVER

Invitationsbrev

Forebyg livmoderhalskræft

Du tilbydes hermed at blive undersøgt for celleforandringer i livmoderhalsen.

Hvorfor får du dette tilbud?

Alle kvinder i Danmark mellem 23 og 64 år får tilbudt undersøgelsen regelmæssigt med det formål at opdage celleforandringer i livmoderhalsen tidligt. Celleforandringer er ikke kræft, men forstadier, der kan behandles. Nogle celleforandringer forsvinder af sig selv, mens andre kræver behandling for ikke at udvikle sig til kræft. Du kan ikke selv mærke, om du har celleforandringer.

Vi anbefaler, at du også bliver undersøgt, selvom du er blevet vaccineret mod HPV.

Hvordan bliver du undersøgt?

Ring og bestil en tid hos din praktiserende læge. Lægen tager prøven ved en almindelig underlivsundersøgelse, der varer et par minutter. Herefter bliver prøven sendt til mikroskopisk undersøgelse på Patologiafdelingen. Din læge modtager svaret på prøven. Aftal med lægen, hvordan du får besked.

Hvornår skal du bestille tid?

Bestil tid til undersøgelsen snarest og inden for 3 måneder, fra du har modtaget dette brev. Vær opmærksom på, at du ikke må have menstruation, når du får taget prøven.

Er du gravid, skal du vente med undersøgelsen, til du har født.

Udsættelse eller frmelding:

Ønsker du at udsætte undersøgelsen eller eventuelt framelde dig, kan du gøre dette på www.framelding.dk eller ved at ringe til Patologiafdelingen på tlf. 97 66 53 30 på hverdage kl. 10-14.

Vil du vide mere?

Besøg Region Nordjyllands side: www.screening.n.dk. Her kan du hente mere viden om undersøgelsesprogrammet. Du kan ligeledes læse Sundhedsstyrelsens pjece om undersøgelse for celleforandringer i livmoderhalsen.

Med venlig hilsen

Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital

Erindringsbrev 1

Forebyggende undersøgelse for livmoderhalskræft (Screening)

Du modtog for et stykke tid siden en invitation til at få taget en celleprøve fra livmoderhalsen. Da du ikke har reageret, modtager du denne påmindelse.

Du skal selv bestille tid hos din praktiserende læge

Celleprøven tages ved en gynækologisk undersøgelse. Du må ikke have menstruation eller være gravid ved undersøgelsen. Du aftaler selv med lægen, hvordan du får svar på celleprøven. Hvis prøven viser noget unormalt, skal du sammen med din læge planlægge det videre forløb.

Selvom du er vaccineret mod HPV, anbefaler Sundhedsstyrelsen screening, da vaccinen ikke dækker alle typer af HPV.

HPV og celleforandringer

Celleforandringer kan komme efter infektion med humant papillomvirus (HPV).

Celleforandringer er ikke kræft, men de kan i sjældne tilfælde udvikle sig til kræft. Du kan ikke selv mærke, om du har HPV eller celleforandringer. Ved regelmæssig screening har du nedsat risiko for at udvikle livmoderhalskræft.

Hvis din prøve viser HPV eller celleforandringer kan du blive anbefalet en ny prøve efter en periode, da mange HPV infektioner og celleforandringer forsvinder af sig selv. Alternativt kan du blive anbefalet yderligere undersøgelse og eventuel behandling, så du kan undgå kræft.

Har du spørgsmål, kan du kontakte din læge eller læse mere på www.screening.rm.dk. Du kan også læse om screening for livmoderhalskræft i Sundhedsstyrelsens pjece 'Undersøgelse for celleforandringer i livmoderhalsen'.

Selvom du deltager i screening, er det altid vigtigt at kontakte din læge, hvis du har eller får symptomer fra underlivet.

Screening for livmoderhalskræft er et tilbud, og det er frivilligt at deltage. Hvis du ikke ønsker at blive inviteret til screening, kan du framelde dig på www.sundhed.dk (ved brug af den Tast Selv kode, som du finder i brevets øverste højre hjørne). Det er muligt at tilmelde sig screeningsprogrammet igen ved at kontakte Patologiafdelingen på tlf. 97 66 53 30 på hverdage kl. 10-14.

Venlig hilsen

Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital

Erindringsbrev 2

Forebyggende undersøgelse for livmoderhalskræft (Screening)

For et stykke tid siden modtog du en påmindelse om at få taget en celleprøve fra livmoderhalsen. Da du ikke har reageret, modtager du denne påmindelse.

Du skal selv bestille tid hos din praktiserende læge

Ved screening tages en prøve fra livmoderhalsen ved en gynækologisk undersøgelse. Du må ikke have menstruation eller være gravid ved undersøgelsen.

Mere information

Screening for livmoderhalskræft kan mindske din risiko for at udvikle livmoderhalskræft. Har du spørgsmål, kan du kontakte din læge eller læse mere på www.screening.rm.dk. Du kan også læse om screening for livmoderhalskræft i Sundhedsstyrelsens pjece 'Undersøgelse for celleforandringer i livmoderhalsen'.

Symptomer fra underlivet

Det er vigtigt, at du kontakter din læge, hvis du har eller får symptomer fra underlivet. Du behøver ikke vente på at få et nyt tilbud om screening for livmoderhalskræft.

Framelding

Screening for livmoderhalskræft er et tilbud, og det er frivilligt at deltage. Hvis du ikke ønsker at blive inviteret til screening, kan du framelde dig på www.sundhed.dk (ved brug af den Tast Selv kode, som du finder i brevets øverste højre hjørne). Det er muligt at tilmelde sig screeningsprogrammet igen ved at kontakte Patologiafdelingen på tlf. 97 66 5330 på hverdage kl. 10-14.

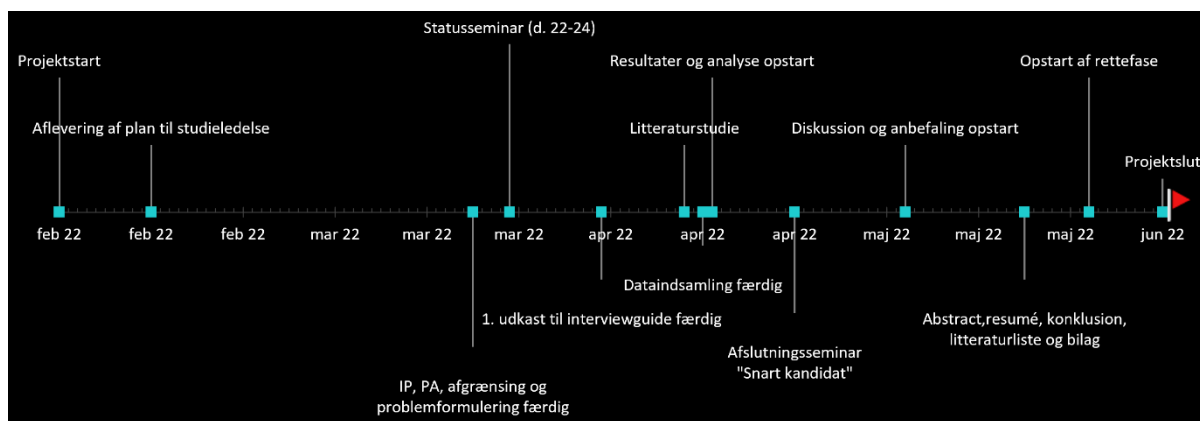
Venlig hilsen

Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital

Bilag 7. Procesanalyse

I følgende afsnit vil specialets gruppeproces blive analyseret, med udgangspunkt i projektplanlægning og projektstyring, herunder samarbejdet i gruppen, samarbejde med vejleder, samarbejde med eksterne samarbejdspartnere og læringsprocessen.

I projektprocessen er bogen *Den gode opgave: Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* anvendt som redskab til struktur og vejledning af forskellige processer i arbejdet med specialet. Pentagonmodellen er anvendt som styreredskab for opgaveskrivning i projektprocessen, hvor de fem hjørner i modellen har været centrale fokuspunkter i processen og den videnskabelige undersøgelse af emnet (Rienecker & Jørgensen, 2017). Dette har været medvirkende til at skabe et overblik i projektprocessen, som til tider har bestået af rigtig mange processer på én gang. Herudover har pentagonmodellen været med til at holde fokus på den videnskabelige undersøgelse af emnet i situationer, hvor det har været vanskeligt at skæln mellem at være emneorienteret og videnskabelig. Da projektperioden strækker sig over et længere tidsinterval, er der i opstartsfasen gjort brug af forskellige planlægningsværktøjer for at fremme og sikre struktur samt overholdelse af tidsfrister (Holgaard et al., 2014). I den første uge af projektperioden, blev der udarbejdet et skema til ugeplaner, som bestod af følgende elementer: *Uge nr., dage, tidsrum, lokation, grupperoller, indhold og eventuelt*. Dette blev udarbejdet for at skabe overblik over projektperioden uge for uge, med mulighed for at planlægge kommende uger undervejs i processen. Derudover blev der udarbejdet en overordnet projekttidslinje med milepæle (se billede 1). Ved at gøre brug af disse to planlægningsværktøjer, var det bidragende til at skabe overblik over, hvor langt processen var og om det stemte overens med den overordnede tidsplan. Planlægningsværktøjerne gav mulighed for at revidere prioriteringer undervejs (Holgaard, et al., 2014), hvor deadlines har været styrende for specialets arbejdsopgaver i prioriteret rækkefølge. Derfor blev ugeplanerne og tidslinjen kontinuerligt revideret, således de opstillede mål blev nået inden for den givne tidsramme. I tidsplanen blev der afsat ekstra tid til projekts slutning, herunder rettefasen, hvilket var med til at skabe en ro i perioder, hvor gruppe kom bagud i forhold til den afsatte tid.



Billede 1. Tidslinje over projektperioden med udvalgte milepæle.

Samarbejde i gruppen

Et element som er vigtigt i en gruppeproces, er at forventningsafstemme, hvor specialegruppen har søgt at integrere hver enkeltes viden i gruppen, hvorved viden bliver til fællesskabets viden. Viden bør forankres gennem en meningsforhandling, som skal ende ud i konkrete retningslinjer for projektgruppen, som dermed skal udgøre en samarbejdsaftale. Hvis samarbejdsaftalen er gennemarbejdet, er den et godt redskab til at understøtte projektgruppens samarbejde gennem hele forløbet og forebygge eventuelle konflikter samt være medvirkende til at de konflikter, som alligevel skulle opstå, ikke udvikler sig til uløselige problemer. Samarbejdsaftalen bør skrives ned i et fælles dokument, da mundtlige aftaler ofte bliver mindre betydningsfuld over tid, grundet forglemmelse (Holgaard et al., 2014). Specialegruppens medlemmer har tidligere skrevet projekter sammen, hvorfor der allerede fra specialets start var et stort kendskab til hinandens måde at arbejde på, og det indbyrdes arbejdsforhold medlemmerne imellem. Til trods for det allerede eksisterende kendskab til hinanden, blev der stadig prioriteret at afstemme forventninger til specialet, og hvilken arbejdsindsats der skulle ligges i det kommende arbejde. Dette blev dog kun til en mundtlig drøftelse og ikke en skriftlig samarbejdsaftale, hvilket kan være en hæmmende faktor i forbindelse med eventuelle konflikter eller uoverensstemmelser i gruppen. Der har dog ikke været nogle konflikter eller uoverensstemmelser undervejs i projektperioden af betydelig karakter. Dette kan skyldes at kendskabet til hinandens måde at arbejde på er meget stort, samt at projektgruppens ugeplan er blevet anvendt som en form for samarbejdsaftale. Ugeplanen har blandt andet indeholdt gruppens rollefordeling, så der var en klar aftale om, hvem der havde ansvaret for hvilke områder hver uge. Herudover blev alle aftaler gruppemedlemmerne imellem skrevet ind i ugeplanen, og der blev lagt en plan for hver uge i plenum i slutningen af ugen. Rollerne bestod af en mødeleder og en referent. Mødelederens ansvarsområde var at stå for at dagsordenen blev overholdt inden for den afsatte

tidsramme (Mac, 2018). Referenten havde ansvar for at skrive referat ved vejledningerne. De to roller gik på skift mellem de to gruppemedlemmer under hele processen, hvilket var med til at der ikke blev skabt tvivl omkring fordelingen af roller. Herudover var der to faste roller, som blev ved den samme person under hele processen, henholdsvis en vejlederkontakt og en praksiskontakt. Dette blev valgt for at det var nemmest muligt, for både vejleder og eksterne samarbejdspartnere, at gennemskue afsenderen. At der i gruppen var fokus på grupperollerne, var med til at arbejdsprocessen blev mere effektiv, da pauser og dagsorden blev mere struktureret og overholdt. Strukturen i gruppens organisation kan være medvirkende til, at grupperollerne kan blive lidt flydende, da en innovativ organisation, hvor der er tale om ad hoc-kрати, er alle i organisationen involveret i både administrative og operative funktioner (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Undervejs i arbejdsprocessen blev grupperollerne også mindre tydelige og mest brugt i relation til vejledningsmøderne, hvilket har været med til at arbejdsprocessen til tider kunne have været mere effektivt, da pauserne ikke altid blev afholdt.

Gruppen har generelt været en *velfungerende gruppe*, hvor fokuset har været på fagligheden samtidig med at der har været plads til hygge og sjov (Holgaard et al., 2014). I pauserne har der været fokus på at lave noget andet end at tale om det faglige, da gruppen i perioder havde tendens til ikke at slippe det faglige, hvorfor gruppen i perioder har haft en snært af den *kolde gruppe*. Dog har gruppen primært været en velfungerende gruppe, hvor det kolde, udelukkende fremkom på baggrund af et stort fokus på opgavens faglighed, dog har der været en god stemning under hele processen.

Samarbejde med vejleder

Da specialets medlemmer er bosat i København, er vejledningerne primært foregået online over Microsoft Teams. Op til det første vejledningsmøde, blev der udarbejdet en samarbejdskontrakt vejleder og specialemedlemmer imellem. En samarbejdsaftale kan være medvirkende til at forebygge misforståelser og bidrager til at forventninger bliver afstemt (Holgaard et al., 2014). I samarbejdsaftalen blev der skrevet, hvis vejleder havde nogle specifikke ønsker, som eksempelvis hvordan vejledningsmaterialet skulle opbygges, eller hvor lang tid før vejledningen, materialet skulle modtages. Inden første vejledningsmøde blev der i gruppen ligeledes drøftet, hvilken type vejleder der ønskes, hvilket ligeledes blev taget med som en drøftelse til det første vejledningsmøde. At tage stilling til, hvilken vejlederrolle som gruppen ønsker, er gavnligt for det fremadrettede samarbejde (Holgaard et al., 2014). Da specialets medlemmer er gode til at arbejde produktivt sammen og få udarbejdet en masse, var vejlederens

rolle primært at agere procesvejleder. En procesvejleder er med til at facilitere en god proces, med reflektive og lærende spørgsmål (Holgaard et al., 2014).

Til vejledningsmøderne er der blevet gjort brug af facilitering. Ved at gøre brug af facilitering er det med til at skabe et velfungerende møde, hvor kvaliteten løftes og involvering øges. Noget andet som er med til at løfte et møde, er forberedelse, hvilket blandt andet kan indebære at alle deltagere er informeret omkring mødets indhold inden mødet, hvorfor alle bliver kompetente til at deltage i mødet (Mac, 2018). Inden hvert vejledningsmøde er det blevet prioriteret at udarbejde en dagsorden over mødets indhold, som er blevet sendt til vejleder senest dagen før mødet. Dette har været bidragende til, at der ikke var tvivl omkring mødets formål, hvorfor tiden blev udnyttet bedst muligt.

Samarbejde med ekstern samarbejdspartner

I forbindelse med specialet blev der indgået et samarbejde med Kræftens Bekæmpelse. Samarbejdet indebar vidensdeling omkring livmoderhalskræftscreeningsprogrammet i Danmark, herunder opnåelse af et dybere kendskab til screeningsprogrammets sammensætning og problematikker i relation til programmet. Samarbejdet gav et gensidigt udbytte, hvor begge parter har opnået større viden inden for området. Undervejs i processen har Kræftens Bekæmpelse været behjælpelige med at besvare spørgsmål, hvilket har været med til at skabe klarhed i tilfælde, hvor viden om emnet ikke har kunnet fremsøges. Herudover har specialegruppen haft en samtale med Sekretariatsbetjener ved den Nationale Styregruppe for Livmoderhalskræftscreening, hvor der herigennem er opnået en større viden omkring arbejdsprocesserne i screeningsprogrammet. Kræftens Bekæmpelse og NSLS vil begge modtage specialeprojektet når det er færdigt.

Læringsprocessen

En vigtig del af at skrive et specialeprojekt er at udvikle mening om projektet (Mac, 2018). Undervejs i processen har specialets forfattere haft mange diskussioner og argumentations samtaler, omkring specialets udformning og metodiske valg. Dette mødeforum har været med til at udvikle mening med projektet og give en fælles retning, hvilket har bidraget til stor motivation for arbejdsprocessen. Hvis diskussionerne undervejs ikke er konstruktive, kan de få den modsatte effekt og kan bidrage til frustrationer (Mac, 2018), hvorfor der er gjort brug af facilitering for at have en struktur på møderne i gruppen, og der var klare aftaler omkring

rollefordelingen. Herudover mødtes gruppen fysisk største delen af tiden, hvilket har været med til at give en god dynamik i gruppen samt højne læringsprocessen, da spontane diskussioner kunne opstå. Dog var der nogle dage, hvor gruppen arbejdede over Microsoft Teams, for at udnytte tiden bedst muligt dage, hvor der skulle nås andre ting end specialeskrivningen. Herudover var gruppen mere effektiv, når der blev arbejdet over Microsoft Teams, hvilket var en nødvendighed op til deadlines. Desuden var der nogle enkelte dage hvor, gruppen arbejdede hver for sig og kun talte sammen én gang i løbet af dagen, for at give plads til fordybelse. Forud for disse dage blev der lagt en klar plan for dagen i fællesskab samt afsat tid til at gennemgå det udarbejdede sammen efterfølgende, hvorfor der blev gjort brug af peer-learning, hvilket var med til at der ikke var dele af specialet som én enkelt udelukkende opnåede viden om. Peer-learning indebærer at studerende lærer med og af hinanden (Boud et al., 1999), hvilket er blevet prioriteret højt. At begge gruppemedlemmer har været inden over alle dele af specialet, er med til at minimere risikoen for at der opstår specialistroller. Hvis der opstår specialistroller, kan det betyde, at den manglende viden inden for nogle områder af specialet, gør at det ikke er muligt at sparre med hinanden om de mere specialisere dele af projektet (Olsen & Pedersen, 2018). Undervejs i arbejdsprocessen kunne der opstå forskellige præferencer for, hvornår et medlem havde brug for en pause, hvilket dog ikke var problematisk, da der blev lyttet og givet plads til hinandens behov. Herudover var der nogle få andre elementer undervejs i processen, der var forskellige holdninger til, hvor der var åbent for en konstruktiv diskussion omkring det. Der blev derfor indgået nogle kompromiser undervejs, hvilket er bidragende til at finde fælles løsninger (Olsen & Pedersen, 2018).

Referenceliste

Boud, D., Cohen, R. & Sampson, J. (1999). Peer learning and assessment. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 24 (4), 413–426.

<https://doi.org/10.1080/0260293990240405>

Holgaard, J. E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D. & Thomassen, A. O. (2014). *PBL – Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser*. Samfundslitteratur.

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisationer fungerer: en indføring i organisation og ledelse*. Hans Reitzels Forlag.

Mac, A. (2018). Projektmøder med mening. I Mac, A. & Hagedorn-Rasmussen (red.) *Projektarbejdets kompleksitet – Viden, værktøjer og læring*. (s. 151-170). Samfundslitteratur.

Olsen, B. & Pedersen, K. (2018). *Problemorienteret projektarbejde: en værktøjsbog*. Samfundslitteratur.

Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2017). *Den gode opgave: Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. Samfundslitteratur.