

Kræftens Bekæmpelse

”Det er ikke noget,
jeg ikke vil, men
noget, jeg ikke får
mig taget sammen
til at få gjort”

Barrierer for screening for livmoderhalskræft for kvinder i
aldersgruppen 30-50 år

Ann-Britt Kvernød & Karoline Hansen
10-10-2016

Indhold

Indledning.....	1
Formål og baggrund	2
Rekruttering	2
Metode.....	2
Gennemgang af barrierer.....	3
Konklusion	8
Forslag til det videre arbejde	9

Indledning

I 2005 undersøgte Kræftens Bekæmpelse yngre kvinders barrierer for at deltage i screening for livmoderhalskræft¹. Der var tale om en større kvalitativ undersøgelse bestående af 8 fokusgruppinterview med i alt 48 kvinder i alderen 23 til 39 år. Undersøgelsen fandt en række barrierer, herunder mangelfuld og forkert viden om screening og celleforandringer, den gynækologiske undersøgelse samt praktiske omstændigheder vedr. tidsbestilling og lægebesøg, der i kvinderne øjne gør deltagelse besværlig.

Vi har i foråret 2015 foretaget en ny undersøgelse, der følger op på 2005-undersøgelsen ved at se på barriererne hos de 30-50-årige. Vi ville blandt andet undersøge, om de samme barrierer gjorde sig gældende i denne aldersgruppe, og/eller om der skulle være andre barrierer på spil. Siden 2005-undersøgelsen er HPV-vaccinen blevet indført i børnevaccinationsprogrammet, piger fra årgangene 1985-1997 har fået tilbud om gratis vaccine, og desuden har kampagnen "Vidunderlivet" sat fokus på HPV-vaccinen, men også på at informere om HPV og celleforandringer, og om at screening også er vigtig, selvom man er vaccineret. Vi forestillede os, at disse tiltag – den gratis HPV-vaccine, den flerårige kampagne og den medfølgende medieomtale – havde haft en indvirkning på kvindernes vidensniveau, så de f.eks. havde større viden om HPV som årsag til celleforandringer og om screening for livmoderhalskræft end de kvinder, der blev interviewet i 2005.

Rapporten præsenterer i kort form resultaterne af undersøgelsen af de 30-50-årige kvinders barrierer for at deltage i screening for livmoderhalskræft. Undersøgelsen er baseret på kvalitative interview med 32 kvinder, primært kortuddannede, og har til formål at bidrage til forståelsen af, hvorfor kvinder fravælger screening for livmoderhalskræft.

Rapporten beskriver en række omstændigheder, der har betydning for kvindernes manglende deltagelse. Disse er sammenfattet i en række barrierer, der bør arbejdes videre med for på længere sigt at kunne øge deltageprocenten.

Formål og baggrund

Antallet af kvinder, der får livmoderhalskræft, og antallet af kvinder, der dør af sygdommen har været støt faldende siden 1960'erne, siden man begyndte at undersøge kvinder for celleforandringer i livmoderhalsen. Årligt får cirka 380 kvinder konstateret livmoderhalskræft, og cirka 100 kvinder dør af sygdommen.

Hver fjerde kvinde, der inviteres til screening for livmoderhalskræft (aldersgruppen 23-64 år), tager ikke imod tilbuddet. Undersøgelser har vist, at cirka halvdelen af de kvinder, der får livmoderhalskræft, ikke er blevet screenet regelmæssigt. En høj deltagerprocent er afgørende, hvis screening skal have størst mulig effekt målt i antal vundne leveår.

Kræftens Bekæmpelse har undersøgt de 30-50-åriges barrierer for at deltage i screening for livmoderhalskræft, og undersøgelsen skal danne baggrund for en informationsindsats, der skal medvirke til at øge deltagelsen. På længere sigt ønsker vi en deltagerprocent på 75 pct., men da deltagerprocenten de senere år har været faldende, ligger der på kort sigt også en opgave i at bremse dette fald.

I undersøgelsen har vi interviewet kvinder, der ikke deltager eller ikke deltager regelmæssigt i screening. De 30-50-årige er bl.a. valgt, fordi kvinder i denne aldersgruppe har en høj hyppighed af livmoderhalskræft. Der er desuden en social gradient i deltagelsen. Derfor har vi haft fokus på at rekruttere kortuddannede kvinder. I 2005-undersøgelsen fordelte kvinderne sig bredt på uddannelsesniveauer, med en lille overvægt af faglærte. Vi ønskede desuden at rekruttere bredt geografisk, så kvinder uden for Hovedstadsregionen også blev repræsenteret i undersøgelsen. Det samme var tilfældet i 2005-undersøgelsen, der dog ikke viste nogen regionale forskelle.

Vi har undersøgt, hvordan kvinderne forholdt sig til invitationsbrevet og den gynækologiske undersøgelse, hvad de vidste om baggrunden for at screene for livmoderhalskræft, herunder om de kendte til celleforandringer, og hvorfor de opstår. Vi havde desuden fokus på kvindernes sundhedsopfattelser og forhold til den praktiserende læge.

Rekruttering

Vi anlagde en bred rekrutteringsstrategi, der betød, at interviewpersonerne blev rekrutteret via Kræftens Bekæmpelses Facebookside, via personligt netværk (snowball-metoden), og ved opslag på arbejdspladser med mange kvindelige ansatte (plejehjem, børneinstitutioner og supermarkeder). Desuden blev der indrykket en annonce i en landsdækkende gratisavis.

Metode

For at have et sammenligningsgrundlag med den tidligere barriereundersøgelse, blev der taget udgangspunkt i spørgeguiden fra 2005-undersøgelsen. Det var indledningsvis planen at udføre duointerview med venindepar. Gerne hjemme hos dem selv for at sætte en tryk atmosfære på grund af det intime og for nogen måske tabubelagte emne. Samtidig ville det give mulighed for at indsamle data fra mere end en ad gangen. Det lykkedes dog ikke at rekruttere venindepar eller at få aftaler om interview hjemme hos kvinderne, og derfor

blev enkeltinterviewene gennemført per telefon. De kvalitative dybdeinterview gjorde det muligt at komme i dybden med den enkelte kvindes barrierer.

Der blev afholdt to fokusgruppeinterview med kvinder, der ikke kendte hinanden i forvejen. Fokusgrupper har bl.a. deres styrke ved, at man på kort tid kan få en nuanceret diskussion af et givet emne, og fokusgrupperne blev brugt til at belyse og uddybe fund og tendenser i enkeltinterviewene. Man kan få mange input på kort tid, og her fik vi også anledning til at diskutere mulige måder at få flere kvinder til at deltage i screening.

Der var en overvægt af kvinder fra København, der reflekterede på opslag og annonce. Det betyder, at cirka halvdelen af de interviewede kvinder kom fra Københavnsområdet og resten fra Jylland, Fyn og det øvrige Sjælland. Vi forsøgte at rekruttere kvinder til fokusgruppeinterview på Fyn og i Jylland, men fik alt for få henvendelser. Telefoninterviewene havde dog den fordel, at det blev muligt at indsamle data fra hele landet.

Gennemgang af barrierer

Interviewene viste, at de fleste kvinder ikke kun havde en enkelt barriere, men at flere forskellige, sammenhængende faktorer spillede en rolle i forhold til kvindernes manglende deltagelse i screening for livmoderhalskræft. Vi har sammenfattet følgende barrierer:

- Manglende og ufuldstændig viden bl.a. om HPV (Human papillomavirus)
- Travlhed i hverdagen – får det ikke lige gjort
- Opfattelse af, at screening ikke er relevant – det sker ikke for mig
- Forhold ved invitationen
- Praktiske omstændigheder vedr. bestilling af tid hos lægen
- Forholdet til lægen og lægens køn
- Den gynækologiske undersøgelse (GU)
- Følelsen af at man selv kan mærke på sin krop, hvis der er noget galt
- Ønsket om ikke at blive sygeliggjort og ikke blive påført unødigt bekymring
- Kræft hos familie eller venner

Manglende og ufuldstændig viden bl.a. om HPV (Human papillomavirus)

I invitationsbrevene og i Sundhedsstyrelsens pjece informeres om undersøgelsen og om HPV. Desuden har der været en del medieomtale om HPV før og efter indførelsen af HPV-vaccinen, ligesom kampagnen Vidunderlivet har kørt en række år. Kvinderne har derfor på forskellig måde haft mulighed for at blive eksponeret for information om emnet, men undersøgelsen viste et relativt lille kendskab til screeningsundersøgelsen og et meget lavt uhjulpet kendskab til HPV og celleforandringer. Når de blev bedt om at fortælle hvad HPV og celleforandringer er, havde de umiddelbart svært ved at svare. De vidste dog noget, men det var en viden, interviewerens i mange tilfælde skulle spørge ind til på forskellige måder, før den dukkede op hos kvinderne. Blandt årsagerne til celleforandringer og livmoderhalskræft nævntes bl.a. mange seksuelle partnere, at kræft kan være arvelig (*og her skelnede kvinderne ikke mellem forskellige kræftsygdomme*), rygning og kost. Enkelte troede, at

celleforandringer var arvelige. En var sikker på, at hun ikke var i "højrisikogruppe" for at få celleforandringer, fordi hun havde en fast partner, kun havde haft lange forhold og desuden var HPV-vaccineret. Derfor blev hun ikke undersøgt.

Den manglende viden om HPV stod i kontrast til, at de fleste havde hørt om HPV-vaccinen, og at enkelte var vaccineret. En bemærkede, at hendes elever havde et højere vidensniveau end hun selv og desuden var vaccinerede. Blandt de vaccinerede var der usikkerhed om, hvorvidt vaccinerede kvinder også skulle screenes.

Travlhed i hverdagen / får det ikke lige gjort

Langt de fleste gemte invitationen et stykke tid. Kun ganske få smed invitationen ud, når de modtog den, eller kort efter. Når hverdagen kører med travlhed og familie, kom screening langt ned på prioriteringslisten. Og selv de kvinder, der syntes, at undersøgelsen giver god mening, fik ikke lige bestilt tid, bl.a. fordi de ikke var vant til at gå til lægen, hvis de ikke havde symptomer:

"Det er egentlig, fordi jeg tænker, at jeg er jo rask, og typisk går man jo til lægen, når der er noget, man fejler her og nu, og så er det lige det at finde tid til det i en travl hverdag, og så ryger det ned på prioriteringslisten og så på et tidspunkt ryger det helt ud, hvor man ikke overvejer det længere".

Nogle tænkte, at de bare kunne deltage, når næste invitation kom. Nogle kaldte det forglemmelse, andre kaldte det dovenskab. De kvinder, der havde små børn, fortalte, at børnenes helbred kom før deres eget.

Opfattelse af, at screening ikke er relevant; det sker ikke for mig

Kvinderne havde forskellige grunde til at mene, at screening ikke var relevant for netop dem. Typisk følte de sig ikke i risikogruppen for at få celleforandringer, fordi de oplevede sig selv som unge og raske, eller fordi de mente, at celleforandringer primært rammer kvinder med mange partnere.

Forhold ved invitationen

Det var bemærkelsesværdigt, at langt størsteparten af kvinderne gemte invitationen meget længe, nogle i op til et år – med den begrundelse, at de jo egentlig regnede med at ville blive undersøgt – på et tidspunkt. Invitationen blev typisk hængt op på køleskabet eller lagt i en bunke og siden flyttet lidt rundt:

"Den kom op at hænge på køleskabet. Der hang den længe. Så fik jeg en reminder om, at jeg havde fået en indkaldelse, og den tog jeg så med i min taske, for så tænkte jeg, at jeg må hellere ringe og bestille tid og så lå den der i ret lang tid og så er der ikke sket mere. På et tidspunkt er den blevet taget op sammen med noget andet og lagt i en eller anden bunke".

Mange havde svært ved præcis at huske, hvornår de sidst havde fået invitationen til screening. To var faldet ud af screeningsprogrammet pga. en systemfejl og havde fået besked om denne fejl. En mente, at hendes manglende reaktion, betød, at hun ikke fik flere invitationer. Hun følte, at hun burde have reageret på invitationen og oplevede det som en stor barriere at skulle bede om at få lov til at komme ind i screeningsprogrammet igen, fordi hun tænkte, at hun selv var skyld i, at hun var røget ud. En anden vidste godt, at man blev inviteret hvert tredje år. Men det viste sig faktisk at være 9 år siden, hun fik den seneste invitation. Hun tænkte på den ene side, at der måtte være andre, der havde styr på, at hun blev inviteret, men på den anden side mente hun, at hun også selv havde et ansvar: *"det er vel en nem måde at lægge ansvaret et andet sted"*. Også andre kvinder, der ikke havde meldt aktivt fra, mente, at der måtte være en mening med, at de ikke længere blev inviteret.

Mange var forvirrede over, at invitationen kom fra sygehuset og ikke fra deres egen læge og undrede sig i øvrigt over, at lægen tilsyneladende ikke vidste, at de var blevet inviteret. Kun få havde oplevet, at lægen selv mindede dem om, at det var på tide at få taget en celleprøve.

Hos nogle pirkede brevet til sygdomsangst og mindede om deres egen dødelighed. Hos andre motiverede det til at blive undersøgt, netop med tanken på, at de gerne ville se deres børn vokse op og opleve deres børnebørn.

Det var vigtigt for dem, at lægen vidste, at de var blevet inviteret, og det mente de blandt andet kunne sikres, hvis lægen var afsender. Kvinderne fortalte, at de ville opleve det som mere personligt og relevant, hvis invitationen kom fra deres praktiserende læge, som de kendte, også selvom de måske hellere ville undersøges af en anden læge.

Praktiske omstændigheder vedr. bestilling af tid hos lægen

Nogle oplevede det som besværligt at bestille tid. Der er ikke blevet systematisk spurgt ind til, hvordan kvinderne bestilte tid, men de gjorde det tilsyneladende i højere grad over telefonen end ved at booke tid på nettet. En forklarede, at hun ikke havde fået bestilt tid, fordi hun havde glemt sin kode til onlinebookingen.

Andre bemærkede, at det var ærgerligt, at de ikke kunne få taget en celleprøve, når de var til lægen eller hos gynækologen i anden anledning. De syntes, at det virkede irriterende, hvis man f.eks. lige havde været hos gynækologen og så kort tid efter fik en invitation til screening. De ønskede sig derfor en bedre koordinering af underlivsundersøgelser.

Forhold vedrørende den praktiserende læge og lægens køn

Mange, men ikke alle, ønskede sig en kvindelig læge eller gynækolog, f.eks. fordi de oplevede det som grænseoverskridende og for intimt at blive undersøgt af en jævnaldrende mandlig læge. Mange af dem, der foretrak en kvindelig læge til celleprøven, ville dog gerne undersøges af en mandlig læge i forbindelse med graviditetsundersøgelser.

De få, som foretrak mandlige læger, gjorde det primært, fordi de oplevede mandlige læger som mindre "hårdhændede" end kvindelige læger. En følte, at hun ville fornærme sin læge, hvis hun bad om at blive undersøgt af en anden. Nogle følte det grænseoverskridende at blive undersøgt af egen læge, fordi man senere kunne støde på ham i det lokale supermarked.

Det var vigtigt for kvinderne at føle sig trygge ved lægen; at vedkommende gav sig god tid og f.eks. ikke var "voldsom". En kvinde, der havde haft celleforandringer, oplevede, at lægen havde nedtonet alvoren af det så meget, at hun ikke mente, at det var nødvendigt at blive undersøgt igen. De færreste havde talt med deres læge om screeningsundersøgelsen, men så gerne, at lægen tog emnet op.

Den gynækologiske undersøgelse

Den gynækologiske undersøgelse fyldte meget, både i enkeltinterviewene og i diskussionen i fokusgrupperne. Opfattelsen af, hvordan en gynækologisk undersøgelse føles, svingede fra "dybt grænseoverskridende" over det er "ikke det sjoveste" til at blive beskrevet som "noget der skal overstås". De fleste var blufærdige og følte sig blottede i forbindelse med en GU. De beskrev det som mærkeligt, intimt og ubehageligt at ligge med benene oppe i "stighbøjlerne". De kvinder, for hvem GU var en mindre barriere, oplevede undersøgelsen som en "nødvendighed" – som noget, man måtte tage stille og roligt: "det gør lidt ondt, men det er ikke værd at skrive hjem om".

Tidligere oplevelser med GU, der på den ene eller anden måde havde været dårlige eller i enkelte tilfælde traumatiske, glemmes ikke. En havde oplevet en GU som et overgreb, en anden var blevet angst for GU, og en tredje var blevet undersøgt så mange gange i forbindelse med behandling for barnløshed, at hun ikke orkede flere underlivsundersøgelser. En fjerde oplevede det som ekstremt ubehageligt, fordi lægerne havde svært ved at tage en celleprøve fra hendes livmoderhals, og fordi det altid gjorde ondt og blødte stærkt.

En del fortalte, at der var forskel på GU foretaget i forbindelse med graviditet og GU i forbindelse med screening. De fleste oplevede gynækologiske undersøgelser i forbindelse med graviditet som mere acceptable og naturlige – måske fordi det var for deres ufødte barns skyld, hvorimod formålet med screeningsundersøgelsen stod mindre klart for dem:

"/.../ det er egentlig det, jeg hører generelt rundt, det er, at det er ydmygende. Jeg kan fint følge, at alle kvinder har behov for de her undersøgelser ind imellem, men for de fleste falder det mest naturligt, hvis det er i forbindelse med graviditet, og ellers synes jeg ikke, at der skal være nogen nede i den ende".

Flere fandt det mærkeligt, at andre end deres kæreste, nemlig lægen, skulle have adgang til deres intime dele:

”På en eller anden måde er det jo bare mærkeligt, selvom det bare er deres arbejde. Men det er jo bare mærkeligt, for man lader jo ellers ikke andre end ens kæreste have adgang til de steder – så på en måde er det lidt grænseoverskridende”.

Følelsen af at man selv kan mærke på sin krop, hvis der er noget galt

Kvinderne syntes selv, at de generelt var opmærksomme på signaler fra kroppen og mente, at de havde en god kropsbevidsthed. De gik til lægen, når de fejlede noget, eller hvis der var noget galt. På den anden side var der også nogen, for hvem forebyggelse gav god mening, fordi de vidste, at celleforandringer kan behandles, så de ikke udvikler sig til kræft. Det var ikke i sig selv nok til at blive undersøgt, men gav dem en følelse af dårlig samvittighed:

”Det er en god sikring, at der ikke er celleforandringer, og hvis der så er noget, at man tager det tidligt i forløbet f.eks. med et keglesnit inden det udvikler sig til decideret kræft. Jeg burde jo føre det ud i livet med mig selv også”.

Ønske om ikke at blive sygeliggjort eller unødigt bekymret

Nogle blev nervøse over invitationen og ville hellere leve i lykkelig uvidenhed, fordi de mente, at screening ville gøre dem unødigt bekymrede og påvirke deres livskvalitet negativt. En ville ikke have taget en celleprøve med begrundelsen, at der ikke var grund til at reparere noget, der ikke er galt, for så kunne det jo blive værre. En anden nævnte specifikt, at hun var bange for diagnosen og for at få besked om, at der var ”noget” i celleprøven. Et par stykker brød sig ikke om screening, fordi man kan få at vide, at man celleforandringer, som måske ikke udvikler sig til kræft, altså problematikken om falske svar:

”Nu ved jeg godt, at der vist ikke rigtig er nogen symptomer på det, men i andre sammenhænge hvis jeg oplevede noget, der var unormalt, så ville jeg jo kontakte lægen. Det med at man går til forebyggende undersøgelser, så risikerer du at få et svar der er negativt og set i forhold til, at det er måske ikke altid, at det vil udvikle sig til cancer og gå i sig selv igen”.

Andre beskrev screening som ensbetydende med sygeliggørelse, og de orkede ikke at gå og tænke på risikoen for at være syge:

”Fordi jeg synes, at der er mange ting i Danmark, hvor man siger, at du skal tjekkes for det, vaccineres mod det og tjekkes for det – også uden, at der er noget galt, især med kræft, hvor man hele tiden kan gå og blive nervøs for at blive tjekket for alle mulige ting, og der kan jo være alle mulige små forandringer, uden det nødvendigvis er kræft og så alligevel skal man gøre noget ved det”.

På den anden side spekulerede både denne og andre kvinder på, om de mon gjorde noget dumt ved ikke at blive undersøgt, blandt andet fordi de var klar over, at celleforandringer ikke er kræft, men kan udvikle sig til kræft.

Kræft hos familie eller venner

Kendskab til kræft eller celleforandringer i familien eller i netværket gjorde indtryk på kvinderne og fik dem til at overveje deres egen risiko for at blive ramt, men det påvirkede tilsyneladende ikke deres screeningsdeltagelse. Kvinder uden kendskab til nogen, der havde haft celleforandringer på livmoderhalsen, havde tendens til at opleve celleforandringer som mindre vigtige. Generelt skelnede de ikke mellem forskellige kræftsygdomme, ligesom flere ikke skelnede mellem celleforandringer og kræft.

En kvinde fik jævnligt tjekket brystet hos egen læge – det virkede relevant for hende, fordi moderen havde haft brystkræft. En var ekstra opmærksom på at passe på sig selv, fordi to tætte mandlige familiemedlemmer var døde af kræft. En kvinde, hvis vens kone havde haft celleforandringer, fandt ud af, at celleforandringer også ramte unge kvinder og altså også kunne ramme hende. Men tanken om at have celleforandringer var lidt skræmmende, så hun udsatte beslutningen om at blive undersøgt:

”Ja, så sidder man pludselig over for en, der kun er få år ældre end mig og hun er blevet ramt. Men jeg tror også, at der er den der dimension med, at man ikke vil se det i øjnene, såfremt det skulle være der, at puh – det orker jeg ikke lige at skulle tænke på og døje med nu, så den tager vi lige senere! Og det er jo en rigtig, rigtig dum strategi fordi det bliver jo bare værre senere, jeg ved jo godt, at jo tidligere det bliver fanget.. Så jeg kan bare koge det ned til min egen dumhed, dybest set”.

Konklusion

Undersøgelsen viser, at kvinderne havde flere barrierer, og at disse var indbyrdes afhængige. Screening for livmoderhalskræft havde kun lille eller ingen personlig relevans for dem. Den manglende relevans skyldtes i høj grad manglende eller mangelfuld viden bl.a. om HPV. Det lave vidensniveau optræder som et element i flere af barriererne. Ligesom den manglende relevans betød, at andre barrierer, f.eks. ubehaget ved den gynækologiske undersøgelse (GU), ikke kunne overvindes.

Vi afdækkede følgende barrierer, hvoraf størstedelen genkendes fra 2005-undersøgelsen: Mangelfuld viden bl.a. om HPV, travlhed i hverdagen, opfattelse af at screening ikke er relevant, forhold ved invitationen, praktiske omstændigheder vedrørende tidsbestilling, forholdet til lægen og lægens køn, oplevelse af ubehag ved den gynækologiske undersøgelse, følelsen af at man selv kan mærke på sin krop, hvis der er noget galt og ønsket om ikke at blive sygeliggjort og ikke blive påført unødigt bekymring.

Kvinderne havde modtaget et eller flere invitationsbreve. De fleste gemte brevet – ofte i lang tid. De var således ikke som sådan afvisende over for at blive undersøgt, men fik det bare ikke lige gjort. De opfattede det som forvirrende og upersonligt, at invitationsbrevet kom fra regionen og ikke fra egen læge. Måske er det en af grundene til, at de tilsyneladende kun læste brevet ganske sporadisk.

Kvinderne oplevede det som besværligt at bestille tid hos lægen og finde tid til lægebesøg i en travl hverdag, når det ikke drejede sig om sygdom. Enkelte ville ikke undersøges, når de ikke havde symptomer. De mente, at de selv kunne mærke, hvis der var noget galt. Andre satte eksplicit lighedstegn mellem screening og sygeliggørelse og ønskede ikke at blive påført unødigt bekymring. GU'en var generelt en væsentlig barriere og noget, kvinderne helst kun udsatte sig for, når det var absolut nødvendigt, f.eks. under graviditet. Mange foretrak en kvindelig læge eller en gynækolog.

Kvinderne havde en relativt lille aktiv viden om screening og om HPV og søgte ikke selv information. I løbet af interviewene gik det op for nogle af kvinderne, at de faktisk gerne ville vide mere. De fleste ønskede, at lægen eller gynækologen fortalte dem om undersøgelsen, og hvorfor den er vigtig. Det falder i tråd med tidligere undersøgelser, der også peger på den praktiserende læges væsentlige rolle som gatekeeper og informationsformidler.

For de fleste var der tale om et samspil af barrierer. Kun et par kvinder havde aktivt besluttet at melde fra til screening. Nogle barrierer kan adresseres via en informationsindsats ad kanaler, som kvinderne bruger – en pjeces er ikke nok, for de læser tilsyneladende hverken invitationsbrevet eller pjecen fra Sundhedsstyrelsen særligt grundigt. Desuden bør der arbejdes videre med strukturelle ændringer, som f.eks. oprettelse af screeningsklinikker med mulighed for at blive undersøgt uden for almindelig arbejdstid og uden tidsbestilling.

Forslag til det videre arbejde

Det var tydeligt, at jo mere viden, kvinderne fik i løbet af interviewene, desto mere viden ønskede de at få. Kun enkelte ville ikke vide mere, f.eks. fordi de ikke orkede at bekymre sig, eller fordi de havde besluttet ikke at deltage. Der er således et udækket informationsbehov. Vi har et godt fundament at bygge videre på, netop fordi kvinderne faktisk godt vil have mere viden, både generelt om screening og relevansen af undersøgelsen. De vil gerne bekræftes i, at det er vigtigt at blive screenet og have at vide, hvad det betyder at lade være. De efterspurgte desuden information om celleforandringer. Nogle syntes, at det lød harmløst og ville gerne vide, hvor mange der får det, og om det er noget, man kan dø af?

Kvinderne ville gerne informeres af deres praktiserende læge. Også de kvinder, der helst ville undersøges af en anden, ville gerne informeres af deres egen læge – og han/hun måtte også gerne påminde dem, når det var tid til at få taget en celleprøve. De ønskede information i forbindelse med selve den gynækologiske undersøgelse og celleprøven.

De læste tilsyneladende kun invitationsbrevet ganske sporadisk, hvilket indikerer, at der ligger et arbejde i at gøre brevene mere indbydende, både mht. layout og indhold.

Kvinderne selv havde flere ønsker og ideer til, hvad der kunne nedbryde barriererne, f.eks. ønskede nogle kvinder, at invitationen kom med digital post eller nem sms – gerne med link til tidsbestilling. Mange ønskede, at invitationen oplyste om muligheden for at blive

undersøgt af en anden end deres praktiserende læge – typisk en kvindelig læge eller en gynækolog. I fokusgrupperne var der en ivrig diskussion af, om man f.eks. kunne indføre særlige drop-in screeningsklinikker med lange åbningstider, så man kunne blive undersøgt uden for almindelig arbejdstid. Den gynækologiske undersøgelse var en stor barriere, og flere udtrykte ønske om en anden screeningsmetode.

I det videre arbejde med at øge deltagerprocenten er der således flere forhold at tage fat på. Både for regionerne, der står for screeningsprogrammerne, og for Kræftens Bekæmpelse. Der skal både arbejdes med viden, relevans og tilgængelighed. Undersøgelsen viser, at kvinderne ikke ved, at de mangler viden og derfor ikke ved, hvad de glemmer/fravælger, når de lægger invitationen til side og ikke får bestilt tid hos lægen med det samme. Netop fordi deres viden er mangelfuld og ufuldstændig. Det vil derfor være relevant med en indsats, der understøtter kvinderne i at bestille tid til screeningsundersøgelsen hos deres læge. Det er nemlig tydeligt, at kvinderne gerne vil have information om undersøgelsen fra deres egen læge, men ikke opsøger den selv.

Der vil være tale om en balancegang – kvindernes viden skal øges uden samtidig at øge deres bekymring. Der skal arbejdes videre med at afdække de mest hensigtsmæssige og relevante kommunikationskanaler. Det var bemærkelsesværdigt, at de fleste kvinder i denne undersøgelse faktisk gerne ville undersøges og gemte invitationsbrevet i lang tid med intentionen om at bestille tid hos lægen. Det vil være relevant at understøtte dette ønske om at blive screenet, f.eks. ved at sætte fokus på, at der er tale om en lille undersøgelse, der og ikke tager så lang tid, når man først får bestilt tid hos lægen. Og ved f.eks. at bruge de sociale medier for at nå kvinderne, hvor de er, for de er ikke selv aktivt informationsøgende mht. screening for livmoderhalskræft.

Som opfølgning på denne undersøgelse vil det i øvrigt være relevant at undersøge barriererne for screening hos de unge kvinder, der er blevet HPV-vaccineret.

ⁱ Mette Marie Espersen & overlæge Iben W. Holten (2005): **Barrierer for screening for livmoderhalskræft**, Ugeskrift for læger, 167/46, pp. 4371-4374.