



UiO • Universitetet i Oslo

Deltakelse i livmorhalskreftscreening i Norge

*En kvalitativ studie av østeuropeiske
kvinnens vurderinger og erfaringer*

Clarisse Sifa Nsengi

Masteroppgave i Interdisiplinær helseforskning
60 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

15. mai 2021

Clarisse Sifa Nsengi

Deltakelse i livmorhalskreftscreening i Norge

En kvalitativ studie av østeuropeiske kvinners vurderinger og erfaringer.

Masteroppgave i Interdisiplinær helseforskning

Oslo, 2021

Veileder: Gunvor Aasbø

UiO

Universitetet i Oslo

Medisinske fakultet

Institutt for helse og samfunn

Sammendrag

Bakgrunn: Livmorhalskreft kan forebygges ved jevnlig screening av livmorhalsen. Forskning viser at deltakelse i livmorhalskreftscreening er lavere blant kvinner med minoritetsbakgrunn sammenlignet med kvinner uten minoritetsbakgrunn. Kvinner med bakgrunn fra Øst-Europa er blant innvandrergruppene med lavest deltakelse i livmorhalskreftscreening. Denne studien undersøker hvilke refleksjoner og holdninger østeuropeiske kvinner som screener seg jevnlig har til deltakelse i livmorhalskreftscreening i Norge og til fastlegen sin, som kan påvirke deltakelsen i det nasjonale screeningsprogrammet. Hensikten med oppgaven er å utvikle dybdeforståelse om hvordan kvinner med minoritetsbakgrunn forholder seg til screeninganbefaling i Norge og hvordan de opplever at tilbudet i den norske helsetjenesten legger til rette for screeningdeltakelse. Problemstillingen i denne studien er: *Hvordan reflekterer kvinner fra Øst-Europa om deltakelse i det norske livmorhalsprogrammet og hvilke oppfatninger og erfaringer har de om å ta livmorhalsprøve hos fastlege i Norge?*

Teori: Oppgaven ser på hva slags forståelse kvinner tillegger organiseringen av livmorhalsprogrammet og den institusjonelle konteksten livmorhalsprøven tas. Teori om tillitt, helse og kultur er brukt for å utvikle forståelser om dette.

Metode: Et gruppeintervju og flere individuelle intervjuer ble gjennomført i en tidsperiode på fem måneder. Studiens utvalg er kvinner med bakgrunn fra Øst-Europa som bor i Norge. Det ble gjennomført en tematisk analyse og følgende tema ble utviklet: «det er allmennkunnskap», «må følge med litt selv», «jeg vil gjerne ha en som har spisskompetanse» og «allmennleger tar ikke gynekologiske prøver».

Resultater: Studiens funn viser hvordan fortolkninger knyttet til livmorhalsprøven og fastlegen er preget av en forståelse av konteksten livmorhalsprøven tas i. Det er viktig for kvinnene at prøvetaker har høy kompetanse i gynekologi. Kvinnene legger en annen mening i prøven enn det det norske helsesystemet gjør, da spesielt i forbindelse med fastlegens kompetanse og livmorhalsprøven som en del av en full gynekologisk sjekk. Dette påvirker kvinnes tillitt til det norske helsesystemet.

Konklusjon: Kvinnenes fortolkninger til helsetjenesten gir viktige forståelser av hvordan deltakelse i screening ikke oppleves som tilrettelagt for kvinner med minoritetsbakgrunn.

Abstract

Background: Cervical cancer can be prevented by regular screening of the cervix. Research shows that participation in cervical cancer screening is lower among women with a minority background compared with women without a minority background. Women with a background from Eastern Europe are among the immigrant groups with the lowest participation in cervical cancer screening. This study examines the reflections and attitudes of Eastern European women who are regularly screened have for participation in cervical cancer screening in Norway and to their general practitioner (GP), which may influence understanding of participation in the national screening program. The purpose of the thesis is to develop an in-depth understanding of how women with a minority background relate to screening recommendations in Norway and how they experience that the offer in the Norwegian health service facilitates screening participation. The thesis question is: *How do women from Eastern Europe reflect on participation in the Norwegian cervical cancer program and what perceptions and experiences do they have about taking a cervical sample from a GP in Norway?*

Theory: The thesis looks at what kind of understanding women attach to the organization of the cervical program and the institutional context the cervical sample is taken. Theory of trust, health and culture is used to develop understandings about this.

Method: A group interview and several individual interviews were conducted over a period of five months. The study sample consist of women with a background from Eastern Europe who lives in Norway. A thematic analysis was carried out and the following topics were developed: "it is general knowledge", "must look after myself", "I would like someone with top competence" and "GP's do not take gynecological tests".

Results: The findings show how interpretations related to the cervical sample and the GP are characterized by an understanding of the context in which the cervical sample is taken. It is important for the women that the sampler has a high level of competence in gynecology. The women put a different meaning into the test than what the Norwegian health system does, especially in connection with the GP's competence and the cervical test as part of a full gynecological check. This affects the trust women have in the Norwegian health care system.

Conclusion: The women's interpretations of the health service provide important understandings of how screening participation is not perceived as adapted for women with a minority background.

Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært en innholdsrik prosess. Jeg har lenge hatt et ønske om å fordype meg i helseforskning, og ved hjelp av masterstudiet i interdisiplinær helseforskning fikk jeg mulighet til det.

I halvannet år har jeg tenkt på denne masteroppgaven og lenge vært ivrig etter å starte prosessen med å skrive oppgaven. utfordringer i min egen hverdag gjorde derimot denne prosessen mer utfordrende enn forventet, og jeg har til tider stilt spørsmål på om jeg ville klare å fullføre. Takket være god hjelp og støtte fra flere hold klarer jeg likevel nå å levere inn min masteroppgave.

Takk til min veileder Gunvor Aasbø. Du har gitt meg uvurderlig veiledning og tips gjennom hele prosessen, og dine tilbakemeldinger har ikke bare vært til stor hjelp faglig, men også hjulpet meg å utvide horisonten og sett på oppgaven fra flere ulike perspektiver.

Jeg er takknemlig til deltakerne i denne studien som delte sine refleksjoner med meg og for at de ga meg muligheten til å dele deres refleksjoner videre. Jeg føler meg privilegert som fikk intervjuere dere, og det har vært spennende å se livmorhalskreftscreeningen fra forskjellige perspektiver og ikke minst få kunnskap om screeningsprogrammer i andre land.

Så vil jeg gjerne takke klassen min og alle lærerene i interdisiplinær helseforskning.

Dessverre stoppet pandemien oss fra å fortsette våre innholdsrike klasseromsdiskusjoner, men jeg vil alltid være svært takknemlig for å ha fått være en del av en så god og faglig sterk miljø.

Sist men ikke minst vil jeg takke min mor og søsken for all støtten de har gitt meg i denne prosessen. Mor, du så tidlig at jeg hadde en interesse for å skrive, og du har motivert meg til å fortsette å skrive helt siden barneskolen. Søstre, dere er en del av meg og min forståelse av verden, og jeg takker for utallige diskusjoner, innspill og støttende ord. Jeg vil også takke min storebror for god motivasjon gjennom hele prosessen.

Oslo, mai 2021

Clarisse Sifa Nsengi

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	2
1.1.1 Livmorhalskreft og HPV.....	2
1.1.2 Livmorhalskreftscreening i Norge.....	3
1.1.3 Livmorhalskreftscreening i Øst-Europa.....	4
1.1.4 HPV-vaksinasjon i Norge.....	5
1.1.5 Deltakelse livmorhalskreftscreening i Norge.....	6
1.1.6 Deltakelse livmorhalskreftscreening internasjonalt.....	7
1.1.7 Minoritetshelseperspektivet.....	8
1.1.8 Fastleger og deres ansvarsområder.....	10
1.2 Avgrensning og problemstilling	11
1.2.1 Oppgavens oppbygging	11
2.0 Teori	13
2.1 Tillitt.....	13
2.1.1 Tillitt til helsevesenet.....	14
2.2 Kulturelle og kontekstuelle perspektiver på helse.....	15
2.2.1 Helsemodeller.....	15
2.2.2 Helseatferd.....	16
2.2.3 Helsekompetanse.....	17
2.2.4 Stigma knyttet til livmorhalskreft og HPV.....	19
3.0 Metode	20
3.1 Sosialkonstruktivismens fremgang i oppgaven.....	20
3.2 Valg av forskningsdesign	21
3.2.1 Intervju	22
3.2.2 Rekruttering.....	22
3.2.3 Deltakerne	23
3.3 Refleksivitet.....	24
3.4 Intervjuene i praksis	26
3.4.1 Utforming av intervjuguide	26
3.4.2 Gjennomføring av intervjuene.....	26
3.5 Analyseprosessen	27
3.6 Etske overveielser	31
3.6.1 Studiens overførbarhet og relevans.....	33
4.0 Resultater	35
4.1 «Det er allmennkunnskap»	35
4.1.1 Kunnskap fra før.....	35

4.1.2	<i>Lite informasjon om sammenhengen mellom HPV og livmorhalskreft</i>	36
4.1.3	<i>Burde fastlegen passe mer på?</i>	38
4.2	«Må følge med litt selv»	41
4.2.1	<i>Påminnelsesbrevet er ikke en ressurs for å ta livmorhalsprøve</i>	41
4.2.2	<i>Mer tillitt til helsevesen i hjemland</i>	43
4.3	«Jeg vil gjerne ha en som har spisskompetanse»	45
4.3.1	<i>Gynekologer gjør gynekologiske undersøkelser, ikke fastleger</i>	45
4.3.2	<i>Lang prosess for å komme til gynekolog</i>	46
4.4	«Allmennleger tar ikke gynekologiske prøver»	47
4.4.1	<i>Fastlegen mangler kompetanse</i>	47
4.4.2	<i>Fastlegens kjønn</i>	49
4.4.3	<i>Fastlegen er ikke nøye</i>	50
4.4.4	<i>Time hos fastlege er preget av dårlig tid</i>	50
5.0	Diskusjon	52
5.1	Deltakelse i livmorhalskreftscreening blant kvinner med innvandrerbakgrunn	52
5.2	Fortolkninger knyttet til livmorhalsprøven	55
5.3	Fortolkninger knyttet til institusjonen	56
5.3.1	<i>Prøvetakers kompetanse</i>	56
5.3.2	<i>Kvinnehelse nedprioritert i det norske helsetjenesten?</i>	58
5.3.3	<i>Fastlegens kjønn</i>	59
5.4	Fortolkninger knyttet til det å motta for lite informasjon om livmorhalskreftscreening i Norge	60
5.3	Implikasjoner for praksis	62
5.3.2	<i>Informasjonsrettet tiltak for å øke oppmøte blant minoritetskvinner</i>	64
6.0	Avslutning	66
	Litteraturliste	68
	Vedlegg 1	76
	Vedlegg 2	78
	Vedlegg 3	79
	Vedlegg 4	83
	Vedlegg 5	86

1.0 Innledning

Kunnskap om sykdommer som rammer flest kvinner er fortsatt mangelfulle, og det er behov for mer kunnskap om hvordan samfunnsmessige og kulturelle forhold påvirker kvinners helse (Rødland, 2018, s. 48). Til tross for et nasjonalt screeningprogram mot livmorhalskreft- så er det i Norge relativt lavt oppmøte til livmorhalskreftscreening blant kvinner mellom 29 og 69 år. Dette betyr at flere livmorhalskrefttilfeller kunne vært forebygget dersom deltakelse hadde blitt bedre tilrettelagt for kvinner med ulike behov og preferanser.

Denne masteroppgaven er skrevet i samarbeid med Kreftregisteret som et underprosjekt til forskningsprosjektet Equalscreen. Equalscreen er en kvalitativ delstudie der det ble gjort fokusgruppeintervjuer med kvinner som var forsinket til screening. Majoriteten av deltakerne til denne studien var kvinner med en etnisk-norsk bakgrunn. Kreftregisteret tok initiativ til å gjennomføre en lignende studie med kvinner fra Øst-Europa. Jeg synes denne tematikken er spennende og ønsket å skrive masteroppgaven min knyttet til dette.

Denne oppgaven tar dermed utgangspunkt i to av mine andre interesseområder innen helsefaglig forskning, nemlig: Kvinnehelse og migrasjonshelse.

Helseutfordringer kan variere avhengig av ens etniske og kulturelle bakgrunn, helsekompetanse og hvor lenge en har bodd i Norge (Rødland, 2018, s. 49). Som en innvandrere med en ikke etnisk-norsk bakgrunn har jeg selv erfart hvordan helse og sykdom, samt helsetjenester og helseanbefalinger kan oppfattes på forskjellige måter og at dette også kan forstås som kulturelle fenomen. Språkvansker, annen praksis fra hjemlandet og annen forståelse på sykdom er elementer jeg tidlig observerte som kunne påvirke ens beslutning om å oppsøke helsevesenet. Statistikk fra Norge viser at innvandrere i mindre grad søker helsehjelp og bruker helsetjenester enn etnisk nordmenn, men at bruk av helsetjenester faktisk øker med tid bosatt i Norge (Straiton, Blystad & Reneflot, 2018).

I tillegg har mange kvinner lite kjennskap til sin egen kropp og hva som skjer i kroppen fordi kvinnehelse er et tabubelagt tema i forskjellige kulturer.

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Livmorhalskreft og HPV

Livmorhalskreft er kreft i den nedre delen av livmoren kalt livmorhalsen. Livmorhalskreft er den fjerde vanligste krefttypen blant kvinner i verden, og oppstår som følge av en langvarig infeksjon med humant papillomavirus (HPV) (Folkehelseinstituttet, 2020a). HPV er en gruppe virus med hittil 200 identifiserte genotyper. 40 av typene smitter ved seksuell kontakt og man anslår at minst 70% av den norske befolkningen blir smittet med en HPV-infeksjon i løpet av livet. HPV har derfor blitt en av de mest vanlige seksuelt overførbare infeksjonene blant både kvinner og menn i Norge. Infeksjonen smitter gjennom hudkontakt (Folkehelseinstituttet, 2020a). HPV-genotypene klassifiseres enten som høyrisiko- eller lavrisiko typer. Høyrisiko HPV-typer kan forårsake kreft, mens lavrisiko HPV-typer kan gi kjønnsvorter og forbigående celleforandringer. HPV-infeksjoner gir sjeldent symptomer og går som oftest over av seg selv, men hos enkelte vedvarer infeksjonen og fører til celleforandringer som videre kan utvikle seg til kreft (Folkehelseinstituttet, 2020a). Det tar minst 10 år fra en kvinne blir smittet til det starter å utvikle kreft, og det er derfor anbefalt å jevnlig screene seg for livmorhalskreft for å forebygge kreftutvikling. Gjennom screening kan man identifisere en mulig HPV-infeksjon og/eller celleforandringer. Ved langt fremkommen kreft vil kvinnen få symptomer fra blære og tarm, bekken og rygg, redusert allmenntilstand og mer. Diagnostikken består av å kartlegge eventuelle symptomer samt få en gynekologisk undersøkelse hvor det blant annet tas prøver fra livmorhalsen for å se etter celleforandringer (Norsk helseinformatikk, 2020).

Ved lette celleforandringer er det indikasjon på forstadier til kreft og det er da vanlig å avvente videre tiltak for å se om tilstanden normaliserer seg selv (Norsk helseinformatikk, 2020). Cervical intraepithelial neoplasia (CIN) 1-3 forklarer alvorlighetsgraden til celleforandringer i livmorhalsen. CIN 2-3 indikerer alvorlige forstadier til kreft (Folkehelseinstituttet, 2020a). Om celleforandringene ikke forsvinner og kreften går over til stadium I tilbys kvinnen først en operasjon med en behandling kalt konisering. Da vil en bit av nederste del av livmortalpen bli fjernet (Norsk helseinformatikk, 2020). Om kreften er i et mer alvorlig stadium så tilbys kvinnen en hysterektomi hvor hele livmoren fjernes. I stadium II vil kvinnen i tillegg til operasjon også få muligheten til å motta cellegift. Ved stadium II, III eller IV er strålebehandling et vanlig behandlingsalternativ. Hvilken behandling som egner seg best er individuelt bestemt basert på kreftens spredning samt kvinnens allmenntilstand

(Norsk helseinformatikk, 2020). Ifølge Folkehelseinstituttet (2020a) blir 300 kvinner på en årlig basis diagnostisert med livmorhalskreft i Norge, og rundt 70 kvinner dør årlig som følge av sykdommen. Prognosen avhenger både av svulstens størrelse og tidspunkt for oppdagelse av kreften. Om kreften er langt kommen når den blir oppdaget er prognosen noe dårligere. Det er en 90% sjans for helbredelse om kreften oppdages i stadium I (Norsk helseinformatikk, 2020).

Verdens helseorganisasjon anbefaler at kvinner screenes for livmorhalskreft og begrunner dette med fordeler knyttet til tidlig oppdagelse av prekanserøse lesjoner da dette gir mulighet for å starte tidlig behandling, og dermed unngå utvikling av kreft (World Health Organization, 2020a, s. 7). Ifølge organisasjonen blir 570 000 kvinner årlig diagnostisert med livmorhalskreft rundt om i verden, og 311 000 kvinner dør som følge av sykdommen hvor 90% av dødsfallene forekommer i utviklingsland (World Health Organization 2020b). Afrika er kontinentet med høyest forekomst av livmorhalskreft, hvorav Øst-Afrika er regionen med flest tilfeller (54 560 nye tilfeller i 2020). I Europa ligger Sentral- og Øst-Europa øverst på listen over forekomst av livmorhalskreft (32 248 nye tilfeller i 2020). Andelen dødsfall som følge av livmorhalskreft i Sentral- og Øst-Europa var på 6,1% per 100 000 innbygger i 2020 (Globocan, 2020).

1.1.2 Livmorhalskreftscreening i Norge

I Norge har vi tre nasjonale screeningsprogrammer- mammografiscreening, livmorhalskreftscreening og tarmkreftscreening (Kreftforeningen, u.å). Det nasjonale livmorhalsprogrammet har eksistert i Norge siden begynnelsen av 90-tallet, og er driftet og organisert av Kreftregisteret (Kreftregisteret, 2017). Livmorhalskreftscreeningen er et forebyggende tiltak mot livmorhalskreft ved at det tas regelmessige livmorhalsprøver. Livmorhalsprøven tas enten som en celleprøve eller som en HPV-test. Med celleprøven gjøres det en skrapning av celler i livmorhalsen, og cellene undersøkes i mikroskop med hensikten å kartlegge eventuelle celleforandringer. Disse celleforandringene kan komme som følge av en infeksjon med HPV-viruset, og kan videre utvikle seg til kreft. En HPV-test tas på samme måte som celleprøven, men prøven analyseres for ulike varianter av HPV (Norsk helseinformatikk, 2019).

Kvinner i Norge kan screene seg for livmorhalskreft enten som en del av det organiserte livmorhalsprogrammet eller gjennom opportunistisk screening. Ved opportunistisk screening tas livmorhalsprøven på kvinnens egen oppfordring utenfor de anbefalte intervallene hvert

tredje eller femte år. De europeiske retningslinjene for kvalitetssikring av livmorhalskreftscreening fra 2015 anbefaler derimot et organisert populasjonsbasert program for å gjøre screeningen tilgjengelig for alle samfunnets grupper samt holde det kostnadseffektivt (Chrysostomou, Stylianou, Constantinidou & Kostrikis, 2018, s. 7).

I Norge er screening et anbefalt tiltak, og ifølge Kreftforeningen (u.å) er det ulike fordeler og ulemper tilknyttet screening. Den største fordelen er redusert dødelighet av sykdom som følge av tidlig oppdagelse, mens den største ulempen er risikoen for overdiagnostisering og overbehandling. I tillegg kan screening gi angst og uro blant screeningspasientene i påvente av prøvesvar. Kreftforeningen i Norge anbefaler fortsatt screening, og begrunner dette med at fordelene er større enn ulempene sett opp mot dagens kunnskap om prognose ved tidlig diagnostisering av kreft (Kreftforeningen, u.å).

Livmorhalsprogrammet sender ut påminnelsesbrev til alle kvinner mellom 25 og 69 år om å bestille time hos lege for å ta livmorhalsprøve dersom de ikke er registrert med prøve de siste tre årene. Påminnelsen sendes ut to måneder før det er på tide å ta en ny livmorhalsprøve. Om det ikke registreres at kvinnen har tatt en prøve i løpet av et år etter første påminnelse er sendt, sender Livmorhalsprogrammet ut en ny påminnelse til kvinnen (Kreftregisteret, 2021, s. 21). I tillegg sendes det et introduksjonsbrev med en kort innføring i hvorfor det er viktig å ta en livmorhalsprøve, hvordan kvinnen bør forberede seg før en prøve og hva hennes rettigheter er til alle 25-åringene som er folkeregistrert i Norge (Kreftregisteret, 2021, s. 50).

Introduksjonsbrevet sendes ut hver september i forbindelse med «sjekkdeg» kampanjen for livmorhalskreftscreening som holdes årlig i samme måned. Kampanjen setter fokus på manglende oppmøte blant yngre kvinner (Kreftregisteret, 2021, s. 21-25).

Kvinner mellom 25-33 år mottar et påminnelsesbrev hvert tredje år, og de mellom 34-69 år får påminnelsen hvert femte år (Kreftregisteret, 2020a). I livmorhalsprogrammet går de gradvis over til HPV testing framfor cytologisk prøve for de i aldergruppen 34-69 år, noe som innebærer at for de fleste kvinnene vil anbefalt screeningintervall være hvert femte år. (Kreftregisteret, 2020b).

1.1.3 Livmorhalskreftscreening i Øst-Europa

Ifølge Verdens helseorganisasjon kan livmorhalskreft elimineres som et folkehelseproblem innen 2030 ved hjelp av tre tiltak: vaksinasjon, screening og behandling (World Health Organization, 2020a).

I Øst-Europa har land som Litauen, Tsjekkia, Estland og Polen et organisert livmorhalskreftscreeningprogram. Bulgaria er blant land som mangler et organisert program og kun praktiserer opportunistisk livmorhalskreftscreening (Chrysostomou et al., 2018, s. 12-13). I Litauen er det fastleger som har ansvaret for å påminne kvinner om å screene seg for livmorhalskreft. Landet har i utgangspunktet et organisert screeningprogram, men fordi fastlegen er ansvarlig for påminnelser blir mye av screeningsdeltakelsen opportunistisk. Programmet startet i 2004, og kvinner mellom 25-59 år mottar en påminnelse om å ta en celleprøve hvert tredje år. Prøvetaker er enten fastlege eller gynekolog (Chrysostomou et al., 2018, s. 12-14). I Tsjekkia har de siden 2008 screenet jenter fra 15 år og oppover for livmorhalskreft. Helsedepartementet er ansvarlige for organiseringen av landets livmorhalsprogram (Elfström, Dahlström, von Karsa & Dillner, 2015, s. 953), og en celleprøve tas hvert år hos gynekolog (Chrysostomou et al., 2018, s. 12). I Estland er det en annen praksis når det kommer til anbefalt tid mellom hver livmorhalsprøve. Som en del av det organiserte livmorhalsprogrammet i landet har kvinner mellom 30-59 år siden 2006 mottatt en påminnelse hvert femte år om å ta en celleprøve hos enten gynekolog eller jordmor (Chrysostomou et al., 2018, s. 12). I Polen er det regionale klinikker som er ansvarlige for å organisere livmorhalskreftscreeningen i landet (Elfström et al., 2015, s. 955). Programmet startet i 2006, og kvinner mellom 25-59 år mottar en påminnelse hvert tredje år om å ta en celleprøve og/eller HPV-test hos enten gynekolog eller jordmor. Kvinner i aldergruppen 30-50 år tar både en celleprøve og HPV-test, mens de mellom 25-29 kun tar en celleprøve (Chrysostomou et al., 2018, s. 12).

1.1.4 HPV-vaksinasjon i Norge

HPV-vaksinen er et annet forebyggende tiltak mot livmorhalskreft. Det er anbefalt å ta vaksinen uavhengig av om man er seksuell aktiv eller ikke. Vaksinen har best effekt om den gis før seksuell debut da vaksinen beskytter mot virus som mottakeren aldri har hatt før. Om mottakeren har en pågående HPV-infeksjon vil ikke vaksinen påvirke eller kurere den pågående infeksjonen. Det er fortsatt anbefalt å screene seg for livmorhalskreft regelmessig hvert tredje år selv om man har tatt HPV-vaksinen (Folkehelseinstituttet, 2020a). I 2009 ble HPV-vaksinen en del av barnevaksinasjonsprogrammet i Norge og siden da har vaksinen blitt tilbudt til alle jenter i 7.trinn. Fra 2018 fikk også gutter i 7.trinn, tilbud om HPV-vaksine som en del av vaksinasjonsprogrammet. I 2016 ble kvinner født i 1991 og senere tilbud vaksinen som en del av et midlertidig vaksinasjonsprogram (avsluttet i 2018). HPV-vaksinene har en

dokumentert beskyttelse på minst 90% så lenge de gis etter anbefalt vaksinasjonsregime (Folkehelseinstituttet, 2020a).

HPV-vaksinen har en høy dekningsgrad i barnevaksinasjonsprogrammet og statistikk fra Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) viser at 93% av jenter og 92% av gutter født i 2007 fikk første dose med HPV-vaksinen i 2020. 88% av jenter og 86% av gutter født 2007 mottok andre dose samme år (Folkehelseinstituttet, 2020b). Blant 16 år gamle jenter var 89% fullvaksinerte med HPV-vaksinen i 2020 (SYSVAK, 2020). Sammenligner vi det med andelen fullvaksinerte 16 år gamle jenter i 2013, fire år etter at HPV-vaksinen ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet, ser vi at kun 67% av jentene var fullvaksinerte (SYSVAK, 2014). Det er altså en økning i antall vaksinasjoner med HPV-vaksinen i Norge.

1.1.5 Deltakelse livmorhalskreftscreening i Norge

Deltakelse i livmorhalsprogrammet i Norge ligger mellom 67-72%, noe som betyr at nesten 1/3 av kvinner i screeningsalder ikke deltar i anbefalt livmorhalskreftscreening i Norge (Kreftregisteret, 2021, s. 51). I 2019 var det registrert litt over 1,5 millioner kvinner i aldersgruppen 25-69 år i Norge (Kreftregisteret, 2021, s. 50). I underkant av en halv million påminnelsesbrev ble sendt fra Kreftregisteret samme år, og man regner derfor med at mellom 16-28% av kvinner i screeningsalder mottar første påminnelsesbrev hvert år. Oppmøteandel etter at første påminnelsesbrev fra Kreftregisteret er sendt ut ligger mellom 45-50%, mens oppmøteandelen etter andre påminnelse er på rundt 30% (Kreftregisteret, 2021, s. 21-24). Det virker også som om «sjekkdeg» kampanjen som startet i 2015, har ført til en økning i deltakelsen til livmorhalsprogrammet (Kreftregisteret, 2021, s. 25).

I det pågående forskningsprosjektet Equalscreen har man sett på hvordan tilbud om hjemmetest kan påvirke oppmøte til livmorhalskreftscreening blant kvinner som ikke har deltatt i livmorhalskreftscreening på ti år eller lenger i Norge. I studien har det også blitt gjennomført en fokusgruppestudie med kvinner som er forsinket til screening. Studien til Aasbø et al. (2019, s. 4-5) viser at vanlige årsaker til manglende screening er fordi det er lett å glemme i en travel hverdag og at kvinnene har en oppfatning om livmorhalsprøven som en mindre viktig prøve fordi kvinnen selv må bestille prøve til fastlege istedenfor å få en timeinnkalling. Ifølge studien opplever også de fleste en gynekologisk undersøkelse som ubehagelig (Aasbø et al., 2019, s. 4-5).

I Norge er oppmøteandelen mindre blant ikke-etnisk norske kvinner sammenlignet med etnisk norske kvinner (Leinonen, Campell, Ursin, Tropé & Nygård, 2017, s. 874). Over halvparten av innvandrerkvinner innen målgruppen for livmorhalskreftscreening screener seg ikke, og oppmøteprosenten er lavest blant kvinner med bakgrunn fra Litauen (78% av kvinnene fra Litauen møter ikke til screening i Norge) (Leinonen et al, 2017, s. 874).

For innvandrerkvinner spiller fastlegen en viktig rolle i deres beslutning om ikke-oppmøte til livmorhalskreftscreening. Kommunikasjonsproblemer, dårlig tid til fastlegen og manglende informasjon om livmorhalskreftscreening fra fastlegen var alle påvirkende faktorer som førte til manglende oppmøte. Fastlegens kjønn spilte også en rolle for om kvinnene velger å screene seg eller ikke. Innvandrerkvinner med bakgrunn fra nordiske land hadde lavere sannsynlighet for å delta i livmorhalskreftscreening om fastlegen var en mann. Dette kunne forklares med hjemlandets praksis hvor prøvetakere ved livmorhalsprøven er kvinnelige jordmødre (Leinonen et al., 2017, s. 875-876).

Gele, Qureshi, Kour, Kumar & Diaz (2017) forsket på hva pakistanske og somaliske kvinner som bor i Norge sine vurderinger er rundt deltakelse i livmorhalskreftscreening i Norge. Studien viser hvordan manglende tillitt til det norske helsesystemet som følge av et dårlig forhold mellom kvinnen og fastlegen kan føre til uteblitt oppmøte til livmorhalskreftscreening. Forholdet mellom fastlegen og kvinnen var preget av språkvansker og kulturelle barrierer, og kvinnene rapporterte også at en mannlig fastlege vil ha en negativ påvirkning i deres beslutning om å ta livmorhalsprøven til legen (Gele et al., 2017, s. 494). Gele et al. (2017) viser også hvordan ideen om livmorhalskreft som noe knyttet til seksuell helse gjør sykdommen stigmatisert i noen kulturelle og religiøse samfunn. Kvinner som screener seg for livmorhalskreft kan føle skam og bli sosialt utstøtte, og dette vil spesielt gjelde ugifte kvinner som er forventet å ikke være seksuelt aktive før ekteskap og dermed ikke kan få en gynekologisk undersøkelse (Gele et al., 2017, s. 493).

1.1.6 Deltakelse livmorhalskreftscreening internasjonalt

Ifølge Verdens helseorganisasjon kan man oppdage flere avvik tidligere og gi bedre behandling dersom alle kvinner screenes minst to ganger i alderen 35-45 år (World Health Organization, 2020a). Som nevnt tidligere har flere land et organisert livmorhalsprogram, noe som gjør livmorhalskreftscreening mer tilgjengelig for kvinner i de landene.

I England for eksempel er screeningsandelen i det organiserte screeningprogrammet mellom 74-78 %, mens deltakelse i det organiserte screeningprogrammet i Litauen ligger på ca. 40 %. I Estland er det 35 % som screener seg i det organiserte screeningprogrammet, og i Tsjekkia er andelen høyere på 55%. I Polen er screening i det organiserte screeningprogrammet lavt og ligger på kun 25 % og det er anslått at 2/3 av alle celleprøver tas utenfor det organiserte programmet (Elfström et al., 2015, s. 958- 963).

Forskning fra andre land viser at vanlige årsaker for uteblitt oppmøte til livmorhalskreftscreening først og fremst er manglende tid for å screene seg, frykt for hva testen vil vise og manglende invitasjon til å delta i screeningprogram. Noen kvinner anser heller ikke screening som noe relevant i forhold til sin seksuelle helse og velger derfor å ikke screene seg (Bennett et al., 2018, s. 213-215). Andre årsaker til uteblitt screening er manglende kunnskap om livmorhalskreftscreening eller at kvinnen er symptomfri (Patel, Sherman, Tincello & Moss, 2020, s. 45) Uteblitt oppmøte var også knyttet til en opplevelse av ubehag ved prøvetaking (Bennett et al., 2018, s. 213-215, Patel et al., 2020, s. 45).

Som i Norge tyder forskning fra andre land også på at oppmøteandelen til livmorhalskreftscreening i flere europeiske land er enda lavere blant kvinner med innvandrerbakgrunn enn blant den øvrige befolkningen i det aktuelle landet. Dette er vanligvis knyttet til manglende informasjon om organisering av screeningprogram og kulturelle barrierer. Flere reiser også til hjemlandet for å screene seg og blir derfor ikke registrert som screenet i det landet de bor i (Patel et al., 2020; Marques, Lunes, Antunes, Heleno & Dias, 2020; Gele et al., 2017).

1.1.7 Minoritetshelseperspektivet

En minoritetsgruppe er en gruppe mennesker som i de fleste tilfeller er i numerisk mindretall i en befolkning og «innehar religiøse, etniske eller språklige karaktertrekk som skiller den fra majoriteten» (Døving, 2020). Det skilles mellom nasjonale minoriteter, urbefolkningsminoriteter og innvandrede minoriteter. Et eksempel på nasjonale minoriteter i Norge er kvener, mens urbefolkningsminoritet er samer. Innvandrede minoriteter er grupper som nylig har kommet til landet fra et annet land (Døving, 2020). Dette studiet omhandler innvandrede minoriteter. FHI definerer innvandrere i Norge som «personer født i utlandet, og som også har foreldre som er født i utlandet» (Stratton et al., 2018).

Norge driver aktivt en integreringspolitikk ovenfor innvandrere. Integrering i sammenheng med innvandring kan defineres som «en innlemmelse av innvandrere inn i majoritetssamfunnet» (Brochmann, 2020). I Norge er det en målsetning om høy grad av deltakelse blant innvandrere på alle samfunnsarenaer, og integreringsloven fra 2021 skal blant annet bidra til at innvandrere tidlig integreres i det norske samfunnet og blir økonomiske selvstendig (Integreringsloven, 2021, §1).

Som et resultat av møtet med en annen kultur kan det skje en såkalt akkulturasjon hvor to ulike kulturer veksler vaner og elementer (Tjora, 2021). Akkulturasjon må ikke forveksles med assimilering som beskriver prosessen hvor en språklig eller kulturell minoritet gjøres mest mulig lik majoritetsbefolkningen (Wæhle & Tjora, 2021), eller med sosialisering som beskriver sosiale prosesser som resulterer med at noen tar til seg samfunnets normer (Tjora, 2021). Ved akkulturasjon kan kulturene i noen tilfeller påvirkes av hverandre og til slutt danne en ny kultur (Tjora, 2021).

Det er viktig at det legges til rette for god tilgang til helse og velferdstilbud for alle minoriteter fordi som Brochmann (2020) også påpeker, så er helsevesenet et viktig element i den samfunnsmessige integrasjonsprosessen. Når det kommer til helse blant innvandrerbefolkningen viser folkehelse rapporten fra 2018 at det er store forskjeller mellom innvandrere fra ulike land, men at innvandrere generelt er mindre syke og ikke bruker helsetjenester like mye som den øvrige befolkningen (Straiton et al., 2018). Rapporten viser også at arbeidsinnvandrere fra EU/EØS-land er de som oppsøker helsetjenester som fastlege og legevakt minst blant innvandrere i Norge (Straiton et al., 2018). Ifølge Leinonen et al. (2017, s. 876) kan dette i tilfeller med østeuropeiske kvinner skyldes at kvinnene reiser tilbake til hjemlandet for å motta helsehjelp de første årene de bor i Norge.

Kjøllestad, Indseth, Iversen & Bjertnæs (2020) viser hvordan forskjellige innvandrergupper erfarer fastlegen sammenlignet med den øvrige befolkningen. Studien har et utvalg på i underkant 2000 personer med innvandrerbakgrunn i Norge. Forskningen viser at innvandrere i større grad har dårligere erfaring med sin fastlege i Norge enn den øvrige befolkningen, og oppgir lang ventetid for å møte fastlege samt dårlig kommunikasjon mellom pasient og fastlege som de mest vanlige årsakene til den dårlige erfaringen (Kjøllestad et al., 2020, s. 6). Blant deltakerne med bakgrunn fra Øst-Europa var lav tilgjengelighet i akutte situasjoner og lav tilfredshet med fastlegen de største årsakene knyttet til den dårlige erfaringen med fastlegen (Kjøllestad et al., 2020, s. 8).

1.1.8 Fastleger og deres ansvarsområder

Fastleger er sentral i livmorhalskreftscreeningen i Norge og flere andre land. Fastlegens rolle i livmorhalskreftscreening er først og fremst som prøvetaker. Fastlegen oppdateres når det kommer til kvinnens prøvesvar, men er ikke ansvarlig for å sende ut oppfølgingsbrev i tilfeller hvor det er påvist alvorlige celleforandringer. Dette er det Kreftregisteret som gjør. Ved unormale prøver skal kvinnen følges opp til gynekolog for videre utredning (Kreftregisteret, 2021, s. 30).

I Norge er det forventet at fastleger skal ta seg av problemstillinger knyttet til somatikk, psykisk helse og rus. De kan ikke velge bort tjenester med mindre de er unntatt fra det, som for eksempel i tilfeller fastlegen har pasienter innlagt på institusjoner med egen allmennlegetjeneste (eks fengsel). Da vil institusjonens allmennlege være ansvarlig for å følge opp pasienten (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 10). Som en del av fastlegeordningen har alle bosatt i en kommune i Norge rett til en fastlege/allmennlege. Ordningen er en del av primærhelsetjenesten og gir kommunen et ansvar for å sørge for at alle innbyggere i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 3).

Fastleger i Norge har opplæring i hvordan man utfører en enkel gynekologiske undersøkelser, og det er forventet at de skal kunne ta en livmorhalsprøve så langt det lar seg gjøre. Av ulike årsaker vil fortsatt noen fastleger henvise videre til gynekolog (Helsenorge, 2020). Dette kan ifølge Forbrukerrådet føre til at færre tar livmorhalsprøven da kvinnen forventer at fastlegen tar livmorhalsprøven, men istedenfor blir henvist videre og må vente i flere måneder for å møte gynekolog (Forbrukerrådet, 2017a). Forbrukerrådet utførte en undersøkelse i 2017 hvor de ønsket å se hvor mange kvinner som tar gynekologiske undersøkelser hos sin fastlege. En av ti kvinner svarte at fastlegen ikke utfører gynekologiske undersøkelser (Forbrukerrådet, 2017b). I en videre undersøkelse kom det frem at nitten av alle landets registrerte fastlegekontor oppgir at de ikke gjennomfører gynekologiske undersøkelser. Forbrukerrådet understreker at fastlegene må være forberedt på å kunne gjennomføre gynekologiske undersøkelser for å møte helsebehovet til kvinner, samt unngå tidskrevende og dyre henvisninger til gynekolog (Forbrukerrådet, 2017a; Forbrukerrådet, 2017b).

For noen fastleger kan mengden arbeidsoppgaver blir for mye, slik det er rapportert om i Saleh, Abu-Gariba, Yehoshua & Peleg (2018, s. 344) sin studie om barrierer fastleger

opplever i forbindelse med gynekologiske undersøkelser, og resultere i at legen ikke utfører gynekologiske undersøkelser. Begrenset tid er en vanlig barriere for å utføre intime undersøkelser, men ifølge leger som deltok i studien til Hine & Smith (2014, s. 948), vil det fortsatt være best å utføre en gynekologisk undersøkelse for å unngå å overse noe viktig. Manglende kunnskap og erfaring kan derimot bidra til en usikkerhet blant fastleger som skal utføre en gynekologisk undersøkelse (Saleh et al., 2018, s. 344). Frykt for å utføre undersøkelsen feil og påføre pasienten smerter er alltid til stede ved intime undersøkelser da innsatsen er høyere og krever kompetanse. Frykten knyttes også opp mot oppfattelsen om en forhøyet risiko for å feildiagnostisere ved intime undersøkelser (Hine & Smith, 2014, s. 949).

1.2 Avgrensning og problemstilling

Oppgavens tema er østeuropeiske kvinners refleksjoner rundt organiseringen av livmorhalskreftscreeningen i Norge, og deres erfaringer med fastlegen ved gynekologiske undersøkelser. Hensikten med oppgaven er å utvikle kunnskap som kan legge bedre til rette for innvandrerkvinner når det kommer til deltakelse i livmorhalskreftscreening. Oppgaven skal også bidra til å legge til rette for høyere screeningdeltakelse blant innvandrerkvinner.

Kvinner fra Øst-Europa er valgt fordi de utgjør en av de største innvandrergruppene i Norge (SSB, 2020), i tillegg viser forskning at de har lav deltakelse i det norske livmorhalskreftscreeningprogrammet (Leinonen et al., 2017; Patel et al., 2020).

Oppgavens problemstilling skal derfor utforske hva kvinner med østeuropeisk innvandrerbakgrunn sin vurdering er til å ta livmorhalsprøven hos fastlege i Norge, og se på hvordan de reflekterer rundt hva som legger til rette for eller oppleves som barrierer for å delta i screening. Følgende problemstilling er utviklet:

Hvordan reflekterer kvinner fra Øst-Europa om deltakelse i det norske livmorhalsprogrammet og hvilke oppfatninger og erfaringer har de om å ta livmorhalsprøve hos fastlege i Norge?

1.2.1 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven har seks kapitler. Første kapittel er innledningen hvor jeg gjør rede for tidligere forskning og viser hva bakgrunnen for valg av tema er. På slutten av kapittelet

presenterer jeg studien problemstilling. Kapittel 2 viser oppgavens teoretiske forankring og det er særlig fokus på tillitt og kulturelle perspektiver på helse. I kapittel 3 presenterer jeg oppgavens metode og viser hvordan datainnsamlingen foregikk. I dette kapitlet redegjør jeg også for oppgavens vitenskapsteoretiske forankring, samt viser hvordan den er relevant for studien før jeg avslutter kapitlet med å beskrive analyseprosessen. I kapittel 4 presenterer jeg oppgavens funn i form av resultater fra intervjuene. I kapittel 5 diskuterer jeg resultater i lys av teori presentert i kapittel 2. Oppgaven avslutter med en oppsummering av studiens hovedfunn i kapittel 6.

2.0 Teori

For å forstå kvinnes refleksjoner, vurderinger og erfaringer kan teori knyttet til tillitt og kultur belyse kvinnes perspektiv. Det handler om hvordan kvinnene forholder seg til det norske helsesystemet, og hvordan de fortolker de norske ordningene og institusjonene. Studien relaterer seg til to viktige begreper fra medisin og helsefag, helsekompetanse og helseatferd som presenteres i lys av kulturelle perspektiver.

2.1 Tillitt

Ifølge den norske filosofen Harald Grimen (1955-2011) kan det være nødvendig med en kombinasjon av teorier for å prøve å forstå fenomenet tillitt (Grimen, 2009, s.21). Den engelske sosiologen Anthony Giddens (1938-) definerer tillitt som et trossprang, mens den norske filosofen Jon Elster (1940-) sier tillitt er å avstå fra å ta forholdsregler mot en samhandlingspartner (Grimen, 2009, s. 19-23). Tillitt beskrives også som en holdning man har ovenfor mennesker man håper er pålitelige, hvor pålitelighet er mer en egenskap fremfor en holdning. Tillitt og pålitelighet er derfor ikke det samme, men henger tett sammen da vi har tillitt til de vi anser som pålitelige (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020). Ifølge Grimen (2009, s. 14-19) vil det å ha tillitt innebære å handle med få forholdsregler, noe han påpeker gjør tillitt til noe begrenset, betinget og spesifisert. I praksis betyr dette at tillitt oppstår i visse sammenhenger, med visse mennesker/institusjoner og som oftest basert på ens erfaringer. Hvordan tillitt fremtrer som handling beskrives ofte i tre ledd og involverer tre parter: (1) A stoler på B til å gjøre X- eller (2) A stoler på B med en kjært gjenstand X- eller (3) A stoler på B i spesifikke tilfeller. Tillitt handler derfor ikke at mottager har givers tillitt i alle områder, men kun i det området som er viktig for giveren (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020).

I denne oppgaven fokuserer vi på første ledd; A stoler på B til å gjøre X. Denne beskrivelsen om hvordan tillitt fremtrer i praksis er utviklet av den amerikanske statsviteren Russel Hardin (1940-2017) (Hardin, 1993, s. 507). Hardin definerer tillitt som noe motivbasert og har utviklet *Teorien om innbefattende interesser (Encapsulated interest)* basert på hans forestilling av tillitt. *Teorien om innbefattende interesser* tar utgangspunkt i at

tillitsmottageren er interessert i å holde på relasjonen mellom seg selv og tillitsgiver, og vil derfor ta til seg tillitsgiverens interesser inn i sine egne. Dette gjør at tillittgiver stoler på mottaker (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020). Ifølge Hardin stoler du på noen når du i en gitt situasjon er trygg på at vedkommende vil være pålitelig i den situasjonen. Ens tillitt baserer seg derfor ikke på egne interesser, men på tillitsmottagerens interesser, og det er en forutsetning at giver gir mottaker kunnskap om givers interesser for å vite noe om hva mottakers interesser er (Hardin, 1993, s. 505-507). For eksempel vil en kvinnelig pasient stole på sin fastlege når det kommer til å ta livmorhalsprøven om hun opplever at fastlegen viser interesse i gynekologi. Kritikken av denne teorien er at den forutsetter at tillitsmottakeren har gode intensjoner og utviser pålitelighet til tillitsgiver, noe som ikke alltid er tilfellet (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020). Fastlegen kan for eksempel fremstå som tillittfull og behjelpelig ovenfor pasientene, men fortsatt ha gale intensjoner.

2.1.1 Tillitt til helsevesenet

Pasienter er i sårbare situasjoner og det er viktig at de har tillitt til både helsevesenet som institusjon og til de som arbeider i helsevesenet. God tillitt til helsepersonell er fundamentet for effektiv behandling da pasienter for å kunne motta den hjelpen de trenger, må kunne stole på at helsepersonell arbeider for pasientens beste interesse (Birkhäuer et al., 2017, s. 2). Når det kommer til store institusjoner som helsevesenet er det ifølge Hardin nødvendig å forvente en forutsigbarhet basert på våre erfaringer med institusjonen. Det er vanskelig å vite hva som er interesser og motiver til store institusjoner, men om vi opplever dem som pålitelige vil vår tillitt basere seg på våre forventninger til institusjonen (Grimen, 2009, s. 112).

Manglende tillit til helsevesenet kan resultere i mistillit. Mistillit er å handle med forholdsregler (Grimen, 2009, s. 91). Mistillit må derimot ikke mistolkes som tillitens motsetning. Grimen (2009, s. 92) beskriver hvordan mistillit, som er enkel å skape og vanskelig å bli kvitt, er en rasjonell og moralsk godt begrunnet reaksjon. Mistillit kan for eksempel oppstå mellom fastlege og pasient når fastlegen har splittede interesser som følge av flere ansvarsområder (Grimen, 2009, s.17). Pasientens opplevelse av fastlegens manglende interesse i pasientens tilstand resulterer i at pasienten ikke stoler på fastlegen. I slike tilfeller er mistilliten personlig ved å være erfaringsbasert og spesifikk. Om mistilliten er rettet mot hele helsevesenet som institusjon er den gjerne mer upersonlig. Upersonlig mistillit kan virke positivt og hjelpe pasienten å stole på at det er trygt å bli behandlet på et sykehus fordi

sykehusene har kontroller som minimerer risikoen for blant annet feilbehandling, slik at personer med vonde hensikter ikke kan skade pasientene (Grimen, 2009, s. 94-97).

For helsepersonell kan møtet med andre kulturer by på utfordringer. Om helsepersonell mangler kunnskap og kompetanse om vanlige helseutfordringer i innvandrerbefolkningen kan dette resultere i en begrenset tilgjengelighet til helsetjenester for innvandrere (Diaz, 2018, gjengitt i Stration, 2018). Helsepersonell som jobber med flerkulturelle pasienter, vil måtte tilpasse behandlingen så den blir tilgjengelig for flere pasientgrupper (Møen, Terragni, Kumar & Diaz, 2018, s. 419). Dette kan være vanskelig og pasienter med en minoritetsbakgrunn kan av ulike årsaker utvikle mistillit til helsevesenet som et resultat av følelsen av å ikke bli forstått når man oppsøker helsevesenet (Gele et al., 2017, s. 492). Følelsen av å ikke bli forstått kan komme av kommunikasjonsbarrierer mellom pasient og helsearbeider som følge av språkvansker (Grandahl, Tydén, Gottvall, Westerling & Oscarsson, 2015, s. 350).

2.2 Kulturelle og kontekstuelle perspektiver på helse

Den norske sosialantropologen Thomas H. Eriksen (1962-) definerer kultur som «de ferdigheter, oppfatninger og væremåter personer har tilegnet seg som medlemmer av et samfunn» (Eriksen, 1998, s. 24-25). Kultur er sentral i forståelsen om helse, og reflekteres i vår oppfatning av sykdommer så vel som i våre vaner og handlinger knyttet til helsen. Selv om kultur betraktes som noe subjektivt er komponentene som danner grunnlaget for kultur ofte dynamiske og i stadig endring. Helse må derfor ses på fra et kulturelt ståsted (Napier et al., 2014, s. 1607). Mennesker med felles forståelser og som praktiserer basert på disse forståelsene har en felles kultur, og kultur er derfor ikke ekvivalent med en felles etnisk gruppe eller nasjonal tilhørighet (Napier et al., 2014, s. 1608-1609). Et eksempel på dette er anbefalinger om vaksiner i et samfunn. Noen vil avstå fra å ta en vaksine samtidig som andre vil ta vaksinen. Dette er ikke til å unngå da forståelsen om vaksinen varierer i et samfunn. Her vil begge sider reflektere basert på deres kulturelle aspekter.

2.2.1 Helsemodeller

Helsemodeller beskriver folks helserelaterte atferd. Det finnes flere helsemodeller hvorav den biomedisinske-, den holistiske-, den folkelige og den politiske helsemodellen er de mest velbrukte modellene med sterke kulturelle røtter. Den biomedisinske helsemodellen tar

utgangspunkt i at helse er lik fravær av sykdom. Denne modellen er mest brukt innen den medisinske kulturen av fagfolk i det medisinske feltet (Gjernes, 2004, s. 146-145). Den holistiske helsemodellen ble utviklet av Verdens helseorganisasjon som en utvidelse fra den biomedisinske helsemodellen i 1946. Modellen legger vekt på helse som fysisk, psykisk og sosial velvære (Gjernes, 2004, s. 149). Den politiske helsemodellen har fokus på frigjøring og *empowerment*, og handler om å frigjøre befolkningen fra systemer og institusjoner (Gjernes, 2004, s. 153).

I denne studien er det den folkelige helsemodellen som er mest aktuell. Den folkelige helsemodellen er en helsemodell hvor helsedefinisjoner og ideer om helse formes av folks oppfatninger om helse (Gjernes, 2004, s. 145). Denne modellen legger vekt på hva folk uten medisinsk kunnskap oppfatter som helse og vil derfor være sterkt preget av kulturelle faktorer. Deres definisjoner på helse er uformelle og preget av en kontinuerlig strøm av informasjon og meningsdannelser fra ulike kilder (Gjernes, 2004, s. 151). En del av den folkelige helsemodellen handler om balanse og likevekt i ens helsevalg. Ifølge Gjernes (2004, s. 152) er dette svært individuell da denne balansen er avhengig av den enkeltes vaner, tradisjoner og sosiale og materielle muligheter. En annen del av den folkelige helsemodellen omhandler en såkalt folkelig rasjonalitet. Her tenkes det at det ikke er den enkelte, men en helhetlig handling som er skadelig på ens helse (Gjernes, 2004, s. 152). For eksempel vil manglende oppmøte til livmorhalskreftscreening i de fleste tilfeller ikke ha noe å si før det strekker seg gjennom flere år og kvinnen ikke screener seg jevnlig innenfor de anbefalte tidsintervallene. Det er i slike tilfeller det er fare for å overse kreftutvikling.

2.2.2 Helseatferd

Screeningdeltakelse forstås i den medisinske litteraturen gjerne som helseatferd. Helseatferd er handlinger og vaner som påvirker helsen (Nylena, 2019). Samfunnet vi lever i, og hva vi har vokst opp med definerer vår oppfatning av hva som er «normal» helse (Mæland, 2016, s. 109-110). Mæland (2016, s. 110) beskriver hvordan våre handlinger er et resultat av enten sosiale, kulturelle eller religiøse normer, og dermed også hvordan livsstil kan betraktes som en refleksjon av «gruppepress, rollemodeller og annen normativ innflytelse». Hvordan en velger å leve bestemmes av den enkelte, men innvirkning fra andre er unngåelig da vi alltid observerer hva andre gjør, følger de rådende normene og påvirkes av medier (Mæland, 2016, s. 34). Omgivelsene rundt oss vil derfor alltid ha en sentral påvirkning for hvordan vi lever, og en endring i helseatferd kan i noen tilfeller kreve å komme seg ut av kjente omgivelser. Dette

kan være utfordrende da det å bryte ut av kjente omgivelser kan medføre til et brudd med ens identitet og tilhørighet i en gruppe (Mæland, 2016, s. 111). En travel hverdag som følge av jobb og barn, samt psykiske og fysiske barrierer kan gjøre det vanskelig å endre helseatferden (Marlow, Chorley, Rockliffe & Waller, 2018a, s. 2490) og samtidig være uaktuelt å bryte ut fra. I noen tilfeller vil det derfor ikke være mulig å bryte ut av kjente omgivelser.

Et aspekt ved folkelige oppfatninger om helse som ofte tas opp i refleksjoner rundt helseatferd er grad av fatalistiske holdninger til kreft. Krefftatalisme tematiseres gjerne i studier av mennesker med en annen kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen. Fatalisme er troen på at alt som skjer er forutbestemt, og det er ikke noe mennesker kan endre (Barstad, 2021). Ved krefftatalisme tror en at døden er uunngåelig når man har kreft. Denne troen vil variere basert på ens kulturelle og historiske perspektiver (Powe & Finnie, 2003, s. 454-456).

Ifølge Straiton et al. (2018) kan innvandrere med en annen kultur enn majoritetskulturen oppleve barrierer ved bruk av helsetjenester som følge av «kulturelle oppfatninger om helse, tegn på sykdom og når det er best å oppsøke lege». Tidspunkt for når noen oppsøker helsehjelp vil derfor avhenge av deres oppfatning av sykdommens alvorlighetsgrad. Et eksempel her er hvordan en fatalistisk forståelse av kreft kan knyttes til lavere oppmøte til kreftscreening (Powe & Finnie, 2003, s. 454; Marlow, Ferrer, Chorley, Haddrell & Waller, 2018b, s. 208-209).

2.2.3 Helsekompetanse

Helsekompetanse er en sentral faktor i hvordan kvinnene betrakter det norske helsesystemet. Helsekompetanse er ens evne til å få tilgang til, forstå, vurdere og bruke informasjon og ressurser til å ta beslutninger knyttet til helsen (Wahl, Hermansen, Osborne & Larsen, 2020, s. 1). Ifølge Wahl et al. (2020, s. 1) er lav helsekompetanse knyttet til blant annet høyere dødelighet, flere sykehusinnleggelser, mindre bruk av forebyggende helsetjenester, kommunikasjonsvansker med helsepersonell og lav kunnskap om sykdomsprosess. Begrepet brukes synonymt med det engelske begrepet *health literacy*. God helsekompetanse gir evnen til å effektivt bruke informasjon og forståelse om egen helse i kontakt med helse- og omsorgstjenester samt iverksette nødvendige helsefremmende tiltak ved behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 6).

Helsekompetanse er erfarings- og situasjonsbetinget, og helseinformasjonen nødvendig for å utvikle helsekompetansen er derfor ikke tilgjengelig for alle (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2019, s. 5-6). Helseinformasjonen har som mål å lære og formidle informasjon til enkeltpersoner, grupper eller hele befolkningen (Mæland, 2016, s. 121). I FHI sin folkehelse rapport fra 2018 kommer det frem at kunnskap om helsetjenester er en forutsetning å ha for å kunne benytte seg av tjenestene på best mulig måte (Straiton et al., 2018). Tilgang til informasjon om organiseringen av helsetjenester i Norge på andre språk enn norsk og engelsk er derimot begrenset, og vil medføre manglende kunnskap om disse tjenestene samt hvilke rettigheter man har (Straiton et al., 2018). I slike tilfeller er ikke helseinformasjonen tilgjengelig nok.

Forskning viser at høy helsekompetanse er knyttet til økt deltakelse i kreftscreening (Papadakos et al., 2018, s. 4208; Kim & Han, 2019, s. 183), og kvinners beslutning om å delta i livmorhalskreftscreeningsprogrammet vil derfor være påvirket av kvinnens helsekompetanse. Ifølge Kim & Han (2019, s. 183) har dette sammenheng med at personer med høy helsekompetanse vet hvilke spørsmål de skal stille for å få relevante svar. Studien fant ut at deltakelse i livmorhalskreftscreening kunne assosieres med en høy skriftlig helsekompetanse, altså en god evne til å forstå skriftlig helseinformasjon (Kim & Han, 2019, s. 185). Andre indikatorer for helsekompetanse ved kreftscreening var knyttet til pasientens muntlige- og lytteferdigheter. Den muntlige helsekompetansen var høy når pasienter spurte om medisinske råd, mens for å forstå informasjonen behandlere ga måtte pasienten ha gode lytteferdigheter (Kim & Han, 2019, s. 177).

Helsekompetansen kan økes gjennom flere ulike tiltak. Det kan være individrettet hvor tiltakene er rettet direkte mot individet. Eksempler på slike tiltak er offentlige kampanjer, opplysninger på sosiale medier, pasientundervisning og mye mer. Pasientundervisningen foregår som oftest med helsepersonell som undervisere, og det vil derfor være en forutsetning at helsepersonell har gode undervisningsferdigheter. Undervisningen skal tilpasses pasientens helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 12-13). Tiltak for å øke helsekompetansen kan også være systemrettede med at individet blir påvirket indirekte. Vanlige systemrettede tiltak er endringer i organiseringen av helsetjenester med den hensikt å gjøre tjenestene mer tilgjengelige for pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 12). For eksempel i tilfeller hvor helsestasjoner holder åpent på kvelden for å være mer tilgjengelige for grupper som ikke har anledning til å besøke helsestasjonen på dagtid.

Viktigheten med god helsekompetanse i befolkningen er tydelig og har resultert med at flere land i verden kartlegger helsekompetanse i landets befolkning. Helse- og omsorgsdepartementet (2019, s. 11) oppgir i *Strategi for å øke helsekompetanse i*

befolkningen at Østerrike, Tyskland, Nederland og USA er blant land som har utarbeidet nasjonale strategier eller handlingsplaner for å øke helsekompetansen i befolkningen. Helsekompetanse er også sentral i flere av FNs bærekraftsmål, deriblant i mål 4 (god utdanning) og mål 10 (mindre sosial ulikhet) (World Health Organization, 2016).

2.2.4 Stigma knyttet til livmorhalskreft og HPV

Kulturelle perspektiver på livmorhalskreft og HPV kan også knyttes til forståelser av kjønn. Austveg (2006, s. 42) skriver om hvordan psykoanalytikerens Julia Kristeva (1941-) forestiller kvinnen som sterkt påvirket av de monoteistiske religionene hvor kvinner ofte defineres som underordnet. Det foreligger en dyp ambivalens i form av at kvinnen må lide for å være noe så god og syndfritt som en mor. Sammenhengen mellom kvinnen og morsrollen er knyttet til jomfrumyten hvor Maria fødte Jesus da hun fortsatt var jomfru. Hun var fri fra synd og sex, og ble derfor ansett som en god mor (Austveg, 2006, s. 42) Disse kulturelle aspektene gir en forståelse av stigma knyttet til seksuell helse. I Gele et al. (2017, s. 491) oppgir pakistanske og somaliske kvinner at fordi livmorhalskreft kan ses i sammenheng med seksuell helse, vil det være et utfordrende tema å snakke om for noen muslimske kvinner da seksuell helse er et emne noen anser som tabu, og som kan etterlate en følelse av ubehag. Stigmaet kan også være knyttet til en tro om at jenter og ugifte kvinner ikke skal være seksuelt aktiv før ekteskap (Gele et al., 2017, s. 491; Grandahl et al., 2015, s. 349). Enkelte studier peker også på at i enkelte grupper kan en gynekologisk undersøkelse medføre sosial utstøtelse fra samfunnet (Grandahl et al., 2015, s. 349).

Kvinnehelse er også neglisjert i noen kulturer og medfører en redusert tilgjengelighet til helsestasjoner samt redusere muligheten for å screene seg for livmorhalskreft (Marques et al., 2020, s. 11). Neglisjeringen av kvinners helse kan også føre til en kjønnsulikhet. Kvinnens helse blir ansett som noe mindre verdt enn mannens, og om kvinnen dør vil mannen alltid kunne gifte seg på nytt. Kvinnen er altså lett erstattelig (Grandahl et al., 2015, s. 348-349). I noen kulturer er det også foretrukket at den som utfører gynekologiske undersøkelser er en kvinne. Dette er derimot ikke vanlig praksis i alle land og ønsket om en kvinnelig prøvetaker ved gynekologiske undersøkelser blir derfor ikke alltid møtt (Gele et al., 2017, s. 492; Møen et al., 2018, s. 418).

3.0 Metode

Kvalitativ forskning karakteriseres gjerne av data i form av tekst, og spørsmålene har mer fokus på å forstå et fenomen fremfor å måle det (Green & Thorogood, 2018, s. 7-8). Et kvalitativt forskningsdesign egner seg best for dette prosjektet da det utforsker hvilke refleksjoner, erfaringer og tanker kvinner har rundt deltakelse i livmorhalskreftscreening i Norge fra et minoritetsperspektiv. Det kvalitative tilnærmingen vil derfor kunne bidra til en dypere forståelse av refleksjoner, erfaringer og tanker med fokus i hvordan det erfares subjektivt (Green & Thorogood, 2018, s. 27).

3.1 Sosialkonstruktivismens fremgang i oppgaven

Den sosialkonstruktivistiske ontologien legger vekt på at virkeligheten er samfunnskapt. Den tyske sosiologen Thomas Luckmann (1927-2016) og den amerikanske sosiologen Peter L. Berger (1929-2017) skrev tidlig et viktig bidrag i den sosialkonstruktivistiske tradisjonen, og kom i 1966 med boka *The Social Construction of Reality*. Denne dannet forståelsen av sosialkonstruktivismen slik de fleste forstår den i dag (Tjora, 2020). Ifølge Berger & Luckmann (1966, s. 15) må en vitenskapsteori anvende kunnskap om de sosiale prosessene hvor menneskelig viten utvikles, overføres og vedlikeholdes i sosiale situasjoner for å kunne vite hva som er virkelig. Virkeligheten for et menneske er nødvendigvis ikke lik virkeligheten for et annet menneske, og det er nødvendig med kunnskap om sosiale sammenhenger for å prøve å forstå virkelighet (Berger & Luckmann, 1966, s. 13-15). En sosialkonstruktivistisk vitenskapsteori muliggjør både en forståelse av samfunnsstrukturer og institusjoner som for eksempel sykehus, postvesen og penger som sosialt konstruert, (Mik-Meyer & Justesen, 2012, s. 28-29).

Begrepet «virkelighet» er svært sentral i en sosialkonstruktivistisk ontologi. Det er derimot ulike meninger om hvem det er som faktisk konstruerer virkeligheten. Mens Berger & Luckmann mener at subjektet som et sosialt individ er ansvarlige for konstruksjonen av hva som er virkelig, legger en annen forståelse vekt på forskere som konstruksjonister da de utgjør en stor rolle i kunnskapsutviklingen. Den franske filosofen Michel Foucault (1926-1984) så

derimot ikke på konstruksjonen som noe subjektivt, men heller som noe skapt av en felles diskurs eller kunnskap (Mik-Meyer & Justesen, 2012, s. 27-28).

Denne studien tar utgangspunkt i Berger og Luckmanns (1966) forståelse av individet som konstruksjonist og ser nærmere på hvordan fenomenet intersubjektivitet er sentral i denne sammenhengen. Intersubjektivitet beskriver en felles forståelse mellom to eller flere subjekter (Olsvik, 2021). Berger & Luckmann (1966, s. 37) utforsker hvordan virkeligheten for et menneske er organisert rundt individets «her og nå», noe som gjør kroppen og dens tilstedeværelse sentral.

For å konstruere en virkelighet som flere kan leve i er det avgjørende å ha en felles forståelse av hva som er fornuftig kunnskap. Fornuftig kunnskap er kunnskapen man deler med andre uten å være bevisst på det. Dette krever en form for intersubjektivitet (Berger & Luckmann, 1966, s. 37). Denne forståelsen er et fundament for å forstå hva virkeligheten er for et samfunn. Virkeligheten trenger ikke å bekreftes da den er noe man tar for gitt og ikke tenker over (Berger & Luckmann, 1966, s. 37).

Med et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt for å gjennomføre kvalitative intervjuer betyr det at man er interessert i subjektive og intersubjektive fortolkninger, forståelser og erfaringer knyttet til spesifikke sosiale praksiser, som livmorhalskreftscreening. Denne studien skal vise hva kvinner med en minoritetsbakgrunn gjør relevant og som videre får betydning i deres refleksjoner rundt deltakelse i det norske livmorhalskreftscreeningsprogrammet. Intervju med en sosialkonstruktivistisk tilnærming vil derfor gi meg muligheten til å utforske hvordan deltakeren skaper en forståelse av livmorhalskreftscreening på bakgrunn av de erfaringer og forståelser de har i forbindelse med livmorhalskreftscreening i Norge og eventuelt i hjemlandet, og hvordan dette kommer frem i sosiale praksiser.

3.2 Valg av forskningsdesign

Jeg ønsket å utforske ulike refleksjoner og erfaringer minoritetskvinner har til fastlegen som prøvetaker og til det norske livmorhalskreftscreeningsprogrammet. For å få disse refleksjonene måtte jeg utføre intervjuer med deltakere. Et kjennetegn ved kvalitative metoder er at den tillater en viss fleksibilitet ved forskningsopplegget (Thagaard, 2013, s. 31), noe som

var viktig i arbeidet med denne studien fordi det var behov for å spesifisere problemstillingen underveis.

3.2.1 Intervju

Et intervju er en samtale med et visst formål, og det finnes flere ulike intervjutyper basert på hva formålet er. Jeg har hovedsakelig brukt semistrukturerte dybdeintervjuer ved innsamling av data. At intervjuet var semistrukturert vil si at spørsmålene mine var forhåndsbestemte, men rekkefølgen på spørsmålene var ikke det. Dette ga deltakerne mulighet til å både utdype og snakke fritt rundt temaene (Green & Thorogood, 2018, s. 115- 116). Dybdeintervjuet er som Tjora (2017, s. 113-114) påpeker best å bruke om man vil studere meninger, holdninger og erfaringer, og et mål for denne type intervju er å skape en fri samtale rundt forhåndsbestemte temaer. Semistrukturerte dybdeintervjuer tillot meg som intervjuer å være fleksibel under samtalen så jeg kunne få en god forståelse av hva deltakerne erfarer, og hvilke refleksjoner de har innen spesifikke emner (Green & Thorogood, 2018, s. 125).

I tillegg ble det også utført et fokusgruppeintervju med to deltakere. I et fokusgruppeintervju samler man flere deltakere for å snakke om ett bestemt tema, og en fordel med fokusgruppeintervju er at man kan aktivt prøver å få frem mange ulike synspunkt og nyanser om tematikken (Tjora, 2017, s. 123-124). I tillegg er interaksjonen, altså enighet og uenighet rundt tematikken, et viktig utgangspunkt for analyse (Mik-Meyer & Justesen, 2012, s. 78-79).

3.2.2 Rekruttering

Rekrutteringen av deltakere til studien visste seg å være en krevende prosess. Studien var i utgangspunktet planlagt som et fokusgruppeintervju, men dette ble vanskelig å gjennomføre på grunn av Covid-19, i tillegg til at det var vanskelig å finne tidspunkt som passet flere. Jeg gikk derfor over til å individuelle intervjuer.

Rekrutteringen foregikk ved å aktivt bruke nettverk via bekjente, kolleger og organisasjoner. Jeg brukte snøballmetoden etter hvert som jeg hadde gjennomført intervjuer. Ved snøballmetoden brukes deltakerne aktivt i rekrutteringen av andre deltakere, og metoden er god å bruke i tilfeller hvor nettverket er vanskelig å komme inn i eller når det ikke er mange andre rekrutteringsmetoder å bruke (Green & Thorogood, 2018, s. 77).

Det ble sendt informasjon til kvinnene om prosjektet og en forespørsel om jeg kunne ta kontakt med de for å eventuelt høre om de kunne være interessert i å delta i studien. Dersom

jeg ikke fikk tilbakemelding om at de ikke var interessert eller ikke ønsket å bli kontaktet, ringte jeg disse kvinnene og spurte om de kunne være interessert i å delta i et intervju. Samtalene la stor vekt på anonymiseringen av alle deltakerne og kvinnens rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst i prosessen.

8 av 26 kandidater ønsket ikke å delta i studien. 18 kvinner var interesserte i å delta i studien, og fikk tilsendt et informasjonsskriv og samtykkeskjema på epost som de kunne lese gjennom før intervjuet. Alle skrivene/skjemaene som ble sendt ut var på norsk. Samtykkeskjemaer og informasjonsskrivene var tilpasset intervjuformen da noen skulle ha et gruppeintervju mens andre var planlagt individuelt intervju. 8 deltakere falt ut da det ikke var mulig å møtes for intervju grunnet restriksjoner knyttet til Covid-19. Ifølge Tjora (2017, s. 39) vil en empiriskbasert masteroppgave basert på dybdeintervjuer normalt ha mellom 10-15 intervjuer, og for å få et stort nok utvalg og samtidig ta pragmatiske valg med tanke på Covid-19 avsluttet jeg derfor datainnsamlingen med et utvalg på 10 deltakere.

3.2.3 Deltakerne

Utvalget er strategisk basert på både deltakernes landsopprinnelse og alder. Deltakerne er alle kvinner med bakgrunn fra Øst-Europa. De bor for tiden i Norge, og har bodd her mellom 6-25 år. Deltakerne var mellom 29-55 år, de fleste av de i 40-årsalderen.

Valg av deltakere var delvis på bakgrunn av teori rundt innvandring i Norge og statistikk som viser at minoriteter med bakgrunn fra Øst-Europa er en av de største innvandregruppene i Norge (SSB, 2020). Nyere forskning tyder også på at en av gruppene med lavest screeningstall innen livmorhalskreftscreening er kvinner med bakgrunn fra Øst-Europa (Patel et al., 2020; Leinonen et al., 2017).

Å klassifisere hvilket land som ligger i Øst-Europa kan være en utfordring fordi selv om de fleste østeuropeiske land ligger i de østlige deler av Europa, så er ikke dette området geografisk avgrenset og det er derfor ikke helt klart hvilket land som ligger i øst (Tøllefsen, 2019). Studien til Patel et al. (2020, s. 41) bruker EUs kriterier av nye medlemsland i 2004/2007 og legger følgende land i kategorien Øst-Europa: Bulgaria, Tsjekkia, Estland, Ungarn, Latvia, Litauen, Polen, Romania, Slovakia og Slovenia. Sentral- og Øst-Europa blir til tider brukt sammen i beskrivelser av østeuropeiske områder. Dette kommer frem i artikkelen til Poljak et al. (2013, s. 60) hvor alle overnevnte land og de seks baltiske landene Albania, Bosnia-Hercegovina, Kroatia, Montenegro, Serbia og Nord-Makedonia (tidligere

FYR Makedonia) angis som østeuropeiske land. I denne oppgaven velger jeg å bruke Patel et al. (2020) sin kategorisering av østeuropeiske land da denne følger EUs kriterier og dekker det mest østlige området av Europa. Å utforske en homogen gruppe kan gi et mer konsistent datamateriale da dataen vil være basert på samme fenomen (Tjora, 2017, 131).

Oppgavens inklusjonskriterier var først og fremst kvinnens alder og landbakgrunn. Siden målgruppen for livmorhalskreftscreening i Norge er mellom 25-69 år måtte derfor deltakerne være i denne aldersgruppen. Deltakerne måtte også kjenne til livmorhalskreftscreeningsprogrammet i Norge. Denne strategiske avgjørelsen om å bruke et utvalg med erfaringer innen det aktuelle fenomenet er ifølge Tjora (2017, s. 130) en forutsetning i kvalitative intervjustudier. Tabell 1 viser deltakerkarakteristikken i forhold til alder, mottatt påminnelsesbrev og hvor og hvem kvinnen tar livmorhalsprøven til.

Tabell 1: Deltakerkarakteristikk

Deltaker-nummer	Alder	Mottatt påminnelsesbrev	Tar livmorhalsprøve til fastlege i Norge	Tar livmorhalsprøve til gynekolog i Norge	Tar livmorhalsprøve i hjemland.
<i>D1</i>	45 år	X			X
<i>D2</i>	45 år			X	
<i>D3</i>	45 år	X		X	
<i>D4</i>	39 år	X		X	
<i>D5</i>	47 år	X	X		
<i>D6</i>	51 år	X		X	
<i>D7</i>	33 år	X			X
<i>D8</i>	39 år	X		X	
<i>D9</i>	40 år	X	X		
<i>D10</i>	29 år		X		

3.3 Refleksivitet

Refleksivitet handler om at forsker reflekterer over hvordan tolkningene i sin forskning fremkommer (Tjora, 2017, s. 251) Refleksivitet er sentral i gjennomføringen av kvalitative studier, og forskeren må kunne reflektere rundt hvordan forskningsprosessen har blitt påvirket av at «jeg er meg». Dette gjelder alle deler av prosjektet, fra samhandling med intervjupersoner til forskerens fortolkning i analysen (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2019). Samtaler med en forskningshensikt er ikke naturlige settinger,

og det er viktig å være klar over at samtalen i et intervju er styrt av forskeren og derfor aldri blir helt «naturlig» er nøytrale (Green & Thorogood, 2018, s. 158).

Kunnskapen jeg får fra intervjuene kan aldri være objektivt sanne, men heller et resultat av interaksjonen og samhandlingen mellom meg og deltakerne (Thagaard, 2013, s. 45).

Organiseringen av livmorhalsprogrammet og helsetjenestekonteksten screening skjer i forstås som systemkonstruksjoner som fortolkes og gis mening av den enkelte. Refleksiviteten kan betraktes som både epistemologisk og personlig, og viser hvordan min personlige- og yrkesbakgrunn kan ha betydning for hvordan interaksjonen i intervjuene ble, og også for hva jeg har blitt opptatt av underveis i intervjuene og videre i analysene.

Epistemologi er læren om erkjennelse, og handler om det vi erkjenner som viten (Mik-Meyer & Justesen, 2012, s. 14). En epistemologisk refleksivitet handler om min faglige forståelse av fenomenet jeg studerer. Som sykepleier er jeg trent i å jobbe handlingsrettet og pragmatisk, og vet at livmorhalskreftscreening er et anbefalt tiltak i forebygging av livmorhalskreft. Som masterstudent har jeg lært om kritiske perspektiver på helsetjenesten gjennom masterstudiet.

Den personlige refleksiviteten handler mer om personlige kjennetegn ved meg som har hatt betydning for gjennomføringen av denne studien. Et viktig kjennetegn her er at jeg selv har en migrasjonsbakgrunn. Det var dette som først gjorde meg interessert i temaet og gjorde at jeg valgte å utforske det mer. På den annen side så er min bakgrunn fra Afrika, en annen migrasjonsbakgrunn enn deltakerne, og jeg vil derfor ha et annet utgangspunkt. Dette har gjort meg bevisst på hvor forskjellig det er og at det ikke kun finnes et innvandrerperspektiv, men flere perspektiver. I tillegg har jeg blitt bevisst på at ulike innvandrerperspektiv har betydning for hvordan man bruker og forstår den norske helsetjenesten.

Ifølge Neumann & Neumann (2012, s. 11-12) vil aldri forskeren kunne unngå å påvirke deltakerne. Det er utfordrende å holde seg nøytral som forsker da ens tilstedeværelse kan ha en innvirkning i hva intervjupersonene sier og i noen tilfeller kan intervjupersonene fremstille seg som noe annet enn hun er for å passe inn i det de mener forskeren ønsker (Thagaard, 2013, s. 115). Ifølge Thagaard (2013, s. 115) så kan forskeren aldri helt vite om dette er tilfellet, og «en tilfredsstillende løsning til dette problemet finnes ikke». Det var viktig for meg å prøve å få fram nyanserte refleksjoner rundt det å delta i livmorhalskreftscreening i Norge. Min innfallsvinkel til tematikken var ikke å vurdere hvor kunnskapsrike deltakerne var, men heller å få fram deres refleksjoner som både kunne være ambivalente og tvetydige.

3.4 Intervjuene i praksis

3.4.1 Utforming av intervjuguide

En intervjuguide skal vise hvilke spørsmål som skal stilles og evt. hvilken rekkefølge spørsmålene skal stilles under et intervju. Målet med intervjuguiden i dette prosjektet var å få en dypere forståelse av hvordan norske kvinner med bakgrunn fra Øst-Europa opplever å ta gynekologiske undersøkelser hos fastlegen, samt hvordan de erfarer og vurderer det norske livmorhalskreftscreeningsprogrammet.

Intervjuguiden er semistrukturert utformet og tillot meg som intervjuer å være fleksibel ved å ha forhåndsbestemte emner og spørsmål, men fortsatt ha frihet rundt rekkefølgen spørsmålene og eventuelle oppfølgingsspørsmål stilles i (Green & Thorogood, 2018, s. 125). Dette ga intervjuene en naturlig flyt og gjorde de mer til samtaler hvor både jeg og deltaker kunne stille og/eller svare på spørsmål.

Intervjuguiden for dette prosjektet ble utformet i to versjoner, et for gruppeintervju (vedlegg 5) og et annet for individuelt intervju (vedlegg 4). Intervjuguiden var delt opp i syv temaer; (1) påminnelsesbrevet, (2) kunnskap om emnet/undersøkelsen, (3) organisering i hjemland, (4) erfaringer rundt innvandring, (5) språk og kommunikasjon, (6) fysiske faktorer og organisering, (7) deltakelse i intervju. Ifølge Tjora (2017, s. 157) vil det å dele opp intervjuguiden i temaer gjøre det lettere for intervjuer og deltakere å holde orden på alle spørsmålene.

3.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble tatt opp på lydopptak ved hjelp av UiOs diktafon app, og videre overført til *Tjenester for sensitive data* (TSD) i sanntid. Ved å bruke lydopptak under intervjuene fikk jeg muligheten til å konsentrere meg mer om selve samtalen med deltakeren, og kunne lettere notere ned viktige poenger samt stille oppfølgingsspørsmål ved behov. Det var god kommunikasjon og flyt i intervjuene, noe som ifølge Tjora (2017, s. 166) er en av hovedgrunnene til hvorfor det bør tas lydopptak ved dybdeintervjuer.

Før hvert intervju presenterte jeg prosjektet på nytt for deltakeren og svarte på spørsmål deltakeren måtte ha. Deretter ba jeg om å få ta opp intervjuet og spesifiserte at det kun er jeg og min veileder som har tilgang til lydopptakene. Deltakeren måtte også signere samtykkeskjemaet før vi startet intervjuet.

8 deltakere ble intervjuet individuelt, og 2 ble intervjuet i gruppe. Med unntak av gruppeintervjuet og et individuelt intervju, gjennomførte jeg alle intervjuene på egenhånd. Veileder var med på to intervjuer fordi begge var planlagt som fokusgruppeintervju. Den ene ble individuelt fordi to deltakere meldte frafall like før intervjuet.

For å utforske hva deltakernes opplevelser og erfaringer var måtte jeg ha god tid til hvert intervju så deltakeren fikk snakke fritt. Ifølge Tjora (2017, s. 113) vil rolige omgivelser og en god tidsramme gjøre det enklere for deltakeren å reflektere over egne erfaringer knyttet til aktuelle temaer. Intervjuene varte mellom 45-90 min og foregikk på steder som var lett tilgjengelige for deltakerne og hvor det samtidig var mulig å overholde restriksjoner i henhold til Covid-19. Ingen intervjuer ble derfor gjennomført i noens hjem. Ulike lokalisasjoner kan ha en påvirkning på deltakeren, og det beste vil alltid være et rolig og privat sted, hvor man opprettholder konfidensialitet og et avslappet miljø (Green & Thorogood, 2018, s. 138). Intervjuene foregikk derfor i caféer/restauranter (5 stk), i et konferanserom på instituttets lokaler (3 stk), i en park (1 stk) og i en kantine (1 stk). Flere av deltakerne bodde i Viken fylke, men kom til Oslo for intervju. To intervjuer ble gjennomført utenfor Oslo, begge på restauranter.

Det er viktig å merke seg at påminnelsesbrevet deltakerne tidligere har mottatt eller er kjent med er Kreftregisterets tidligere utgave som ble endret i 2019, og det er med utgangspunkt i den gamle versjonen at deltakerne har kommet med sine vurderinger. Jeg har sammenlignet det gamle påminnelsesbrevet med de nye og ser derimot at mye av innholdet når det kommer til hovedbudskap i de ulike utgavene fortsatt er uendret.

3.5 Analyseprosessen

Med utgangspunkt i en sosialkonstruktivistisk tradisjon hadde analysen en induktiv tilnærming til dataene. Analysens mål var å få frem deltakernes refleksjoner til fastlegen og organiseringen av livmorhalskreftscreeningen i Norge.

For å analysere datamaterialet har jeg basert meg på Braun & Clarkes sine prinsipper for kvalitativ tematisk analyse. Tematisk analyse er en analysemetode hvor det identifiseres temaer og mønstre i datamaterialet (Braun & Clarke, 2013, s.175).

Braun & Clarke's (2006) tematiske analyse består av seks faser. I første fase skal jeg bli kjent med det empiriske materialet. Her transkriberte jeg datamaterialet fra lydfil til tekst og leste gjennom intervjuene flere ganger før jeg gikk videre til neste fase. Braun & Clarke (2006, s. 16) anbefaler å lese gjennom teksten minst en gang før man går videre til neste fase for å se etter mønstre i teksten og allerede da skape et bilde av hva teksten handler om. Hvert intervju ble transkribert fortløpende mens jeg fortsatt hadde intervjuet ferskt i minne, og notatene som ble tatt under intervjuet ble også aktivt brukt i transkriberingen da de beskrev deltakerens reaksjoner til forskjellige spørsmål. Jeg transkriberte alt slik det ble fortalt av deltakerne og passet på å høre på toneleiet til deltakerne da dette var avgjørende for å vite hvordan jeg skulle skrive det som tekst uten å misforstå noe. Hvis et svar var uklart, noterte jeg det og formidlet svaret tilbake til deltakeren på slutten av intervjuet for å se om det var det hun mente.

Etter at lydfilene var transkribert og jeg hadde lest gjennom teksten en gang, gikk jeg videre til fase to hvor jeg startet å kode datamaterialet. Kodingen er empirinært og fokuserer mer på hva deltakeren sier fremfor hva hun snakker om (Tjora, 2017, s. 201), og jeg passet på å ikke tolke eller legge en mening i hva informasjonen sa. Hver kode representerte innholdet i en setning, og en setning kunne ha flere koder. Tabell 2 viser hvordan kodingen foregikk.

Tabell 2

<u>Setning</u>	<u>Koder</u>
<i>Det er for mye, jeg leser selvfølgelig ikke alt. Så det eneste som funker her er den påminnelsen om å ta celleprøven fra livmorhals, og da er det ok for da har den tiden kommet (D4).</i>	*For mye tekst i påminnelsesbrevet *Leser ikke hele påminnelsesbrevet pga for mye tekst *Påminnelsesbrevet funker som en påminnelse for å ta livmorhalsprøven
<i>Det er jo på en måte også en grunn til at jeg skulle ha kvinnelig fastlege da for jeg har unngått å ha mannlig fastlege. Hadde jeg hatt mannlig fastlege så er det ikke sikkert jeg hadde vært like laid back når det gjelder å ringe og bestille time (D9).</i>	*Har unngått mannlig fastlege *Hadde ikke vært like laid back med å bestille time for livmorhalsprøve om fastlege var mann

Fasen tre handler om å skape kategorier og sub-temaer ved hjelp av kodene (Braun & Clarke, 2006, s. 19) I denne fasen kategoriserte jeg kodene ved å legge alle koder med fellestrekk i samme kategori og derfra lage sub-temaer. Siden det er snakk om en stor mengde koder, anbefaler Braun & Clarke (2006, s. 19) å lage en form for visuell representasjon av alle koder for å hjelpe å identifisere kategorier bestående av koder med fellestrekk. Jeg ga hver deltaker

en fargekode for å klare å skille hva som ble sagt av hvem, og hver kode et nummer bak seg. Koder med fellestrekk fikk samme tall og noen koder kunne få flere tall. Deretter opprettet jeg et dokument hvor jeg overførte koder med samme nummer under samme kategori og ga navn til kategorien. Tabell 3 viser hvordan koder med samme tall dannet en eller flere kategorier som videre formet et sub-tema.

Tabell 3

<u>Koder</u>	<u>Kategorier</u>	<u>Sub-tema</u>
Viktig å ta livmorhalsprøven (9) Har alltid tatt initiativ til å ta prøven selv (4,9) Vil helst unngå alt av gynekologiske undersøkelser (4) Pasientens ansvar til å ta jevnlig livmorhalsprøver (4, 6) Ikke nok informasjon om HPV kan føre til misforståelser (6)	Kvinnen ved gynekologiske undersøkelser (4) Erfaringer med livmorhalsprøven og HPV-vaksinen (9) Informasjon om livmorhalsprøven og HPV (6)	Kvinnen som pasient (4, 6 & 9)

Fase fire innebærer å se på arbeidet, og revidere datamaterialet for å passe på at det fortsatt henger sammen med kodene og sub-temaene. Den består av to nivåer hvor man på nivå en ser om sammenhengen i de preliminare sub-temaene og kodene er tatt med eller om noe er misforstått eller oversett. På nivå to ser man på hele datasettet for å påse at det stemmer med kodene og sub-temaene (Braun & Clarke, 2006, s. 20-21). Jeg leste gjennom intervjuene en gang til og undersøkte om kodene stemte eller ikke. Noen koder måtte forkastes eller omformuleres fordi de beskrev mer hva deltakeren snakket om fremfor å vise hva hun sa. Deretter undersøkte jeg om kodene ga samme kategorier som jeg hadde. Noen kategorier måtte avkastes mens andre kategorier satte jeg sammen så de formet et nytt sub-tema. Det ble til slutt ni kategorier, og noen kategorier ble brukt i flere sub-temaer da disse kategoriene dekket flere områder. Jeg endte til slutt opp med fire forskjellige sub-temaer (se tabell 4). Jeg stoppet opp på dette antallet kategorier og sub-temaer da forberedelsene ikke lengre la til noe vesentlig, som ifølge Braun & Clarke (2006, s. 21) er når man skal slutte å rekode for å unngå å kode i det uendelige.

I fase fem definerte jeg og navnga de overordnede temaene. For å finne ut av hva sammenhengen i et overordnet tema er må jeg gå tilbake til sub-temaer og kategorier brukt for å skape temaet (Braun & Clarke, 2006, s. 22). Jeg lagde et flytskjema som ga meg en oversikt over hvilke sub-temaer og kategorier som går inn under hvert tema. Dette gjorde prosessen med å definere temaene enklere. Tabell 4 viser hvilke kategorier som dannet hvilke sub-temaer og videre hvilke sub-temaer som la grunnlaget for overordnet tema. Jeg fikk til slutt fire overordnede temaer.

Tema 1: «Det er allmennkunnskap». Første tema presenterer kunnskap deltakerne har fra før samt hvordan deltakerne opplever informasjonen knyttet til gynekologiske plager og prøver fra offentlige aktører som manglende. Temaet vil sette søkelys på hvilke områder i det norske helsesystemet som oppleves som mangelfulle for deltakerne, og hvem de mener har ansvaret for å oppdatere pasienter med informasjon innen disse områdene.

Tema 2: «Må følge med litt selv». Andre tema omhandler kvinnen erfaringer med å være egen initiativtaker ved behov for helsesjekk. Her presenteres deltakernes opplevelser av å måtte ta ansvar for problemstillinger de anser som utenfor deres ansvarsområde, og hvordan dette påvirker deres tillitt til det norske helsevesenet. Temaet konsentrerer seg på deltakeren som pasient og på kvinnens reaksjon ved mottagelse av påminnelsbrevet fra kreftregisteret, samt erfaringer med oppfølging fra helsesektoren i Norge.

Tema 3: «Jeg vil gjerne ha en som har spisskompetanse». Tredje tema beskriver kvinnens møte med gynekolog, og hvordan hun forholder seg til organiseringen rundt livmorhalskreftscreening. Her vil fokusområdene både være kvinnens møte med det norske helsevesenet fra et innvandrerperspektiv og hvordan kvinnen tilpasser seg ulike behandlingstiltak.

Tema 4: «Allmennleger tar ikke gynekologiske prøver». Siste tema tar utgangspunkt i hvordan kvinnen forholder seg til fastlegen når det kommer til gynekologiske undersøkelser. I dette temaet beskrives kvinnens vurderinger med å ta gynekologiske undersøkelser til fastlegen.

Tabell 4: tematisk kart



Kolonne I er studiens problemstilling. Kolonne II viser tema. Kolonne III er sub-temaer. Kolonne IV viser kategorier. Kartet viser hvilke sub-temaer som ble brukt for å lage oppgavens temaer, og videre hvilke kategorier de ulike sub-temaene er basert på. Et tall er brukt for å vise koblingen som hvert tema har med sine sub-temaer og kategorier. For eksempel er tema 1: «Det er allmennkunnskap» et resultat av sub-temaene *Møte med det norske helsevesenet* og *Organisering av livmorhalskreftscreening* og HPV vaksine. Disse sub-temaene er igjen utformet fra kategoriene: informasjon om livmorhalsprøve og HPV, organisering i Norge og organisering i hjemland.

Fase seks er siste fase i analysen, og innebærer å skrive ut resultatene (Braun & Clarke, 2006, s. 23). Dette er gjort i kapittel 4.0.

3.6 Ethiske overveielser

I tråd med forskningsetikkloven (2017) ble alle faser i denne studien utført i henhold til anerkjente forskningsetiske normer (§4), og forskningsarbeidet startet ikke før alle nødvendige godkjenninger var på plass. Siden dette prosjektet er en del av det større forskningsprosjektet Equalscreen, forelå det allerede tilrådning fra Personvernombudet ved OUS for å gjennomføre intervjuene (vedlegg 1). Denne godkjenningen ble gitt i 2017 og er gyldig til 2022. Dette masterprosjektet var derfor ikke meldepliktig til NSD. Det ble søkt til

REK i forbindelse med hovedforskningsprosjektet, og REK vurderte prosjektet som utenfor deres mandat.

Prosjektprotokollen, godkjenning fra PVO, informasjonsbrev, samtykkeskjema og veilederavtale ble sendt til masteroppgavekomiteen som godkjente prosjektet i august 2020 og ga meg grønt lys til å starte forskningsarbeidet gitt at alle godkjenninger var på plass. Alle deltakere fikk tilsendt et samtykkeskjema (vedlegg 3) og informasjonsbrev (vedlegg 2) på e-post i forkant av intervjuene. Til intervjuene tok jeg med eksemplarer av samtykkeskjemaene og gikk gjennom dem med deltakerne før de skrev under. I tråd med personopplysningsloven (2018, §34-2, pkt 32) skal samtykke gis i en form som viser tydelig bekreftelse på at deltakelse er informert om prosjektet, og deltar frivillig i prosjektet. Samtykkeskjemaet skal også vise at de har mottatt informasjon om hva det innebærer å delta og at de når som helst kan trekke seg ut fra forskningsprosjektet (Green & Thorogood, 2018, s. 89).

Deltakerne i denne studien mottok 500 kr i kompensasjon for å deltakelse. Det var en generell kompensasjon for å dekke evt. reise-/parkeringsutgifter. Dette ble dekket av prosjektmidler og utbetalt fra Kreftregisteret. Som Green & Thorogood (2018, s. 167) påpeker er dette noe omstridt i helseforskning da det løfter spørsmålet om de økonomiske kompensasjonene kan sette den frivillige samtykke i fare. Dette er tatt i betraktning i prosjektet, og vurdert som innenfor å tilby kompensasjon i rekrutteringen av deltakere. Jeg ga god informasjon i forkant av intervjuene, og spesifiserte ved flere anledninger at deltakelse er frivillig.

Personvern, konfidensialitet og hvordan forsker skriver frem resultatet er svært viktig å ta i betraktning ved vurdering av sikkerhet og deltakerrisiko i et kvalitativt forskningsprosjekt (Thagaard, 2013, s. 28). Siden opplysninger samlet i dette prosjektet inneholder helseopplysninger er det kategorisert som sensitive data, og skal lagres og behandles på en forsvarlig måte i tråd med UiOs regler for datalagring (Universitetet i Oslo, 2020a). Jeg har tilgang til *Tjenester for sensitive data* (TSD) gjennom UiO hvor jeg lagrer alle intervjuer. TSD er en sikker plattform som oppfylder kravene om sikker datalagring i tråd med personopplysningsloven §2, pkt.8. (Universitetet i Oslo, 2020b).

Det er viktig å være klar over at personopplysninger kan være både indirekte og direkte identifiserbare gjennom blant annet landbakgrunn, kjønn, bosted og helseopplysninger (Thagaard, 2013, s. 25). Innsamlet data skal være begrenset til de som er autorisert til å ha tilgang til den, altså meg som masterstudent og min prosjektveileder, og resultatet skal skrives frem på en måte som gjør det umulig å identifisere intervjupersonen ved at navn,

personnummer og andre identifiserbare markører anonymiseres (Thagaard, 2013, s. 28). I denne oppgaven aidentifiserte jeg personopplysninger ved å gi hver deltaker et tall istedenfor å bruke deltakeren navn, samtidig som jeg referer til deltakernes opprinnelsesland som «hjemland». Dokumentet med oversikt over hvilken deltaker som har hvilket tall og hva hennes opprinnelsesland er, lagret jeg i TSD.

Bruk av kvalitative intervjuer innebærer tilgang til flere sensitive opplysninger. Det er også tilfellet i denne studien, der mange temaer var helserelaterte. Forsker må derfor passe på så integriteten til intervjupersonene ivaretas under og etter intervjuet, samt ved presentasjon av innsamlet data (Fangen, 2015). Ved bruk av intervju foreligger det alltid en risiko for å generalisere, spesielt når utvalget er basert på en spesifikk folkegruppe. Ved å tenke at deltakerne representerer en hel folkegruppe åpner også forskeren opp for stigmatisering av folkegruppen, samt styrking av kulturelle oppfatninger. Det er derfor viktig og poengterer at deltakerne er enkeltindivider med egne meninger og verdier (Ingierd & Fossheim, 2015).

Det var viktig at deltakerne visste om sikkerheten og eventuelle risiko som følger med deltakelsen i dette forskningsprosjektet. Et forskningsprosjekt vil først og fremst gi fordeler til forskeren, mens utfallet for intervjupersonene aldri kan forutses med sikkerhet. Det er derfor viktig at forsker tenker om spørsmålene som stilles, bør stilles (Thagaard, 2013, s. 31). Det foreligger alltid en risiko for å bringe frem vonde minner da deltakeren kan oppleve noen spørsmål som personlige, og forsker skal derfor alltid ha respekt for deltakerens grenser og ikke presse frem informasjon (Thagaard, 2013, s. 119).

3.6.1 Studiens overførbarhet og relevans

Et viktig utgangspunkt for denne studien er at den skal ha relevans for forebygging av kreft. At forskning er overførbar vil si at tolkninger utviklet av en studie også kan ha gyldighet i andre sammenhenger (Thagaard, 2013, s. 205). Resultater i denne studien skal videreutvikle kunnskapen vi har om minoritetskvinner og deres forebyggende helseatferd og bruk av helsetjenester i Norge.

Kunnskapen denne studien gir vil derfor måtte legges i en annen kontekst ved bruk andre steder, men hovedbudskapene skal alltid være tilstede. For eksempel vil refleksjonene kvinnene kommer med knyttet til fortolkninger rundt fastlegens kompetanse danne en forståelse for hvordan kvinner med en annen kultur forholder seg til helsetjenesten i Norge.

Slike antakelser kan videre undersøkes med annen forskning, men hovedbudskapet danner da et grunnlag for nyere forskning (Thaagard, 2013, s. 211-212).

4.0 Resultater

Temaene er relatert i den konteksten deltakerne presenterte den i, og skal beskrive hvordan deltakerne erfarer det norske screeningsprogrammet og hva deres refleksjoner til fastlegen er. Overskriftene til hvert tema er direkte sitater fra noen av deltakerne.

4.1 «Det er allmennkunnskap»

4.1.1 Kunnskap fra før

Deltakerne fortalte at de er ganske aktive med å tilegne seg informasjon og vet om anbefalingene rundt livmorhalsprøven. Det er først og fremst gjennom nettsider knyttet til helseinformasjon at deltakerne har funnet svar på spørsmål de har om gynekologi. Noen bruker også fastlegen aktivt for å holde seg oppdaterte. For noen få av deltakerne har jobb og/eller familien har også vært viktige ressurser i tilegningen av kunnskap knyttet til livmorhalsprøven og hva konsekvensene for å ikke ta livmorhalsprøven kan være. D3 forteller at hun søker mye på nettet for å finne svar på spørsmål knyttet til gynekologi og helsen når hun har spørsmål.

Jeg har jo ingen medisinsk bakgrunn. Jeg har ingen kunnskap i medisin. Det er jo, alt er jo selvlært [...] Jeg stoler ikke på Google men jeg stoler på NHI, websidene hvor det står om diagnoser og bivirkninger. (D3)

Nettsider som anses troverdige innen helseinformasjon brukes aktivt, og andre deltakere angir å bruke samme nettside når de har spørsmål knyttet til gynekologiske plager eller HPV. Både D1 og D2 forteller at de selv leste seg selv opp på livmorhalskreft da de hadde spørsmål rundt det. Mangel på informasjon fører til at deltakeren selv tar initiativ til å lese om temaet.

Alle deltakerne oppga at livmorhalsprøven er en viktig prøve å ta, og majoriteten av dem mente at det beste var å ta livmorhalsprøven regelmessig gjennom kontroller for å forebygge evt sykdom. Kun en deltaker opplever gynekologiske undersøkelser som såpass ubehagelige at hun ikke tar en undersøkelse med mindre det er indikasjon for det. Hun vet derimot hvilke symptomer som kan tyde på at det er behov for en gynekologisk undersøkelse. Deltakerne var også enige i at et positivt prøvesvar vil bety noe negativt knyttet til prøven, og at dette må følges opp av en lege. Nesten alle så på livmorhalskreft som en like farlig krefttype som andre

krefttypen. Ifølge D6 og D5 er dette fordi langt flere unge mennesker får diagnosen livmorhalskreft enn for eksempel brystkreft.

Det var varierende hva deltakerne visste om HPV og HPV-vaksinen. Ifølge D8 kan HPV kategoriseres som «allmennkunnskap» alle burde lese seg opp på. Syv av deltakerne viste at HPV er en seksuelt overført sykdom. D10 visste at HPV er et virus som kan gi celleforandringer, og disse celleforandringene kan videre føre til utvikling av livmorhalskreft. D4, D5, D8 og D5 vet at HPV-vaksinen er en del av barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Når det kommer til sammenhengen mellom livmorhalskreft og HPV var det flere som oppga at de først ikke var særlig kjent med dette første gang de hørte om HPV, men at de ved hjelp av egen lesing rundt temaet nå er kjent med denne sammenhengen. Flere deltakere bruker nettsider for å tilegne seg mer kunnskapen om sammenhengen mellom HPV-vaksinen og livmorhalskreft. D5 beskriver at hun selv tok initiativ til å lese seg opp på hva vaksinen var og hvorfor den gis da et nært familiemedlem skulle få HPV-vaksinen.

Hun (familiemedlem) var en av de første kullene som fikk det (HPV-vaksinen) tror jeg. Da måtte jeg sette meg inn i prøven og jeg visste kanskje ikke helt den sammenhengen mellom HPV og livmorhalskreft. (D5)

D5 opplevde informasjonen om hvordan HPV-vaksinen var tilknyttet livmorhalskreft som manglende. Hun oppgir å ha brukt både nettsider om helseinformasjon og kilder fra jobben som ressurser i tilegningen av denne informasjonen. Deltakerne har altså en del etablert kunnskap om både livmorhalsprøven, HPV og HPV-vaksinen fra før, men gir også uttrykk for at det fortsatt er mye de ikke vet om disse temaene.

4.1.2 Lite informasjon om sammenhengen mellom HPV og livmorhalskreft

Deltakerne beskriver kreft som et vanskelig tema å snakke om og opplever informasjonen rundt sammenhengen mellom HPV-viruset og livmorhalskreft som manglende. Ifølge D9 er «alt det som er lite kjent det som folk er mest redd for». Hun forteller at selv om hun allerede hadde kunnskap til HPV-vaksinen så anser hun ikke dette som allment kunnskap, noe som ifølge henne kan forklare hvorfor mange er skeptiske til vaksinen. D2 oppgir at hun opplevde informasjonen om HPV-vaksinen og dens utviklings som manglende da den først ble tilgjengelig. Hun forklarer at det er viktig for henne å vite hvor godt testet vaksiner er før hun tar dem. «Fordi alt nytt er jo som regel ganske lite testet. Da blir man jo skeptisk. Det finnes også mange bivirkninger som kan vare livet ut». Hun er skeptisk til HPV-vaksinen fordi hun

opplevde informasjonen rundt hvor godt utprøvd den var og hvilke bivirkninger forsøkssubjektene fikk som manglende.

D4 forteller at utfordringer rundt å snakke om kjønn og seksuell helse fører til at livmorhalskreft også blir vanskelig å snakke om.

Faktisk har jeg aldri hørt at folk har snakket om dette. Ja, nei sykdommer generelt eller kropps... sånn relatert til kjønn. Sånn sex og alt sammen er vanskelig å snakke om. (D4)

Fordi livmorhalskreft er så tilknyttet det kvinnelige underliv og kjønn, så blir det utfordrende å snakke om denne type kreft. Ifølge D5 er dette fordi livmorhalskreft utvikler seg som følge av en HPV-infeksjon som er en seksuelt overførbart infeksjon, og dermed kan dette bidra til at man ikke snakker så mye om livmorhalskreft. Diagnosen blir mer privat da den kan knyttes til en seksuelt overførbart infeksjon som HPV. D1 er inne på samme problemstilling. Hun mener det trengs mer informasjon om HPV så det ikke oppstår misforståelser, og folk kan snakke mer fritt om det.

Når det gjelder HPV så tenker jeg at det er altfor lite informasjon om det. Det burde være en foropplysning, hvorfor får man livmorhalskreft? For om man finner ut at man har det (livmorhalskreft) eller får vite at det kommer av HPV så er jo neste spørsmål «hvor fikk jeg HPV fra?». (D1)

Hun mener det kan bli veldig emosjonelt og oppleve som skamfullt å få HPV, i tillegg til at det kan oppstå spørsmål rundt om partneren har vært utro. D1 forteller at i hjemlandet henges det opp reklameplakater med informasjon om livmorhalsprøven og hvilket årskull de kaller inn.

Jeg tenker det er viktig, og legger jeg det sammen med at jeg har altfor lite informasjon fra min lege så tenker jeg at det ikke bare er den prøven men egentlig alt det andre også. Det gynekologiske som det kunne vært mye mer fokus på (i Norge). (D1)

Om man får mer kunnskap om hva HPV er, hvordan den smitter og hvordan den kan forebygges gjennom HPV-vaksinen, så kan dette bidra til å endre hele oppfatningen om HPV. «Da snakker man ikke lenger om seksuelt overførbare sykdommer, men om HPV». Dette mener D1 kan bidra til at flere snakker om HPV.

4.1.3 Burde fastlegen passe mer på?

Noen deltakere mener at det er fastlegens ansvar at viktige helsesjekk følges og/eller at informasjon tilknyttet dette gis. D9 beskriver at for å få flere til å ta livmorhalsprøven så kan fastlegen følge opp ved å sende en time med en ferdig oppsatt tidspunkt til kvinner i målgruppen.

Da er det kanskje litt bedre at du får et tidspunkt også kan du evt endre på det hvis det ikke passer. Jeg tror flere ville tatt den prøven hvis det kom et tidspunkt og ikke bare et brev (påminnelsesbrevet). (D9)

Fastlegen hadde da hatt ansvar med å følge opp sine pasienter så de tar livmorhalsprøven til avtalt tid. Det at fastlegen får et større ansvarsområde var det flere av deltakerne som var enige om. D10 poengterer at hun ikke har noe imot å bestille time til fastlegen for å ta livmorhalsprøven på egenhånd, men foreslår også at timeinnkalling for å ta livmorhalsprøven kanskje kan øke oppmøtet. Hun begrunner dette forslaget med at flere hadde sluppet å tenke på å bestille time og dermed også bare møtt opp til timen. D1 poengterer at fastlegen er første kontakten som de fleste har med helsevesenet, og at fastlegen derfor vil ha mye av ansvaret med å enten utføre prøver selv eller henvise kvinnen videre til noen som kan ta prøvene. Det samme gjelder informasjonen pasienter får. Fastlegen vil være første behandler man oppsøker for å få svar på spørsmål knyttet til ens helse. D1 påpeker at selv om man har lært om gynekologi på skolen så betyr ikke dette at man kan det for resten av livet. Det kommer ny forskning og fastlegen bør oppdatere pasienter i hva som gjelder nå. Hun oppgir selv at hun aldri har fått informasjon fra fastlegen sin når det kommer til hva livmorhalsprøven er og hvor ofte prøven bør tas.

Jeg tenker at det er greit å få en påminnelse (påminnelsesbrevet). Men jeg tenker sånn i forhold til det med fastlegen så kunne det vært greit om fastlegen også minnet på noe. [...] Det er for lite fokus rundt det gynekologiske tenker jeg, generelt i Norge. For meg høres det ut som et område som er litt glemt. [...] Det er aldri en oppfordring (fra fastlegen) til en gynekologisk undersøkelse eller opplysning om hvilke farer det er forbundet med. (D1)

Den manglende informasjonen fra fastlegen, samt lange ventetider for å komme hos gynekolog fører til at søkelyset på gynekologi blir mindre i Norge. D6 forteller at hun ikke vet så mye om HPV og HPV-vaksinen, og skulle ønske det var mer informasjon rundt dette til

offentligheten. Ifølge henne er det fastlegens ansvar å informere om HPV og HPV-vaksinen, samt informere om ulempene ved livmorhalskreftscreening.

Det forelå derimot en ambivalens blant deltakerne om hvor mye ansvar de skal ha selv når det kommer til å huske å ta livmorhalsprøven. Fire deltakere spesifiserte at det ikke er fastlegens ansvar å passe på at pasienter tar helsesjekk. Ifølge dem kan pasienten selv passe på dette så langt det lar seg gjøre. D8 forteller at selv om fastlegen aldri har snakket med henne om sammenhengen mellom livmorhalskreft og HPV, så er det fortsatt ens egen ansvar å tilegne seg denne kunnskapen med hjelp fra staten. Hun legger til at det er for høye forventninger til fastleger om de også skal ta seg av gynekologiske undersøkelser. D8 påpeker at fastlegen må kunne gjøre så mye forskjellig og trenger derfor ikke å ta livmorhalsprøven i tillegg da gynekologene er de med spisskompetanse og mer erfaring innen feltet.

D4 mener at fastlegen har et ansvar å følge opp at riktig informasjon gis i tilfeller hvor pasienten ikke har ressurser til å gjøre dette selv.

Jeg tenker at siden jeg er ganske adekvat og oppegående så klarer jeg å passe på dette selv, og det er nok med den påminnelsen (påminnelsesbrevet fra Kreftregisteret). Men hvis man begynner å skrøpe litt og kanskje har noen psykiske problemer så kunne fastlegen passe mer på det [...] Jeg tenker at det er alles eget ansvar, at det er mitt ansvar at jeg skal sjekke meg. (D4)

Så lenge ens helse er god så bør man passe på å ta jevnlig helsesjekk selv. Fastlegen kan derimot hjelpe til å følge opp om prøven er tatt selv om det ikke er fastlegen som tar alle prøvene. Ifølge D4 kan det bli mye å passe på for fastleger om de også skal påminne alle sine pasienter i å ta forskjellige prøver. D5 sier noe av det samme. Hun søker på nett etter svar om hun har spørsmål knyttet til livmorhalsprøven og HPV-vaksinen til voksne, men legger til at fastlegen må kunne gi informasjon om temaer som kan være ganske begrensende på nettet. Hun spesifiserer at fastlegen ikke trenger å påminne for å ta livmorhalsprøven da hun får denne påminnelsen fra påminnelsesbrevet fra Kreftregisteret. D10 forteller at hun aldri har fått beskjed om å ta livmorhalsprøven fra fastlegen, men mener fastleger at dette ikke er fastlegens ansvarsområde da de ikke jobber mer med akutte problemstillinger fremfor «fremtidsproblemer». Med andre ord er fastleger en god ressurs om man har et nyoppstått problem.

De tenker kanskje mer sånn «her og nå». Du har symptomer nå, hva er det som skjer nå? De behandler deg nå, hjelper deg nå, men ikke hva som skjer i fremtiden. (D10)

Hun spesifiserer at dette ikke er fordi fastleger ikke tenker over det, men at de kanskje tenker at de ikke trenger å påminne folk som er voksne og klarer å påminne seg selv. De som trenger hjelp, tar selv kontakt.

Flere deltakere oppga staten og det offentlige som ansvarlige for å lære bort kunnskap knyttet til gynekologi og ulike gynekologiske plager. Staten og det offentlige kan da for eksempel være utdanningssektoren.

Som nevnt tidligere så vurderer D8 HPV som «allmennkunnskap» og mener at det blir for mye å forvente fra pasientens side om fastlegen også skal informere om dette. Ifølge D8 er det staten som skal sørge for at befolkningen får kunnskap om blant annet HPV og livmorhalskreft. Her legger hun til at ikke alle drar til fastlegen og/eller gynekologen, så om disse behandlerne skulle stå for å informere og lære bort om gynekologi så hadde ikke mange fått det med seg.

D7 gir uttrykk for at hun ikke opplever den offentlige informasjonen knyttet til gynekologi i Norge som godt tilpasset innvandrerkvinner. Dette handler både om hvilket språk informasjonen er formidlet i, og om innholdet i informasjonen. Organiseringen rundt fastlegens rolle når det kommer til gynekologiske undersøkelser i Norge kan ifølge D7 virke «surrete» om man ikke er kjent med det fra før. Det er for mye byråkrati rundt behandlingsapparatet i Norge sammenlignet med i hjemlandet, og for de som ikke er kjent med dette systemet kan det medføre at anbefalte prøver ikke tas til riktig tid. D7 påpeker at det er best om denne kunnskapen kommer fra det offentlige da fastleger har ulike fokusområder og tar kanskje ikke opp alle problemstillinger med pasientene sine.

Fastlegen er jo forskjellig også. Noen er kanskje mer opptatt av det, noen ikke. Det er jo alle typer fastleger, eldre, yngre, kvinne, mann. De har et veldig bredt område så jeg tror det er bedre at det kommer fra offentlig. (D7)

Fastlegene har ulike rutiner og erfaringer. D7 mener kunnskap knyttet til gynekologi burde være et emne man underviser om på ungdomsskolen. D3 er enig i dette og anser også skolen som en viktig kunnskapskilde for barn å lære om spesielt seksualitet og kropp. Hun spesifiserer også at mange i dag får kunnskap gjennom media og ikke på skolen, noe som kan bidra til både feilinformasjon og diskriminering.

4.2 «Må følge med litt selv»

4.2.1 Påminnelsesbrevet er ikke en ressurs for å ta livmorhalsprøve

Deltakerne er trygge på at de får god helsehjelp i Norge. Flere oppga likevel at de erfarer at for å få god helsehjelp i Norge, er man avhengig av at pasienten selv oppsøker helsevesenet når behovet melder seg. Ifølge D5 må man må følge med litt selv når det kommer til helsekontroller fordi det aldri er noen garanti for at fastlegen eller en annen behandler påminner deg. Om man ikke mottar påminnelse og i tillegg glemmer det selv så kan man gå glipp av viktige kontrollprøver. Kun tre deltakere påpeker at de bruker påminnelsesbrevet aktivt for å huske at det er på tide å bestille ny time for livmorhalsprøven. En annen deltaker oppga fastlegen som den viktigste påminnelsen for å huske å ta prøven. Hun forteller at hun heller aldri har mottatt brevet fra Kreftregisteret før. Seks av ti deltakere gir uttrykk for at de selv følger med når det er på tide med ny livmorhalsprøve. Kun en av disse seks oppgir å aldri ha mottatt påminnelsesbrevet før. Selv om majoriteten blant deltakerne ikke bruker påminnelsesbrevet for å huske at det er på tide med ny livmorhalsprøve, så anser de fortsatt brevet som en positiv og nødvendig ressurs. Dette er ifølge deltakerne både på grunn av at brevet fungerer som en påminnelse for noen, men også at brevet gir informasjon om screeningen og dermed setter søkelys på temaet. Ifølge to deltakere har påminnelsesbrevet også en tredje funksjon, nemlig at den gir god språkøvelse for noen.

Når det kommer til brevets påminnesfunksjon forteller D9 at hun selv ikke innser at det har gått tre år siden sist prøve før hun mottar påminnelsesbrevet fra Kreftregisteret.

Jeg skriver det jo ikke i kalenderen. Jeg har jo ikke påminnelse i min egen kalender. Så det er jo færreste av oss som kanskje gjør det [...]. (D9)

Uten påminnelsesbrevet er det mulig at hun ikke hadde tatt livmorhalsprøven når det er anbefalt. Som nevnt tidligere (kap. 4.1.3), mener D9 derimot også at det hadde vært enklere om påminnelsesbrevet også kom med en ferdig oppsatt time til fastlegen.

D5 påpeker at påminnelsesbrevet hun mottar i posten hjelper henne å huske at det er på tide med en ny test. Ifølge henne hadde hun «absolutt ikke husket det» om det ikke hadde kommet påminnelse i posten. D4 forteller også om hvordan brevet påminner henne på at det er på tide med en ny livmorhalsprøve selv om hun ikke bestiller time med en gang. «Jeg løper ikke med en gang og bestiller nei, men jeg har det i hodet». Hun oppgir en travel hverdag som årsaken

til hvorfor hun ikke bestille time med en gang. For noen deltakere er brevet altså en viktig ressurs når det kommer til å ta livmorhalsprøven jevnlig.

Majoriteten av deltakerne fortalte derimot at påminnelsesbrevet som noe de ikke bruker for å huske å ta livmorhalsprøven. Den ble fort plassert bort og glemt. Både D6, D7 og D8 forteller om hvordan de selv passer på når det er på tide med en ny livmorhalsprøve.

Jeg har full kontroll selv. Jeg får ikke påminnelse fra fastlegen, men jeg vet når jeg skal ta den (celleprøven). [...] Jeg pleier å ringe fastlegen og si at nå er det på tide med prøver. (D6)

For D6 er ikke påminnelsesbrevet eller fastlegen nødvendige ressurser i påminnelsen om å ta livmorhalsprøven. Hun påpeker at hun føler seg tryggere med en slik ordning da det gjør det enklere for henne å følge med på helsen. D6 angir også brevet som noe forvirrende. Dette begrunner hun med brevets bruk av begrepet «påminnelse» som gjorde at hun først oppfattet påminnelsesbrevet som brev nummer to, og trodde dermed først at det allerede var sendt ut et brev tidligere. D6 var ikke den eneste som opplevde brevet som forvirrende. Både D4, D5 og D8 beskriver brevet som utydelig i formidlingen av at livmorhalsprøven må tas hvert tredje år.

Inntrykket jeg får er «ok det er programmet som går nå, ok jeg er invitert til å delta i programmet (livmorhalskreftscreening)». Men jeg får ikke vite at det er noe som egentlig kan gjentas. (D8)

Brevet tolkes som et engangstilbud hvor kvinnen anbefales å ta livmorhalsprøven snarest i forbindelse med livmorhalsprogrammet. Dette kan føre til at de som deltar i screeningprogrammet en gang anser seg som ferdige etterpå. Noen deltakere mente at en slik tolkning av brevet kan medføre en falsk trygghet for de som deltar i programmet. Andre deltakere derimot oppga det som en selvfølge at man må sjekke seg jevnlig.

Deltakerne ga også uttrykk for at påminnelsesbrevet har for mye tekst, og at dette kan forvirre kvinnen som mottar brevet. Brevet oppfattes som umotiverende å lese, og om den i tillegg kommer når kvinnen har annet å tenke på så vil den ikke prioriteres å lese. Det legges til at språket i påminnelsesbrevet kan virke hemmende om kvinnen som mottar brevet ikke behersker norsk.

Ja det er mye tekst. Nei jeg tenker at for å nå innvandrerkvinner burde de kanskje få et eget skriv eller om man snakker om det på norsk opplæring, eller om man får det på

en annen måte da. Sånt infobrev for eksempel før man mottar selve påminnelsesbrevet.
(D9)

Livmorhalsprogrammet bør altså være mer målrettet i å gi informasjon, for eksempel ved å bruke viktige integreringsarenaer som norsk opplæringen. I tillegg bør innvandrere få mer informasjon slik at det er lettere å forstå påminnelsesbrevet som kommer.

4.2.2 Mer tillitt til helsevesen i hjemland

Flere helsetilbud er annerledes i Norge sammenlignet med deltakernes hjemland. Flere deltakere oppga at de selv eller noen de kjenner jevnlig reiser til hjemlandet for å benytte seg av ulike helsetilbud da de finner noe av helsetilbudene i Norge som enten mangelfulle eller dyre. Ifølge D3 så får man ikke hjelp av offentlige helsetilbud i Norge med mindre man har alvorlige plager. Hun opplever mange med utenlandsk bakgrunn som skeptiske til norsk helsevesen fordi de ikke opplever hjelpen som tilstrekkelig. Hun legger til at hun har bekjente som reiser til hjemlandet for å finne svar da de ofte får beskjed om å «ta paracet så går det over» fra leger i Norge. Flere tar prøver i hjemlandet fordi de har større tillitt til helsevesenet der enn i Norge. For D4 skyldes den manglende tillitten til det norske helsevesenet både høye priser for å benytte seg av ulike helsetilbud, og språkvansker mellom pasient og behandler.

Det kan også være at folk klarer ikke å si hva de mener hos legene, sånt generelt at noen ikke snakker ditt morsmål. Det gjør noe med tillitten også tror jeg [...] Det har noe med vaner tror jeg. Også sorgen å miste sitt eget land. (D4)

Kommunikasjonsproblemer og frustrasjoner knyttet til dette kan føre til det hun beskriver som en «sorg av å miste sitt eget land». Det oppleves som utfordrende å få den hjelpen man ønsker og flere kan finne det vanskelig å navigere seg i systemet. D4 legger til at selv om mange fra hjemlandet hennes er arbeidsinnvandrere og ikke flyktninger, så er det fortsatt en del som «flykter» for å få det bedre. Hun forklarer videre at når de som flykter finner ut at de må jobbe hardere her så kan dette blir for tungt for noen og de velger å enten flytte tilbake til hjemlandet, eller benytte seg av tjenester i hjemlandet for å bruke noe av det kjente.

D7 reiser jevnlig til hjemlandet for å ta livmorhalsprøven. Hun har vært hos privat gynekolog i Norge to ganger tidligere, men foretrekker å dra til sin faste gynekolog i hjemlandet. Hun beskriver det som uvant at kvinner skal til fastlegen for å ta gynekologiske prøver i Norge. «Det er jo sånne allmennleger, og jeg stoler ikke helt på at allmennleger gjør sånn

gynekologiske prøver». D7 føler seg tryggere når livmorhalsprøven tas av gynekolog fremfor fastlegen, og ventetiden for å komme til gynekologen i hjemlandet er betydelig kortere. Hun reiser derfor til hjemlandet hvor gynekologer er mer tilgjengelige enn i Norge når hun tar livmorhalsprøven. Hun legger til at når leger har en annen praksis ved gynekologiske undersøkelser enn det kvinnen er vant med kan dette bidra til at flere kvinner med innvandrerbakgrunn ikke helt stoler på det norske helsesystemet. Fordi D7 føler seg mest trygg når en gynekolog gjennomfører gynekologiske undersøkelser, stoler hun også mest på helsevesenet i hjemlandet som organiserer helsetilbudet på den måten. Igjen ser vi at tillitt til helsevesenet er et sentralt funn i deltakernes erfaringer med det norske helsevesenet.

D1 er en annen deltaker som reiser til hjemlandet når hun vil ha time til gynekolog. Hun forteller at den lange ventetiden for å komme til gynekolog i Norge, i tillegg til at hun opplever at gynekologer i hjemlandet gjør en grundigere jobb er viktige vurderinger i beslutningen hennes om å reise til hjemlandet for å ta prøver hos gynekolog.

Jeg betaler ti ganger så mye som de som har offentlig støtte, men det er greit for meg for jeg føler at de tar flere prøver enn her (Norge). (D1)

Siden hun kan ta flere prøver hos en gynekolog enn hun kan hos fastlegen, så foretrekker hun å ta livmorhalsprøven hos gynekolog. Gynekologen kan for eksempel ta ultralyd av eggstokkene. Hun beskriver gynekologitilbudene i Norge som «manglende» og oppgir også et ønske om en større tilgjengelighet av gynekologer i Norge. Flere andre deltakere foretrekker også at gynekologen tar livmorhalsprøven, men de drar til gynekolog i Norge. Dette er presentert lengre ned i kapitlet.

Andre deltakere har også benyttet seg av helsetilbud i hjemlandet, men i motsetning til D7 og D1 så gjelder ikke det alltid besøk hos gynekologen. Helsetilbud de andre deltakerne benytter seg mest av når de besøker hjemlandet er blant annet tannhelsetilbud, legevakten og oppfølging fra spesialist knyttet til andre problemstillinger. D3 oppgir at hun opplever helsetilbudet i hjemlandet som mindre diskriminerende enn det offentlige helsetilbudet i Norge.

I hjemland spurte jeg om de tilbyr det (en type kosmetisk kirurgi) og de sa ja. De diskriminerer ikke mennesker [...]. Så her er det så lenge du faller innenfor boksen så får du tjenester i Norge. Men hvis du faller utenfor boksen så får du ingenting selv om du betaler X% hver måned i skatt. (D3)

Hun benytter seg altså av helsetilbudet i hjemlandet fordi det offentlige helsetilbudet i Norge ikke dekker det og fordi hun ikke oppfyller kriteriene for å få en slik behandling. Hun opplever dette som forskjellsbehandling og et urettferdig system. D3 har tillit til at helsevesenet i hjemlandet hjelper henne med noe det norske helsevesen ikke kan. Noen av de andre deltakere oppga også helsetilbudene i hjemlandet som noe bedre enn tilbudene i Norge. D8 forteller at den største forskjellen mellom leger i Norge og leger i hjemlandet hennes er at sistnevnte ikke gir seg før hun/han har svar. Hun er trygg på at leger i hjemlandet hennes behandler henne tilstrekkelig i motsetning til leger i Norge som ifølge henne har en «avslappet» holdning.

Nesten alle oppga det som enklere å komme i kontakt med gynekolog i hjemlandet enn i Norge. Ventetiden for å komme til gynekolog i hjemlandet kunne fortsatt variere, hvorav noen oppga den som betydelig kortere, mens andre sa at ventetiden for å komme til gynekolog er like lang i hjemlandet som det er i Norge. Alle som tidligere har vært hos gynekolog i hjemlandet var derimot enige om at tilgangen til gynekologen, det å få time, var en enklere prosess enn i Norge.

4.3 «Jeg vil gjerne ha en som har spisskompetanse»

4.3.1 Gynekologer gjør gynekologiske undersøkelser, ikke fastleger

Organiseringen rundt livmorhalskreftscreeningen var annerledes i Norge enn i noen av deltakernes hjemland. Det ble tidlig klart at gynekologen er den foretrukne behandleren ved gynekologiske problemstillinger blant majoriteten av deltakerne. Flesteparten var vant med å dra til kvinneklinikker hvor man fikk møte en gynekolog som utførte gynekologiske undersøkelser. Gynekologer jobber spesifikt med problemstillinger knyttet gynekologi og vil ifølge flere deltakere derfor ha et bedre utgangspunkt enn fastlegen ved utførelse av gynekologiske undersøkelser. D4 beskriver det som uvanlig at fastlegen tar livmorhalsprøven og ifølge henne har fastlegen en koordinatorrolle som skal henvise videre til spesialister. Andre deltakere beskriver det også som uvant at fastlegen tar prøven da dette ikke er vanlig praksis i hjemlandet. D7 forteller at «det er ikke veldig kjent med at du må gå til fastlege», og pga lang ventetid for å komme til offentlig gynekolog i Norge så benytter hun seg heller av privat gynekolog i Norge eller offentlig gynekolog i hjemland. Ifølge D8 er det gynekologen og ikke fastlegen som er best egnet for å ta gynekologiske undersøkelser fordi gynekologen

daglig jobber med problemstillinger knyttet til gynekolog, mens fastlegen har et større fokusområde og vil derfor ikke være spesialisert innen et felt. Det er fortsatt anbefalt at livmorhalsprøven tas hos fastlegen, noe D1 mener har utgangspunkt i fastlegens kapasitet sammenlignet med gynekologens.

Hvis det var mitt ønske så ville jeg at det skulle tas hos gynekologen og at alle kvinner skulle få lov å ta det der. Men helsevesenet har vurdert at kapasiteten er slik at hvis flere skal få muligheten for å ta den (celleprøven) så må vi ta den hos fastlegen. (D1)

Livmorhalsprøven tas hos fastlegen i Norge så flest mulig kvinner skal få ta prøven. D1 knyttet det altså til et spørsmål om kapasitet og ressurser. For D2 har «gynekolog sannsynligvis en annen måte å faktisk se hva som foregår enn det fastlege kanskje har». Hun legger til at fastlegen er noen man «snakker med veldig mye forskjellige ting om, men gynekologene har et mere eget areal som fokuserer bare på et område». Igjen ser vi at gynekologen er den foretrukne behandleren når det skal tas gynekologiske prøver da gynekologer oppleves som behandlere med bedre kompetanse innen området. Det er ikke vanlig praksis at fastlegen utfører gynekologiske undersøkelser, og flere opplever at en konsultasjon hos gynekolog gir muligheten for å ta flere prøver og undersøkelser enn fastlegen har muligheten til.

4.3.2 Lang prosess for å komme til gynekolog

Det er nødvendig med en henvisning fra fastlegen for å komme til gynekolog i Norge. Ifølge deltakerne medfører dette en forsinkelse av prosessen for å komme til gynekolog. Siden henvisningsprosessen tar tid, bruker noen av deltakerne privat gynekolog for å få raskere time. D3 sier hun hadde foretrukket om henvisninger kunne bestilles hjemmefra så man slipper å dra til fastlegen først.

Fordi ofte når jeg sender melding til fastlegen på den e-portal eller hva det er, altså jeg trenger henvisning til dit, «ja du må sette opp time for det». Det er bruk av min tid og bruk av legen sin tid. (D3)

Henvisningsprosessen oppleves som tidskrevende da fastlegen kun blir et mellomledd før selve konsultasjonen D3 ønsker. Hun forteller videre at når man først får en henvisning så burde denne vært åpen, altså at man selv kan ringe til spesialisten ved behov for konsultasjon. Hun bruker privat gynekolog for å spare tid. D6 angir at hun forhåndsbestiller timen til

gynekolog et år før livmorhalsprøven skal tas for å sikre seg en time som passer med hennes timeplan. «Jeg tror det tar tre måneder hvis man vil komme, ikke akutt. Men jeg vanligvis bestiller sånn et år før [...]. Jeg har jo påminnelse på tlf.»

To av deltakerne forteller at det ikke alltid er like enkelt å få henvisning fra fastlegen. Både D1 og D2 gir uttrykk for at de opplever at de må mase på fastlegen for å få en henvisning til gynekolog. D1 oppgir terskelen for å få disse henvisningene som veldig høy og unødvendig sammenlignet med hjemlandet hvor det ikke trengs en henvisning fra fastlegen.

Noen av deltakerne tar livmorhalsprøven til fastlegen pga den lange ventetiden til gynekolog. De foretrekker å få det unnagjort raskest mulig. For D9 er det enklere å ta livmorhalsprøven hos fastlege fordi hun opplever det krevende å få treffe gynekolog. «For det blir jo bare tatt prøve. Du får ikke noe ekstra sjekk på noe uansett så jeg tenker gynekologen er vanskeligere å få treffe enn fastlege». Hun prioriterer å få unnagjort livmorhalsprøven og opplever derfor fastlegen som raskeste ressurs for å gjøre dette. D5 oppgir også at det er greit å ta livmorhalsprøven til fastlegen fordi ventetiden til gynekolog i Norge er altfor lang.

En annen deltaker (D10) fortalte at hun hadde opplevd at fastlegen gav henne henvisning til gynekolog uten at hun hadde bedt om det. Dermed ble henvisningsprosessen til gynekolog noe hun ikke kom unna til tross for at hun selv ønsket å ta en gynekologisk undersøkelse hos fastlegen. Hun beskriver en følelse av skuffelse da fastlegen ikke utførte gynekologisk undersøkelse på henne og heller henviste henne videre til gynekolog.

Jeg ønsket at han (fastlegen) skulle sjekke hva som skjedde der nede. Han gjorde ikke det så jeg ble litt skuffet. [...]. Men jeg husker at han måtte sende meg til gynekolog. Så jeg ønsket at han kunne gjøre det med en gang men han gjorde ikke det. (D10)

Følelsen av skuffelse kom fordi hun visste at det innebærer ventetid før hun fikk tatt en gynekologisk undersøkelse. Hun var innstilt på å få undersøkt det med en gang. Hun gikk ut ifra at det er rutine, noe det ikke kan ha vært for denne fastlegen

4.4 «Allmennleger tar ikke gynekologiske prøver»

4.4.1 Fastlegen mangler kompetanse

En majoritet av deltakerne oppgir gynekologen som noen med bedre kompetanse til gjennomføring av gynekologiske undersøkelser enn fastlegen. Dette har blant annet

utgangspunkt i fastlegens utdanningsnivå. Ved spørsmål om det er vanlig praksis i hjemlandet hennes at fastlegen utfører gynekologiske undersøkelser svarer D4: «Nei ikke i det hele tatt. Men samtidig jeg tenker også hvorfor skal jeg gå til fastlege som er allmennlege med bare seks års utdanning?». For D4 er det ikke snakk om å at fastlegen med bare «seks års utdanning» skal ta gynekologiske undersøkelser da fastlegen mangler kunnskapsgrunlaget nødvendig for slike undersøkelser. D6 forteller at fra hun var et barn så lærte de på skolen at gynekolog og tannlege er noen man må dra til regelmessig. Hun sier at hun derfor ble overrasket da hun kom til Norge og ble bedt om å bestille time til fastlege for å ta livmorhalsprøven. D6 tok livmorhalsprøven til fastlegen første gang, men opplevde ikke prøvetakelsen som noe positivt da fastlegen ikke virket komfortabel. Siden har hun dratt til gynekolog ved gynekologiske undersøkelser.

Ja vi snakker, vi forstår hverandre (deltaker og gynekolog). Det er noe helt annerledes. Anbefalinger og alt jeg kan spørre om. Hun ser jo alltid livmor og hvordan det er, og eggstokkene óg. (D6)

Gynekologen har mer erfaring innen feltet enn det fastlegen har, og D6 føler seg derfor tryggere om gynekologen utfører gynekologiske undersøkelser og svarer på spørsmål knyttet til gynekologi. Fastlegen manglet kompetanse og utførte en dårlig undersøkelse som følge av dette. D3 oppgir også at hun ikke føler seg trygg med å dra til fastlegen med problemstillinger knyttet til gynekologiske plager.

Jeg spør om henvisning. Jeg gjør ikke sånne ting hos fastlegen, fordi fastlegen er jo allmennlege. Han har kunnskap om alt mulig men ikke spisskompetanse, og hvis jeg skal ha noen så vil jeg gjerne ha en som har spisskompetanse. (D3)

Fastlegens kompetanse innen gynekologi anses ikke som tilstrekkelig ved gynekologiske undersøkelser. Gynekologen derimot har spisskompetanse innen feltet og vil derfor ha et bedre utgangspunkt enn fastlegen. D1 gir også uttrykk for at gynekologens spisskompetanse er årsaken til hvorfor hun ønsker å ta gynekologiske undersøkelser hos gynekolog og ikke fastlege. Hun sier hun føler seg «tryggere å være hos en som fokuserer på akkurat det og kan ha mere informasjon enn fastlegen som er en generell lege». Ifølge D1 er det altså fare for at fastlegens manglende kompetanse innen gynekologi fører til at kvinnen ikke får all informasjonen hun trenger.

Fastlegens kompetanse spilte også en rolle i formidling av prøveresultater. Nesten alle foretrakk at gynekologen er den som tolker og formidler prøveresultater fra livmorhalsprøven.

Dette gjelder spesielt ved positive prøveresultatet. D4 påpeker at hun hadde vært trygg hvis gynekolog formidlet prøvesvarene til både henne og fastlegen da fastlegen er den som er mest tilgjengelig for henne. Fastlegen vil ha kjennskap til prøvene, men gynekologen er den som vet hvordan prøvene skal tolkes og som eventuelt kan fange opp patologiske svar. For å unngå feiltolkninger så er derfor gynekologen den foretrukne tolkeren av prøvesvar fra gynekologiske prøver.

4.4.2 Fastlegens kjønn

Om fastlegen var mann eller kvinne spilte også en rolle i beslutningen om å ta livmorhalsprøven hos fastlegen. D9 tar livmorhalsprøven hos fastlegen, men forteller at hun ikke hadde gjort dette om fastlegen hennes var mann.

Ja det kan jo være liksom mannlig fastlege så er det vel kanskje ikke det kuleste, og da vil du vel ikke bestille en time heller. Og det er jo på en måte også en grunn til at jeg skulle ha kvinnelig fastlege da. For jeg har unngår mannlig fastlege. Hadde jeg hatt mannlig fastlege så er det ikke sikkert jeg hadde vært så laid back når det gjelder å ringe og bestille time. (D9)

D5 forteller også at fastlegens kjønn spiller en rolle i hvorvidt hun tar livmorhalsprøven hos fastlegen eller ikke. Hun forteller at når hennes mannlige fastlege skulle ta livmorhalsprøven så vil hun heller at «en kvinnelig turnuslege skulle ta prøven». D3 uttrykker det samme og beskriver at når hennes mannlige fastlege skulle ta livmorhalsprøven av henne så tenke hun at hun «ønsket ikke at han skulle ta den». Deltakerne opplever det ikke som komfortabelt når en mannlig fastlege utfører gynekologiske undersøkelser fordi de ikke er vant til dette fra hjemlandet. Interessant nok hadde gynekologens kjønn ingen betydning. Der er det gynekologer som utfører gynekologiske undersøkelser og gynekologens kjønn vil derfor ikke ha noe å si. D7 påpeker også dette og forteller at hun ikke hadde noen problemer når en stor mannlig gynekolog utførte en gynekologisk undersøkelse på henne, men når hennes mannlige fastlege skulle gjennomføre en gynekologisk undersøkelse etter fødsel var hun ikke helt komfortabel. Hun forklarte dette med at fastleger vet litt om alt fordi de lærer om det på skolen, men de utdyper seg ikke i det de lærer. Ifølge D7 vil gynekologer derimot som spesialiserer seg på det kvinnelige underliv vite mer enn fastlegen, og mannlige gynekologer vil derfor ha likt utgangspunkt som kvinnelige gynekologer da de begge utdyper seg i kvinnens anatomi.

4.4.3 Fastlegen er ikke nøye

Det var manglende trygghet til fastlegen i forhold til hvor nøyaktig fastlegen utfører gynekologiske undersøkelser. D7 forteller at hun ved 6-ukerskontroll etter fødsel opplevde fastlegen som veldig rask og lite nøye. Hun sier at han gjorde det han skulle, men følte ikke han var veldig nøye. D7 beskriver legens holdning som «ja ok ferdig du kan bare gå» etter at kontrollen var gjort. Hun erfarte at kontrollen ikke ble gjort ordentlig og at fastlegen hadde en veldig avslappet holdning til det hele. For D6 virket fastlegen som skulle ta livmorhalsprøven usikker ved prøvetaking.

Han var usikker. Jeg kan ikke si han var veldig trygg å ta den prøven på den tiden [...]. Han stusset litt og sånt bevegelser. Jeg følte meg ikke trygg da han var... Jeg tror ikke han gjør det hver dag eller sånn. (D6).

Hun forteller at hun ikke lengre tar opp problemer knyttet til gynekologi med fastlegen, og har siden ovennevnte hendelse kun gått til gynekolog når hun skal ta livmorhalsprøven. Når det kommer til å ta gynekologiske prøver mener D6 at fastleger ikke er «100% komfortable med det». Hun oppgir også mangel på utstyr for en gynekologisk undersøkelse som en mulig årsak til hvorfor fastleger ikke er komfortable med å utføre gynekologiske undersøkelser. Fastlegen som utførte undersøkelsen nevnt over hadde ikke en gynekologisk stol, men noe som deltakeren oppgir som en universalstol som «han bare gjorde om og løftet litt». Kvinnens opplevelse av fastlegen som unøyaktig ved gynekologiske undersøkelser fører til at kvinnen føler seg utrygg om den gynekologiske undersøkelsen blir gjort korrekt eller ikke.

4.4.4 Time hos fastlege er preget av dårlig tid

Deltakerne uttrykker at de opplever at fastlegen ikke alltid har tid til å utføre gynekologiske undersøkelser. Dette gjelder spesielt om fastlegen er en erfaren lege med lang yrkespraksis. D2 forteller at legepraksisen hun går til har fått inn en del nye unge praktikanter, noe hun er svært fornøyd med da hun opplever de unge praktikantene som mer nøye enn de som har jobbet i bransjen i 15-20 år. For D1 har erfarne leger ofte egne rutiner og for lite tid.

Det er mange pasienter og litt sånn lite fokus på pasienten. De foreslår ikke noe ekstra. De svarer kun på det du spør om som om du skulle visst hva du skal spørre om. (D1)

Det blir opp til pasienten selv å finne ut av hvilke spørsmål som bør stilles. Den begrensede tiden fører også til at ikke alle spørsmål blir stilt eller svart. D5 oppgir at hun ikke snakker med fastlegen om alt fordi de ikke har det forholdet. Ifølge henne er forholdet mellom henne og fastlegen veldig preget av dårlig tid. Hun «opplever at fastlegen på legekontor ikke har tid til sånt (gynekologi) så det er ofte turnusleger som tar de prøvene». Som et resultat av et forhold preget av dårlig tid mellom D5 og fastlegen så foretrekker hun at en gynekolog tolker og videreformidler prøvesvar knyttet til gynekologi.

Da tror jeg jeg ville ikke stolt på fastlegen for de har det travelt og nei. Hvis det hadde vært et eller annet så hadde jeg stolt mer på en gynekolog. (D5)

Dårlig tid preger altså hva deltakeren tar opp med fastlegen og kan videre føre til at viktige spørsmål ikke adresseres. I tillegg har deltakeren liten tiltro til fastlegens kompetanse når det kommer til tolkning av prøvesvar som følge av den begrensede tiden ved hver konsultasjon.

5.0 Diskusjon

I denne studien har jeg studert perspektivet til kvinner fra Øst-Europa knyttet til deltakelse i livmorhalskreftscreening i Norge. Østeuropeere utgjør en stor innvandrerguppe i Norge, men har i mindre grad blitt forsket på i studier om helseatferd og brukerperspektivet i helsetjenesten. Gjennom å studere forståelser og erfaringer knyttet til deltakelse i livmorhalskreftscreening, og hvordan dette reflekteres i bruk og erfaringer av helsetjenester, skal denne studien utfylle forståelsen knyttet til minoritetskvinneres refleksjoner rundt deltakelse i livmorhalskreftscreening.

Resultatene viste at deltakerne kontekstualiserer og integrerer forståelsen av livmorhalskreftscreening i flere nødvendige gynekologiske sjekker. Videre var konteksten for prøvetaking svært viktig og det var sterk ambivalens knyttet til at fastlegen skal ta prøven.

5.1 Deltakelse i livmorhalskreftscreening blant kvinner med innvandrerbakgrunn

Kvinnenes kontekstualisering av livmorhalskreftscreening som resultatene i denne studien reflekterer, tilfører noe nytt til kvantitative studier om grader av opplevde psykologiske barrierer (helseatferdstudier) og helsekompetanse som forklaringsmodeller for hvorfor eller hvorfor ikke kvinner deltar i screening. Denne studien er så langt jeg vet, den eneste i Norge som undersøker hvordan minoritetskvinner med bakgrunn fra Øst-Europa som jevnlig screener seg for livmorhalskreft, reflekterer rundt deltakelse i livmorhalsprogrammet i Norge.

Forskning på refleksjoner rundt deltakelse i livmorhalskreftscreening viser at til tross for at de fleste kvinner har kunnskap om en form av livmorhalsprøven (HPV test eller celleprøven), så er forståelsen av hva denne prøven innebærer svært varierende (Cooper, Polonec & Gelb, 2011; Aasbø et al., 2019). Både forskningen til Bennett et al. (2018) og Marlow et al. (2018b) beskriver hvordan noen kvinner i Storbritannia velger å ikke delta i livmorhalskreftscreening fordi de opplever prøven som irrelevant i forhold til deres seksuelle helse.

Forskningen til Marlow et al. (2018b, s. 208) peker på hvordan overbevisninger om helse (beliefs) og atferd sammen med forståelser av kreft påvirker oppmøte til livmorhalskreftscreening. Det kommer frem at deltakerne med mer fatalistiske holdninger i større grad er mer uoppmerksomme på livmorhalskreftscreeningen og også mindre mottakelig

med å ta til seg helseinformasjon fra behandlere (Marlow et al., 2018b, s. 208). I norsk kontekst viser studien til Aasbø et al. (2019, s. 4-5) hvordan organiseringen med at kvinnen må avtale egen time for å ta livmorhalsprøven bidro til at deltakerne i studien ikke oppfattet testen som særlig viktig og dermed lettere nedprioriterte livmorhalsprøven.

Deltakerne i denne studien har en lignende oppfatning av livmorhalsprøven. De oppgir hvordan deltakelse i livmorhalskreftscreeningen er lettere å nedprioritere og å utsette fordi kvinner selv må bestille time. I motsetning til deltakerne i Marlow et al. (2018b) og Bennett et al. (2018), anså deltakerne i denne studien livmorhalsprøven som svært relevant for egen helse på grunn av dens forebyggende funksjon. De hadde i tillegg mye kunnskap om screening og HPV.

Forskning viser at screeningandelen er lavere blant innvandrere enn det er blant landets etniske befolkning (Leinonen et al., 2017; Gele et al., 2017, Grandahl et al, 2015; Møen et al., 2018; Marlow, Wardle & Waller, 2015). Mesteparten av forskning innen screeningdeltakelse blant minoritetskvinner handler derfor om hva mulige barrierer er som fører til at færre minoritetskvinner screener seg. Det er vist at de mest vanlige barrierene som fører til uteblitt oppmøte til livmorhalskreftscreening blant minoritetskvinner er kommunikasjonsproblemer med helsearbeider, manglende kunnskap om livmorhalskreftscreening og negative assosiasjoner med gynekologiske undersøkelser (Gele et al., 2017; Patel et al., 2020; Marlow et al., 2015). Forskningen til Marlow et al. (2015, s. 836) forsket på manglende oppmøte blant kvinner i Storbritannia med utenlandsk bakgrunn, og viser oss hvordan majoriteten av deltakerne med utenlandsk bakgrunn ikke anså livmorhalskreftscreeningen som nødvendig om de ikke hadde noen symptomer.

I norsk kontekst beskriver studiene til Leinonen et al. (2017) og Gele et al. (2017) hvordan fastlegen har stor betydning når det kommer til minoritetskvinnens beslutning om å ta livmorhalsprøven eller ikke. Leinonen et al. (2017, s. 874) viser i sin studie hvordan oppmøte til livmorhalskreftscreening er lavest blant kvinner fra Øst-Europa i Norge. Studien viser også hvordan flestparten av kvinner uten fastlege i Norge er fra Øst-Europa, noe som ifølge Leinonen et al. (2017, s. 876) kan komme av at kvinnene reiser til hjemlandet for å motta helsehjelp de første årene i Norge. Dette samsvarer med funn fra denne studien som viser at en del av deltakerne fortsatt bruker helsevesenet i hjemlandet fordi det er lett tilgjengelig og ofte har en kortere ventetid for å komme til spesialister som gynekolog eller tannlege.

Deltakerne bruker altså noe helsetjeneste i hjemlandet og noe i Norge. Muligens er det heller ikke tilfeldig at de nevner tannlege og gynekologi; det føste er utenfor offentlig helsestjeneste i Norge, mens gynekologi og kvinnehelse er noe mange selv mente var marginalisert i den norske helsetjenesten. Det kan dermed tenkes at minoriteter i Norge istedenfor å beholde tilvante vaner når det kommer til bruk av helsetjenester, må legge bort disse vanene og tilpasse seg det norske helsesystemet.

Leinonen et al. (2017) og Gele et al. (2017) finner også ut at ulike forestillinger om livmorhalskreft og HPV som tegn på dårlig seksuell helse kan påvirke minoritetskvinnens helseatferd i det norske helsesystemet. Disse funnene samsvarer med hva deltakerne i denne studien oppga som vanlige barrierer mot å screene seg i Norge eller elementer som kunne føre til at screeningen ble utsatt. Deltakerne i denne studien forholder seg til livmorhalskreftscreening og screener seg enten hos gynekolog eller fastlege hvert tredje år eller oftere. De fleste var i midlertidig enige om at fastlegen har en stor betydning i livmorhalskreftscreeningen blant annet fordi kvinner uten symptomer vil være avhengige av å motta informasjon om livmorhalskreftscreening fra fastlegen. Det kan se ut som minoritetskvinner opplever hindringer ved deltakelse i livmorhalskreftscreening som følge av kulturelle faktorer. For eksempel ser vi i studien til Gele et al. (2017, s. 493) hvordan gynekologiske undersøkelser i flere kulturer er forbundet med et stigma, og kvinner som utfører en gynekologisk undersøkelse er derfor i fare for å bli utstøtt fra samfunnet.

I studiene til Patel et al. (2020) og Møen et al. (2018) kommer det frem at spesielt kvinner med en østeuropeisk bakgrunn reiste til hjemlandet når det var på tide å ta en ny livmorhalsprøve fordi de ønsket å ta prøven hos gynekolog. Patel et al. (2020, s. 45) kartlegger østeuropeiske kvinners refleksjoner og holdninger til livmorhalskreftscreeningprogrammet i England, og viser at de som reiste til hjemlandet for å ta livmorhalsprøven ønsket å dobbeltsjekke med en lege i hjemlandet da de stolte mer på deres egne leger. Det kommer også frem at kvinnene ikke deltar i livmorhalsprogrammet i England fordi de enten mangler tillitt til hele det engelske helsesystemet og derfor velger å reise til hjemlandet for å screene seg, eller så har de lite kunnskap om hva livmorhalskreftscreening er og screener seg derfor ikke i England eller hjemlandet (Patel et al., 2020, s. 46).

Det kan tenkes at forståelsen av livmorhalsprøven er preget av den folkelige helsemodellen. Deltakerne i denne studien sin forståelse av livmorhalsprøven er et resultat av deres kapasitet i en aktiv hverdag og informasjon fra helseaktører. Deltakerne kan utsette prøven et par

måneder etter mottatt invitasjon, men er også klar over hva konsekvensene for å ikke ta livmorhalsprøven kan være og lar det derfor aldri gå altfor langt tid mellom hver prøve. Det foreligger en viss balanse mellom å ta livmorhalsprøven og tidspunkt for å ta prøven, og det er som Gjernes (2004) nevner i sin artikkel om helsemodeller at «denne balansen mellom flere forhold er kontekstuell fordi den tar utgangspunkt i den enkeltes spesifikke livssituasjon» (Gjernes, 2004, s.152).

5.2 Fortolkninger knyttet til livmorhalsprøven

En vanlig måte å forstå deltakelse og ikke deltakelse i livmorhalskreftscreeningen er gjennom helsekompetansen og helseatferden til kvinnene. Kvinnens evne til å forstå informasjonen som gis i forbindelse med konteksten livmorhalsprøven tas i samt bruke denne forståelsen i praksis er avgjørende for kvinnens handlingsmønster i livmorhalskreftscreeningen. Deltakerne forstod gjerne livmorhalsprøven som bare en del av en «full gynekologiske undersøkelse» som de opplevde som obligatoriske sjekker, og disse sjekkene tas gjerne årlig.

Deltakerne fortolket både livmorhalsprøven og hvor det var naturlig for dem å ta den, og de forstod prøven som integrert i en helhetlig forståelse av behov for gynekologisk rutinesjekk. Med andre ord hadde de en forventning om at det er nødvendig å ta flere prøver enn livmorhalsprøven. Når de opplevde at fastlegen «kun» tar livmorhalsprøven fortolkes gjerne kvinnehelse og gynekologi å ha en lav status i det norske helsevesenet. Flere tar i bruk helsetjenester i hjemlandet fordi de stoler mer på helsevesenet der enn det norske helsevesenet da det tas flere prøver i forbindelse med livmorhalsprøven i hjemlandet. Dette funnet finner vi også i forskningen til Patel et al. (2020, s. 45) hvor kvinner med bakgrunn fra Øst-Europa la livmorhalskreftscreeningen synonymt med en rutine gynekologisk sjekk.

Gjernes (2004, s. 152-153) skriver at selv om den folkelige helsemodellen ikke er korrekt i medisinsk forstand så vil den alltid være påvirket av biomedisinen, og kvinnens forståelse av hvilken kontekst livmorhalsprøven tas kan derfor ses i sammenheng med både den folkelige- og den biomedisinske helsemodellen. Den biomedisinske helsemodellen tar som nevnt tidligere utgangspunkt i helse som fravær av sykdom og ser på hvordan dette påvirker ens helseatferd, mens den folkelige helsemodellen ser på hvordan vanlige folks oppfatninger om helse påvirker deres helseatferd (Gjernes, 2004, s. 146-151). Prøven tas som følge av informasjon gitt fra helseaktører om at livmorhalsprøven er et forebyggende tiltak og at

kvinnen ikke trenger å ha symptomer for å ta prøven, men samtidig er det også en folkelig oppfatning av livmorhalsprøven er en del av en større gynekologisk undersøkelse.

Deltakerne har andre forventninger til den gynekologiske undersøkelsen i forbindelse med livmorhalskreftscreening og setter derfor livmorhalsprøven i en annen sammenheng enn det screeningprogrammet gjør. Det oppstår en uenighet mellom kvinnen og screeningsprogrammet da anbefalingene i screeningprogrammet reflekterer hensyn knyttet til å minimere overbehandling, samtidig som man ønsker å oppdage og diagnostisere flest mulige tilfeller av forstadier og krefttilfeller.

5.3 Fortolkninger knyttet til institusjonen

For mange av deltakerne i studien opplevdes det ikke riktig at fastlegen skulle ta livmorhalsprøve og gjennomføre gynekologiske undersøkelser. Tidligere forskning om minoritetskvinner ved screening viser at gynekolog er den foretrukne prøvetakeren av livmorhalsprøven istedenfor fastlegen (Gele et al, 2017), noe deltakerne i denne studien også var enige om. Ifølge deltakerne i denne studien er det gynekologer som skal ta livmorhalsprøven og andre gynekologiske prøver, noe som i stor grad relaterte seg til deres forståelse av fastlegens kompetanse og deres tillitt til fastlegen.

5.3.1 Prøvetakers kompetanse

Denne studien viser hvordan det nødvendigvis ikke handler om hvor mye helsekompetanse den enkelte har, men mer om helsekompetansen i helsetjenester. Som nevnt tidligere er helsekompetanse ens evne til å få tilgang til, forstå, vurdere og bruke informasjon og ressurser til å ta beslutninger knyttet til helsen (Wahl et al., 2020, s. 1), og helsetjenester får tillitt på bakgrunn av deres kompetanse og evne til å formidle og bruke helseinformasjon de får fra pasienter.

Deltakerne har en forestilling om hva slags kompetanse fastlegen og gynekolog har, og det forelå en allmenn forståelse blant majoriteten av deltakerne at gynekologen er den som bør være prøvetaker ved livmorhalsprøven og alle gynekologiske undersøkelser. Flere av deltakerne tilpasset seg ikke normen og praksisen i Norge hvor kvinner forventes å ta livmorhalsprøven og andre gynekologiske undersøkelser hos fastlege da de allerede som barn

lærte at det er to typer leger man regelmessig må besøke, nemlig gynekolog og tannlege. Det ble for eksempel beskrevet at gynekologen har en annen måte å undersøke på enn det fastlegen har. Deltakerne foretrekker derfor gynekolog fremfor fastlegen ved gynekologiske undersøkelser fordi gynekologen har bedre kompetanse i feltet.

Dette samsvarer med forskningen til Patel et al. (2020, s. 44) hvor kvinnene unnlot å bestille time til fastlegen ved behov for gynekologiske undersøkelser fordi dette ikke var vanlig for dem. «In comparison, in their countries of birth they had direct access to specialist care and found it frustrating that in England the GP acted as a gatekeeper» (Patel et al., 2020, s. 44). Flere av deltakerne i studien til Patel et al. (2020) reiste til hjemlandet når det var på tide med en ny prøve. Som vist tidligere var dette også tilfellet blant flere av deltakerne i denne studien. Opplevelsen av dårlig tilgjengelighet av gynekologer på grunn av lang ventetid eller restriksjoner fra fastlegen når det kom til å henvise, førte til at en del deltakere reiste til hjemlandet når behovet for en ny gynekologisk undersøkelse meldte seg.

Studien til Møen et al. (2018, s. 418) peker også på at spesielt kvinner med bakgrunn fra Øst-Europa er mer vant med at livmorhalsprøven tas til gynekolog og ikke fastlege siden dette er vanlig praksis i hjemlandet. Denne gruppen er også de som fastlegene i studien opplevde oftest spurte om en henvisning til gynekolog i forbindelse med livmorhalsprøven (Møen et al., 2018, s. 418). Det handler altså om forståelsen av hva en fastlege kan og ikke kan gjøre basert på hans utdanningsnivå.

Oppfatningen av fastlegens kompetansenivå når det kommer til gynekologiske prøver er også tydelig i hvem deltakerne ønsker skal formidle prøvesvar fra livmorhalsprøven. Noen har ingenting imot at fastlegen tolker og formidler prøvesvar, spesielt om de er negative, men alle deltakerne foretrekker derimot at gynekolog skal formidle prøvesvarene om de viser positive prøver (påvist HPV eller celleforandringer). Dette var fordi gynekologen har en annen måte å formidle prøvesvarene på som følge av hans erfaring med dette. Gynekologens forolkning får dermed en større autoritet blant deltakerene.

Kvinnens ønske om en gynekolog som prøvetaker til livmorhalsprøven kan forstås med Hardins teori om innbefattede interesser, i denne konteksten mellom behandler og pasient. Teorien legger vekt på tillitsgivers forventinger til tillitsmottaker gjennom givers opplevelse av hva mottakers interesser er (Hardin, 1993, s. 505). Tillitten er altså sett på fra givers perspektiv, som i vårt tilfelle er kvinnen. Kvinnens tillitt avhenger av hva fastlegens (tillitsmottaker) interesser er og fastlegen, som har et stort ansvarsområde, vil nødvendigvis

ikke vise lik interesse og kompetanse innen gynekologi. Gynekologen derimot er spesialist innen gynekologi og kan dermed forstås å ha både høy interesse og kompetanse innen dette feltet. Kvinnen vil lettere stole på gynekologen når det kommer til gynekologiske undersøkelser da hun vet at gynekologen også har samme interesse.

Flere deltakere nevner at fastlegen jobber med mange ulike problemstillinger. I tillegg opplever de at fastlegen har hastverk og en begrenset tidsramme. Dette kan føre til at prøvesvar tolkes feil og kvinnen føler seg derfor mer trygg hos en gynekolog som oppleves å ha bedre tid. Dette gjelder spesielt erfarne fastleger, mens unge, nyutdannede leger oppleves som mer romslige med tid. I både studien til Hine & Smith (2014, s. 948) og Saleh et al. (2018, s. 344) kan vi lese om leger som oppgir tidspress som en sentral årsak til hvorfor de noen ganger velger å ikke utføre intime undersøkelser.

5.3.2 Kvinnehelse nedprioritert i det norske helsetjenesten?

Det kan tenkes at en kombinasjon av flere faktorer bidrar til at tillitten kvinnen har til det norske helsevesenet blir svekket. Dette handler først og fremst om opplevelsen av at kvinnehelse ikke er prioritert i det norske helsesystemet. For eksempel er kvinnen anbefalt å ta livmorhalsprøven hos fastlegen og ikke spesialist i Norge, mens i hjemlandet tas prøven av gynekolog. Dette kan gi et misforstått bilde av livmorhalskreftscreening som noe mindre viktig.

En annen faktor er at livmorhalsprøven anbefales å tas hvert tredje eller femte år istedenfor årlig. I flere land i Øst-Europa, som for eksempel Østerrike, Tsjekkia og Slovakia er vanlig tidsintervall mellom hver livmorhalsprøve 1-2 år (Chrysostomou et al., 2019, s. 12-13). Dette samsvarer med forskningen til Patel et al. (2020, s. 46) som viser hvordan deltakerne i studien oppga at livmorhalsprøven burde tas på årlig basis.

Et annet aspekt som kan påvirke tillitten er når forventinger om å få en full gynekologisk sjekk når hun tar livmorhalsprøven og ønsket om en kvinnelig lege og/eller gynekolog som prøvetaker ikke innfris. Dette er praksis kvinnen er vant med fra hjemlandet og vil derfor være det hun anser som adekvat helsehjelp. Om disse ønskene ikke innfris så kan kvinnen sitte igjen med en følelse av å ikke bli hørt og tilliten til det norske helsevesenet bli mindre. Dette samsvarer med funn fra forskningen til Gele et al. (2017, s. 494) som viser at minoritetskvinner har mindre tillitt til helsevesenet fordi de ikke føler seg hørt, noe som videre førte til at kvinnene i studien fikk et dårlig forhold til sin fastlege.

Det kan se ut som om deltakerne i denne studien har forventinger om hvilken type hjelp de skal få, og når denne forventingen ikke lik hva det norske helsevesenet har og gir så skapes det en avstand til det norske helsevesenet. Kvinnenes forventinger til helsevesenet som institusjon kan knyttes opp mot deltakerens oppfatning av hvorvidt kvinnehelse og livmorhalskreftscreening anses som viktig og har prioritet. Disse forståelsene har kvinnen opparbeidet seg over en lengre periode og det vil derfor være vanskelig å gå ut av. Det er som Hardin beskriver om hvordan individets forventinger er fundamentet i tillitten mellom individet og store institusjoner (Grimen, 2009, s. 112). Rutiner og forventninger om årlig gynekologisk sjekk i hjemlandet gjør at den norske organiseringen av livmorhalskreftscreening og fastlegens rolle lett forsåts som et dårligere tilbud og gir lavere tillitt. Et godt inntrykk av helsevesenet i hjemlandet og et dårlig inntrykk av det norske helsevesenet vil være vanskelig å endre for kvinnen.

5.3.3 Fastlegens kjønn

Det kom også frem at fastlegens kjønn kan virke negativt ved gynekologiske undersøkelser. I Norge er det anbefalt å ta livmorhalsprøven til fastlegen, uavhengig av fastlegens kjønn. Forskningen til Leinonen et al. (2017, s. 875) viser oss hvordan det å ha en mannlig fastlege er assosiert med ikke-deltakelse blant minoritetskvinner.

Problemet med kjønn var kun gjeldende når det kommer til en mannlig fastlege, og en mannlig gynekolog som utfører gynekologiske undersøkelser påpekte flere av deltakerne i denne studien ikke var et problem. Det kan dermed se ut som om det handler mer om forståelsen om fastlegens kompetanse kontra gynekologens kompetanse. Forskningen til Mavis, Vasilenko, Schnuth, Marshall & Jeffs (2005, s. 1164) peker på det samme ved å vise hvordan deltakerne i deres studie først og fremst verdsatte legens kliniske erfaring og mellommenneskelige kommunikasjonsevner fremfor kjønn. Det kan derfor tenkes at selv om en kvinnelig fastlege kan oppleves som mer erfaren på det gynekologiske enn en mannlig fastlege, så vil en mannlig gynekolog på grunn av sin spesialitet oppleves som mer kompetent enn begge fastleger til å utføre gynekologiske undersøkelser. Her ville det vært en fordel å utvide muligheten for å videresende kvinnen til enten en kvinnelig fastlege eller til en gynekolog for å øke screeningsdeltakelsen. Fastlegens kjønn kan også ha noe med en forestilling om at problemer knyttet til kvinnekroppen løses best av spesialister på kvinnekroppen (uavhengig av kjønn). Det er interessant at kvinnene forstår fastlegen som mer

"menneskelig" og at kjønn får betydning, mens gynekologen forstås som mer klinisk og kjønn får ikke betydning.

Studien til Hine & Smith (2014, s. 954) peker også på hvordan seksuell helse kan være en årsak til hvorfor noen kvinner ikke ønsker en mannlig prøvetaker ved gynekologiske undersøkelser. Ifølge studien så vil den negative oppfatningen av en mannlig undersøker forsterke stereotypen om at menn er mer interessert i sex og derfor alltid vil prøve å oppnå det (Hine & Smith, 2014, s. 954). «When female patients sexualise encounters with male doctors, this appeared to heighten a male doctors' sense of vulnerability. This related to an underlying gender stereotype of men as innately more interested in sex» (Hine & Smith, 2014, s. 954). Dette gjaldt spesielt de eldre mannlige legene i studiet, som oppga at de alltid har en kompanjong til stede når de utfører gynekologiske undersøkelser. Eldre kvinnelige leger hadde en helt annen opplevelse og beskrev at de gikk inn i en morsrolle når de utførte intime undersøkelser. Deres opplevelser var mer knyttet til omsorg enn til seksuell helse (Hine & Smith, 2014, s. 954). Forskningen til Janssen & Lagro-Janssen (2012, s. 222) viser også hvordan ønsket om en kvinnelig fastlege kan knyttes til måten fastlegen kommuniserer med pasienten på. Kvinnelige fastleger oppleves å ha en mer pasientsentrert kommunikasjon hvor de gir mer informasjon og viser mer sympati enn mannlige fastleger. Den kvinnelige fastlegen oppleves altså som mer omsorgsfull som et resultat av både hvordan hun praktiserer og som følge av forestillinger om at kvinner er naturlig mer omsorgsfulle enn menn.

Vi ser også at noen mannlige fastleger har lav terskel for å videresende kvinnelige pasienter med utenlandsk bakgrunn videre til en kvinnelig kollega eller gynekolog (Møet et al., 2018, s. 418), mens andre fastleger oppleves som mer tilbakeholdne med å henvise kvinnen videre (Gele et al., 2017, s. 492). For de fleste av deltakerne i dette studiet er sistnevnte, at fastlegen er mer tilbakeholden med å henvise videre, mest gjenkjennelig.

5.4 Fortolkninger knyttet til det å motta for lite informasjon om livmorhalskreftscreening i Norge

Kunnskap om livmorhalskreft og HPV er noe informantene er enige om er manglende i Norge, og det er usikkerhet rundt hvem sin oppgave det er å formidle denne kunnskapen. Dårlig informasjonsflyt mellom pasient og helsevesenet i Norge kan skape misforståelser om hvorfor livmorhalsprøven tas i den konteksten den gjør med fastlege som prøvetaker, og at det

kun tas en livmorhalsprøve. Dette gjelder spesielt for minoritetskvinner som er vant til en annen praksis med at for eksempel gynekolog eller jordmor tar livmorhalsprøven og/eller at kvinnen får en full gynekologisk sjekk i forbindelse med screeningen. Fastlegen spiller en sentral rolle når det kommer til å gi kvinnen informasjon om screeningen da fastlegen er kvinnens første og mest tilgjengelige ledd i helsevesenet. Nesten alle informanter oppga at fastlegen aldri har tatt opp gynekologiske saker med dem, og de opplever derfor ikke sin fastlege som nøye når det kommer til å opplyse om livmorhalsprøven og HPV. Dette kan ha sammenheng med et uklart ansvar om hvem som skal informere kvinner om dette.

I studien til Patel et al. (2020, s. 45) kan vi lese om hvordan østeuropeiske kvinner aldri opplevde å ha mottatt informasjon om livmorhalskreftscreening da de først fikk seg en fastlege i England. Erfaringer med å ikke få nok informasjon fra fastlegen gir et dårlig inntrykk av både fastlegen og helsesystemet som er forventet å tilby lik helsehjelp til alle kvinner. I studien til Gele et al. (2017) skrives det at «most of the participants mentioned that they do not get enough information from their GPs about the cervical cancer screening. As a result, many women may feel that screening is not important» (Gele et al., 2017, s. 492). Den manglende informasjonen rundt livmorhalskreftscreening fra fastlegen førte til at kvinnene ikke anså screening som noe nødvendig, noe som videre kan påvirke helseatferden ved at kvinnen ikke screener seg som anbefalt hvert tredje eller femte år. Cooper et al. (2011, s. 521) beskriver for eksempel hvordan det kun var få av kvinnene i deres studie som oppga at livmorhalsprøven kun screener for livmorhalskreft. Majoriteten av deltakerne i studien trodde at livmorhalsprøven var en «all-inclusive» test som også screenet for blant annet livmorkreft, kjønnssykdommer og soppinfeksjoner (Cooper et al., 2011, s. 521). Livmorhalskreft blir mer vanskelig å snakke om enn andre krefttyper fordi det kan kobles til HPV og det er behov for mer undervisning innen emnet.

Rundt halvparten av deltakerne påpekte at det ikke bare er fastlegen, men helsevesenet som system som er den ansvarlige for at riktig informasjon om HPV og livmorhalskreft gis til kvinner. Fastleger vil fokusere mer på sine interesseområder i møte med pasientene sine. I tillegg er det ikke alle som benytter seg av fastlegen. Helsevesenet anses som mer tilgjengelig med større mulighet for å nå ut til flere mennesker enn fastlegen kan. Forskningen til Patel et al. (2020, s. 46) viser at det essensielt at alle helsearbeidere forstår hvilket utgangspunkt minoritetskvinner har når det kommer til helse for å kunne tilby helsetjenester på en pragmatisk måte. Gele et al. (2017, s. 494) peker på noe av det samme og viser hvordan ulike helsekanaler som helsestasjonen og fastlegen samt brosjyrer og kampanjer om livmorhalskreft

burde ta hensyn til minoritetskvinner og deres forståelse av helse for å øke deltakelse til livmorhalskreftscreening. Ifølge studien vil slike tilpasninger handle om å gi informasjon på andre språk enn norsk og engelsk, og samtidig gi kvinnen mulighet til å møte en kvinnelig fastlege om ønskelig (Gele, 2017, s. 494).

Forskningen til Gele et al. (2017, s. 491) peker på at minoritetskvinner knytter livmorhalskreft til seksuell helse og derfor er mer motvillige for å snakke om tilstanden offentlig. HPV kategoriseres som en seksuelt overførbart sykdom og relateres derfor også av de fleste deltakerne til ubeskyttet sex. Dette bidrar med å stigmatisere diagnosen og fører til at færre snakker åpent om det til venner og familie. Det er som Mæland (2016) beskriver unngåelig å leve uten innvirkning fra andre, og om det ikke snakkes om livmorhalskreft eller HPV i ens nære kretser så vil en heller ikke få mer kunnskap om dette. Flere av deltakerne i denne studien oppgir å bruke nettsider som kunnskapskilde ved behov for å vite mer om enten livmorhalskreft eller HPV. Deltakerne vet hva HPV er, men forbinder det gjerne med en seksuelt overførbart sykdom, og oppgir at de ikke skjønner hvorfor unge jenter på 12 år er anbefalt å ta vaksinen. Denne reaksjonen finner vi også i studien til Grandahl et al. (2015, s. 350) hvor noen minoritetskvinner anså jenter i alderen for å få første vaksine som altfor ung og ønsket å vente til jentene var blitt eldre.

5.3 Implikasjoner for praksis

Å være bevisst på at prøvetaker har mye å si for screeningsdeltakelse blant minoritetskvinner er lite forstått i helsevesenet i Norge. Opplevelser av å ha dårlig tilgjengelighet som følge av å måtte henvises først og/eller lang ventetid for å komme til gynekolog i Norge kan bidra til at kvinner med minoritetsbakgrunn faller på utsiden i screeningsprogrammet. De har for lav tillitt til fastlegen til å utføre prøven som det anbefales i Norge, og velger å heller ta livmorhalsprøven i hjemlandet eller utenfor screeningsprogrammet.

Det er viktig at prøven i større grad ses i sammenheng med andre nødvendige gynekologiske sjekker. Videre er det også viktig å få mer kunnskap om hva fastlegens rolle som prøvetaker betyr for deltakelsen i screeningsprogrammet. Prøvetakere av livmorhalsprøven må være kulturelt kompetente i møte med minoritetskvinner så det ikke oppstår negative inntrykk for kvinnene (Gele et al., 2017, s. 494).

Kvinnens tillit er som nevnt tidligere svært avhengig av forståelsen av kompetanse. Et av de viktigste faktorene som kan hindre eller forsinke at kvinner med østeuropeisk bakgrunn tar livmorhalsprøven er fortolkninger knyttet til fastlegens kompetanse og gynekolog som den foretrukne prøvetakeren for livmorhalsprøven. Forskningen til Patel et al. (2020) viser oss hvordan noen kvinner foretrekker at prøven tas av en gynekolog fordi det er det de er vant og mest komfortable med:

The person performing the smear test was of great importance to the majority of the migrant women; they were not comfortable that, in England, practice nurses perform the majority of cervical smears. They believed that smear tests should only be performed by a specialist (gynaecologist) (Patel et al., 2020, s. 45).

Fastlegen må i større grad forstås som kompetent på kvinnehelse. I slike tilfeller kan upersonlig mistillit kan være positivt da kvinnen, som ikke er vant med at fastlegen utfører prøven, kan være trygg på at systemet er organisert på den måten at eventuelle avvik fanges opp og følges videre. Fastlegen blir da en del av et større system som kvinnen stoler på. For å gjøre dette mulig er det behov for mer informasjon om hva fastlegens ansvarsområder er samt vise hvordan det norske helsevesenet er organisert så kvinnen blir bedre kjent med det overordnede systemet. Det kan også tenkes at bedre tid på konsultasjoner til fastlegen kan bidra med å bygge relasjonen mellom kvinnen og fastlegen. Når fastlegen tar seg tid til kvinnen, utvikler det seg en følelse av trygghet som fører til at kvinner som tidligere ikke ønsket å ta livmorhalsprøven til fastlegen kanskje blir mer åpen for det.

Forskning viser hvordan manglende informasjon fra fastlegen om sammenhengen mellom livmorhalskreftscreening og HPV kan skape misforståelser til livmorhalskreftscreening og fungere som en barriere for å ta livmorhalsprøven (Gele et al., 2017, s. 492). Dette var deltakerne enige i. Det er derfor nødvendig med et individrettete tiltak hvor fastlegen setter av et par minutter i slutten av konsultasjonene til å informere kvinnen om livmorhalskreftscreening og dens sammenheng med HPV, samt besvare spørsmål kvinnen har knyttet til dette for å øke kunnskapen om hva HPV er og hvorfor det er anbefalt med livmorhalskreftscreening.

Som et systemrettet tiltak for å øke kunnskapen om sammenhengen mellom HPV og livmorhalskreft kan helsestasjoner og skolen tilby seksualundervisning til barn. Ved å lære barn om seksuell helse mens de fortsatt går på skolen har man mulighet til å fjerne stigma knyttet til seksuell helse og unngå misforståelser som kan oppstå som følge av mye forskjellig

informasjon fra for eksempel venner og/eller internett. Videre er informasjonskvelder for foreldre i regi skolen eller helsestasjonen et egnet tiltak for foreldre til elever som skal motta HPV-vaksinen. Som Grandahl et al. (2015, s. 351) skriver i sin studie så er foreldres holdninger til HPV vaksinen sentral i beslutningen om barna deres tar vaksinen eller ikke, og god informasjon i forkant av HPV-vaksinering kan dermed bidra med å endre det stigmepregede synet på HPV samt øke kunnskapen om hvorfor vaksinen er anbefalt for barn.

5.3.2 Informasjonsrettet tiltak for å øke oppmøte blant minoritetskvinner

Tidligere forskning viser at invitasjonsbrevet for deltakelse i livmorhalsprogrammet ikke er tilstrekkelig for å sørge for at kvinner med en minoritetsbakgrunn deltar i screeningsprogrammet (Marlow et al., 2015, s. 837). Brevet minner noen kvinner på at det er på tide å ta livmorhalsprøven, mens andre legger bort brevet så fort de mottar det og husker selv når det er på tide med ny prøve. Deltakerne oppgir at brevet har mye tekst og er umotiverende å lese om man mottar den på et ubeleilig tidspunkt. Mindre tekst kan ifølge deltakerne virke positivt og mindre overveldende, spesielt om kvinnen som mottar brevet ikke behersker norsk.

Brevet sendes ut på norsk, men finnes også i engelsk versjon. Deltakere oppga at brevets språk kunne virke hemmende for noen minoritetskvinner da ikke alle behersker norsk. Den vil altså ikke være lesbar for alle minoritetskvinner, og som vi leser i folkehelse rapporten fra 2018 kan helseinformasjon på kun norsk og engelsk begrense kunnskapen om hvilke helsetjenester man har rett på om vedkommende ikke behersker norsk eller engelsk (Straiton et al., 2018). Det er rimelig å tenke at ved å sende ut invitasjoner på flere språk enn norsk og engelsk kan også minoritetskvinner som ikke behersker norsk forstå informasjonen som påminnelsesbrevet ønsker å formidle. Helseinformasjonen som gis til pasienter må adapteres den enkelte pasient basert på individets helsekompetanse, og det er derfor ikke tilstrekkelig å sende samme invitasjon til alle kvinner i screeningsalder. Kvinnens evne til å forstå helseinformasjon som gis kan være god, men om informasjonen gis på et språk pasienten ikke behersker godt så vil det uansett føre til en begrenset forståelse av innholdet i informasjonen. Helsepersonell som jobber med blant annet flerkulturelle- og flerspråklige pasienter må altså i noen tilfeller tilpasse helsetilbudet de gir pasienten (Møen et al., 2018, s. 419). Det kan for eksempel være aktuelt å visualisere brevets innhold i videreformidlingen.

I det digitale invitasjonsbrevet alle kvinner i screeningsalder i Norge mottar, er det en nettløse som fører leseren til en engelsk versjon av brevet. Som et forbedringstiltak kan det opprettes en lignende nettløse for ulike språkversjoner av brevet så kvinnen selv velger foretrukket språk og dermed får den informasjonen hun trenger. Ved å legge ved nettløser for ulike språkversjoner av brevet kan også prosessen med å finne ut av hvilket språk kvinnene som mottar brevet foretrekker å lese brevet i forenkles.

Som et annet forbedringstiltak kan det også sendes ut et informasjonsbrev til kvinner som ikke tidligere har deltatt i livmorhalsprogrammet i Norge, og da helst på kvinnens morsmål. Dette foreslås også fra noen deltakere i denne studien som mener at kvinner bør motta et informasjonsbrev på deres morsmål i forkant av påminnelsesbrevet sånn at de får mulighet til å lese seg opp på livmorhalskreftscreening. Dette vil ikke være ulikt rutinen

Livmorhalsprogrammet har med å sende ut et introduksjonsbrev til alle 25-åringene i Norge. Studien til Grandahl et al. (2015, s. 351) viser hvordan deltakerne hadde problemer med å forstå det svenske helsesystemet og dermed ikke deltok i landets screeningprogram.

Deltakerne i denne studien pekte på det samme og oppga at de ikke helt visste hvordan helsesystemet fungerte da de flyttet til Norge. Dette resulterte i at deltakerne ikke oppsøkte helsevesenet så ofte når de flyttet til Norge, noe som samsvarer med data fra

Folkehelse rapporten i 2016, som viser at innvandrere sammenlignet med etniske nordmenn i mindre grad oppsøker helsetjenester de første årene de bor i Norge (Stratton et al., 2018).

Årsaken til dette kan være at det er annen tilnærming til helsetjenester når man er i behov for helsehjelp i Norge enn det er i hjemlandet til deltakerne, og et tilbud om et informasjonsbrev om hvordan det norske screeningsprogrammet fungerer slik noen deltakere i denne studien foreslår, kan bidra med å gi minoritetskvinner kunnskap og trygghet rundt screeningsprogrammet.

Forskning viser at timeinnkalling til livmorhalskreftscreening øker screeningdeltakelsen blant kvinner i screeningsalder (Lönnberg et al., 2016, s. 4), og et tredje forbedringstiltak vil derfor være å inkludere en timeinnkalling i påminnelsesbrevet. Timeinnkalling til

livmorhalskreftscreeningen kan legge bedre til rette for kvinner som ikke har tid eller som glemmer å bestille time for å ta livmorhalsprøven, i tillegg til å tydeliggjøre viktigheten med å ta livmorhalsprøven (Aasbø et al., 2019, s. 6). Her er det derimot viktig at frivillighetsmomentet for deltakelse i livmorhalskreftscreeningen ikke forsvinner, eller at noen kvinner ikke føler seg presset til å ta livmorhalsprøven.

6.0 Avslutning

Screening mot livmorhalskreft vil også i fremtiden være viktig i forebyggingen av livmorhalskreft i tillegg til vaksinasjon og behandling. Likevel er deltakelsen i livmorhalskreftscreening relativt lav i Norge på rundt 70% deltakelse. Kvinner med minoritetsbakgrunn er overrepresentert blant kvinner som ikke deltar i screening i Norge, og mye av forskningen om screeningsdeltakelse blant minoritetkvinner har derfor vært knyttet til å identifisere mulige barrierer for screeningdeltakelse. Deltakerne i denne studien vurderte livmorhalskreftscreeningen som viktig og mener det er nødvendig at kvinner screener seg.

Denne studien viser hvordan screeningdeltakelse blant innvandrere ikke bør forstås som et spørsmål om grad av kunnskap, men heller hvordan deres perspektiv peker på hvordan de ser organiseringen av livmorhalskreftscreening i sammenheng med status av kvinnehelse i det norske helsevesenet. I tillegg bør screeningsdeltakelse blant innvandrere forstås i betydningen av den institusjonelle konteksten der prøven tas som avgjørende for deres deltakelse i det norske livmorhalsprogrammet.

Studien viser hvordan kvinner fra Øst-Europa sine refleksjoner om deltakelse i det norske livmorhalsprogrammet baserer seg på en forståelse om livmorhalsprøven som en del av en gynekologisk sjekk og betydningen av hvem som tar prøven. Fortolkningene reflekterer kulturelle forestillinger knyttet til prøvetakers kliniske erfaring og kompetanse og tillitt til det norske helsevesenet.

Det er en felles forståelse blant de fleste deltakerne at livmorhalsprøven tas av gynekolog og at kvinnen får en full gynekologisk sjekk i forbindelse med livmorhalsprøven fordi dette er det de er vant med og vil derfor også være en del av hva de oppfatter som viktig.

Det samme gjelder oppfattelsen av fastlegen som ikke kompetent nok til å utføre gynekologiske undersøkelser, og vi ser hvordan fortolkninger til det norske helsesystemet i forbindelse med livmorhalskreftscreening er sterkt knyttet til fastlegens kompetanse.

Kvinnens tillitt til det norske helsesystemet er ikke gitt, men baserer seg på kulturelle forventinger til hva som er adekvate helsetjenester, og om disse ikke samsvarer med hva kvinnen føler seg trygg på så vil denne tillitten svekkes.

Studien indikerer at det muligens ligger mørke tall bak den lave andelen screeningsdeltakelsen blant minoritetskvinner fra Øst-Europa, for selv om de går til gynekolog så deltar de fortsatt i det norske livmorhalsprogrammet.

Litteraturliste

- Austveg, B. (2006). *Kvinnens helse på spill : et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort*. Oslo: Universitetsforl.
- Barstad, H. M. (2021, 26. februar). Fatalisme. Hentet 2021, 9. mai fra <https://snl.no/fatalisme>
- Bennett, K. F., Waller, J., Chorley, A. J., Ferrer, R. A., Haddrell, J. B. & Marlow, L. A. V. (2018). Barriers to cervical screening and interest in self-sampling among women who actively decline screening. *Journal of Medical Screening*, 25(4), 211-217. <https://doi.org/10.1177/0969141318767471>
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *Den samfundsskabte virkelighed : en videnssociologisk afhandling* (3. opl. utg.). København: Lindhardt og Ringhof.
- Birkhäuer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C. & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One*, 12(2), e0170988-e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research : a practical guide for beginners*. Los Angeles, Calif: Sage.
- Brochmann, G. (2020, 13. juli). Integrering. Hentet 2021, 12. mai fra <https://snl.no/integrering>
- Chrysostomou, A. C., Stylianou, D. C., Constantinidou, A. & Kostrikis, L. G. (2018). Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. *Viruses*, 10(12), 729. <https://doi.org/10.3390/v10120729>
- Cooper, C. P., Polonec, L. & Gelb, C. A. (2011). Women's Knowledge and Awareness of Gynecologic Cancer: A Multisite Qualitative Study in the United States. *J Womens Health (Larchmt)*, 20(4), 517-524. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2765>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2019). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet 2021, 12. mai fra

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

Døving, C. A. (2020, 29. april). Hva er en minoritet? Hentet 2021, 9. mai fra

<https://www.hlsenteret.no/kunnskapsbasen/livssyn/minoriteter/hva-er-en-minoritet/hva-er-en-minoritet>

Elfström, K. M., Arnheim-Dahlström, L., von Karsa, L. & Dillner, J. (2015). Cervical cancer screening in Europe: Quality assurance and organisation of programmes. *Eur J Cancer*, 51(8), 950-968. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.03.008>

Eriksen, T. H. & Frøshaug, O. B. (1998). *Små steder - store spørsmål : innføring i sosialantropologi* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Fangen, K. (2015, 17. juni). Kvalitativ metode. *De nasjonale Forkningsetiske komiteene*,. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>

Folkehelseinstituttet. (2020a, 17. juni). HPV-vaksine (Humant papillomavirus) - veileder for helsepersonell. Hentet 2021, 26. mars fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hpv-vaksinasjon-humant-papillomavir/#anbefalt-vaksinasjonsregime>

Folkehelseinstituttet. (2020b, 11. november). Statistikk for HPV-vaksinasjon i barnevaksinasjonsprogrammet. Hentet 2021, 12. april fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/sysvak/dekningsstatistikk/>

Forbrukerrådet. (2017a, 1. september). Fastleger svikter på livsviktig kvinnehelse. Hentet 2021, 12. mai fra <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/fastleger-svikter-pa-livsviktig-kvinnehelse/>

Forbrukerrådet. (2017b, 1. juni). Vet du hva legene ikke tilbyr? Hentet 2021, 12. mai fra <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/vet-du-hva-legene-ikke-tilbyr/>

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-08-29-842). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

Gele, A., Qureshi, S., Kour, P., Kumar, B. & Diaz, E. (2017). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative

- study. *International Journal of Women's Health*, 9, 487-496.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S139160>
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 12(2), 143-165.
- Globocan. (2020). *Cervix Uteri* [Tabell]. Hentet fra
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
- Grandahl, M., Tydén, T., Gottvall, M., Westerling, R. & Oscarsson, M. (2015). Immigrant women's experiences and views on the prevention of cervical cancer: a qualitative study. *Health Expect*, 18(3), 344-354. <https://doi.org/10.1111/hex.12034>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4. utg.). Thousand Oaks, Calif: SAGE.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit* (bd. 30). Oslo: Universitetsforl.
- Hardin, R. (1993). The Street-Level Epistemology of Trust. *Politics & society*, 21(4), 505-529.
<https://doi.org/10.1177/0032329293021004006>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen* (2019-2023). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsenorge. (2020, 9 desember). Gynekologisk undersøkelse. Hentet 2021, 7. april fra
<https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/gynekologisk-undersokelse/#hvem-gjor-gynekologiske-undersokelser>
- Hine, P. & Smith, H. (2014). Attitudes of UK doctors to intimate examinations. *Cult Health Sex*, 16(8), 944-959. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.923584>
- Ingierd, H. & Fossheim, H. J. (2015, 8 desember). Etniske grupper. *De nasjonale Forskningsetiske komiteene*. Hentet fra
<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Etniske-grupper/>
- Integreringsloven. (2021, 1. januar). *Lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid* (LOV-2020-11-06-127). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2020-11-06-127/KAPITTEL_4#%C2%A78
- Janssen, S. M. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2012). Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A

- systematic review. *Patient Educ Couns*, 89(2), 221-226.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.034>
- Kim, K. & Han, H.-R. (2019). The Association Between Health Literacy and Breast and Cervical Cancer Screening Behaviors: Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Nursing research (New York)*, 68(3), 177-188.
<https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000346>
- Kjøllestad, M. K. R., Indseth, T., Iversen, H. K. H. & Bjertnæs, Ø. A. (2020). Patient experiences with general practice in Norway: a comparison of immigrant groups and the majority population following a national survey.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-020-05963-3>
- Kreftforeningen. (u.å). Screening og masseundersøkelser. Hentet 2020, 4. mai fra
<https://kreftforeningen.no/forebygging/screening-masseundersokelse/>
- Kreftregisteret. (2017, 22. september). Livmorhalsprogrammet. Hentet 2021, 26. mars fra
<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Helsepersonell/Faglig-Radgivningsgruppe/kvalitetsmanual2/1.-livmorhalsprogrammet/>
- Kreftregisteret. (2020a, 20. februar). Informasjon og påminnelser. Hentet 2021, 12. mai fra
<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/informasjon-og-paminner/>
- Kreftregisteret. (2020b, 25. februar). Status for implementering av HPV-test. Hentet 2021, 12. mai fra
<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/hpv/status-for-implementeringen/>
- Kreftregisteret. (2021, mars). *Årsrapport 2019- Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet*. Hentet fra
https://www.kreftregisteret.no/globalassets/livmorhals/rapporter/arsrapport-lp/arsrapport-livmorhalsprogrammet-2019_digital.pdf
- Kreftregisteret. (2021b, 29 januar). Equalscreen - Økt oppmøte og mindre sosial ulikhet i screening mot livmorhalskreft. Hentet 2021, 31. mars fra
<https://www.kreftregisteret.no/Forskning/Om-forskningen/HPV/equalscreen/>
- Leinonen, M. K., Campbell, S., Ursin, G., Tropé, A. & Nygård, M. (2017). Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in

- Norway. *The European Journal of Public Health*, 27(5), 873-879.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx093>
- Lönnerberg, S., Andreassen, T., Engesæter, B., Lilleng, R., Kleven, C., Skare, A., ... Tropé, A. (2016). Impact of scheduled appointments on cervical screening participation in Norway: a randomised intervention. *BMJ Open*, 6(11), e013728-e013728.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013728>
- Marlow, L. A. V., Chorley, A. J., Rockcliffe, L. & Waller, J. (2018a). Decision-making about cervical screening in a heterogeneous sample of nonparticipants: A qualitative interview study. *Psychooncology*, 27(10), 2488-2493.
<https://doi.org/10.1002/pon.4857>
- Marlow, L. A. V., Ferrer, R. A., Chorley, A. J., Haddrell, J. B. & Waller, J. (2018b). Variation in health beliefs across different types of cervical screening non-participants. *Prev Med*, 111, 204-209. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.03.014>
- Marlow, L. A. V., Wardle, J. & Waller, J. (2015). Understanding cervical screening non-attendance among ethnic minority women in England. *Br J Cancer*, 113(5), 833-839.
<https://doi.org/10.1038/bjc.2015.248>
- Marques, P., Nunes, M., Antunes, M. d. L., Heleno, B. & Dias, S. (2020). Factors associated with cervical cancer screening participation among migrant women in Europe: a scoping review. *Int J Equity Health*, 19(1), 160-160. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01275-4>
- Mavis, B., Vasilenko, P., Schnuth, R., Marshall, J. & Jeffs, M. C. (2005). Female patients' preferences related to interpersonal communications, clinical competence, and gender when selecting a physician. *Acad Med*, 80(12), 1159-1165.
<https://doi.org/10.1097/00001888-200512000-00022>
- Mik-Meyer, N. & Justesen, L. (2012). Theoretical perspectives and qualitative methodology. I *Qualitative research methods in organisation studies* (s. 11-34). København: Hans Reitzels Forlag.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Møen, K. A., Terragni, L., Kumar, B. & Diaz, E. (2018). Cervical cancer screening among immigrant women in Norway- The healthcare providers' perspectives. *Scand J Prim Health Care*, 36(4), 415-422. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1523986>

- Napier, A. D. P., Ancarno, C. P., Butler, B. P., Calabrese, J. P., Chater, A. P., Chatterjee, H. P., ... Woolf, K. P. (2014). Culture and health. *Lancet*, 384(9954), 1607-1639.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- Neumann, C. B. & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen : en metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Norsk helseinformatikk. (2020, 10 juni). Livmorhalskreft. Hentet 2021, 18. april fra
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorhalskreft/?page=all>
- Nylena, M. (2019, 11. januar). Helseatferd. Hentet 2021, 6. april fra
<https://sml.snl.no/helseatferd>
- Olsvik, E. H. (2021, 16. mars). Intersubjektiv. Hentet 2021, 9. april fra
<https://snl.no/intersubjektiv>
- Papadakos, J. K., Hasan, S. M., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papadakos, C. J., ... Howell, D. (2018). Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review: Health Literacy and Cancer Self-Management. *Cancer*, 124(21), 4202-4210.
<https://doi.org/10.1002/cncr.31733>
- Patel, H., Sherman, S. M., Tincello, D. & Moss, E. L. (2020). Awareness of and attitudes towards cervical cancer prevention among migrant Eastern European women in England. *Journal of Medical Screening*, 27(1), 40-47.
<https://doi.org/10.1177/0969141319869957>
- Personopplysningsloven. (2018, 15. juni). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Poljak, M., Seme, K., Maver, P. J., Kocjan, B. J., Cuschieri, K. S., Rogovskaya, S. I., ... Syrjänen, S. (2013). Human Papillomavirus Prevalence and Type-Distribution, Cervical Cancer Screening Practices and Current Status of Vaccination Implementation in Central and Eastern Europe. *Vaccine*, 31, H59-H70. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.03.029>
- Powe, B. D. & Finnie, R. (2003). Cancer Fatalism: The State of the Science. *Cancer Nurs*, 26(6), 454-467. <https://doi.org/10.1097/00002820-200312000-00005>
- Rødland, A. W. (2018, april). Hva vet vi om kvinners helse? Hentet 2021, 12. mai fra
https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport_final_150518_med_isbn.pdf

- Saleh, N., Abu-Gariba, M., Yehoshua, I. & Peleg, R. (2018). Barriers to implementation of a pelvic examination among family doctors in primary care clinics. *Postgrad Med*, 130(3), 341-347. <https://doi.org/10.1080/00325481.2018.1438078>
- SSB. (2020). Hvor kommer innvandrerne fra? Hentet 2020, 1. mai fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Stanford-Encyclopedia-of-Philosophy. (2020, 10 august). Trust. Hentet 2021, 2. mai fra <https://plato.stanford.edu/entries/trust/#MotiBaseTheo>
- Straiton, M. L., Blystad, H. H. & Reneflot, A. (2018, 14. mai). *Helse i innvandrerbefolkningen- Folkehelse rapporten*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/?term=&h=1>
- SYSVAK. (2014, 19. mars). *Vaksinasjonsdekning i prosent (fullvaksinerte) per 31.12.2013 16-åringer (f. 1997) - fylker*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/vaksine/2013-fylker-16-aringer-1997.pdf>
- SYSVAK. (2021, 25. mars). *Vaksinasjonsdekning i prosent (fullvaksinerte) per 31.12.2020 16-åringer (født 2004) - fylker*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/helseregistre/sysvak-dekningsstatistikk-2020/fylker_2020_fodt-2004.pdf
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. (2020, 3. desember). Sosialkonstruktivisme. Hentet 2021, 10. mai fra <https://snl.no/sosialkonstruktivisme>
- Tjora, A. (2021, 18. februar). Akkulturasjon. Hentet fra <https://snl.no/akkulturasjon>
- Universitetet i Oslo. (2020a, 7 februar). Klassifisering av data og informasjon. Hentet 2021, 14. mai fra <https://www.uio.no/tjenester/it/sikkerhet/isis/tillegg/lagring/infoklasser.html>
- Universitetet i Oslo. (2020b, 6 mai). Om Tjenester for Sensitive data. Hentet 2021, 14. mai fra <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/mer-om/>
- Wahl, A. K., Hermansen, Å., Osborne, R. H. & Larsen, M. H. (2020). A validation study of the Norwegian version of the Health Literacy Questionnaire: A robust nine-dimension

- factor model. *Scandinavian journal of public health*, 140349482092642-1403494820926428. <https://doi.org/10.1177/1403494820926428>
- World Health Organization. (2016). Health literacy and the SDGs. Hentet 2021, 8. april fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy-sdgs/en/>
- World Health Organization. (2020a, 4 februar). To eliminate cervical cancer in the next 100 years, implementing an effective strategy is critical. I. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/detail/04-02-2020-to-eliminate-cervical-cancer-in-the-next-100-years>
- World Health Organization. (2020b, 11 november). Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Hentet 2021, 18. april fra [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- Wæhle, E. & Tjora, A. (2021, 23. februar). Assimilering. Hentet 2021, 6. april fra <https://snl.no/assimilering - sosiologi>
- Aasbø, G., Solbrække, K. N., Waller, J., Tropé, A., Nygård, M. & Hansen, B. T. (2019). Perspectives of non-attenders for cervical cancer screening in Norway: a qualitative focus group study. *BMJ Open*, 9(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029505>

Vedlegg 1

Tilråding fra Personvernombudet ved OUS



Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo

Sentralkontor:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Bo Terning Hansen, forsker
Kreftregisteret

Kopi:

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus

Saksbehandler: Tor Åsmund Martinsen

Dato: 05.07.2017

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
databehandling av personopplysninger

Saksnummer/

ePortennummer:

2017/10642

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet:

«Okt oppmøte og mindre sosial ulikhet i screening mot livmorhalskreft: Kvalitativ studie»

Formål:

Hovedformål med studien er å identifisere barrierer til deltakelse i Livmorhalsprogrammet.

Screening mot livmorhalskreft har redusert forekomst og dødelighet av livmorhalskreft betraktelig, men mange kvinner møter likevel ikke opp til screening slik

Livmorhalsprogrammet anbefaler. Det har vært en gradvis nedgang i oppmøtet i løpet av siste tiår, og det er sosiale ulikheter i oppmøtet. Eksempelvis bruker kvinner utenfor arbeidsstyrken screeningtilbudet i mindre grad enn andre kvinner.

I dette prosjektet vil vi finne ut hvorfor kvinner ikke møter til screening, og hva kvinnene selv mener kan forbedre oppmøtet. Vi vil intervju kvinner om deres erfaringer med og holdninger til screening mot livmorhalskreft. Kvinnene som intervjues vil fortrinnsvis rekrutteres blant de som ikke følger anbefalingene om oppmøte til screening, og som mottar påminnelser om deltakelse på bakgrunn av informasjon i Livmorhalsprogrammets databaser. Dette er en kvalitativ studie, og vi vil gjennomføre fokusgruppeintervjuer av anslagsvis 64 kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet. Invitasjon til deltakelse og rekruttering vil foregå høsten 2017. Studien er del av et postdoktorprosjekt, og ledes og gjennomføres av ansatte ved Kreftregisteret.

Tidsrom: 01.08.2017 - 01.08.2022

Vi viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i personopplysningsforskriften § 7-12, jf. helseregisterloven § 5, har Datatilsynet ved oppnevning av personvernombud ved Oslo Universitetssykehus (OUS), fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Oslo universitetssykehus HF ved adm. dir.
2. Avdelingsleder eller klinikkleder ved OUS har godkjent studien.
3. Studien er frivillig og samtykkebasert.
4. Behandling av personopplysningene/helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen, i overensstemmelse med Krefregisterforskriftens § 1-3 siste ledd.
5. Data lagres som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
6. Publisering i tidsskrift forutsettes å skje uten at deltagerne kan gjenkjennes direkte eller indirekte, så sant ikke annet fremgår eksplisitt av samtykket.
7. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 2037.
8. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med hilsen

Tor Åsmund Martinsen
Personvernrådgiver

Oslo universitetssykehus HF
Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling
Avdeling for personvern og informasjonssikkerhet

Epost: personvern@oslo-universitetssykehus.no
Web: www.oslo-universitetssykehus.no/personvern



Vedlegg 2

Skriftlig informasjon til deltakere



Takk for at du vurderer å delta i et intervju om vurderinger rundt det å ta celleprøve hos lege i Norge!

Mitt navn er Clarisse Nsengi, og jeg er masterstudent i Interdisiplinær helseforskning ved UiO og jeg jobber som sykepleier i Oslo. I forlengelsen av et pågående forskningsprosjekt på Kreftregisteret om deltakelse i livmorhalskreftscreening skal jeg skrive masteroppgave om kvinner fra Øst-Europa sine synspunkter rundt det å bestille og ta livmorhalsprøve hos lege i Norge.

Bakgrunn for prosjektet er at i Norge anbefales alle kvinner i aldergruppen 25-69 år hvert tredje år å bestille time hos lege for å ta celleprøve fra livmorhalsen. En tredjedel av kvinner i Norge tar ikke celleprøve som anbefalt. I dette prosjektet ønsker jeg å rekruttere deltakere fra Øst-Europa spesielt fordi denne gruppen utgjør en av de største innvandrergupper i Norge. I tillegg finnes det lite kunnskap fra Norge om hva slags synspunkter kvinner med øst-europeisk bakgrunn har om tilgjengelighet i den norske helsetjenesten mer generelt og vurderinger rundt det å gå til lege å ta celleprøve hos lege i Norge spesielt.

Under besvares viktige spørsmål om prosjektet og hva deltakelse i prosjektet innebærer for deg:

Hva innebærer deltakelse i prosjektet?: Vi håper du kan tenke deg å delta i et intervju med masterstudent (Clarisse). Spørsmålene vil fokusere på dine vurderinger/refleksjoner rundt det å ta celleprøve hos lege i Norge, for eksempel tilretteleggelse, språk og kommunikasjon med lege, invitasjonsbrevet, sammenligning med organisering i ditt hjemland og andre ting som er relevant i forhold til denne tematikken.

Trenger du å forberede deg? Nei. I intervjuet er vi interessert i å høre om dine vurderinger og refleksjoner rundt tilgjengelighet i det norske helsevesenet og spesielt om tilretteleggelse for å ta celleprøve hos lege i Norge.

Hensikt med prosjektet?: Hensikten med oppgaven vil være å bidra med kunnskap som kan gi bedre forståelse for hva som oppleves som barrierer for å ta celleprøve hos lege i Norge. Slik kunnskap vil være verdifull for å kunne forbedre dagens screeningprogram.

Tidsramme: Planlagt gjennomforelse av intervjuer er i september 2020. Intervjuet vil vare mellom 1-1.5 timer.

Sted: Intervjuene er planlagt å foregå på Forskningsveien 3A, i Harald Schelderups hus.

Anonymisering: Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og skrevet ut ordrett. Lydfil og teksten vil lagres sikkert. Det er kun masterstudent og veileder som har tilgang til datamaterialet. Datamaterialet vil bli anonymisert og innsamlet data vil slettes etter prosjektet er ferdig.

Hvilke fordeler innebærer deltakelse?: Som deltaker vil du få mulighet til å dele dine refleksjoner og erfaringer rundt livmorhalsscreening, helsevesenet i Norge og mer. Du vil motta en kompensasjon på 500kr for deltakelse.

Samtykkeskjema: For intervjuene vil du bli bedt om å signere et samtykkeskjema som du får tilsendt i forkant av intervjuene. Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke deg fra studien også etter at du har signert samtykkeskjemaet.

Link Livmorhalsprogrammet: <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/>

Link til hovedprosjektet ved Kreftregisteret: <https://www.kreftregisteret.no/Forskning/Om-forskningen/HPV/equalscreen/>

Ved spørsmål om prosjektet kan du kontakte meg på e-post: c.s.nseni@studmed.uio.no eller tlf: 91873130 eller Gunvor Aasbø som jobber med prosjektet ved Kreftregisteret og er veileder i dette prosjektet: gunvor.aasbo@medisin.uio.no

Jeg ser frem til å snakke mer med deg om dette interessante temaet.

På forhånd takk,

Med vennlig hilsen

Clarisse Nsengi

Vedlegg 3

Samtykkeskjema



FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET: MØTE MED DET NORSKE HELSEVESENET OG OPPMØTE TIL LIVMORHALSSCREENING

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å dele dine vurderinger/refleksjoner rundt det å ta celleprøve hos lege i Norge og møte med det norske helsevesenet. Du blir spurt fordi du er i målgruppen for å ta anbefalt livmorhalscreening (25-69 år), og har bakgrunn fra Øst-Europa/Balkan.

Hensikten med dette prosjektet er å undersøke ulike erfaringer og refleksjoner rundt det å ta celleprøve hos lege i Norge. Denne kunnskapen er viktig for å få bedre forståelse for hva som kan forhindre kvinner i å ta celleprøve hos lege i Norge. Forskningsprosjektet gjennomføres som en masteroppgave i Interdisiplinær helseforskning ved UiO og er i samarbeid med et pågående forskningsprosjekt på Kreftregisteret.

For å delta i prosjektet må du underskrive dette samtykkeskjemaet hvor du samtykker at du har lest og forstått informasjonen i skjemaet. Skjemaet kan signeres og leveres før intervjuene gjennomføres. Vi tar med ekstra eksemplarer til intervjuet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Som deltaker vil du gjennom et intervju få mulighet til å dele dine refleksjoner og erfaringer rundt invitasjonen fra Kreftregisteret, det å bestille time hos lege for å ta celleprøve, det norske helsevesenet og mer. Intervjuet vil være individuell, og vare mellom 1-2 timer. Intervjuet vil bli tatt opp på digital lydopptaker. Ved videointervju vil kun lydopptak bli tatt opp. Innsamlet data og opplysninger skal behandles konfidensielt og aidentifiseres ved at navn og andre identifiserbare markører slettes. Datamaterialet vil lagres trygt i Universitetet i Oslos Tjenester for Sensitive Data (TSD)- Denne tjenesten oppfyller alle lovkrav om sikkerhet og personvern. Navn og andre identifiserbare opplysninger vil lagres separat fra øvrige data.

Det vil ikke bli foretatt noen medisinske undersøkelser eller innhentet noen prøver fra deg som deltaker.

Det er en mulighet for at studien blir publisert som en vitenskapelig artikkel. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i masteroppgaven eller i en eventuell publisert artikkel fra studien.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i prosjektet vil ikke medføre noen fordeler eller ulemper for deg. Kreftregisteret vil kunne bruke resultatet fra prosjektet til å forbedre Livmorhalsprogrammet, noe som videre vil virke fordelsfullt for kvinner i målgruppen for Livmorhalsprogrammet.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes eller utleveres innen 30 dager. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er anonymisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte student i prosjektet Clarisse Nsengi (tlf: 91873130 eller mail: c.s.nsenji@studmed.uio.no) eller prosjektveileder Gunvor Aasbø, postdoktor ved Kreftregisteret og Universitetet i Oslo (mail: gunvor.aasbo@medisin.uio.no)

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til prosjektslutt 2021. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun student i prosjektet Clarisse Nsengi og prosjektveileder Gunvor Aasbø som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli oppbevart i Tjeneste for sikker datalagring ved UiO i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

OPPFØLGINGSPROSJEKT

Dette prosjektet er et oppfølgingsprosjekt til et pågående forskningsprosjekt på Kreftregisteret om deltakelse i livmorhalskreftscreening

ØKONOMI

Deltakere i prosjektet vil motta en kompensasjon på 500 kr ved fysisk oppmøte til intervjuene, og 200 kr ved digitale intervjuer.

Forskningsprosjektet er finansiert gjennom Kreftregisteret.

GODKJENNINGER

Personvernombudet ved OUS har gjort en vurdering og godkjent prosjektet. Saksnummer: 2017/10642

Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Clarisse Nsengi (tlf: 91873130 eller mail: c.s.nseni@studmed.uio.no) eller Gunvor Aasbø (mail: gunvor.aasbo@medisin.uio.no)

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Deltakers telefonnr

Vedlegg 4

Intervjuguide individuell intervju

Oppmøte	Underskrive samtykkeskjema, presentere meg og prosjektet	
Start- runde rundt bordet – presentere navn – hvor lenge har de bodd i Norge?		
Spørsmål	Påminnelsesbrevet. 1.	Har du mottatt påminnelsesbrevet fra Kreftregisteret, og når på året var dette? Kan du si mer om hva dus tanker var da du mottok påminnelsesbrevet? - Tolkning av brevets språk, struktur etc. - Refleksjoner på at du selv må bestille time til å ta celleprøven? - Følelse av frivillighet? Eller sterk anbefaling, obligatorisk, tvang?
Spørsmål	Kunnskap om emnet/undersøkelsen. 2.	Hva forbinder du med å ta celleprøven? - Synes du det er viktig å ta celleprøven? (hvorfor/hvorfor ikke) Har du noen tanker rundt hvorfor du blir anbefalt å ta celleprøve? Ha med sitat om fordel og ulempe fra Kreftforeningens sider. Fordel: De som får kreft selv om de tar regelmessige prøver, har en lavere dødelighet av sykdommen fordi sykdommen blir oppdaget tidlig» Ulempe: Noen får kreft selv om de har deltatt i screeningprogrammet. Alle tilfeller av forstadier eller kreft fanges ikke opp, noe som kan gi kvinner en falsk trygghet. - Opplever du at påminnelsesbrevet forklarer dette nok? Hva tenker du et positivt prøvesvar betyr? Hva forbinder du med livmorhalskreft? Risiko for å få livmorhalskreft - Forebygging av livmorhalskreft - Hvordan får man livmorhalskreft? Hva tenker du om livmorhalskreft i forhold til andre kreftformer - Mer eller mindre farlig? - Hvor har du hørt dette fra?

		<p>Opplever du at gynekologi blir godt ivaretatt i Norge? Hvordan er det i hjemlandet ditt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blir celleprøve hvert 3 år for lenge å vente? Hvor ofte har dere det i hjemlandet ditt? - Blir HPV prøve hvert 5 år for lenge å vente? <p>Hva mener du om rutine rundt henvisning i Norge? Trenger henvisning før man drar til gynekolog</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventetid?
Spørsmål	Organisering i hjemland 3.	<p>Mottatt tilsvarende påminnelsesbrev i hjemlandet ditt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vet du noe om anbefalingene om celleprøven i ditt hjemland? hvordan er det lagt opp (fastlege/gynekolog – tid/sted eller må man bestille time selv?) – annerledes enn i Norge? Refleksjoner rundt forskjellene
Spørsmål	Erfaringer rundt innvandring? 4.	<p>Har det vært noe ved den norske helsetjenesten som har vært vanskelig å forstå som innvandrere?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det vanskelig å få god helsehjelp i Norge? Hvordan? - Er du trygg på at du får god nok helsehjelp i Norge?
Spørsmål	Språk og kommunikasjon 5.	<p>Synes du det norske helsetjenesten er mer eller mindre tilgjengelig enn tjenesten i dus hjemland? På hvilke måter?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har du opplevd at det er vanskelig å bli forstått av lege i Norge? Hvorfor/hvorfor ikke? - Hva tenker du om helsehjelp i Norge og spesielt kommunikasjon med helsepersonell når det gjelder litt mer intime ting? Seksualitet, prevensjon, gynekologisk undersøkelse? - Bruker du fortsatt helsetjeneste i ditt hjemland?
Pause 5 min (lagre lydopptak)		

Spørsmål	Fysiske faktorer og organisering 6.	<p>Hva tenker du rundt det å ta en gynekologisk undersøkelse i Norge?</p> <p>- Annerledes enn å ta en gynekologisk undersøkelse i ditt hjemland? (Om ikke spurt tidligere)</p> <p>- Når tenker du at du må ta en gynekologisk undersøkelse? Når er det riktig? (<i>gyn.undersøkelser tas ved plager eller bør det også tas regelmessig som forebygging?</i>).</p> <p>Drar du til fastlegen når du har plager knyttet til underliv?</p> <p>- Hva er dine refleksjoner rundt din fastleges kjønn? - Foretrekker du å dra til fastlege eller gynekolog i Norge?</p>
Spørsmål	Deltakelse i intervju 7.	<p>Har du noen spørsmål angående noe av det vi har snakket om, eller er det noe du ønsker å fortelle før vi avslutter?</p> <p>Hvordan har det vært å delta i dette intervjuet?</p>
Avslutning	Takke for deltakelsen. Informere om hvordan kompensasjon utbetales.	

Vedlegg 5

Intervjuguide gruppeintervju intervju

Oppmøte	Underskrive samtykkeskjema, presentere meg og prosjektet	
Start- runde rundt bordet – presentere navn – hvor lenge har de bodd i Norge?		
Spørsmål	Påminnelsesbrevet. 1.	<p>Har dere mottatt påminnelsesbrevet fra Kreftregisteret, og når på året var dette?</p> <p>Kan dere si mer om hva deres tanker var da dere mottok påminnelsesbrevet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tolkning av brevets språk, struktur etc. - Refleksjoner på at dere selv må bestille time til å ta celleprøven? - Følelse av frivillighet? Eller sterk anbefaling, obligatorisk, tvang?
Spørsmål	Kunnskap om emnet/undersøkelsen. 2.	<p>Hva forbinder dere med å ta celleprøven?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Synes dere det er viktig å ta celleprøven? (hvorfor/hvorfor ikke). <p>Har dere noen tanker rundt hvorfor dere blir anbefalt å ta celleprøve?</p> <p>Ha med sitat om fordel og ulempe fra Kreftforeningens sider.</p> <p>Fordel: De som får kreft selv om de tar regelmessige prøver, har en lavere dødelighet av sykdommen fordi sykdommen blir oppdaget tidlig»</p> <p>Ulempe: Noen får kreft selv om de har deltatt i screeningprogrammet.</p> <p>Alle tilfeller av forstadier eller kreft fanges ikke opp, noe som kan gi kvinner en falsk trygghet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opplever dere at påminnelsesbrevet forklarer dette nok? <p>Hva tenker dere et positivt prøvesvar betyr?</p> <p>Hva forbinder dere med livmorhalskreft?</p> <p>Får man nok informasjon i ulike plattformer om hva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko for å få livmorhalskreft er - Forebygging av livmorhalskreft er - Hvordan får man livmorhalskreft?

		<p>Hva tenker dere om livmorhalskreft i forhold til andre kreftformer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mer eller mindre farlig? - Hvor har dere hørt dette fra? Venner, skole, medier etc?
Spørsmål	Organisering i hjemland 3.	<p>Mottatt tilsvarende påminnelsesbrev i hjemlandet ditt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vet dere noe om anbefalingene om celleprøven i deres hjemland? hvordan er det lagt opp (fastlege/gynekolog – tid/sted eller må man bestille time selv?) – annerledes enn i Norge? Refleksjoner rundt forskjellene
Spørsmål	Erfaringer rundt innvandring? 4.	<p>Har det vært noe ved den norske helsetjenesten som har vært vanskelig å forstå som innvandrere?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det vanskelig å få god helsehjelp i Norge? Hvordan? - Er dere trygg på at dere får god nok helsehjelp i Norge?
Spørsmål	Språk og kommunikasjon 5.	<p>Synes dere det norske helsetjenesten er mer eller mindre tilgjengelig enn tjenesten i deres hjemland? På hvilke måter?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har dere opplevd at det er vanskelig å bli forstått av lege i Norge? Hvorfor/hvorfor ikke? - Hva tenker dere om helsehjelp i Norge og spesielt kommunikasjon med helsepersonell når det gjelder litt mer intime ting? Seksualitet, prevensjon, gynekologisk undersøkelse? - Bruker dere fortsatt helsetjeneste i ditt hjemland?
Pause 5 min (lagre lydopptak)		
Spørsmål	Fysiske faktorer og organisering 6.	<p>Hva tenker dere rundt det å ta en gynekologisk undersøkelse i Norge?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annerledes enn å ta en gynekologisk undersøkelse i ditt hjemland? (Om ikke spurt tidligere) - Når tenker dere at dere må ta en gynekologisk undersøkelse? Når er det riktig? (<i>gyn.undersøkelser tas ved plager eller bør det også tas regelmessig som forebygging?</i>). <p>Drar dere til fastlegen når dere har plager knyttet til underliv?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hva er dine refleksjoner rundt din fastleges kjønn? - Foretrekker dere å dra til fastlege eller gynekolog i Norge?

Spørsmål	Deltakelse i intervju 7.	Har dere noen spørsmål angående noe av det vi har snakket om, eller er det noe dere ønsker å fortelle før vi avslutter? Hvordan har det vært å delta i dette intervjuet?
Avslutning	Takke for deltakelsen. Informere om hvordan kompensasjon utbetales.	