

- Staten
- Manufakturerer
- Forskning

# SPIRALOPLÆGNING

**Gruppenummer:** S2424791964

Medicinske  
redskaber

Økonomi

Udbydere

Kvinden

Offentlig  
stemme

**Gruppemedlemmer:**

Lotta Elisabeth Schlüter (78702)

Anna Sofie Falk Bech (78738)

India Katja Kamilla Nolsøe (79200)

Amanda Winther Clausen (79327)

**Roskilde Universitet**

BP2 – 2.semester

Afleveret: 06.06.2024

**Vejleder:**

Annette Bilfeldt

Støtte

## Indholdsfortegnelse

Abstract .....	3
Problemfelt .....	4
Problemformulering .....	5
Arbejdsspørgsmål .....	5
Redegørelse .....	6
Hvad er en spiral og hvordan foregår spiraloplægning .....	6
Skrækhistorier og diskurs .....	7
Negativ påvirkning af dårlige oplevelser i fremtiden. ....	7
Metode .....	8
Fremtidsværksted .....	9
Interview.....	11
Teori.....	11
Situert viden.....	12
Omsorgslogik .....	12
TRIN modellen .....	13
Müllers teknologibegreb .....	14
Aktørnetværksteori samt aktørkortlægning .....	14
Aktionsforskning.....	15
Empiri .....	16
Planlægning og udførsel af fremtidsværksted .....	16
Resultater fra fremtidsværksted.....	18
Interviews .....	26
Analyse.....	28
Fri for (færre) bivirkninger .....	28
Ligestilling .....	32
Bedre lægepraksis.....	36
Aktørkortlægning .....	40
Aktørernes indbyrdes relationer og effekterne af disse.....	42
Feedback fra fremtidsværkstedets deltagere .....	44

Diskussion.....	45
Begrænsninger ved valget af ANT og TRIN-modellen .....	45
Udførelsen af interviewmetoden samt valg af interviewpersoner .....	46
Udførelsen af fremtidsværkstedet og dets begrænsninger .....	47
Konklusion .....	49
Perspektivering .....	51
Litteraturliste .....	52

## Abstract

This project examines how young women, aged 18-34, experience the current state of the medical system set in place for the contraceptive device IUD and aims to pinpoint areas with potential for improvement. To examine how something is experienced it must first be understood, therefore the IUD itself is presented first, followed by research studies that study how bad experiences influence future gynecological procedures. A development workshop was held to involve the focus group in the research and obtain the experiences and wishes directly from the young women. Additionally, interviews were conducted with two medical experts from their respective standpoint where their look on the IUD and the materials from the development workshop were discussed. The applied theories of ANT, logic of care, situated knowledge and technological theories and tools like the TRIN model provide perspectives on the empirical data collected from this workshop and the semi structured interviews with the experts. It aims to analyze what actors are involved in the entire network of the IUD. Through mapping of the relational network of actors, both human and non-human, it is made possible to see the contraceptive IUD not just as a device, but as a technological network that spans over many different areas of expertise. A visual model of this network has been developed to aid in pinpointing the areas/actors with potential for improvement. The findings show that young women experience a lack of communication, information and inclusion and wish to be free from adverse effects such as pain. Through analysis of the findings, actors such as the medical providers, public voice, research and the state all have room for improvement while medical providers seem to be the one that has most impact on the woman.

## Problemfelt

Kvinder bliver i mange af samfundets sammenhænge overset, hvilket kan have haft og stadig har konsekvenser for kvinderne i dag. I Caroline Criado Perez' bog *Invisible Women* (2019) tager Perez fat i mange af disse konsekvenser. Bogen fremlægger store mængder historiske data om mennesket, hvor manden som forskningsfelt og forsker er blevet til standarden. Denne standard har i følge Perez, medført en kønnet datakløft (Perez, 2019). Den nuværende mangel på data og konsekvenserne af dette ligger til grund for, at vi med dette projekt ønsker at undersøge og belyse spiraloplægning.

Igennem Perez' fremlæggelse af forskellige scenarier, tydeliggøres det, at kvinders problematikker og videnskabsområder tit stemples som ikke værende vigtige nok og bliver oversete, undersponsorerede eller ligefrem ignorerede (Perez, 2019). Dette har ført til at verden er designet til mænd som det normale, standardmenneske, herunder typisk den hvide og "able-bodied" mand (Perez, 2019, preface, s. XIII). Dette kan ses i teknologier og artefakter såsom bilseler, dørhåndtag og medicindoseringer, der alle er designet ud fra den gennemsnitlige mand, ikke det gennemsnitlige menneske, hvilket besværliggør tilværelsen for personer, der ikke har de samme behov og/eller anatomi som denne gennemsnitlige mand (Perez, 2019). Da forskning ofte baseres på ældre forsknings empiri, der ikke rummer kvinder, har det medført, at den tidligere oversete kvinde er blevet kontinuerligt overset (Perez, 2019), herunder ses den kønnede datakløft.

Der findes bestandigt flere feministiske og minoritets forskere der forsøger at modvirke denne tendens, ved at belyse problemet gennem kampagner, aktionsforskning og teorier, som f.eks. technofeminisme (Wajcman, 2000).

Gynækologi, studiet om kvinders underliv, er et område i lægevidenskaben der beskæftiger sig med behandling af kvindens kønsorganer og kvindespecifikke sygdomme (Kirschner, 2023). Det er et vigtigt og afgørende område for ca. halvdelen af befolkningen, herunder kvinder og personer med kvindelige kønsorganer.

I dette projekt vil vi give vores ydmyge bidrag til forskning foretaget af kvinder, der forsker i kvinder, til gavn for kvinders velbefindende. Projektet omhandler kvinders oplevelse med gynækologiske undersøgelser, med et specifikt fokus på spiraloplægning. Der undersøges hvor spiraloplægning og det system dette indgår i, kan forbedres. Hensigten er at bidrage til den feministiske bevægelse gennem problembelysning og videnssøgning.

## Problemformulering

**Hvordan erfares spiraloplægning for unge kvinder, og hvor udtrykker de og fagpersoner at oplevelsen kan forbedres?**

### Arbejdsspørgsmål

- Hvordan foregår spiraloplægning?
- Hvordan kan man betragte spiraloplægning som et teknologisk system?
- Hvilke systemer og artefakter indgår i spiraloplægning, og hvilken indflydelse har de på patientens oplevelse?
- Hvordan opleves gynækologiske undersøgelser hos udbydere i dag?
- Hvad siger teorier om kvinders møde med sundhedsvæsenet?
- Hvilke problemer findes i mødet mellem kvinder og sundhedsvæsenet i forbindelse med spiraloplægning?

## Redegørelse

I dette afsnit redegøres for hvordan en spiraloplægning foregår samt, hvordan kvinders negative oplevelser kan påvirke deres fremtidige møde med sundhedsvæsenet.

Hvad er en spiral og hvordan foregår spiraloplægning

En spiral er et præventionsmiddel der modvirker fertilisering af ægget i livmoderen (OUH, 2024). Når man får lagt spiralen, bliver den oplagt i kvindes livmoder. Spiralen findes både med kobber og med hormon. Ved brug af kobberspiral, som er hormonfri, kan kvinden ofte opleve kraftigere menstruation samt værre menstruationssmerter (Sex & Samfund, 2022). Denne spiral virker ved at ændre miljøet i livmoderen, så sædcellernes mobilitet er nedsat. Kobberspiral påvirker også miljøet i livmoderen på den måde, at slimhinden ænders, så ægget har svære ved at sætte sig fast (OUH, 2024). Ved hormonspiralen vil kvinden derimod opleve mindre menstruation eller helt udeblivende menstruation samt uregelmæssig blødning (Sex & Samfund, 2022). Denne virker ved, at spiralen langsomt udskiller hormonet gestagen. Dette påvirker livmorslimhinden samt livmorhalsslimen for at forbygge mod graviditet. (OUH, 2024). Ved opsætningen af spiral, vil kvinder der ikke har født, opleve smerte samt større chance for udstødning af spiralen (Intrauterine devices: an effective alternative to oral hormonal contraception, 2009).

Under spiraloplægning bliver der brugt artefakter som lokalbedøvelse, scanner, gynækologisk leje samt tang (OUH, 2024). Spiraloplægning foregår ved at kvinden ligger på et gynækologisk leje. Her vil lægen først undersøge kvinden samt lave en scanning af livmoderen. Derefter bliver der taget fat, med tang, i kvindens livmodere og denne bliver målt. Spiralen bliver ført op gennem skeden og der bliver herefter scannet for at tjekke at denne ligger rigtigt. I denne proces kan der lægges bedøvelse i livmorhalsen (OUH, 2024).

For at få lagt spiral skal kvinden først henvende sig til egen læge eller en præventionsklinik (eks. Sex og Samfund), for en forundersøgelse, hvor kvinden og lægen sammen finder ud af om spiral er den bedste præventionsmetode for hende. Det afhænger af hvilken udbyder kvinden vælger, om hun selv skal medbringe en købt spiral eller om udbyderen har den liggende (Smed, n.d.).

Der har været stigende salg af hormonspiraller, hvor der i 2000 blev solgt ca. 6000 hormonspiraller og i 2023 blev der solgt ca. 67.000 hormonspiraller (*Sundhedsdatastyrelsen-statistikker*, n.d.). Det årlige salg af hormonspiraller er altså steget med ca. 61.000 på de 23 år.

Tallene dækker kun over hormonspiraler solgt af apoteker, da disse er receptpligtige, hvorimod kobberspiraler kan købes i håndkøb eller hos gynækologen (*LÆGERNE GAMMEL MØNT*, n.d.) og det er derfor mere vanskeligt at samle data omkring. Dette hentyder dog stadig til at spiral som præventionsmiddel er mere i brug end før og derfor et relevant tema at belyse.

### Skrækhistorier og diskurs

I starten af 2024 kom der flere videoer på det sociale medie TikTok, hvor kvinder filmer sig selv få lagt spiral med hashtagene #IUD #iudawareness ([@liquoridontevenknowher], 2022). Mange af disse videoer viser hvor smertefuldt det har været for dem, hvor nogle græder og en beskriver det som "IUD insertion the worst pain imaginable" ([@liquoridontevenknowher], 2022).

Endnu en skrækhistorie kom frem i en artikel fra Berlingske i 2021 (Fosgrau & Senderovitz, 2021), hvor det fremgår at kvinder føler sig utrygge ved gynækologiske undersøgelser og der fortælles flere små anekdoter om dårlige oplevelser kvinder har haft: "Hun forklarede lægen, at hun tidligere havde haft en dårlig oplevelse og derfor var meget nervøs. Lægens reaktion gjorde det kun værre. »Bare forestil dig, at det er din kæreste,« sagde lægen." (Fosgrau & Senderovitz, 2021, s. 1). Dette er et eksempel på hvordan skrækhistorier kan se ud i den offentlige stemme.

Flere læger har også udtalt til TV2, at de mener at der er ved at komme "hormonskræk" (Schuldt, 2023a), hvor kvinder fravælger prævention med hormoner i (Schuldt, 2023b) eller foretrækker præventionsformer med så lidt hormoner i som muligt. Det er dog interessant at der i artiklerne ikke bliver nævnt noget om kobberspiralen, da dette er et hormonfrit alternativt til hormonspiralen.

### Negativ påvirkning af dårlige oplevelser i fremtiden.

Modsat andre præventionsmetoder er spiral for mange ofte forbundet, med smerte og angst for at skulle have den lagt, og hvad dette indebærer. Et studie lavet i USA på Boston Children's hospital, undersøgte angsten samt smerten ved spiraloplægning, i forhold til indsætning af p-stav (Callahan et al., 2019). Her kom de frem til, at de unge kvinder i begge grupper føler en vis form for angst inden indsætning. De kvinder der fik spiral, oplevede mere smerte og ubehag under indsætningsforløbet modsat kvinderne der fik p-stav. Af de adspurgte svarede flere af



kvinderne, at de ikke kunne lide oplægningen af spiral, og deres oplevelse ville gøre, at de ikke ville anbefale det eller få samme procedure igen. Konklusionen på dette studie, var at kvinderne der fik lagt spiral, rapporterede en mere negativ oplægning, i forhold til de kvinder der fik lagt p-stav. Her konkluderede de også, at denne negative oplevelse, kunne have konsekvenser for, om kvinderne ville få spiral igen (Callahan et al., 2019).

Dette bakkes op af et andet studie, foretaget af sundhedsstyrelsen, omhandlende screening af livmorhalskræft (Sundhedsstyrelsen, 2018). Heri belyser de:

Kvinder som har en tidligere dårlig oplevelse af en gynækologiske undersøgelse, ønsker især at undgå en ny undersøgelse. Nogle vil kun have foretaget en gynækologisk undersøgelse, hvis det er virkelig nødvendigt, og nogle vil kun have det gjort at en kvindelig undersøger. (Sundhedsstyrelsen, 2018, s. 46)

Dette viser altså, at det er vigtigt for kvinder at få en god oplevelse når de skal have foretaget gynækologisk undersøgelse, herunder spiraloplægning, da det ellers kan påvirke det fremtidige møde med sundhedsvæsenet negativt.

## Metode

Vi ser på spiraloplægning som et teknologisk system, der indgår i et større netværk. Netværket består af adskillige aktører, der i et samspil indgår både før, under og efter en spiraloplægning. Projektets mål er at illustrere dette samspil, for bedre at kunne analysere det teknologiske system, samt identificere problemer og udviklingspotentiale. Projektet er opbygget af empiri fra et afholdt fremtidsværksted og interviews med fagpersoner, for at forstå og belyse aktører indenfor spiraloplægning.

I projektet vælger vi hovedsageligt at fokusere på kvalitative undersøgelser, og fravælger de kvantitative, da vores projekt handler om oplevelser, som kan være meget forskellige og subjektive. For at finde ud af hvad den generelle oplevelse af spiraloplægning er og hvor der kunne være rum til forbedring, har vi valgt at direkte involvere målgruppen i vores empiriindsamling i form af et fremtidsværksted (Gleerup & Egmose, 2022). Målgruppen er unge kvinder, hvilket vi definerer som 18-34-årige. Dette er for at indsamle empiri i form af problemer og løsningsforslag udviklet af selve målgruppen, hvis oplevelse vi jo undersøger og ønsker at belyse og muligvis forbedre. Empirien fra fremtidsværkstedet bliver understøttet og

rationaliseret i form af interviews med to fagpersoner indenfor spiraloplægning, som begge er speciallæger i gynækologi og obstetrik. Fagperson 1 er en daglig leder for Sex og Samfund, og fagperson 2 ejer en privatklinik i Region Hovedstaden.

#### Fremtidsværksted

Metoden udføres på baggrund af Gleerup og Egmoses (2022) artikel, der handler om fremtidsværksted som metode. I artiklen fremgår det, at man i et fremtidsværksted arbejder med kritik og utopier, hvor forskellige borgere samles om sammen at udveksle ideer, reflektere over individuelle erfaringer, tilrettelægge løsningsforslag og igangsætte virkeliggørelsen i en demokratisk proces. Det er en kvalitativ metodisk tilgang, som skal facilitere deltagerne i at dele egne oplevelser i plenum, hvor forskernes roller blot er at facilitere og vejlede samtalen, hvis der er behov for det (Gleerup & Egmoose, 2022, s. 65). En af hovedpointerne er, at det er de deltagende som har ejerskab af værkstedet, så forskerne først og fremmest kan lære af deres personlige beretninger og idéer. Det er en form for partcipatorisk design (Gleerup & Egmoose, 2022, s. 62).

For at få samlet deltagere har vi i gruppen trukket på vores eget netværk og alle deltagerne har derfor et kendskab til en eller flere gruppemedlemmer. Desuden har vi i gruppen alle sammen et eller andet personligt kendskab eller holdning til spiraloplægning, og derfor har gruppen også været opmærksom på at tage stilling til bias.

Da alle deltagere er personer i vores netværk, er gruppen meget homogen, og dette kan føre til ensidet empiri. Desuden har alle kvinderne en form for uddannelsesgrundlag, og er ressourcestærke. De har derfor gode forudsætninger for at have god kommunikation med sundhedsvæsenet. Dette har vi været opmærksomme på igennem værkstedet og vil fortsat i vores bearbejdelse tage højde for.

Vi havde i forvejen haft overvejelser om hvorvidt værkstedet skulle lydoptages, filmes eller på andre måder dokumenteres. Efter drøftelser af fordele og ulemper, kom vi hver gang endegyldigt frem til, at fremtidsværkstedet som metode har deltageren og dennes oplevelser som hovedprioritet (Gleerup & Egmoose, 2022). Derfor skulle der ikke være nogen dokumentation, som skulle stå i vejen for de deltagendes velbefindende. Deltagernes bidrag vil være deres mest naturlige, hvis de er godt tilpas.

Under værkstedet kommer deltagerne igennem tre faser: kritikfasen, utopifasen og virkeliggørelsesfasen. I disse faser bliver deltagerne præsenteret for de tre metoderegler som de bliver bedt om at holde fast i:

Kritikfasen:

*“Vi er konsekvent negative; vi formulerer os i korthed; vi kommenterer ikke hinandens bidrag”*  
(Gleerup & Egmose, 2022, s 65).

Utopifasen:

*“Vi er konsekvent positive; vi formulerer os i korthed; vi kommenterer ikke hinandens bidrag”*  
(Gleerup & Egmose, 2022, s 67).

Virkeliggørelsesfasen:

*“Vi holder fast ved vores ønsker – hvordan kan vi begynde at gøre dem til virkelighed?”*  
(Gleerup & Egmose, 2022, s 68).

I kritikfasen startes der med en brainstorm om alt det negative deltagerne kommer i tanke om i forbindelse med overskriften ”spiraloplægning”. Herefter stemmer deltagerne om hvilke pointer der er vigtigst hvorefter pointerne fra brainstormen tematiseres og laves til problemstillinger. Deltagerne vælger hver især derefter hvilken af problemstillingerne de finder mest relevant som fører til gruppefordeling. Herefter laver de i de små grupper en visualisering af problemstillingen og en præsentation af visualiseringen og denne tales der om i plenum (Gleerup & Egmose, 2022).

Dette gentages herefter i utopifasen, men nu med positivt fortegn, hvor deltagerne opfordres til at tænke fantasifuldt om hvordan spiraloplægning kunne se ud i fremtiden, i en utopi. Et eksempel der blev brugt under værkstedet var ”en pink limousine henter mig og kører mig hjem efter oplægningen”.

I virkeliggørelsesfasen skal deltagerne i de samme grupper som i utopifasen udvikle en handlingsplan for at få deres utopi ført til virkelighed. Deltagerne fungerer som medforskere og deres erfaringer, fantasi og kompetencer er med til at styre retningen for udviklingen og resultatet af forskningen (Duus, 2012, s. 117). De skal derfor være med til at læse hvad forskerne skriver, efter de har deltaget og tage del i den iterative proces om rapporten. Det gør

man, bl.a. sådan at dem og deres udsagn ikke bliver præsenteret forkert (Gleerup & Egmos, 2022, s. 63).

### Interview

I forlængelse af fremtidsværkstedets sidste fase, virkeliggørelsesfasen, videregives den handlingsplan deltagerne har lavet, til fagpersoner, som kan give sparring på kvaliteten, realiserbarheden og bidrage med andre indfaldsvinkler. Derfor blev der foretaget to interviews med to forskellige fagpersoner. De to interviews blev lavet i en semistruktureret form (Brinkmann & Tanggaard, 2017), hvori handlingsplanen blev fremvist og diskuteret og det faglige perspektiv blev ligeledes undersøgt. Den semistrukturerede form giver muligheden for at sætte rammerne for hvad man ønsker at få ud af interviewet, samtidig med at man giver plads til interviewpersonens naturlige indfald (Brinkmann & Tanggaard, 2017, s. 38).

En interviewguide er en guide som på forhånd udarbejdes, hvori man opsætter forskerspørgsmål. Dette henfører til den viden man er interesseret i at tilegne sig, og tydeliggøre interviewspørgsmål, som er en oversættelse fra forskerspørgsmålene til de reelle spørgsmål der ønskes stillet under interviewet (Brinkmann & Tanggaard, 2017, s. 38). Det semistrukturerede interview tager interviewguiden i brug, for at sørge for, at forskeren har sat sig ind i og har en hensigt med det forekommende interview (Brinkmann & Tanggaard, 2017, s. 34). Hensigten med projektets to interviews, er at se lig- og uligheder mellem de ting der prioriteres hos de forskellige klinikker, hvilke mulige udfordringer der kunne være og dermed mulige forbedringer. Der blev derfor udarbejdet to interviewguides med ens struktur, men med en variation i de spørgsmål der omhandlede klinikkerne; den offentlige klinik og den private klinik (Bilag 6).

## Teori

Vi er interesserede i at bidrage til feministisk forskning, og har derfor valgt forskellige feministiske teorier, der beskæftiger sig med kvinder, køn og forskning. Således inddrages teorier fra dimensionen Subjektivitet, Teknologi og Samfund. Det er oplagt da projektet omhandler unge kvinder indenfor et sundhedsfagligt felt, som er bygget op af forskning. Dimensionen Teknologiske Systemer og Artefakter (TSA), trækker på teorier indenfor teknisk videnskab, som inddrages i rapporten. Indenfor denne dimension inddrager vi TRIN-modellen (Jørgensen, 2023), der bruges som analyseredskab.

### Situeret viden

En af de centrale teoretikere indenfor kønsforskning og teknologi er Donna Haraway, hvis teorier vi inddrager og anvender på vores empiri. Haraway (1988) står bag udtrykket 'situeret viden', som er et begreb, der går ud på at man ser på, reflekterer og fremlægger de forhold og omstændigheder som viden skabes i. Den fremstiller en levet, oplevet og kropslig erfaret viden, som anses at være kvalitativ, da den stiller skarpt på et afgrænset område og forholder sig subjektivt til det (Haraway, 1988).

Situeret viden danner således grundlag for vores problemformulering, hvor vi netop ser på unge kvinders levede, oplevede og kropslige erfaringer med spiraloplægning.

Haraways teori sætter fokus på, at forskere ultimativt ikke kan forholde sig objektivt til et forskningsemne, men at man som forsker skal påtage sig ansvaret for sine påstande og hvad der har skabt dem, hellere end kun at grunde påstandene i den forskede virkelighed. Haraways teorier sætter også fokus på, at man bør se sin forskning i lyset af historien, demografien, kultur og mange andre vinkler der kan have indflydelse. Man kunne ifølge Haraway (1988) som forsker, ikke være et neutralt talerør for virkeligheden.

### Omsorgslogik

Omsorg er et begreb der bruges i feministisk Science and Technology Studies (STS). Ifølge den hollandske filosof Annemarie Mol, handler omsorgslogikken om at vedholde og tilpasse omsorg, da omsorg kan ses som en proces "Care is not a limited product, but an ongoing process" (Mol, 2008, s. 11). En proces der indeholder løbende kommunikation og som har sine uforudsigeligheder, man skal tilpasse sig (Mol, 2008, s. 12; Dahl, 2012, s. 53).

Der tages fat i flere etiske eksempler på situationer hvor man kan være i tvivl om hvilken slags omsorg man skal udføre. Et eksempel er en person med dyb depression eller der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, der vil blive i sengen hele dagen. (Mol, 2008, preface s. x) Ved borgeren eller eksperten bedst hvad borgeren har brug for? Den overordnede pointe er her, at man skal tættere på mennesket og spørge "hvorfor?", for at få dybere forståelse for hvad der ligger til grund for at borgeren vil blive i sengen og holde det op imod den ekspertviden, som fagpersonalet har. Det er en helt anden slags omsorg, som er mere individuel og kompleks, hvor der er samspil mellem borgeren og eksperten (Mol, 2008, preface s. xi). Desuden ses borgeren der er i kontakt med sundhedsvæsenet som en aktiv og ikke passiv deltager, da de

ikke bare “bruger” sundhedsplejen som de modtager, men “foretager” selv en del af sundhedsplejen, i det at de også selv skal bruge egne vurderinger og valg (Mol, 2008, s. 7).

I Mols bog “The Logic of Care” henvises der til at omsorg og helbredelse, ikke skal ses som to adskilte grupperinger af aktiviteter, selvom denne adskillelse ofte laves i videnskabelige diskussioner (Mol, 2008, s. 1). Igennem bogen omtales helbredelse derfor ikke videre, da omsorgen er i fokus. Bogen tager dog stilling til sygdom, og hvordan denne skal behandles med omsorg, bare ikke med et definitivt fokus på helbredelse (Mol, 2008, s. 1). Det der adskiller dette projekt fra Mols teorier, er at projektet ikke omhandler sygdom, men prævention, som tages i brug af raske kvinder.

Vi vil anvende omsorgslogik i analysen og bearbejdningen af vores empiri. Her vil vi tage stilling til den omsorg der foregår mellem kvinden og gynækologen. Det vil derfor være et redskab til at se på udtalelserne fra kvinderne og fagpersonerne, for at forstå kvindens møde med sundhedsvæsenet.

#### TRIN modellen

TRIN-modellen er udviklet af Thomas Budde Christensen, Erling Jelsøe og Niels Jørgensen, som alle er lektorer på Roskilde Universitet. Den er et redskab, der består af 6 begreber/trin. TRIN er et akronym der står for “Teknologi og Radikalt og Inkrement design i Netværk” (Jørgensen, 2023, s. 23). Man kan bruge modellen til at analysere en teknologi, men den er hverken en teori eller metode (Jørgensen, 2023). Den er derimod en oversigt over 6 aspekter af teknologi, hvor hvert aspekt bliver kaldt for et trin (Jørgensen, 2023, s. 2).

I vores opgave har vi valgt at kigge på gynækologiske undersøgelser som et teknologisk system, som er trin 4 i TRIN-modellen (Jørgensen, 2023, s. 9). Som teori har vi valgt i dimensionen Teknologiske Systemer og Artefakter, at tage udgangspunkt i TRIN modellen. Herunder hovedsageligt at lægge vægt på:

**Trin 1: Teknologiers indre mekanismer og processer** (Jørgensen, 2023, s. 2).

**Trin 3: teknologiers utilsigtede effekter** (Jørgensen, 2023, s. 2).

**Trin 4: teknologiske systemer** (Jørgensen, 2023, s. 2).

**Trin 5: modeller af teknologier** (Jørgensen, 2023, s. 2).

Vi har valgt disse, da det er de mest relevante trin for projektet, til at belyse vores problemformulering og problemfelt på den bedste måde. Dette gør at vi kan gå ind og analysere konstruktionen af det teknologiske system, som vi har valgt at undersøge, og hvilke artefakter og effekter som indgår. I projektet vil vi således inddrage de teknologiske systemer og artefakter, som indgår i oplægning af spiral, samt de omkringliggende systemer.

Artefakterne og systemernes utilsigtede effekter spiller en stor rolle i at identificere problematikkerne. Fremtidsværkstedets kritikfase er her en indsamling af utilsigtede effekter og andre kritikpunkter af spiraloplægnings proceduren som kommer direkte fra borgere der er påvirket af disse. Indenfor dimensionen TSA er det essentielt at se på systemers helhed, for at kunne forstå og arbejde med dem i dybden (Jørgensen, 2023). Det er også årsag til at vi med fremtidsværkstedet først henvender os til en mindre del af systemet, nemlig brugeren af spiralen, for at forstå det større billede.

#### Müllers teknologibegreb

Indenfor dimensionen TSA kan der findes forskellige definitioner af teknologibegrebet. En af disse definitioner er lavet af Jens Müller: “Summen af de hjælpemidler, hvorved mennesket genskaber og eventuelt udvider sine materielle livsbetingelser, og bevidstheden om deres anvendelse, udgør teknologien i ethvert samfund.” (Müller et al., 1984). Det er Müllers teknologibegreb som vi tager afsæt i, til at definere hvad teknologi er. Med det afsæt, ser vi på spiraloplægning og dets adskillige elementer, som tilsammen former et teknologisk system.

#### Aktørnetværksteori samt aktørkortlægning

Aktørnetværksteori (ANT) er studiet om effekterne af relationer, og er en teori der drejer sig om og undersøger, hvordan mennesker og ikke menneskelige aktører relaterer sig til hinanden (Jensen, 2021). Herved kan der opstå ‘effekter’, som er viden, teknologi og magt (Jensen, 2021, s. 83). Denne teori bruges til at analysere effekterne af relationerne mellem bl.a. de menneskelige og ikke menneskelige aktører, hvor relationer kan genskabes, og kan ændres med tiden (Jensen, 2021).

Vi har valgt at gøre brug af aktørkortlægning, som Adele Clarke (2017) beskriver i bogen “Situational Analysis, Grounded Theory After the Interpretive Turn” i kapitel 5. Her defineres der fokus for “situational mapping” som “The analytic focus of a situational map is the situation

broadly conceived. The core goal is to descriptively lay out all the human and nonhuman elements in the situation of inquiry” (Clarke et al., 2017, s. 127)

Vi har i opgaven oversat “situational map” til aktørkortlægning. Aktørkortlægning er baseret på empiri, og der laves flere iterationer løbende. Vi bruger således også aktørkortlægning til samme formål, altså at fremlægge både de menneskelige og ikke-menneskelige aktører. Dog begrænser vi os, og kortlægger ikke samtlige aktører, men kun dem som fremgår af empirien. Aktørkortlægningen kommer af et fokus på hvem der er vigtige og har betydning for emnet samt kort om hvilke andre elementer, der kan gøre en forskel (Clarke et al., 2017, s. 127).

I projektet har vi valgt at gøre brug af ANT, da den hjælper os med at kortlægge de forskellige aktører, deres relation samt effekterne af denne. Dette er vigtigt, da det giver et analyseredskab, der gør det nemmere for os at identificere hvilke aktører, menneskelige og ikke menneskelige, der har en indflydelse på spiraloplægning som netværk. Dette hjælper projektet med at finde frem til hvor problemet indenfor spiraloplægning er, samt hvem der har indflydelsen på dette.

Aktørkortlægningen vil fungere som et redskab til at skabe overblik over det teknologiske system og relationerne i dets netværk. Det er derfor visualiseret i Figur 8, som gennemgås senere i opgaven.

## Aktionsforskning

Aktionsforskning har til formål forandre og skabe viden om verden, men kan også indeholde ikke-ændringsorienterede delmål i et projekt (Laursen, 2012, s. 97). Der er dog altid det overordnede fokus, der omhandler forandring i praksis og udvikling af viden om hvordan disse forandringer kunne ske. Aktionsforskning i sig selv er ikke en metode, dette er i stedet en forskningstilgang, der benytter sig af forskellige metoder herunder fremtidsværkstedet som vi i projektet har gjort brug af. (Duus, 2012, s. 115)

Aktionsforskning har et tværvideenskabeligt perspektiv, som tager aktørens problemer, forståelse samt løsningsforslag alvorligt. Aktionsforskning ønsker ikke at løse problemerne, men at understøtte deltagerne i selv at definere dem samt analysere dem. Dette kræver ofte et længere forløb, hvor deltagerne får lov til at lade nysgerrigheden flyde rundt, samt positionere. Disse rammer har aktionsforskerne ansvar for at etablere og vedligeholde. I et fremtidsværksted



er det f.eks. forskerens rolle at etablere rammerne ved at facilitere. Her er ansvaret at forklare de forskellige faser og de pågældende regler for hver fase (Laursen, 2012, s. 107).

Indenfor aktionsforsknings ontologi, indgår der en forestilling om at verden ikke er færdig. I denne er aktionsforskning forandringsagent, både til udvikling af ny viden samt brugen af gammel viden. Denne udvikling sker gennem deltagernes egne erfaringer samt deres læring. (Laursen, 2012, s. 107)

Man antager indenfor aktionsforskning at menneskers mulighed for at lære og erkende, er afhængigt af deres mulighed for at handle. Ny viden skabes altså derfor igennem handlinger som at eksperimentere. Aktionsforskning indeholder en analyse samt beskrivelse af menneskers praksis (Laursen, 2012, s. 103).

Indenfor denne forskningsgren, er et af de centrale elementer det der kaldes eksperimentet. Det omhandler at intervenere i menneskers praksis, være i dialog med deltagerne af praksissen, for at udarbejde anbefalinger til forbedring af praksissen (Laursen, 2012, s. 107). Disse forbedringer tages til eftertragtning, for at kunne lave beskrivende vurderinger af dem og hele forløbet i sig selv. I aktionsforskning er der også en evaluerende beskrivelse til deltagernes praksis. Denne evaluerende beskrivelse formuleres negativt og som kritiske refleksioner, der giver afsæt i noget nyt. I sammenspil med dette bruger forskningstilgangen også utopi. Her er ideen at tage fat i den positive/fantasifulde tilgang. Denne fantasifulde proces skal sætte gang i handlingsudkast (Laursen, 2012, s. 107).

Forskeren er indenfor aktionsforskning en "outsider" der ikke deltager, men i stedet iagttager. En vigtig pointe er også, at alle kan bruge aktionsforskning, så længe man følger teorien samt fremgangsmåderne indenfor dette (Laursen, 2012, s. 105).

## Empiri

I dette kapitel præsenteres forberedelse og udførsel af metoderne, og den resulterende indsamlede empiri fra et fremtidsværksted og to opfølgende interviews med fagpersoner indenfor gynækologi.

### Planlægning og udførsel af fremtidsværksted

Når man laver et fremtidsværkstedet, anbefales der at være ca. 15-20 deltagere (Gleerup og Egmos, 2022, s. 64), og der blev derfor sendt invitationer ud til så mange potentielle deltagere

som muligt. De potentielle deltagere var unge kvinder i en alder fra 18-34 der havde eller havde haft spiral, da fremtidsværkstedets tema var spiraloplægning.

Invitationen blev udarbejdet med tre mulige datoer, en forventet tidsplan og indeholdt denne beskrivelse af hvad fremtidsværkstedet gik ud på: "Et fremtidsværksted er en form for workshop, hvor man sammen kan dele sine erfaringer, tanker og idéer om et emne. Under workshoppen vil I blive præsenteret for forskellige temaer, som I vil tale om i fællesskab." (Bilag 1). Invitationen skulle således vise, at der ikke forventedes noget specifikt af deltagerne eller at de skulle forberedes sig (Gleerup & Egmose, 2022, s. 64), men kun at de hver især skulle møde op som de var.

Der blev meddelt at fremtidsværkstedet ville tage ca. 3 timer, og den dato med flest tilgængelige blev meldt ud til de i alt 10 deltagere som havde sagt ja til invitationen. På dagen var der 2 afbud, og værkstedet blev derfor afholdt mandag den 8. april 2024, med 8 deltagere. En af de 8 kvinder var 34 år, og de andre 7 var mellem 19 og 23 år.

Den forventede tidsplan (Bilag 2) blev udarbejdet ud fra fremtidsværkstedets tre faser: Kritik-, utopi- og virkeliggørelsesfasen. Vi havde en forventning om at den aflagte tid ville blive brugt, og der var chance for at gå over tidsplan. Eftersom fremtidsværkstedet kan kræve meget af deltagerne og for nogle, være en hård erkendelsesproces, hvor andre kan føle sig overvældede (Gleerup og Egmose, 2022, s. 66-67), sørgede vi for at indsætte mange pauser i tidsplanen. Vi aftalte derfor på forhånd, at de indsatte pauser, kunne variere i tidspunkt og længde, og dette skulle der tages stilling til på dagen, hvor vi løbende ville være i kontakt med deltagernes humør og energi. Deltagerne blev også informeret om at de selv kunne kræve pauser.

En samtykkeerklæring blev forberedt (Bilag 3), og var det første deltagerne skulle tage stilling til og underskrive, når de mødte op. I denne blev der gjort opmærksom på, at der blev ført protokol (Bilag 4) og værkstedet blev fotograferet (Bilag 5), hvor det fremgik at oplysningerne og billederne ikke ville være personhenførbare.

Under værkstedet skulle der være mulighed for at lave tegninger, vægaviser, plancher mm., som skulle bidrage til den kreative tænkning, og senere dokumentation. Derfor sørgede vi for at have alle nødvendige materialer til rådighed for deltagerne. I lokalet havde vi 3 sammenhængende kridt-tavler, som vi hver især dedikerede til en fase hver, samt et whiteboard og en papir-tavle som vi ville bruge til fasernes tematiseringsdel.

Under fremtidsværkstedet havde alle i gruppen forskellige roller, hvor to af gruppens medlemmer var facilitatorer. Dette vil sige at deres rolle i fremtidsværkstedet var at facilitere deltagerne igennem de forskellige faser i fremtidsværkstedet. Her var det vigtigt at facilitatorerne forholdt sig neutralt, og kun hjalp med at nedskrive deltagerens pointer, samt hjælpe med opfølgende spørgsmål/omformuleringer men dette kun ved deltagerens godkendelse. Hvis facilitatorerne ville spørge om det kunne uddybes eller omformuleres, og deltageren sagde nej, ville det blive skrevet op præcist som deltageren sagde det.

Udover facilitatorerne stod de resterende to i gruppen for dokumentation af fremtidsværkstedet. En af de to havde ansvaret for alt fotodokumentation, tidsplan samt overordnet tovholdning. Her blev der kun taget stemningsbilleder, hvilket vil sige at der ikke blev taget billeder af deltagerens ansigter. Det var også gruppemedlemmets ansvarsområde at gemme alle illustrationer lavet af deltagerne. Det sidste gruppemedlem havde som rolle at nedskrive en protokol af selve værkstedet og det vigtigste der skete. Her blev der altså nedskrevet uddybninger af nogle af de vigtige pointer samt stemninger blandt deltagerne.

### Resultater fra fremtidsværksted

Følgende er en gennemgang af resultaterne fra fremtidsværkstedet sat op i kronologisk rækkefølge.

#### **Kritikfasen**

Mange af pointerne fra brainstormen i kritikfasen handlede om dårlig information om spiral som præventionsform og selve spiraloplægningen, hvor deltagerne bl.a. synes at der var meget forskellig information og det kan være svært at finde ud af hvilken udbyder, man bør lytte til. Herudover handlede mange af pointerne også om kommunikationen mellem lægen/gynækologen og kvinden selv. Deltagerne gav udtryk for at de havde et større behov for inklusion i processen om spiraloplægning, hvor gynækologen fortæller og inkluderer kvinden i hvad der foregår, end hvad de havde oplevet ind til videre. Flere forklarede også hvordan de følte at det gik for hurtigt og følte lidt som et samleband (Figur 1).

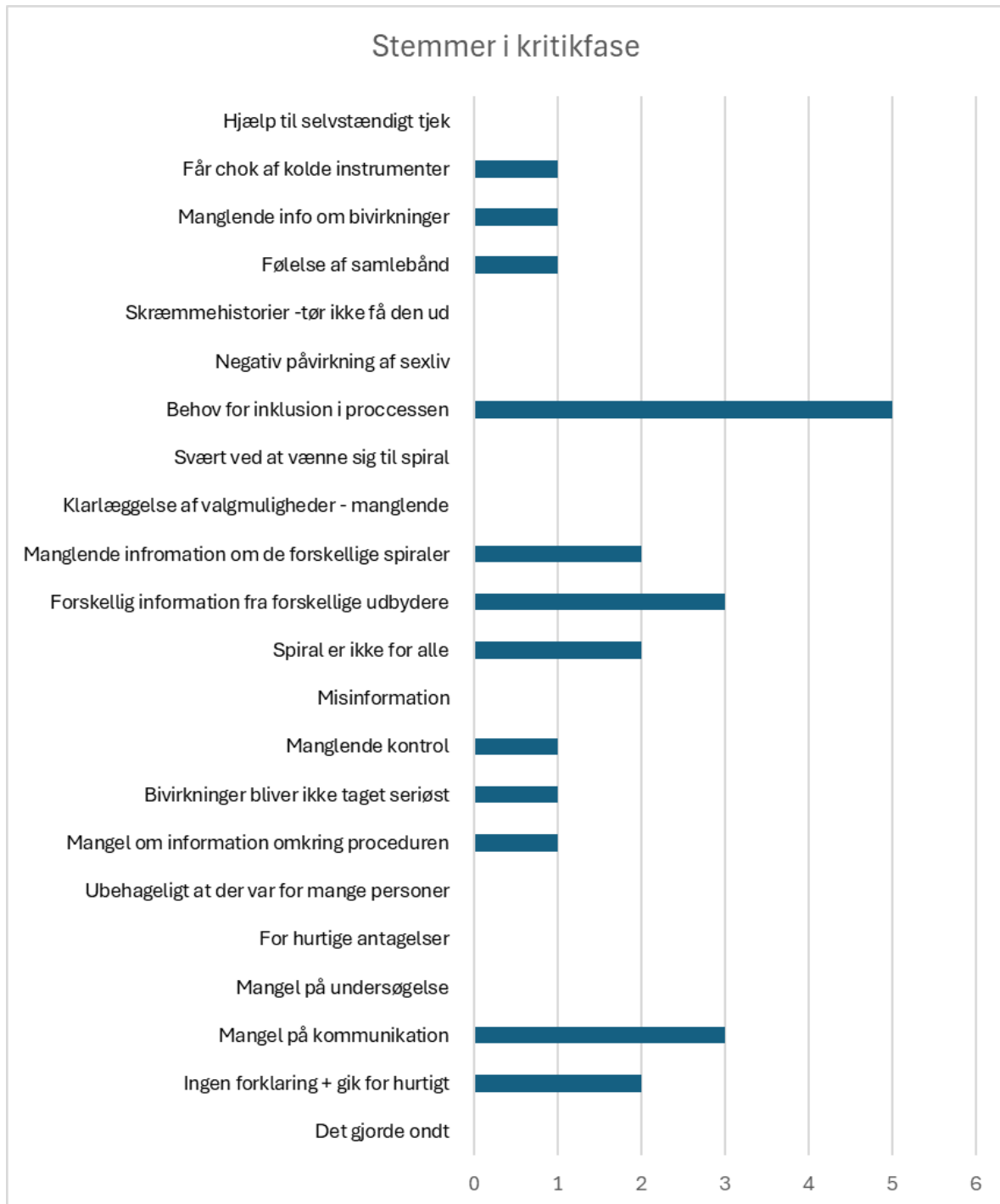
#### **Figur 1**

*Kritikfase - Tegning*

*Note. Figur 1 er en illustration fra visualiseringsdelen af kritikfasen. Den er udarbejdet af deltagerne fra fremtidsværkstedet af en gruppe med temaet "Mangel på inklusion, individualisering og individuel vurdering".*

Ifølge protokollen (Bilag 4), beskrev gruppen tanker bag tegningen, som at det var "samlebåndsagtigt" og de ville vise at lægen vil have det til at gå hurtigt, hvilket får kvinden til at føle sig forvirret og som om der ikke er styr på tingene. En anden gennemgående del af kritikfasen var kritik af bivirkningerne ved spiralen, som at det gjorde ondt, bivirkningerne blev ikke taget seriøst og spiral kunne have negativ effekt på sexliv (Figur 2). Der blev en enkelt gang nævnt at man "får chok af kolde instrumenter" (Figur 2), men ikke noget andet med de fysiske faciliteter og omgivelserne i rummet.

[OBJ]

**Figur 2***Kritikfase stemmeafgivning*

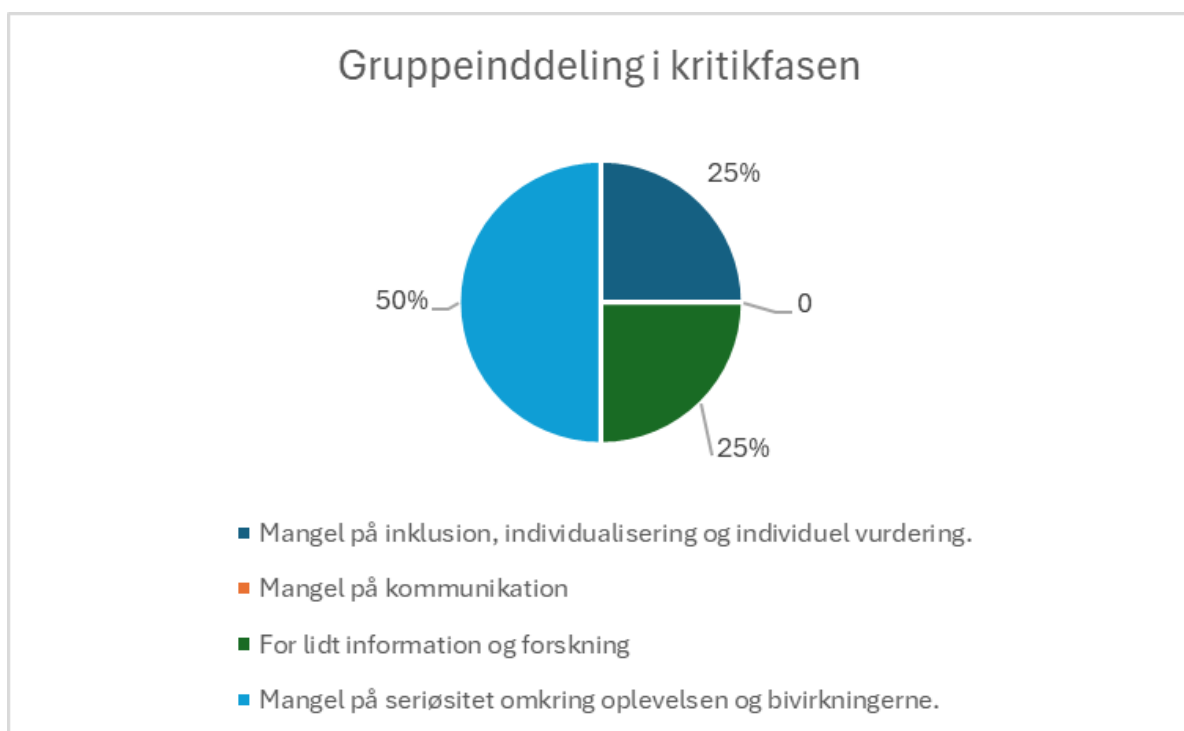
Figur 2 viser alle pointerne fra kritikfasens brainstorm i tilfældig rækkefølge. Efter brainstormen blev deltagerne således bedt om at stemme på 3 forskellige pointer, som de fandt vigtigst. Søjlerne viser hvor mange stemmer hver pointe har fået.

Ser vi på antal stemmer, synes flest at pointen *behov for inklusion i processen* var vigtigst, da den fik hele 5 stemmer. *Forskellig information fra forskellige udbydere og mangel på kommunikation* fik hver 3 stemmer. Disse var altså dem, som flere af deltagerne var enige om var vigtigst. Nogle pointer fik ikke stemmer, men har stadig en signifikans selvom de ikke fik stemmer. Desuden var der også flere pointer der mindede om hinanden.

Pointerne der fik stemmer blev herefter tematiseret, grupperet og omformuleret til problemstillinger af deltagerne. Derefter stemte deltagerne på hvilket tema/problem de fandt vigtigst, hvilket så førte til grupperinger baseret på interesse, som fremgår af Figur 3. Her ser vi at 50% af deltagerne valgte "Mangel på seriøsitet omkring oplevelsen og bivirkningerne", hvor ingen af deltagerne valgte temaet "Mangel på kommunikation", selvom det var meget gennemgående i brainstormen. Der var således 25% på hhv. "Mangel på inklusion, individualisering og individuel vurdering" og "For lidt information og forskning".

### Figur 3

#### Kritikfase gruppefordeling



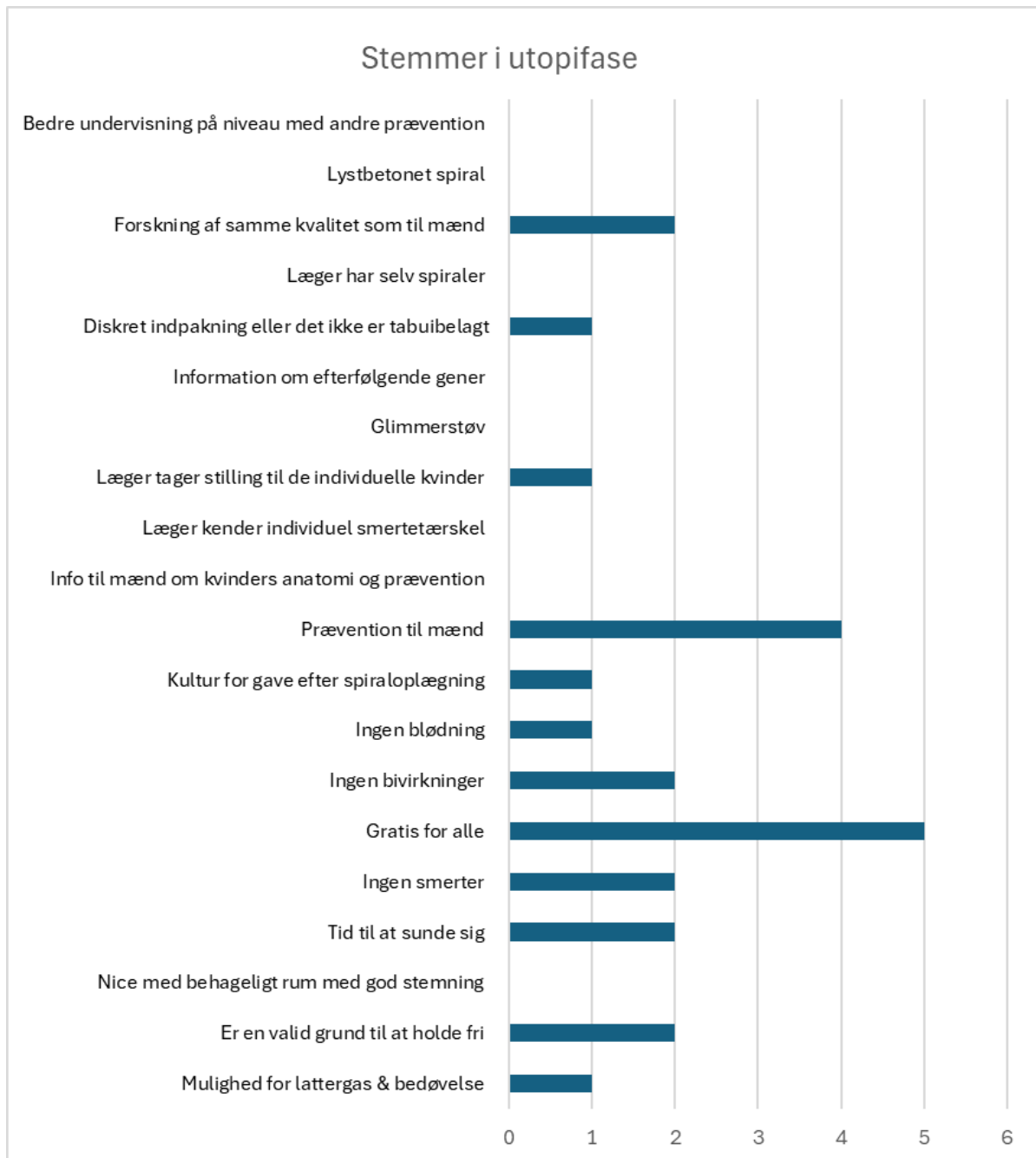
## Utopifasen

I utopifasen bliver deltagerne opfordret til at være kreative og springe rammerne for hvad der kunne være muligt.

I utopifasen var det gennemgående at mange af deltagerne ønskede færre eller ingen bivirkninger ved spiral. Her kom der også pointer frem omkring bedre håndtering og rammer for bivirkninger, hvor man har tid til at sunde sig efter oplægningen, eller mulighed for lattergas eller bedøvelse. I forlængelse af dette kom også pointer frem om lægers håndtering, hvor deltagerne mente at lægerne skulle være bedre til at kende den individuelle smertetærskel.

Et andet gennemgående tema var ligestilling, hvor prævention til mænd, forskning af samme kvalitet som til mænd og at spiral skulle være gratis for alle, gik igen. I tematiseringen og gruppeinddelingen blev dette også samlet til et tema i sig selv. I forbindelse med ligestillingstemaet var der også pointer omkring at information om prævention og kvinders anatomi også skulle være mere gennemgående for mænd, samt at bryde tabuet ved at have diskret indpakning.

Ved afstemningen fik pointen om at prævention bør være gratis for alle flest stemmer, med 5 stemmer, hvor prævention til mænd fik 4 stemmer (Figur 4). Deltagerne efterlyste også at have fået lagt spiral skulle være en valid grund til at holde fri fra job eller skole og at der skulle være kultur om at få en gave efter oplægningen. De fik hhv. 2 og 1 stemmer (Figur 4). Her kan det have noget at gøre med at kvinderne leder efter anerkendelse for at gennemgå et indgreb, som ikke altid føles rart.

**Figur 4***Utopifase stemmeafgivning*

Ved tematiseringen og grupperingen valgte 60% af deltagerne “Bedre lægepraksis” og 20% valgte “Fri for bivirkninger” og de resterende 20% valgte “ligestilling (Ændring af kultur)” (Figur 5). Ingen valgte “Værdsættelse og forståelse for dem som har været igennem

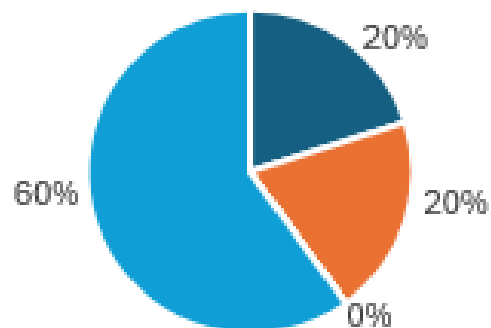


spiraloplægning”. På Figur 6 nedenfor ser vi visualiseringen af “Ligestilling (Ændring af kultur)”, som gruppen havde lavet.

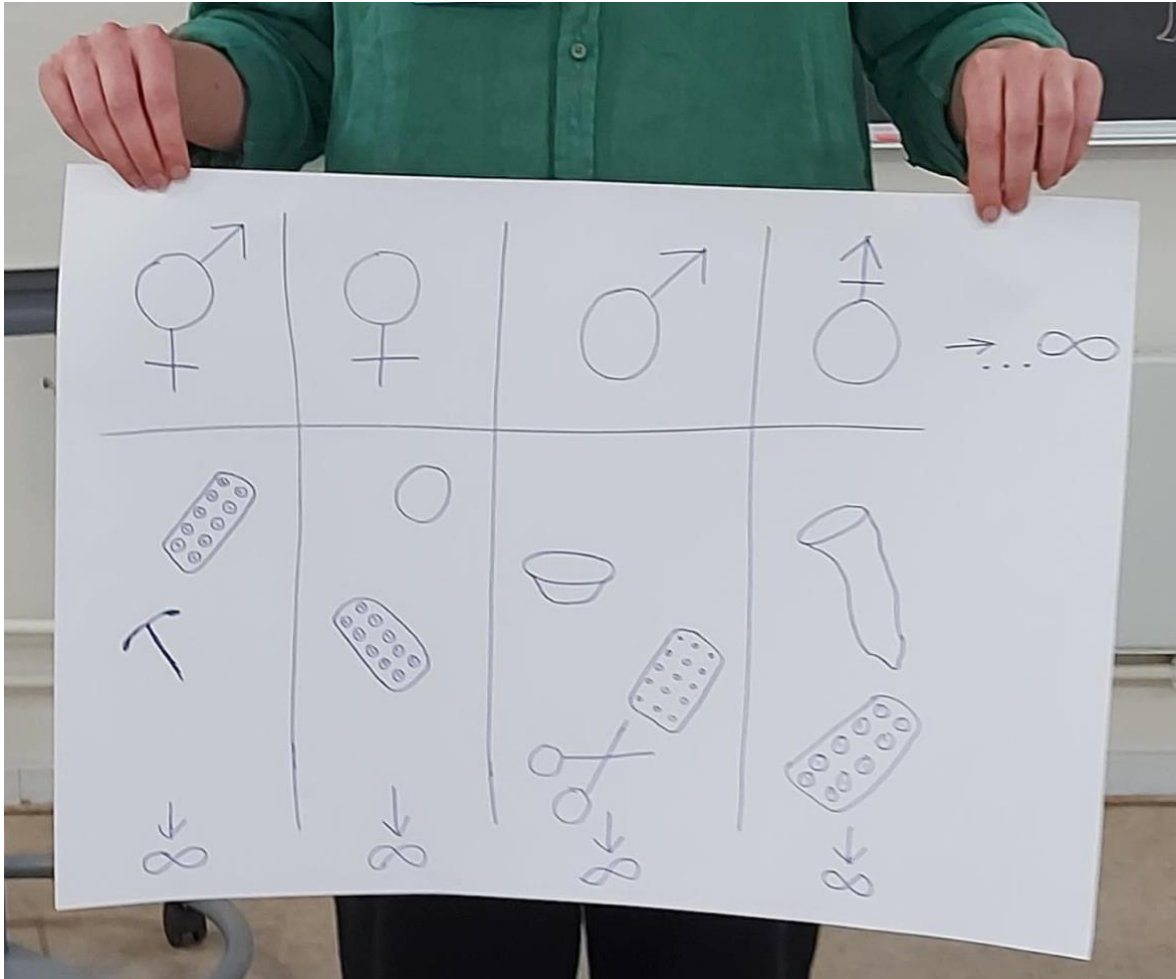
### Figur 5

*Utopifase gruppefordeling*

#### Gruppeinddeling i utopifasen



- Fri for bivirkninger
- Ligestilling (Ændring af kultur)
- Værd sættelse og forståelse for dem som har været igennem spiraloplægning
- Bedre lægepraksis

**Figur 6***Utopifase Tegning*

Note. Figur 6 er en illustration fra visualiseringsdelen af utopifasen. Den er udarbejdet af deltagerne fra fremtidsværkstedet af en gruppe med temaet "Ligestilling (Ændring af kultur)".

**Virkeliggørelsesfasen**

I sidste fase: Virkeliggørelsesfasen, beholdt deltagerne utopifasens temaer, men arbejdede sammen om at udarbejde en fremgangsmåde til hvordan man kunne realisere utopierne.

Figur 7 viser de pointer, som alle indeholder løsningsforslag, og giver en ide om hvad deltagerne mener, der er muligt indenfor virkelighedens rammer.

Flere af forslagene handler om strukturelle ændringer, som at sætte krav, lovgivning eller at man skal overholde eksisterende krav. Hvor indførelse af nye krav om tilbud af fx bedøvelse eller speciel behandling.

Første punkt “fri for (færre) bivirkninger” blev omformuleret undervejs af deltagerne, hvor de slog en streg over “fri for” og skrev “færre” i stedet, hvilket er derfor det står skrevet på den måde.

### Figur 7

*Virkeliggørelsesfase. Samlede forslag til fremgangsmåder*

1. Fri for (færre) bivirkninger	2. Ligestilling	3. Bedre lægepraksis
Mere forskning - flere penge til det	Bryd tabuet. Snak om det	Baseret på god forskning
Højere krav til kvalitet af forskning	Kend dine rettigheder og stil krav til din læge	Overholder krav om samtale før proceduren
Højere krav og forskning til medicin til kvinder	Gratis prævention	Individualiseringen/læge konklusion
Tilbyd bedøvelse og forklaring om det	Forskning af samme kvalitet for mænd og kvinder	Mere tid og strammere regler i forhold til lægepraksis
Tilbyd bivirkningsbehandling til før og efter		Mulighed for konstruktiv kritik
		Læger må have et maks antal patienter

*Note. Dette er en elektroniske version af Bilag 5, s.8, Foto 15 og er udarbejdet for at øge læsbarheden.*

### Interviews

I forlængelse af fremtidsværkstedets virkeliggørelsesfase, blev der foretaget to interviews med fagpersoner indenfor feltet. Fagperson 1 er daglig leder hos Sex & Samfunds præventions- og rådgivningsklinik, som er et gratis og anonymt tilbud stillet til rådighed for alle der bor i Region

Hovedstaden (Sex & Samfund, 2024a). Fagperson 2 ejer en privat klinik, beliggende i Region hovedstaden, og vil i interviewet kunne give indsigt til gynækologers praksis og tilgang. Som bonus har begge fagpersoner lagt mange spiraler gennem årene, og har dermed fungeret som et essentielt led i unge kvinders oplevelse af spiraloplægning. Deres ekspertise syntes at være en god forudsætning for at kunne videregive fremtidsværkstedets pointer, til dem, da de besidder stor forståelse og erfaring indenfor spiraloplægning og få professionel feedback på det udarbejdede materiale fra virkeliggørelsesfasen.

De to interviews var opdelt i to dele som var hhv. interviewdelen, hvor der blev spurgt ind til spiraloplægning og fagpersonernes oplevelser, og en feedback del, hvor fremtidsværkstedets materiale blev fremvist og diskuteret. Første del af interviewene blev foretaget som semistruktureret interview, hvor der var klare interviewspørgsmål som var nedskrevet i interviewguiden (Bilag 6) og der blev ofte stillet opfølgende spørgsmål løbende om eksperternes udsagn. I den anden del af interviewet, blev fagpersonerne præsenteret for det fysiske materiale, udarbejdet af fremtidsværkstedets deltagere. Først fik de fremvist kritik- og utopipointerne og brainstormenes stemmefordeling (Figur 2; Figur 4). Hernæst, blev de fremvist gruppefordelinger (Figur 3; Figur 5) og deltagernes visualiseringer (Figur 1; Figur 6; Bilag 5, s. 4, 5, 7). Slutningsvis fremvistes det endelige produkt af virkeliggørelsesfasen, som var en planche med instruktioner i punktform (Bilag 5, s. 8). Disse punkter blev med fagpersonerne diskuteret, for at få deres holdning om realiserbarhed og relevans af punkterne. Interviewene havde en planlagt varighed af ca. 45 minutter, hvoraf deres to dele skulle veje lige meget i tidsfordeling og udbytte. De endte med at vare hhv. 42 og 55 minutter.

## Analyse

Følgende er en fremlæggelse og udfoldelse af fremtidsværkstedets tre pointer fra virkeliggørelsesfasen. Disse tre pointer blev af fremtidsværkstedets deltagere grupperet således: 1. Fri for (færre) bivirkninger, 2. Ligestilling og 3. Bedre lægepraksis. Løsningsforslagene under hver af pointerne analyseres i samspil med empirien fra de to fagpersoners interviews nævnt i empiriafsnittet. Vi bruger omsorgslogik (Mol, 2008) som et redskab til at forstå og undersøge kvindens møde med sundhedsvæsenet, gennem udtalelserne fra kvinderne og fagpersoner.

I denne analyse betragtes spiraloplægning som et teknologisk system, hvor vi gør brug af TRIN-modellen (Jørgensen, 2023).

For at analysere relationerne mellem de aktører der indgår i det teknologiske system, som er trin 4 i TRIN-modellen, og for at undersøge hvad der opstår i disse relationer, inddrager vi aktør-netværksteori (Jensen, 2021). For at identificere hvilke aktører der er relevante, magtdynamikker, udviklingspotentiale og for at analysere interesser, bliver der udarbejdet en aktørkortlægning, der visualiserer spiraloplægning som et teknologisk system. Denne kortlægning bliver præsenteret og analyseret til sidst i analysen.

### Fri for (færre) bivirkninger

Det første punkt fra virkeliggørelsesfasen drejer sig om ønsket om at blive fri for eller få færre bivirkninger ved spiraloplægning. Løsningsforslagene handlede om forskning, tilbud om bivirkningsbehandling og bedøvelse, hvor kommunikation spiller en stor rolle. Det er en afspejling af kritikfasen, hvor både fysiske og mentale bivirkninger spillede ind i oplevelsen.

### Forskning

En del af handlingsplanen de lagde, handlede om bedre forskning og mere finansiering til forskning i medicin til kvinder, hvor spiraler og prævention ville være hovedfokus. Dette bevidner til en konsensus om, at forskning danner det faglige grundlag for spiraloplægning, og forbedret forskning dermed kan være med til at mindske spiraloplægningens utilsigtede effekter (trin 3; Jørgensen, 2023). De utilsigtede effekter kan bl.a. være smerte og ubehag, som deltagerne fremhævede i kritikfasen.

Forslaget er todelt, da der er mangel på en fysisk forskningsdel, der handler om videreudvikling af spiral og prævention, ved siden af en mere metaforisk forskning om hvordan kvinder oplever spiraloplægning i mødet mellem en sårbar situation og sundhedsvæsenet. Begge har forskellige slags utilsigtede effekter, som enten er en fysisk eller psykisk bivirkning. Sundhedsstyrelsens rapport om screening for livmorhalskræft (2018), skelner også mellem de fysiske og psykiske bivirkninger ved en dårlig screening for livmorhalskræft, som også er en gynækologisk undersøgelse (Sundhedsstyrelsen, 2018, s. 110).

Fagperson 1 nævner forskning i fysiske bivirkninger indenfor prævention i interviewet, hvor der bliver talt om pointen "fri for (færre) bivirkninger". Her fremhæver fagpersonen at der er efterspørgsel på hormon-fri prævention, men at forskningen alligevel ikke går så hurtigt fordi "... der også er mange der syntes at det egentlig er meget godt sådan som det er nu" (Bilag 7, s. 9, 25:34.00). De "mange" der bliver talt om, kan være forskere, som ikke har tilfredshedsundersøgelser at basere deres kritikpunkter på. Og går derfor ud fra at kvinder ikke er utilfredse ved spiralens fysiske bivirkninger. Fagperson 1 mener desuden, at der ses en langsom ændring indenfor forskning:

Det er jo en strukturel ting at der forskes på mænd og mandesygdomme forskes der meget mere i end der gør i kvindesygdomme. Det er langsomt ved at ændre sig men det tager jo lang tid før, at det slår igennem. Der er mange stemmer nu for at der skal flere penge til forskning i kvindesygdomme og det er jeg selvfølgelig meget enig i." (Bilag 7, s. 9, 24:24.00)

Ovenstående er også en af Perez' hovedpointer i bogen "invisible women", som også fremgår tidligere i rapporten. Hun peger, ligesom fagperson 1, på at der skal gives flere penge til forskning af kvinden (Perez, 2019), og vi kan derfor se at økonomi er en stor aktør i forbindelse med forskning. Mere finansiering kan skabe både muligheden og incitamentet til at undersøge og udvikle.

Pointen om at deltagerne vil have færre bivirkninger henviser til de bivirkninger der er forårsaget af den manglende forskning i kvindens krop. Herunder også de bivirkninger der påvirker mere psykisk, som er forårsaget af manglende kommunikation, protokol og kutyme,

som deltagerne mener der også burde forskes og oplæres i. De psykiske bivirkninger fremgår af kritikfasen, som ubehag og følelsen af samlebånd (figur 1; figur 2).

På den måde kan vi se, at mere forskning faktisk ville kunne gøre en større forskel for kvinderne i forbindelse med at mindske eller fjerne bivirkninger. Da bivirkningerne alle er forskellige, kræver de forskellige tilgange og hermed også forskningsprojekter der belyser spiraloplægning fra forskellige vinkler. Det er også det som deltagerne efterlyser – nemlig forskning baseret på kvindernes erfaringer. Det er bl.a. også derfor vi i gruppen har valgt at tilgå problemet i et aktionsforskningsperspektiv, hvor kvinderne er hovedaktøren og helt i fokus. “I aktionsforskningens forståelse foregår udvikling først og fremmest gennem deltagernes læring og/eller erfaringsdannelse” (Laursen, 2012, s. 102). Her er aktørerne forskning og økonomi gennemgående.

### **Bedøvelse og Kommunikation**

Anden del af løsningsforslaget indenfor pointen om at være fri for (færre) bivirkninger, var at der skulle tilbydes bedøvelse og en forklaring om det, samt en bivirkningsbehandling til før og efter. Deltagerne mente at lægen skulle tage initiativ til dette, i stedet for at kvinden selv skulle bringe det op (Bilag 4, s. 15). Forslaget om tilbud til bedøvelse kom sig af, at flere af deltagerne ikke vidste at det var en mulighed at blive bedøvet, fordi de ikke blev tilbudt det af fagpersonen. Dette afspejledes også i kritikfasens brainstorm, hvor der blev nævnt flere pointer om manglende viden og misinformation, samt forskellig info fra forskellige udbydere om spiraloplægning (Figur 2).

Det er ikke lovpligtigt at tilbyde bedøvelse, og der er derfor forskel på udbyderne om de selv tager initiativ til at tilbyde bedøvelse. På Sex og Samfunds hjemmeside skriver de at de altid tilbyder bedøvelse ved spiraloplægning (Sex & Samfund, 2024b). Fagperson 1, som arbejder for Sex og Samfund fortalte i interviewet hvordan obligatorisk tilbud om bedøvelse kunne være godt:

Obligatorisk tilbud om lokalbedøvelse. Det tror jeg er allervigtigst også fordi jeg tror det vil give en ro omkring det på forhånd. Ro, tid og individualisering

det tror jeg er de vigtigste ting. Ikke bare “Du skal have spiralen, læg dig op” fordi det er ikke godt. (Bilag 7, s. 13, 37:56.00)

Fagperson 2 problematiserer dette forslag, da personen mener at man skal passe på med “rettighedstænkning”, men uddyber ikke yderligere (Bilag 8, s. 10, 42:55.00).

Ud over lovgivning er der også et aspekt, som handler om at udbyderne ikke kan tage al smerten, lyder det af begge fagpersoner. De forholder sig kritisk i forhold til at kunne tage al smerten væk og fagperson 1 mener at man skal sætte det hele i større perspektiv:

Et aspekt er jo også, selvom oplevelsen måske ikke var fantastisk, “men så havde jeg 5 år hvor det bare fungerede for mig. Ingen smerter ved blødninger, meget lidt blødning, frit seksuelt liv uden man skulle tænke på prævention, ingen graviditeter, ingen aborter” Det er jo et vigtigt aspekt af det fordi lige nu fylder det rigtig meget, lige den der oplægning. Hvad er det så der kommer ud af det. (Bilag 7, s. 14, **37:56.00**)

Deltagerne kan allerede have været opmærksomme på dette, fordi pointen om “fri for (færre) bivirkninger” blev skrevet sådan fordi deltagerne ændrede utopien “fri for bivirkninger” til “færre bivirkninger” da de nåede til virkeliggørelsesfasen. Det tyder altså på at deltagerne også mener at det ikke endnu kan opnås at få lagt spiral helt uden bivirkninger.

Deltagerne ønskede at der skulle tilbydes bedøvelse samt kommunikation om denne. Her kan det være staten, der er en aktør, da det er dem der kan indføre regler om obligatorisk tilbud om bedøvelse, selvom fagperson 2 problematiserede dette. Det er således udbyderen der skal rette sig ind efter disse regler og er derfor også en afgørende aktør her. Selv hvis det ikke er den lov der bør indføres, er det stadig disse aktører der sammen kan tage stilling til det. Ved fremtidsværkstedet så vi at det var en del af løsningsforslaget og om hvordan fagperson 1 mente at det kunne hjælpe med oplevelsen.



## Ligestilling

Det andet punkt fra fremtidsværkstedets virkeliggørelsesfase var ligestilling. Her var det forstået som ligestilling mellem mænd og kvinder. Ligestilling mente deltagerne ikke var opnået endnu, ud fra det de oplevede i hverdagen. Dette betyder at deltagerne mente at flere skridt mod ligestilling, især mellem mænd og kvinder, kunne være en måde at forbedre spiraloplægning også som fysisk proces men især prævention som koncept i det hele. Dette bliver meget tydeligt i sammenspil med utopifasen hvor deltagerne flere gange nævnte at der skulle være de samme standarder for mænd og kvinder indenfor forskning, prævention og der skulle ske en ændring af kulturen som den er nu (Bilag 4, s. 10-12).

## Bryd tabuet. Snak om det

Under “bryd tabuet” mente deltagerne af fremtidsværkstedet at der skal skabes en åben dialog om spiraloplægning, prævention og sex. “Det skal simpelthen ikke være pinligt” (Bilag 4, s. 16) blev der sagt som forklaring i virkeliggørelsesfasen. Tabu fremgår i den offentlige stemme som aktør, her indgår skrækhistorier, succeshistorier, kultur, medier og information som er med til at vedligeholde eller modvirke tabu.

For at bryde et tabu, kan det at man snakker om emnet, langsomt normalisere det i fællesskab. Det kan foregå i det små; ens tætte relationer, og også foregå i det større billede, heri medierne, som under tiden har en tendens til at frembringe flere beretninger om spiraloplægning (Schuldt, 2023a). Et eksempel kan ses på det sociale medie TikTok, hvor der findes flere videoer under hashtagget #iudawareness, med kvinder der dokumenterer deres smertefulde, forvirrende eller skuffende oplevelser med spiraloplægning. ([@liquoridontevenknowher], 2022). Fagperson 1 fortæller i interviewet at de fleste går fra spiraloplægning med en bedre oplevelse end forventet men at der er meget negativitet omkring spiraloplægning lige for tiden.

Langt de fleste oplever vi, træder ned fra lejret og siger “var det det” eller “hold da op, jeg har hørt så meget forfærdeligt og det her det var jo ikke noget” og så går de glade ud ad døren. ... i de historier her bl.a. i Femina, der hører man hvor skrækkeligt det var i den video de også viser fra kvinder der har optaget sig selv imens de får lagt en spiral. (Bilag 7, s. 3, 4:50.00)

Konsekvensen af disse skrækhistorier og negative oplevelser kan give et meget negativt billede på spiralen, gynækologi og prævention i det hele, og kan igen føre til tabu. Her kan den offentlige stemme have stor indflydelse på individers holdninger, følelser overfor spiraler og føre til spredning af misinformation og misrepræsentation. Dette mente deltagerne fra fremtidsværkstedet også var et problem, at det var svært at finde ud af hvad der var sandt eller falsk. En deltager i fremtidsværkstedet beskrev denne forvirring som "... forvirrende, hvad der er rigtigt. Har kun været hos en, men snakket med andre der var hos andre, der har fået helt andre informationer." (Bilag 4, s. 2). Det kan derfor være forvirrende at finde frem til den rigtige information om ens rettigheder, både i mødet med internettet, mødet med en udbyder samt samtaler med ens omgangskreds. Kvinders individuelle dårlige oplevelser med spiraloplægning er dog stadig vigtig kritik og valide oplevelser som kan føre til forbedring af eksisterende problemer og belysning af mulige utilsigtede effekter.

Der kan altså være sammenhæng mellem at bryde tabuet og at der kommer mindre misinformation og misrepræsentation for spiraloplægning i den offentlige stemme, da flere kvinder snakker åbent med hinanden om både gode og dårlige erfaringer. Her er det altså især kvinden, hendes erfaringer og den offentlige stemme, som aktører der er essentielle for at bryde tabuet og hermed også mindske forvirring om information.

### **Kend dine rettigheder og stil krav til din læge**

I kvindens møde med en udbyder, har kvinden rettighed over sin egen krop og valg af behandling. Her peger pointen omkring ligestilling, på vigtigheden af at kende sine rettigheder, for dermed at kunne stille krav til udbyderen. Dette stod i kontrast til pointen "fri for (færre) bivirkninger" nævnt før, da deltagerne der mente at lægerne skulle tage initiativet. Der var det især i forhold til bivirkningsbehandling og tilbud om bedøvelse, hvorimod de i dette løsningsforslag mener at kvinden skal tage initiativet og stille krav til lægen. I kritikfasen blev der nævnt en del om kommunikation og at inddragelsen i processen ikke var som ønsket. Her understreger begge fagpersoner at kommunikation gør det nemmere for kvinden og også fagpersonalet. Det er vigtigt for dem at fortælle kvinden hvad der sker under proceduren, men det går også den anden vej. "Det er et samarbejde det her. Det fortæller jeg hende "det er et samarbejde"" (Bilag 8, s. 5, **13:50.00**).

Der skal altså være en tovejskommunikation for at begge parter er med, og proceduren kan foregå på en god måde. Ansvar for denne kommunikation har begge parter men da kvinden er i en mere sårbar position. Her skal fagpersonen gøre sig bevidst over deres ekspertise og magt og tilpasse deres handle måde til kvindens behov.

### **Gratis prævention**

Deltagerne af fremtidsværkstedet blev enige om, at gratis prævention kunne føre til mere ligestilling mellem mænd og kvinders seksuelle frihed og øge antallet af kvinder der vælger spiral som præventionsmiddel (Bilag 4, s. 15).

Vi antog at gratis prævention ville være en stor hjælp for unge kvinder, da deltagerne på fremtidsværkstedet fremhævede det, som en vigtig pointe i sidste fase af værkstedet. Dette tog vi med videre til fagperson 1 og fagperson 2, hvor vi fremlagde løsningsforslaget om gratis prævention. Her nævnte begge fagpersoner, at dette ikke nødvendigvis var en god ide, og ud fra deres erfaringer ikke ville være det rigtige sted at forbedre spiraloplægning. Der er altså uenighed om hvorvidt en ændring i prisen af spiraler, som hører under aktøren økonomi, ville gøre en god forskel.

Fagperson 2, mente at det gav et andet engagement at man selv havde betalt for spiralen, at man altså her ville give den længere tid, og ikke bare få den fjernet før "indkøringsperioden" ved en hormonspiral er overstået (Bilag 8, s. 10, 44:38.00). Dette fortalte hun i forbindelse med at have arbejdet i et land, hvor spiraler var gratis.

Fagperson 1, mente heller ikke at det var den rigtige måde at gøre det på. Hun mente i stedet at det ikke er der kvinderne prioriterer forbedringer, og at prisen i øvrigt vil være ligegyldig for kvinder over 25 år.

Det har jo vist sig at det faktisk ikke er løsningen. I hvert fald ikke når man ser ud fra aborttal og den slags ting. Selvfølgelig er det fint nok. I Norge er det også gratis op til 24 år men det er ikke prisen. Den er lang nede i placeringen når man spørger de unge hvad der er vigtigst ved deres prævention. Det er effektiviteten, at den faktisk virker og så er det det der med at der ikke er bivirkninger, smerter eller noget og så kommer prisen ind hos de unge. Når man

så spørger en gruppe der er over 25 så er prisen ligegyldig. Så det er ikke en stor barriere. Selvfølgelig kunne det være rart hvis det var en mulighed. (Bilag 7, s. 12, 32:34.00)

Dette står i kontrast til hvor meget det fyldte for kvinderne i fremtidsværkstedet, hvor prisen på spiralen, var noget af det der blev nævnt meget, og gik videre til den sidste fase af værkstedet. Dog er der ligheder med fremtidsværkstedet og udtalelsen, da overtallet af deltagerne på fremtidsværkstedet var under 25 år. Desuden har kvinderne det tilfælles at befinde sig et sted i livet, hvor de fleste endnu ikke har et virke med fast indtægt, da flertallet af dem er under uddannelse, og dermed ofte har en lav indtægt eller usikker økonomi (DJØF, 2023). Dette kunne være grunden til hvorfor prisen af spiraler, og prævention generelt, var et omtalt emne i fremtidsværkstedet.

Fagpersonerne kommer fra en anden vinkel, hvor økonomi ikke er det afgørende for deres del i processen, og de kommer fra en ekspertviden, og har haft andre erfaringer i forhold til at gøre prævention gratis.

Der er altså uenighed om spiraler bør være gratis alt efter hvilken aktør man spørger og hvilken person under den aktør man spørger. Kvinden som aktør er et bredt begreb og der kan derfor være forskel i svarene alt efter hvilken alder man har.

### **Forskning af samme kvalitet for mænd og kvinder**

I det sidste løsningsforslag under ligestilling i virkeliggørelsesfasen mente deltagerne at ligestilling kunne opnås ved at der blev foretaget forskning af samme kvalitet for kvinder som til mænd. Som nævnt i indledningen af denne rapport var dette en af motivationerne for opstarten af dette projekt bakket op af Caroline Criado Perez bog om databias og kvalitet af forskning for kvinder, hvor konsekvenserne af uligheder i forskning også bliver belyst (Perez, 2019). Lignende blev også nævnt i punktet om at være fri for (færre) bivirkninger omkring mere forskning om spiraler og prævention. Der handler det mere om mængden af forskning indenfor spiraloplægning, mens dette forslag handler om at opnå ligestilling i forskningsverdenen generelt.

### Bedre lægepraksis

Fremtidsværkstedets tredje punkt, der blev kaldt bedre lægepraksis, indeholdt dele som tilsammen skulle fremme en forbedring af lægepraksisser, ud fra de unge kvinders ønsker (Figur 7).

iblandt kritikfasens formuleringer, fandtes der en gruppering om spiraloplægningens mangler. Der manglede forklaring, information og generel inklusion i processen (Figur 2). I utopifasens positive formuleringer, fandtes der en gruppering af udtalelser der stod i kontrast til disse mangler. Denne gruppering var en utopisk spiraloplægning, hvor lægen havde kendskab til kvinders individuelle smertetærskel, der blev kommunikeret information om efterfølgende gener og valget om at få en spiral skulle være lystbetonet (Figur 4).

Dette punkt blev altså udarbejdet på baggrund af de tidligere fasers pointer, som især omhandler individualisering og kommunikation.

Fagperson 2 pointerer at for at kunne lægge spiral skal man have praktisk erfaring og “det at lægge en spiral kan man ikke læse sig til” (Bilag 8, s. 7, 22:22:00). Hun mener i forlængelse af dette desuden også at det er svært at være god til at lægge spiraler “... fordi det er en kunst at kunne det så det ikke gør pive ondt” (Bilag 8, s. 7, 24.17.00).

Hvor gynækologer regulært lægger spiraler, så kan der være længere mellem spiraloplægninger hos praktiserende læger, da de har flere patienter med forskellige situationer. Det kan være en grund til at praktiserende læger hellere sender kvinder videre til gynækologerne eller ikke tilbyder bedøvelse, da det især også kræver øvelse (Bilag 8, s. 7).

### **Individualisering og læger må have et maksimum antal patienter**

Til individualisering som løsning på at få bedre lægepraksis, nævnte deltagerne, at det er individuelt hvilke behov man har i valget af prævention og i hvilken grad man har brug for samtale under forløbet. Dette skal lægen derfor tage stilling til, og få til at spille sammen med det eksisterende krav (Sundhedsloven, 2022, §15, stk. 1, stk. 3, §16, stk. 1) om at have en indledende/forebyggende samtale inden man får lagt spiral. Nogle deltagere havde haft oplevelse af at denne samtale blev fremskyndet eller forhastet, og løsningsforslaget tager netop højde for at dette krav om samtale skal overholdes (Sundhedsloven, 2022, §15, stk. 1, stk. 3, §16, stk. 1). Deltagerne der oplevede en forhastet konsultation, oplevede altså ikke at modtage den ideelle omsorg. Deltagerne tilføjede at en grænse for lægers maksimum antal patienter,

giver lægerne færre patienter at forholde sig til, og dette kunne dermed forbedre patienternes oplevelse, give fagpersonen mere tid med den enkelte og føre til mere individualisering. Mere tid med den enkelte patient hænger også sammen med utopien "tid til at sunde sig" (Figur 4).

I deres løsningsforslag handler det først om at kravet rent faktisk bliver overholdt, men det handler også om hvordan de samtaler udspiller sig, hvad end det er i den indledende samtale eller under oplægningen. Det er især her individualisering, og kommunikation spiller sammen. Fagperson 2 fremhæver at der er mange forskellige typer kvinder, der kommer til klinikken, hvor hun forsøger at tage højde for at alle er forskellige og dermed kræver forskellig behandling.

Det er klart at der så er forskel i hvordan jeg nærmer mig dem. Hende der snakker om julefrokost og påskefrokost og har smidt bukserne inden jeg overhoved har sagt noget, der siger jeg "du ved jo hvad vi skal" men jeg siger hvad jeg gør. Så siger hun "ja ja, du gør bare hvad du skal. Du behøver ikke at sige noget" Så er der hende som er meget bange, meget nervøs og typisk har fået en masse gode historier fra hendes veninder. ... Så plejer jeg at vise spiralen, jeg har en spiral i min nøglebrik. Så prøver jeg at vise hvor lille den egentlig er. Allerede der, der falder skuldrene lige 2cm. (Bilag 8, s. 4, 11:12.00)

I fagperson 2's tilfælde er kommunikation og individualisering forbundet. Fagperson 2 mener at det handler om individualiseringen (Bilag 8, s. 4 11:12.00) Fagperson 2 aflæser graden af nervøsitet og fortrolighed, for at kunne agere passende til den enkeltes behov. Det kan bl.a. være her det går galt, da det kan være svært at aflæse kvinderne og tilpasse sig behovet. Som nævnt, er omsorg en del af dette løsningsforslag. I fagperson 2's beskrivelse, ses den stadig vedholdende tilgang til, at tilpasse sig den individuelle kvinde, som en vedholdenhed der fungerer motiverende, for at fokusere på hvad kvinden har brug for (Mol, 2008). Omsorgslogik handler om hvad vi gør i denne relation (Mol, 2008, s. 7), og fagperson 2 tilpasser her sine handlinger til kvinden, og disses opstående samarbejde gør dem begge aktive i relationen.

Vi kan altså derfor se, at relationen mellem udbyderne, kvinden og hendes erfaringer bliver kritiseret af deltagerne, mens fagperson 2 forsøger at imødekomme denne kritik på hendes klinik.

I interviewet med fagperson 2, nævner fagpersonen at der er en kæmpe ulighed i magtforholdet mellem kvinden og udbyderen.

... Jeg fortæller dem hvad jeg skal, fordi bare det at lægge sig op i den stilling det er jo enormt. Man blottes sig, det er meget sårbart. Lige pludseligt er magtforholdet også enormt forskudt. En ting er, at jeg behandler og hun kommer til mig med et problem, men det at lægge sig op på den måde det er simpelthen en kæmpe forskel. Jeg har en kæmpe magt, jeg har en kæmpe indflydelse og jeg har en kæmpe alt muligt og det skal man være sig meget bevidst. Hvor ulige det forhold pludselig er. Det kan man ikke lave om på, og det skal man heller ikke lave om på. Det er jo en del af det men det gør bare at jeg skal være meget mere bevidst om min rolle overfor kvinden. Det er hende der er den svage, den sårbare i det her. Det er ikke mig. ... (Bilag 8, s. 5, 13:50.00)

Dette citat er fra interviewet med fagperson 2. Her forklarer hun om hvordan magtforholdet er forskudt, når kvinden ligger så op på briksen.

Ser man på ANT, er det en af de effekter der opstår i relationer mellem aktørerne. Det er fagpersonen der skal udøve sit arbejde på kvinden, der er i en sårbar situation, dette synes fagperson 2 også. I den her relation har den ene aktør magt over den anden, da kvinden skal lægge sin tillid i fagpersonens hænder. En effekt af denne relation, er altså magt.

### **Mulighed for konstruktiv kritik**

Et mere konkret løsningsforslag til bedre lægepraksis var at have mulighed for at give konstruktiv kritik til udbyderne.

Med mulighed for at give konstruktiv kritik, giver det kvinden råderum i hendes egen oplevelse, som samtidig kan være med til at forbedre oplevelsen for andre kvinders fremtidige konsultationer.

Deltagerne vil gerne kunne give deres konstruktive feedback til gynækologerne, hvor der er ro til at gøre det (Bilag 4, s. 16). Desuden foretrak deltagerne at kritikken skulle gives efter, og "helst ikke til lægen" (Bilag 4, s. 16). Når proceduren er overstået, mindskes magtrelationen mellem udbyderen og kvinden, og når denne mindskes, er der mere ro for kvinden til at reflektere over hendes erfaringer.

Fagperson 1 er enig i, at der bør være mulighed for konstruktiv kritik, men søger mere positiv feedback:

... hvis der var en anden vinkel også. Hvis der nu var nogen som syntes at det har været fint eller fortæller hvor glade de er for spiralen der ligger der og dens virkninger og deres frihed ift. deres seksualitet alt det der. Den del kommer bare ikke frem. ... Jeg syntes der mangler den anden side af det. Det der rigtig meget er i pressen om for eksempel hormonel prævention det er alle ulemperne. Flertallet som er glade og har det godt, og hvad de oplever det mangler. Det ved jeg jo godt findes og det ved andre måske også, men de ser kun de der meget negative vinkler. ... (Bilag 7, s. 13, 35:30.00)

Denne positive feedback ville Sex og Samfund kunne bruge på deres hjemmeside, hvor de kan kommunikere modsætningerne af skrækhistorierne.

Allerede nu findes der muligheder for konstruktiv kritik med hjemmesider som trustpilot (OM trustpilot, n.d.) og andre anmeldelsessteder, men dette er generelt for klinikken. Den feedback der gives der, er også ofte ikke anonym og målgruppen er også ofte rettet mod andre borgere, og ikke nødvendigvis forbedring af procedurerne for klinikkerne. Med dette løsningsforslag, ønskes en specifik procedure for at give konstruktiv kritik til spiraloplægningen, som gives anonymt og er henvendt til udbyderen, for at oplevelsen kan forbedres.



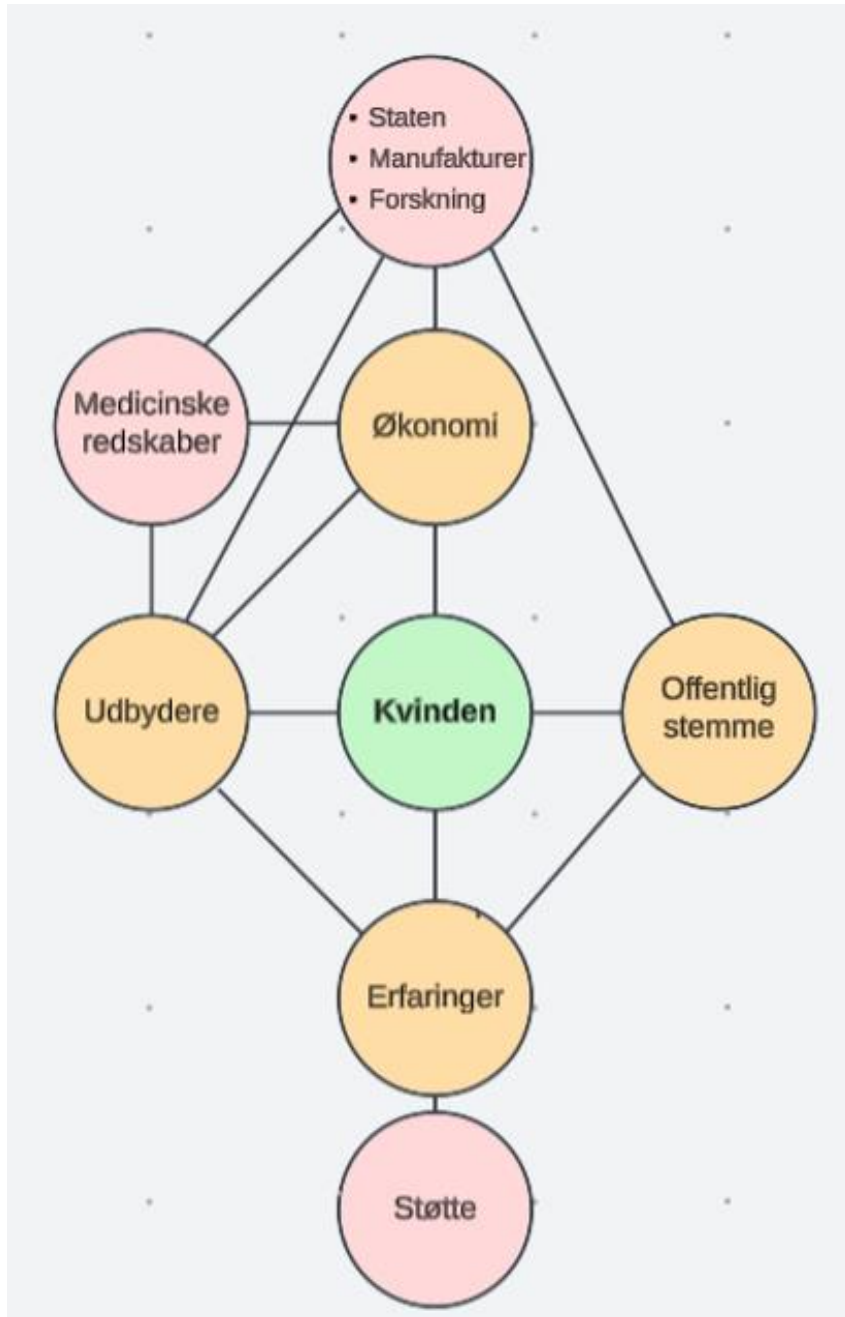
Punktet om bedre lægepraksis efterstræber en spiraloplægning, hvori den individuelle kvindes behov bliver mødt, gennem kommunikation og uden forhastede konklusioner. Det er altså udbyderen, der kan gøre en forskel i relationen til kvinden. Man kan bruge omsorgslogik som et redskab til at forstå intentionen om at udøve den bedste praksis, hvor udbyderens ekspertviden stadig er afgørende (Mol, 2008). Som Mol (2008) konkluderer, handler god omsorg ikke bare om at træffe de rigtige individuelle beslutninger. God omsorg er snarere noget, der kan opstå gennem vedholdende og samarbejdende forsøg på at afstemme viden og teknologier til menneskers kroppe og deres komplekse liv (Mol, 2008, s. 56). Omsorgslogik handler netop om dette samspil, og om at finde balancen mellem faglighed og omsorg. Det kan være svært at finde balancen mellem faglighed og omsorg, da der også er en ulighed i magtforholdet mellem kvinden og fagpersonen (Bilag 8, s. 5, 13:50.00).

### Aktørkortlægning

Vi har udarbejdet en kortlægning, over de relevante aktører i netværket omkring kvinden, der får foretaget en spiraloplægning (Figur 8). Dette er gjort på baggrund af vores empiriindsamling, samt analysen af denne og anden undersøgelse af feltet.

Kortlægningen er en visualisering, hvor det er intentionen at det skal bruges som redskab til at få en holistisk forståelse for spiraloplægning som netværk, hvor der er fokus på relationerne mellem aktørerne. Dog går vi ikke i dybden med alle relationer, da vi er interesserede i at undersøge et afgrænset perspektiv i dybden, ligesom Haraways (1988) begreb om situeret viden bl.a. handler om.

Mange af betegnelserne i aktørkortlægningen, er samlebegreber, som dækker over mange mindre aktører og forhold, hvorfor det også kan være relevant at se på Figur 9, som kommer fra gruppens brainstorm om de menneskelige- og ikke-menneskelige aktører, samt diskurser. Aktørkortlægningen er farvet i tre forskellige farver. Kvinden er som den eneste grøn, da det er hende der er centrum for kortlægningen. Næste led, der har direkte relation til kvinden, er farvet gul. De yderste led er farvet røde, og er altså dem, som ikke har direkte relation til kvinden.

**Figur 8***Aktørkortlægning*

For at udarbejde denne har vi set på spiraloplægning som et teknologisk system, hvor der indgår indre mekanismer og processer (trin 1; Jørgensen, 2023, s. 6) imellem aktørerne, hvor der kan være utilsigtede effekter (trin 3; Jørgensen, 2023, s. 8) imellem disse. Aktørkortlægningen vil

således fungere, som trin 5 i trinmodellen, som er modeller af en teknologi (trin 3; Jørgensen, 2023, s. 10).

Vi ser spiraloplægning som et teknologisk system, da der er mange sammenhængende artefakter og aktører, som i samspil med hinanden, danner rammerne for spiraloplægning som helhed (Jørgensen, 2023, s. 9). Dette hænger godt sammen med Müllers teknologibegreb, der definerer teknologi som værende, “summen af de hjælpemidler, hvorved mennesket genskaber, og eventuelt udvider sine materielle livsbetingelser, og bevidstheden om deres anvendelse, udgør teknologien i ethvert samfund.” (Müller, et al., 1984, s. 16). Hjælpemidler betyder “redskaber, genstande eller metoder der er nødvendig for udførelsen af en handling eller for opnåelsen af noget” (*Hjælpemiddel — Den Danske Ordbog*, n.d.). Da der er tale om summen af hjælpemidler, kan det tolkes som at det ikke kun er artefakter og fysiske teknologier, men også de menneskelige og samfundsmæssige sammenhænge der er. Vi har altså derfor lavet en aktørkortlægning for at forstå det teknologiske system.

#### Aktørernes indbyrdes relationer og effekterne af disse

Da projektet har været meget kvalitativ med kvinden i fokus, har vi valgt at lave en egocentrisk aktørkortlægning (Hansen et al., 2011, s. 36), hvor kvinden altså er i centrum. Det betyder at vi ser på hvilke aktører der i sidste ende kan have indflydelse på kvindens oplevelse af oplægning af spiral.

En vigtig aktør i forhold til kvindens oplevelse er kvindens tidligere erfaringer. Disse erfaringer er de negative, positive og neutrale tanker, følelser og oplevelser hun har med sig ind på klinikken. Erfaringerne som hun tilegner sig kan have stor indflydelse på kvindens fremtidige møde med sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Erfaringerne er influeret af den støtte kvinden får, eller har fået fra sit personlige netværk.

Den offentlige stemme har således også, en direkte relation til kvinden og hendes erfaringer, da kvinden og erfaringer er en del af den offentlige stemme, hvor hun deler sine erfaringer. Modsat kan den offentlige stemme også ændre kvindens erfaringer, da erfaringer også indebærer frygt, og den offentlige stemme indebærer skrækhistorier, samt medier og kultur. Disse tre (kvinden, erfaringer og offentlig stemme) er altså, isoleret set, en indre mekanisme i spiraloplægning, som alle har en direkte indflydelse på hinanden.

En anden vigtig aktør er udbyderne, altså privatklinikker, Sex og Samfund og praktiserende læger, samt fagpersoner. Deltagerne i fremtidsværkstedet fremhævede ofte udbyderne i deres kritik og utopier, hvor de især mente at kommunikation, information og inklusion fra udbydere kunne ændres (Figur 2; Figur 4). Det er bl.a. derfor at udbyderne og kvinden har direkte relation. Men også fordi disse har fysisk kontakt, og der kan opstå effekter mellem disse, som magt, viden og teknologi (Jensen, 2021, s. 83). Vi ser derfor endnu en indre mekanisme mellem kvinden, erfaringer og udbyderne.

Udbyderne har også relation til økonomi og medicinske redskaber. Økonomi spiller en stor rolle for udbyderne, da klinikkerne har budgetter og løntakster og denne har derfor en effekt på udbyderne, som skal indrette sig efter denne.

Medicinske redskaber sidder ikke i direkte relation til kvinden, men igennem udbyderne først. Selvom redskaberne, som spejler spiralen er i fysisk kontakt med kvinden, så er det udbyderne der styrer og anvender redskaberne. Derfor er relationen mellem kvinden og de medicinske redskaber styret af udbyderne og effekterne er således påvirket af dette.

Manufakturer, forskning og staten har vi valgt at sætte en ring rundt om. Ved denne kobling er der mange nuancer, som vi har set bort fra og ved et større netværk, kunne disse godt adskilles. Aktørerne her har alle en relation til hinanden, og vi vurderer at de har næsten samme slags relation til dens tilkoblede aktører. Vi mener at f.eks. aktøren økonomi har en indflydelse på dem alle og de har alle indflydelse på økonomien, ved f.eks. finansiering af projekter og løntakster sat af staten. Det samme gælder for medicinske redskaber, der laves af manufakturerne, udvikles af forskerne og reguleres af staten. Grupperingen har også relation til den offentlige stemme, da disse begge kan have magt over hinanden. Den offentlige stemme kan styre eller blive styret af staten, forskning og manufakturerne, der alle kan have deres egen agenda. Denne gruppe af aktører har ikke direkte indflydelse på kvinden, men følger man netværket ned, vil de altså stadigvæk kunne have en indirekte effekt på kvinden.

Økonomi har også relation til både kvinden og udbyderne, hvor budgetter er en stor del af den økonomiske effekt på begge aktører. Kvinden har måske ikke råd til en hormonspiral, eller udbyderne har ikke råd til at bruge for lang tid på hver patient.

Kvinden har ikke direkte relation til forskning, men er forbundet til denne igennem økonomi og den offentlige stemme. Hvis kvinden udtaler sig om noget til forskerne, bliver hun en del af

den offentlige stemme, og derfor er der ikke direkte relation til grupperingen med forskerne, staten og manufacturerne.

## Figur 9

### *Aktørkortlægning samlebegreber*

Kvinden							
Offentlig stemme	Skrækhistorier	Gode historier	Kultur	Tabu	Medier	Journalister	Information
Udbydere	Læge	S&S	Privat klinik	Gynækolog	Information	Fysiske faciliteter	Receptionist/ Sygeplejerske
Erfaringer	Blufærdighed	Frygt	Smerte	Sex & Kroppen	Cyklus	Anden prævention	Bivirkninger & Effekter
Økonomi	Pris						
Støtte	Støtte	Håndholder	Kvindens relationer				
Staten	Love & retningslinjer	Sundhedsstyrelsen	Protokoller for læger				
Medicinske værktøjer	Spiral	Spekulum	Glidecreme	Ultralydscanner	Bedøvelse	Gynækologisk leje	
Forskere/Forskning							
Manufacturerer							

*Note. Dette er en tabel udarbejdet af gruppen efter en brainstorm omkring aktørkortlægning af aktører i spiraloplægning*

### Feedback fra fremtidsværkstedets deltagere

I aktionsforskning er deltagerne i fremtidsværkstedet medforskere, og der gøres meget ud af at de inddrages i processen. Dette er den måde vi som aktionsforskere, validerer vores forskning. Vi har sendt en læsevenlig opsummering til deltagerne, så de kan give feedback og kommentere på empirien samt analysen af denne, så de føler sig repræsenteret på rigtig vis.

Efter at have fremsendt vores opsummering har vi fået feedback fra 6 deltagere, der har kommenteret på det tilsendte. De 6 deltagere, der er vendt tilbage, har udtalt sig positivt omkring fremlæggelsen af empiri samt analyse. Det følgende citat er feedback fra en af deltagerne, der skriver “Jeg har nu fået læst det hele. Jeg synes det lyder supergodt og meget velformuleret. Præcis som jeg håbede det ville blive formulere” (personlig kommunikation, 31.05.2024).

En anden af deltagernes feedback var, at hun var glad for at være et sted hvor hun følte sig hørt (personligt kommunikation, 03.06.2024).

Vi er opmærksomme på at vores opsummering var en lang og omfattende tekst at læse, og dette kan derfor være en del af årsagen til, at vi mangler feedback fra de sidste deltagere. Derfor ved vi heller ikke med sikkerhed, om de sidste deltagere føler sig korrekt repræsenteret.

## Diskussion

I dette afsnit diskuteres vores brug af ANT, aktørkortlægning og TRIN-modellen. Derefter overvejes vores udførsel af interview og fremtidsværksted, som metoder, og hvilke nye vinkler analysen af empirien har medbragt.

### Begrænsninger ved valget af ANT og TRIN-modellen

I projektet har vi gjort brug af Aktør-Netværksteori (ANT), til at undersøge effekterne mellem de forskellige aktører. Her har vores empiriindsamling især peget på forholdet mellem kvinden og udbyderen, og effekten af denne relation, hvor magt har haft størst indflydelse.

I bogen "Videnskab, teknologi og samfund: introduktion til STS" i kapitlet om aktør-netværksteori (Jensen, 2021), beskrives tre forskellige slags effekter, som er viden, magt og teknologi. I vores analyse, anskuer vi spiraloplægning som et teknologisk system, hvori teknologi bl.a. indgår i mange af de anvendte artefakter. Viden er en effekt som er gennemgående i relationen mellem kvinden og udbyderen, da der kan opstå ny viden i kommunikationen mellem disse. Her kan omvendt mangle kommunikation, og dermed mangle viden. Dog har vi fokuseret mest på at analysere magt som effekt, og er ikke gået i dybden med effekterne viden og teknologi.

Man kan argumentere for, at magt er viden og viden er magt. Udbyderen har mere viden og derfor mere magt, både pga. den sårbare situation (Bilag 8, s. 5, 13.50.00), men også fordi udbyderen med sin uddannelse og viden, har en autoritær rolle. Ved aktørerne direkte forbundet til kvinden, hænger viden og magt altså godt sammen. Ved aktører som forskning, der ikke er direkte forbundet til kvinden, tyder det på at viden og magt ikke nødvendigvis er lige så tæt forbundet. Forskere har mere viden end kvinden, men har ikke nogen situation, hvor den viden kan blive gjort til ulighed i magten.

Ved at situere (Haraway, 1988) vores analyse til kun at indeholde magtrelationer, går der muligvis noget viden tabt i at forstå hele netværket, og alle effekterne ved relationerne. Dog giver det mulighed for at gå i dybden med den effekt, på trods af de blinde vinkler.

Desuden gør vi brug af TRIN-modellen, som specielt er rettet mod teknologiforståelser (Jørgensen, 2023, s. 5), og dette kan veje op for den blinde vinkel vi har skabt, ved heller ikke at kigge på effekten teknologi.

Når man bruger ANT til at kortlægge netværk, kan man gå meget langt ned i detaljen om netværket. Vores kortlægning er forholdsvis simpel, hvor vi f.eks. kunne have uddybet hvilke slags udbydere der er, og hvad forskellen på dem kunne være. Vi kunne også uddybe de medicinske redskaber som er en aktør, der indeholder mange forskellige artefakter, som kunne have forskellige effekter på kvinden. Det har vi valgt ikke at gøre, da intentionen med kortlægningen var at skabe et redskab til at danne overblik over, hvilke større aktører der gør en forskel ud fra vores empiri. Men som nævnt, kan aktørkortlægningen være lidt for overordnet til at kunne pointere mere præcist, hvor en aktør kunne ændres.

#### Udførelsen af interviewmetoden samt valg af interviewpersoner

Ved brug af interview som metode, reflekteres der i dette afsnit over de valg der er taget undervejs, og disse diskuteres i sammenhæng med projektet.

Da vi valgte at interviewe fagpersoner, havde vi allerede valgt at afholde et fremtidsværksted, men det var før vi havde afholdt det, og derfor også før løsningsforslagene var skabt. Det var altså to gynækologer, som vi planlagde at interviewe, før vi vidste om disse ville have en væsentlig rolle i at kunne forbedre kvindens oplevelse. Til interviewene med fagpersonerne, ville vi afslutte med at fremlægge løsningsforslagene. Til vores semistrukturerede interviews havde vi som forberedelse udarbejdet interviewguides, og disse blev lavet efter det afholdte fremtidsværksted, derfor havde vi på dette tidspunkt en større baggrundsviden om hvordan kvinderne fra fremtidsværkstedet oplevede udbyderne. Efter løsningsforslagene fra fremtidsværkstedet var blevet udviklet, viste det sig, at disse omhandlede flere aspekter af spiraloplægning som oplevelse, heriblandt var der flere der omhandlede mødet med gynækologen og/eller den praktiserende læge som fagperson (Figur 7).

Fagpersonerne som vi som forskere inddrogede med vores forudfattede antagelse, viste sig altså at have en afgørende plads i fremtidsværkstedets valideringsfase, samtidig med at de indgik i løsningsforslagene. Vores antagelse blev altså bekræftet ved, at fagpersonerne var relevante aktører at videregive løsningsforslagene til.

Selvom vores antagelse var korrekt, er det stadig vigtigt at vi forholder os til vores rolle som forskere, da vi agerer som formidlere af information fra kvinderne til fagpersonerne, og dermed hører til forskerne som aktører, i spiraloplægningens teknologiske system (Jørgensen, 2023). Under transskribering af interviewene, blev vi opmærksomme på, at vi stillede nogle ledende

spørgsmål (Brinkmann & Tanggaard, 2017). Disse spørgsmål omhandlede kommunikationen, og hvordan denne oplevedes, samt hvilke spørgsmål fagpersonen oftest fik stillet af kvinderne (Bilag 6). Ledende spørgsmål kan forårsage at man får de svar man ønsker, og i mindre grad de reelle svar, som ikke er farvede af os. I spørgsmålene lå et tydeligt ønske om at fokusere på kommunikationen, ligesom deltagerne fra fremtidsværkstedet havde, for at se hvordan denne blev håndteret af fagpersoner.

Vi så endnu en begrænsning ved vores valg af fagpersoner, da vi havde valgt to gynækologer, fra offentlige S&S og privatklinikken med ydernummer. Vi havde altså ikke kontakt med en fagperson, der arbejdede som almen praktiserende læge, og kunne repræsentere det typiske første møde med den unge kvinde der ønsker spiraloplægning. Havde vi valgt at videregive materialet til en praktiserende læge, så kan diskuteres, om man så ville have bedre forudsætninger for at sætte forbedringer i gang.

Der var også en medfølgende begrænsning med fagperson 2, ift. at de unge kvinder fra fremtidsværkstedet hovedsageligt havde været i kontakt med offentlige udbydere, og uden henvisning til det private (Bilag 4). Derfor var den private gynækolog, altså fagperson 2, ikke i direkte relation til deltageres erfaringer, eller løsninger. Dog er der mange paralleller mellem fagperson 2's ydelse og hvordan deltagerne ellers beskrev oplevelsen. Gynækologer fra privatklinikker, samt Sex og Samfund, har som udgangspunkt samme uddannelsesgrundlag, og derfor er der en tydelig parallel der.

Ved vores aktørkortlægning så vi at alle aktørerne på sin vis, ville kunne gøre en forskel for kvinden og derfor kunne opfølgende interviews med alle aktører have været relevante for rapporten. Deres validering kunne give et andet indblik i de relationer, der er mellem aktørerne, og derfor udvide eller præcisere vores aktørkortlægning.

#### Udførelsen af fremtidsværkstedet og dets begrænsninger

I dette afsnit vil vi diskutere hvorvidt valg, fravalg og udførelse af metodens retningslinjer havde en indflydelse på fremtidsværkstedet og hvordan dette muligvis kunne have ført til ineffektiv empiriindsamling.

Fremtidsværkstedet som aktionsforskningsmetode, tager som nævnt, afsæt i kritik af eksisterende systemer og ønskede utopier af deltagerne. Der bliver lagt vægt på at der skal



holdes fast i negativitet i kritikfasen og kreativ tænkning i utopifasen. Hermed limiteres deltageres udsagn og tanker for at skabe klare rammer og resultater, hvilket overordnet også er en af fremtidsværkstedets begrænsninger som metode. Deltagerne har f.eks. mulighed for at nævne positive ting i utopifasen, men det er ikke i fokus eller del af det visuelle materiale, da retningslinjerne af fremtidsværkstedets utopifase opfordrer til fremkaldelse af ønsker og forestillinger om ideelle forhold (Gleerup & Egmose, 2022, s. 60). At snakke om et eksisterende systems, positive aspekter ville muligvis også kunne fremme deltageres kreative tænkning og præsentere ting som allerede fungerer godt. Begge fagpersoner pointerer at negativ kritik ofte overskygger de positive oplevelser, som de mener at flertallet oplever, hvilket også nævnes i analysen omkring mulighed for konstruktiv kritik. Ved at der bliver fokuseret på de negative aspekter af systemet, kan man ikke være sikker på at belyse kvindernes oplevelse af spiraloplægning som helhed. Dette er dog ikke nødvendigvis en dårlig ting. I aktionsforskning menes at teknologier og systemer aldrig er perfekte og kan udvikles videre i uendelighed, da der altid er plads til forbedringer og nye løsninger, samt at der er synspunkter man ikke ville have tænkt på, hvis man ikke forsøgte at finde kritik (Laursen, 2012, s. 102).

I forhold til vores afholdte fremtidsværksted blev der taget udgangspunkt i at inddrage borgere i en demokratisk deltagelse (Gleerup & Egmose, 2022, s. 62). Deltagerne bestod af 8 unge kvinder, hvilket var en afvigelse fra de anbefalede 15-25 deltagere (Gleerup og Egmose, 2022, s. 64). Der bliver også nævnt at det er bedre med en divers deltagergruppe, for at mindske faren for at mindre privilegerede gruppers erfaringer bliver marginaliseret eller overset og for at sikre belysning af forskellige synspunkter (Gleerup & Egmose, 2022, s. 64). Et højere deltagerantal fører til flere synsvinkler og mulighed for en mere divers gruppedannelse i visualiseringsdelen, dog skal alle deltagere have mulighed for at præsentere deres idéer, hvilket ville være svært med et for højt deltagertal. Derfor 15-25 (Gleerup & Egmose, 2022, s. 64). Da vi ikke opfyldte det ideelle deltagerantal og vores deltagergruppe er meget homogen, kan dette have indflydelse på fremtidsværkstedets udfald. De synsvinkler som deltagerne præsenterede, var derfor begrænsede i diversitet.

Der blev tidligere nævnt, at vi som forskere var klar over at deltagerne var meget ens i forhold til status, ekspertise og alder. De var allesammen ressourcestærke kvinder der kunne kommunikere med en læge, altså en "able bodied" kvinde (Perez, 2019, preface, s. XIII), som tilsammen havde negative erfaringer, samt kritik og idéer til forbedringer. Dette kan bruges til at argumentere for, at hvis de privilegerede har problemer, så er der stor chance for at de mindre

privilegerede også har det. Denne antagelse kan selvfølgelig være problematisk og skal derfor betragtes kritisk. Situeret viden henviser til, at man ikke kan forholde sig endegyldigt neutral i rollen som forsker, og derfor er det vigtigt at kende sin positionering i det forskede felt (Haraway, 1988).

Ud over dette var deltagerne, personer som vi kendte personligt. Dette kan både have ført til et mere afslappet værksted hvor deltagerne ikke følte sig intimiderede af forskerne og situationen, men det førte også til at det var mere personligt og at vi ikke var så neutrale i relationen mellem dem og os som aktører.

## Konklusion

I dette projekt ønskede vi at undersøge følgende problemformulering: **Hvordan erfares spiraloplægning for unge kvinder, og hvor udtrykker de og fagpersoner at oplevelsen kan forbedres?**

Ved fremtidsværkstedet så vi kritikker, utopier og løsningsforslag til forbedring af spiraloplægning. Som diskuteret, kan vi ikke få det fulde billede af kvindernes erfaringer, da fremtidsværkstedet undlader de positive eller neutrale erfaringer. Derfor ved vi kun hvad de unge kvinder har haft af negative erfaringer, deres ønsker til forbedring og handlingsplan for dette. Disse negative erfaringer var: mangel på inklusion, individualisering og individuel vurdering, mangel på kommunikation, for lidt information og forskning, mangel på seriøsitet omkring oplevelsen og bivirkningerne.

Som fremhævet i redegørelsen viser forskning at: hvis kvinder har en dårlig oplevelse med spiraloplægning, kan dette påvirke deres fremtidige møde med sundhedsvæsenet og gynækologiske undersøgelser. Kvinders negative erfaringer med spiraloplægning, viser sig altså ikke kun at påvirke kvinden i øjeblikket, men kan have varige konsekvenser for kvinden. Dette vil sige at det er vigtigt at kvinder ikke har dårlige oplevelser, og at det er vigtigt at udarbejde en plan for mulige forbedringsområder, som grundlag for at oplevelsen kan forbedres.

Vi kan konkludere at når kvinderne fra fremtidsværkstedet, som er ressourcestærke kvinder der kan kommunikere med en læge, oplever problemer, så må mange af problemstillingerne også gøre sig gældende for mindre ressourcestærke kvinder i mødet med sundhedsvæsenet.

Gennem analysen af vores empiri ved vi, at spiraloplægning erfares individuelt for unge kvinder, og de ville således gerne behandles ligeså. Det var især forholdet mellem udbyderen og kvinden som var gennemgående i alle tre faser af fremtidsværkstedet. Kvinderne påpeger at udbyderne skal tage højde for den omsorg der er i kommunikationen, det gøres ved at inkludere kvinden og tilpasse sig deres individuelle behov. Omsorgslogik sætter den kommunikation og individualisering, som der er mellem kvinden og udbyderen, i perspektiv, og viser at der skal fokuseres på hvad kvinden har brug for, samtidig med at omsorgen opstår i relationen mellem kvinden og udbyderen, når der samarbejdes.

Det er udbyderne der har ansvaret for kommunikationen med kvinden, og det skal de være opmærksomme på, fordi magtforholdet er ulige i relationen. Derfor er det udbyderen der skal ændre det, fordi det er dem der har magten. Samtidig er der andre områder af spiraloplægning som kan forbedres, herunder forskning, og manglen af denne, som er gennemgående i fremtidsværkstedet.

Vores aktørkortlægning visualiserer de aktører der indgår i spiraloplægning som netværk, og denne bruges til at påpege hvor spiraloplægning kan forbedres på baggrund af vores empiri.

Fagpersonerne som repræsenterer udbyderne, påpeger den offentlige stemme som en afgørende aktør i at forbedre spiraloplægning. Fagpersonerne mener, at hvis den offentlige stemme også belyser positive erfaringer, vil det afhjælpe den frygt som kvinder kan have for spiraloplægning, og forbedre deres oplevelse.

Fagpersonerne mener begge at bedøvelse er et godt medicinsk værktøj. Fremtidsværkstedets kvinder, ønskede også bedre kommunikation og information om bedøvelse. Vi kan altså konkludere at de unge kvinder samt fagpersonerne udtrykker at bedøvelse er et vigtigt element i forbedring af spiraloplægning. De unge kvinder mener at spiraloplægning kan forbedres hos udbyderen samt de medicinske redskaber. Fagpersonerne mener at spiraloplægning kan forbedres ved den offentlige stemme. Vi kan altså derfor konkludere at de aktører der går mest igen er udbyderen og den offentlige stemme.

## Perspektivering

Som også nævnt i rapporten er spiraloplægning blot en delproces i et større netværk af relationer indenfor gynækologi og prævention. Derfor er vores projekt i sig selv en situeret praksis (Haraway, 1988), hvor vi kun er gået i dybden med det afgrænsede netværk om spiraloplægning som oplevelse for kvinden. Til videre arbejde på denne rapport kunne man dykke ned i intersektionalitet og hvordan dette også kan have indflydelse på kvindens oplevelse. Intersektionalitet falder på mange punkter udenfor selve spiraloplægningen, men er en del af kvindens forudsætninger. Herunder også hvordan man ser diskrimination i intersektionaliteten ved den måde spiraloplægning foregår på i dag.

Her passer situeret viden også ind, da det også handler om at tage højde for at viden er kropsligt erfaret (Haraway, 1988), og at alle har forskellige oplevelser. Denne rapport har taget udgangspunkt i de kvinder, der allerede har tanker om eller har besluttet sig for at få spiral. Men hvad med de kvinder, som ikke kender til den slags prævention, de kvinder som ikke har ressourcerne til at få lagt en eller dem som fravælger det? Man kunne inddrage kvalitative undersøgelser fra disse kvinders synspunkter for også at kunne imødekomme deres behov.

I projektet har vi kortlagt hvordan spiraloplægning erfares af kvinder samt, hvor det kan forbedres i følge kvinderne samt fagpersoner. Hvis projektet skulle videreudvikles, ville resultaterne skulle videregives til flere fagpersoner samt politikere/staten. Herunder også medierne, da de har indflydelse til at gøre en stor forskel inden portrættering af spiraloplægning. Vi ville vælge at gå videre til fagpersoner, samt stat/politikere, da det er dem der har midlerne til at ændre både lovgivning samt undervisning af fremtidige gynækologer og læger. Det er her vi finder det mest relevant, da det er her de største ændringer vil kunne finde sted. Vi ville altså her have mere fokus på hvordan ændringerne ville kunne gennemføres, i stedet for hvor problematikkerne findes indenfor spiraloplægning. Dette ville være et hovedfokus, hvis vi i opgaven havde længere tid for viderebearbejdelse.

## Litteraturliste

- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2017). *Kvalitative metoder: en grundbog*. (2. udgave.). Hans Reitzels forlag. S. 29-53 og 489-499.
- Callahan, D. G., Garabedian, L. F., Harney, K. F., & DiVasta, A. D. (2019). Will it Hurt? The Intrauterine Device Insertion Experience and Long-Term Acceptability Among Adolescents and Young Women. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 32(6), 615–621. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.08.004>
- Clarke, A. E., Friese, C., & Washburn, R. (2017). Doing situational and relational maps. *Situational analysis: grounded theory after the interpretive turn* (2. udgave). SAGE.
- Dahl, H. M. (2012). Omsorg, styring og køn gennem tavshed og italesættelse. *Kvinder, køn & forskning*. <https://doi.org/10.7146/kkf.v0i3.28142>
- Derek L. Hansen, Ben Shneiderman, & Marc A. Smith. (2011). Chapter 2 - Social Media: New Technologies of Collaboration. In *Analyzing Social Media Networks with NodeXL* (pp. 11–29). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-382229-1.00002-3>
- DJØF. (2023). *De studerende er blevet mere presset på deres økonomi*. Lokaliseret på: <https://services.djoef.dk/-/media/documents/djoef/s/studerendes--oe-konomi--december-2023.ashx>
- Duus, G. (2012). Validitet I Duus, G., Husted, M., Kildedal K., Laursen, E., Tofteng, D. (red.), *Aktionsforskning: en grundbog* (s. 113-128). Samfundslitteratur.
- Fosgrau, S. S., & Senderovitz, G. S. (2021). *Kvinder føler sig utrygge ved gynækologiske undersøgelser*. Berlingske tidende, sektion 1, side 14.
- Gleerup, J., & Egmos, J. (2022). Fremtidsværkstedet som metode til erkendelse og forandring: metodologiske erfaringer med kritisk utopisk aktionsforskning. *Tidsskrift for arbejdsliv*.

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599.  
<https://doi.org/10.2307/3178066>

Hjælpemiddel — *Den Danske Ordbog*. (n.d.). Lokaliseret på: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=hj%C3%A6lpemiddel>

Intrauterine devices: an effective alternative to oral hormonal contraception. (2009).  
*Prescrire international*, 18(101), 125–130.

Jensen, t. e. (2021). Aktør-netværksteori. Videnskab, teknologi og samfund: introduktion til STS. Hans Reitzels forlag. 81-101.

Jørgensen, N. (2023). Digital signatur. En eksemplarisk analyse af en teknologisk indre mekanismer og processer. *Roskilde Universitet*.

Kirschner, B (2023, 18. december), Gynækologisk udredning, Lokaliseret på:  
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/undersogelser/undersogelser/medicinske-undersogelser/gynaekologisk-udredning/>

Laursen, E. (2012). I Duus, G., Husted, M., Kildedal K., Laursen, E., Tofteng, D. (red.),  
*Aktionsforskning: en grundbog* (s. 97-112). Samfundslitteratur.

LÆGERNE GAMMEL MØNT. (n.d.). *Information om spiral*. Lokaliseret på:  
<https://laegernegammelmoent.dk/information-om-spiral/>

Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice* (1. Udgave).  
Routledge. DOI:  
<https://doi-org.ep.fjernadgang.kb.dk/10.4324/9780203927076>

Müller, J., Remmen, A. og Christensen, P. (1984). Samfundets teknologi, teknologiens samfund. Herning: Systime, kapitel 2: Hvad er teknologi? s. 15-28.

OM TrustPilot. (n.d.). Trustpilot. <https://dk.trustpilot.com/about>

OUH – Odense Universitetshospital. (2024). Oplægning af spiral – Til patienter og pårørende. Lokaliseret d. 5. juni 2024 på:  
[https://ipaper.ipapercms.dk/RegionSyddanmark/OUH/Odense\\_Universitetshospital/D\\_Gynaekologisk\\_Obstetrisk\\_Afdeling/126414/](https://ipaper.ipapercms.dk/RegionSyddanmark/OUH/Odense_Universitetshospital/D_Gynaekologisk_Obstetrisk_Afdeling/126414/)

Perez, C. (2019). *Invisible women: exposing data bias in a world designed for men*. London, England: Chatto & Windus.

Schuldt, L. K. (2023a., 5. april). Læge undersøgte spiraler og fandt overraskende vinder: - Der er kommet meget hormonskræk. *Nyheder.tv2.dk*. Lokaliseret på:  
<https://nyheder.tv2.dk/samfund/2023-04-05-laege-undersoegte-spiraler-og-fandt-overraskende-vinder-der-er-kommet-meget-hormonskraek>

Schuldt, L. K. (2023b, 5. Januar). Flere unge kvinder vælger p-pillerne fra – 22-årig ville se, hvordan hendes krop reagerede uden. *Nyheder.tv2.dk*. Lokaliseret på  
<https://nyheder.tv2.dk/samfund/2023-01-05-flere-unge-kvinder-vaelger-p-pillerne-fra-22-aarig-ville-se-hvordan-hendes-krop-reagerede-uden>

Sex & Samfund (2022, december 2). *Hvad er spiral?* Lokaliseret på:  
<https://sexogsamfund.dk/krop-sex/viden-om-praevention/hvad-er-spiral>

*Sex & Samfund*. (2024a, 1.maj). *Præventions- og Rådgivningsklinikken København*.

Lokaliseret på: <https://sexogsamfund.dk/kontakt/praeventions-raadgivningsklinik>

*Sex & Samfund* (2024b, 1. maj) *Vigtig viden om spiral og bedøvelse*. Lokaliseret på:

<https://sexogsamfund.dk/kontakt/praeventions-raadgivningsklinik/vigtig-viden-om-spiral>

Smed. H, (n.d.). Apoteket. *Spiral med kobber eller hormoner mod graviditet*.

<https://www.apoteket.dk/sundhed/praevention/spiral#:~:text=S%C3%A5dan%20f%C3%A5r%20du%20spiral,op%20lige%20efter%20en%20menstruation>.

*Sundhedsdatastyrelsen-statistikker*. (n.d.). Lokaliseret på:

[https://www.medstat.dk/da/viewDataTables/medicineAndMedicalGroups/%7B%22year%22:\[%222023%22,%222022%22,%222021%22,%222020%22,%222019%22,%222018%22,%222017%22,%222016%22,%222015%22,%222014%22,%222013%22,%222012%22,%222011%22,%222010%22,%222009%22,%222008%22,%222007%22,%222006%22,%222005%22,%222004%22,%222003%22,%222002%22,%222001%22,%222000%22\],%22region%22:\[%220%22\],%22gender%22:\[%22A%22\],%22ageGroup%22:\[%22A%22\],%22searchVariable%22:\[%22sold\\_volume%22\],%22errorMessages%22:\[\],%22atcCode%22:\[%22G02BA03%22,%22H%22\],%22sector%22:\[%222%22\]%7D](https://www.medstat.dk/da/viewDataTables/medicineAndMedicalGroups/%7B%22year%22:[%222023%22,%222022%22,%222021%22,%222020%22,%222019%22,%222018%22,%222017%22,%222016%22,%222015%22,%222014%22,%222013%22,%222012%22,%222011%22,%222010%22,%222009%22,%222008%22,%222007%22,%222006%22,%222005%22,%222004%22,%222003%22,%222002%22,%222001%22,%222000%22],%22region%22:[%220%22],%22gender%22:[%22A%22],%22ageGroup%22:[%22A%22],%22searchVariable%22:[%22sold_volume%22],%22errorMessages%22:[],%22atcCode%22:[%22G02BA03%22,%22H%22],%22sector%22:[%222%22]%7D)

Sundhedsloven, (2022, LBK nr 248 af 08/03/2023). *Bekendtgørelse af sundhedsloven*.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

<https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2023/248>

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Screening for livmorhalskræft - anbefalinger*. Lokaliseret på:

[https://www.sst.dk/da/sygdomogbehandling/screening/~/\\_media/5466AB0B06184ED0969BC31DA397610D.ashx](https://www.sst.dk/da/sygdomogbehandling/screening/~/_media/5466AB0B06184ED0969BC31DA397610D.ashx)



Wajcman, J. (2000). Reflections on Gender and Technology Studies: In What State is the Art? *Social Studies of Science*, 30(3), 447–464.

<http://www.jstor.org/stable/285810>

[@liquoridontevenknowher] (2022, 4 juni). Needless to say I couldn't drive afterwards.#PepsiApplePieChallenge #iudinsertion #iud #iudawareness [Video]. Tiktok. Lokaliseret på:

<https://www.tiktok.com/@liquoridontevenknowher/video/7083245218891386155? t=8mvCB5AaAM4& r=1>