



Masteroppgave

Masterstudium i jordmorfag

Oktober 2020

Innvandrerkvinner og livmorhalskreft

En systematisk litteraturstudie med tematisk analyse av kvalitativ og kvantitativ metode

Kandidatnummer: 901 og 921

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 13 263

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

SAMMENDRAG

Tittel: Innvandrerkvinner og livmorhalskreft - en systematisk litteraturstudie med tematisk analyse av kvalitativ og kvantitativ metode.

Hensikt: Å få en større innsikt i hvilke barrierer som foreligger blant innvandrerkvinner i forebyggingen av livmorhalskreft og hvorfor de er mindre deltakende i livmorhalsprogrammet.

Problemstilling: «Hvilke barrierer påvirker innvandrerkvinnens deltakelse i livmorhalsprogrammet?»

Metode: En systematisk litteraturstudie hvor det ble innhentet både kvalitative og kvantitative studier fra 3 databaser gjennom en systematisk søkestrategi og analyseringsprosess. Et utvalg av 13 artikler ble inkludert etter grundig kvalitetsvurdering.

Resultat: Forskning viser at det foreligger en rekke barrierer som resulterer i at innvandrerkvinner ikke deltar i livmorhalscreening. Barrierene ble delt inn i 3 hovedtemaer: Sosioøkonomiske barrierer, sosiokulturelle barrierer og strukturelle barrierer. Identifiserte barrierer presenteres som undertemaene: Innvandrerkvinner, økonomiske forhold og utdanning, alder, familieliv, oppholdslengde, kultursensitivitet, stigmatisering, relasjon til fastlege, helsekunnskap, språkbarrierer, organisering av helsevesenet og tillit til helsevesenet.

Konklusjon: Det å være innvandrerkvinne er en av de største barrierene som foreligger for lav deltakelse i livmorhalsprogrammet. Antall innvandrere i Norge øker, og omtrent en tredjedel av den norske fødepopulasjonen er innvandrerkvinner. Det vil være samfunnsnyttig om jordmor får en større rolle i forebygging av livmorhalskreft. Samtidig vil det kunne bidra til en bedre effektivisering av det norske helsevesenet. For å unngå at barrierene blant innvandrerkvinner øker er det nødvendig å iverksette tiltak raskt, slik at barrierene ikke utvikler seg ytterligere.

Nøkkelord: Innvandrerkvinner, livmorhalskreft, livmorhalsprogrammet, celleprøve, jordmor

ABSTRACT

Title: Prevention of cervical cancer screening among immigrant women - a systematic literature study using thematic analysis of qualitative and quantitative studies.

Aim: To gain a greater insight of the barriers that exist among immigrant women in the prevention of cervical cancer and why they are less involved in the cervical cancer screening program.

Thesis question: “What barriers affect the immigrant women’s participation in the cervical cancer screening program?”

Method: A systematic literature study of both qualitative and quantitative studies were retrieved from 3 databases through a systematic search strategy. 13 articles were included after a thorough quality assessment. Thematic analysis was used to analyze the data.

Results: Results show that there are several barriers that prevents immigrant women, from participating in cervical screening. The barriers were divided into 3 main themes: Socio-economic barriers, socio-cultural barriers and structural barriers. The identified barriers were divided into sub-themes: Immigrant women, economic circumstances and education, age, family life, length of stay, cultural sensitivity, stigmatization, relation to GP, health knowledge, language barriers, organization of the healthcare system and trust in the healthcare system.

Conclusion: Being an immigrant woman is one of the biggest barriers that exist for the low participation in the cervical cancer program. The number of immigrants in Norway are increasing, and approximately one third of the Norwegian maternity population are immigrant women. It will be beneficial to the Norwegian society if midwives are given a greater role in the prevention of cervical cancer. At the same time, it could contribute to make the Norwegian health care system more efficient. To prevent the barriers among immigrant women from increasing, it is necessary to implement measures quickly so that the barriers do not develop further.

Keywords: Immigrant women, cervical cancer, cervical screening program, pap smear, midwife

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Valg av tema	5
1.2 Formål og problemstilling	5
2.0 Bakgrunn	6
3.0 Teoretisk rammeverk	8
3.1 Innvandrere i Norge	8
3.2 Livmorhalskreft	8
3.3 Livmorhalsprogrammet	9
3.4 Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter	10
3.5 Perspektiv på jordmors helsefremmende og forebyggende rolle	12
4.0 Metode	14
4.1 Valg av metode	14
4.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	15
4.3 Etske overveielser	16
4.4 Søkestrategi	16
4.5 Søkeprosess	17
4.6 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler	19
4.7 Tematisk analyse	21
5.0 Resultat.....	24
5.1 Sosioøkonomiske barrierer	27
5.1.1 Innvandrerkvinner	27
5.1.2 Økonomiske forhold og utdanning.....	28
5.1.3 Alder	29
5.1.4 Familieliv.....	29
5.1.5 Oppholdslengde	30
5.2 Sosiokulturelle barrierer	30
5.2.1 Kultur	30
5.2.2 Stigmatisering.....	30
5.2.3 Relasjon til fastlege.....	31
5.2.4 Helsekunnskap.....	32
5.2.5 Språkbarrierer	32
5.3 Strukturelle barrierer	33
5.3.1 Organisering av helsevesenet.....	33

5.3.2 Tillit til helsevesenet.....	33
6.0 Diskusjon	35
6.1 Oppsummering av resultater	35
6.2 Diskusjon av resultatene	35
6.3 Metodediskusjon	45
6.4 Implikasjon for praksis og videre forskning	46
7.0 Konklusjon	48
8.0 Referanseliste	49
9.0 Vedlegg	55
Vedlegg 1: Søkeord i søkeprosessen	55
Vedlegg 2: Kvalitetsvurdering.....	55
Vedlegg 3: Oversikt over artikler og temaer.....	68
Vedlegg 4: Studentenes samarbeid i oppgaveskrivingen	69

1.0 Innledning

1.1 Valg av tema

Motivasjon for valg av tema er at vi begge jobber ved gynekologisk kreftavdeling ved Radiumhospitalet. Her har vi jobbet med blant annet livmorhalskreft, og ser viktigheten av regelmessig screening som et tiltak for å unngå alvorlig sykdom. Livmorhalskreft kan forebygges ved bruk av prevensjon og celleprøver. God prevensjonsveiledning og bevissthet rundt livmorhalskreft til innvandrerkvinner og kvinner på generell basis er essensielt i forebyggingen av livmorhalskreft. Innvandrerkvinner screenes mindre for livmorhalskreft enn norskfødte kvinner. Etter å ha gjennomgått praksis i kommunehelsetjenesten har vi stilt oss spørsmålet om jordmødre bør få en større rolle i det forebyggende arbeidet av livmorhalskreft enn hva de har i dag, for å øke deltakelsen i livmorhalsprogrammet blant innvandrerkvinner.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å få større innsikt i hvilke barrierer som foreligger blant innvandrerkvinner i forebyggingen av livmorhalskreft, som resulterer i at 52% av innvandrere ikke er deltakende i livmorhalsprogrammet (Larsen et al., 2019, s. 16). Videre i oppgaven ønsker vi å diskutere hvordan og hvilke tiltak som kan bidra til å forebygge livmorhalskreft og om det er hensiktsmessig at jordmor er en større del av det forebyggende arbeidet. Vi vil hovedsakelig fokusere på det forebyggende arbeidet i form av celleprøvetaking samt viktigheten av god tilrettelagt informasjon og veiledning. For å svare på problemstillingen vil vi benytte en systematisk litteraturstudie med tematisk analyse av kvalitativ og kvantitativ metode.

Følgende problemstilling vil bli besvart:

«Hvilke barrierer påvirker innvandrerkvinnens deltakelse i livmorhalsprogrammet?»

2.0 Bakgrunn

I januar 2016 fikk jordmødre utvidet administrerings- og rekvireringsrett av prevensjonsmidler med blant annet spiral og p-stav til alle kvinner over 16 år.

Langtidsvirkende prevensjon (LARC) sørger for kontinuerlig bruk av prevensjon som igjen bidrar til mindre brukerfeil, sikkerhet mot uønsket graviditet, færre bivirkninger, beskytter mot svangerskap utenfor livmoren samt visse kreftformer. Dersom jordmor ved spiralinnsetting mistenker sykdomstilstand eller infeksjon hos kvinnen må jordmor henvise videre til fastlege (Helsedirektoratet, 2015, s. 4). Det foreligger en kontraindikasjon å sette inn spiral ved malignitet i livmor eller livmorhals (Johansen, 2016). Helsedirektoratet (2015) presiserer ikke at jordmor kan utføre celleprøvetaking, men jordmor har ved noen helsestasjoner i Oslo kommune mulighet til å ta celleprøve på etterkontroll postpartum (Helsedirektoratet, 2015). Vanlig praksis er å ta celleprøve i forbindelse med spiralinnsettelse dersom det er lenge siden kvinnen har tatt celleprøve. Spiral byttes ut hvert 3-5 år. Ved spiralinnsetting har jordmor en mulighet til å veilede og informere om viktigheten av livmorhalsprogrammet.

I tidligere praksisarbeid har vi fått innsikt i at helsestasjonene i Oslo kommune har ulik praksis i forebyggingen av livmorhalskreft. Det er bydelsoverlegene i den respektive bydelen som avgjør om jordmødre ved helsestasjon får lov til å gjennomføre celleprøvetaking eller ikke. Ut ifra egne praksiserfaringer frykter vi at det noen steder pågår en profesjonskamp da noen fastleger ikke vil ha ansvaret for å følge opp kvinnene dersom jordmor har tatt celleprøve og det er påvist celleforandringer. Fra 2010-2015 pågikk det et prosjekt i Oslo kommune som omhandlet familieplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort blant innvandrerkvinner (FAFUS) (Oslo universitetssykehus, 2016). FAFUS var et gratis poliklinisk tilbud som baserte seg på informasjon, veiledning og rådgivning av ulike prevensjonsmetoder som for eksempel spiral- og p-stavinnsettelse samt celleprøvetaking. Prosjektet oppdaget at mange innvandrerkvinner ikke hadde tatt celleprøve i tråd med livmorhalsprogrammet og at de på generell basis hadde liten kunnskap om livmorhalskreft. Flere kvinner ble henvist til operativ behandling etter celleprøvetaking hvor det ble påvist forstadier til livmorhalskreft (Oslo universitetssykehus, 2016).

Alle kvinner har rett til lik tilgang på tjenester og behandling innen seksuell og reproduktiv helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 9; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Etter en kartlegging blant medstudenter viser det seg at det foreligger ulik praksis på

helsestasjoner i flere bydeler i Oslo kommune. Dette viser at kvinner ikke har lik tilgang på tjenester og behandling etter hvilken bydel de bor i, til tross for at alle bor i samme kommune. I masteroppgaven har vi valgt å se på jordmorfaget i et større perspektiv, da jordmorfaget er mer enn bare svangerskap, fødsel og barsel. Det skal også være fokus på kvinners seksuelle og reproduktive helse samt rettigheter kvinner har fra puberteten til postmenopausen. Seksuell og reproduktiv helse er en del av et helsefremmende arbeid som skal bedre livskvalitet og vektlegge folkehelse. Målet med oppgaven er å undersøke hvilke barrierer som foreligger i screeningdeltakelse blant innvandrerkvinner samt hvilke tiltak jordmor kan bidra med for å øke deltakelsen blant innvandrerkvinner i livmorhalsprogrammet.

3.0 Teoretisk rammeverk

Dette kapittelet vil vise til en gjennomgang av eksisterende litteratur og forskningslitteratur som er relevant for dagens praksis. Vi vil også gi en beskrivelse av seksuell og reproduktiv helse og rettigheter samt det jordmorfaglige perspektivet på et forebyggende og helsefremmende plan.

3.1 Innvandrere i Norge

Statistisk sentralbyrå definerer en innvandrer som en person som er født i utlandet av to utenlandske foreldre og fire utenlandske besteforeldre. Norskfødte med innvandrerforeldre er en person som er født i Norge av to utenlandske foreldre med fire utenlandske besteforeldre (Statistisk sentralbyrå, 2020a). I Norge per 1. januar 2020 var det registrert 790 500 innvandrere i Norge. Antallet innvandrere i Norge tilsvarer 14,7 prosent av befolkningen. Ved inngangen til året 2020 var det registrert 25 400 flere innvandrere enn i 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2020b). Norskfødte med innvandrerbakgrunn var på samme tid 3,5 prosent. Av disse er det omtrent 450 000 kvinnelige innvandrere eller norskfødte innvandrere (Institutt for samfunnsforskning, 2020). De fem største innvandrergruppene og norskfødte innvandrere i Norge per 1. januar 2020 er fra Polen, Litauen, Somalia, Sverige og Pakistan (Statistisk sentralbyrå, 2020b). Årsaken til innvandring til Norge er blant annet arbeid, familie, flukt og utdanning. Helsedirektoratet (2020a) skriver i sin rapport at en økende andel av kvinnene som føder i Norge, ikke er født i Norge selv. Siden 2008 har andel fødsler av mødre som selv ikke er født i Norge økt med rundt 10%, fra en andel på 19.9% i 2008 til 30.2% i 2018 (Helsedirektoratet, 2020a).

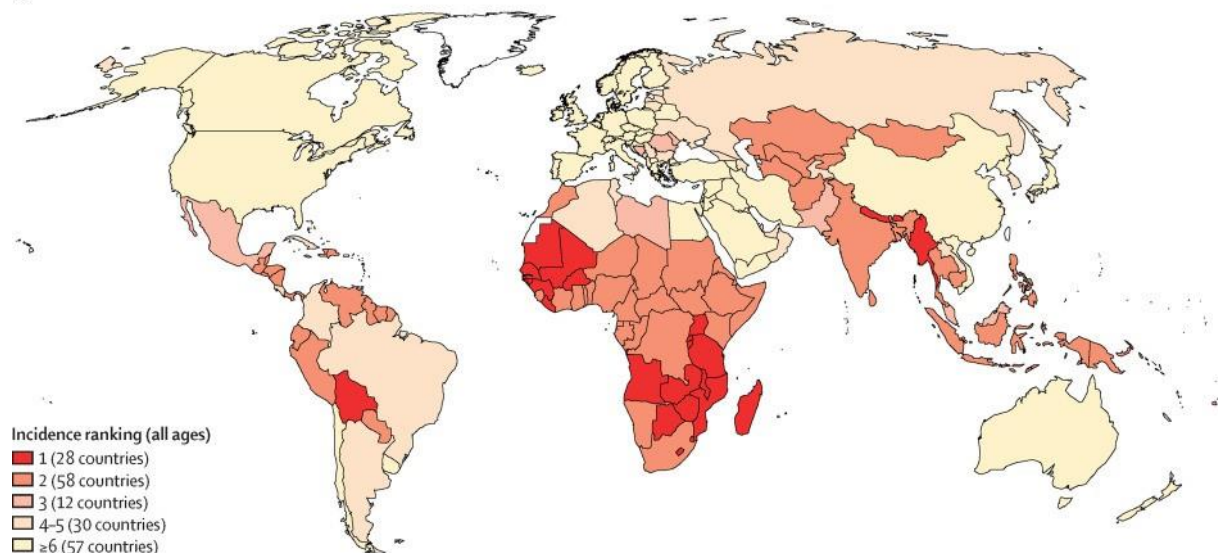
3.2 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft defineres som en ondartet svulst i livmorhalsen som utgår fra slimhinnen i endo- og/eller ektocervix, og skyldes primært smitte med Humant Papillomavirus (HPV) (Kreftregisteret, 2020c). HPV er blant de vanligste seksuelt overførbare infeksjonene, og de fleste som smittes vet ikke at de har hatt eller har en pågående infeksjon. HPV tilhører en gruppe virus som inkluderer mer enn 100 typer, hvorav 40 av disse virusstypene forekommer i slimhinnen i underlivet. De fleste virusformene er ufarlige og gir ingen symptomer. Likevel kan noen av HPV-typerne forårsake celleforandringer i livmorhalsen, hvorav noen av disse er kreftfremkallende (Kreftregisteret, u.å.-b). Celleforandringer dekker både utvikling av unormale celler og forstadier til kreft (Kreftregisteret, u.å.-a).

Livmorhalskreft opptrer hyppigst i 30- og 40-årsalderen, og er en av få kreftformer som kan forebygges med vaksine og celleprøvetaking dersom den oppdages tidlig (Helsedirektoratet, 2016). Symptomene varierer og avhenger av hvor langt sykdommen har kommet. Blødning fra skjeden etter samleie eller fysisk aktivitet, postmenopausal blødning samt smerter i underlivet og/eller korsryggen er noen av symptomene som kan forekomme. Risikofaktorer for livmorhalskreft kan være HPV-smitte, bruk av p-piller over lengre tid samt kvinner som har født mer enn tre barn og har fått barn før de var 17 år (Kreftregisteret, 2020c). På verdensbasis er livmorhalskreft den fjerde største kreftformen hos kvinner med en dødelighet på 311 000 i 2018 (Arbyn et al., 2019). I Norge er kreftformen blant den 9. dødeligste med 92 dødsfall i 2018 (Kreftregisteret, 2019a).

Figur 1: Verdenskart med forekomst av livmorhalskreft

A



Rangeringen av livmorhalskreft i hvert enkelt land når det kommer til antall tilfeller av livmorhalskreft i 2018. I 98 av 185 land (52%) som ble vurdert, var livmorhalskreft blant de tre hyppigste kreftformene blant kvinner i alle aldre (Arbyn et al., 2019).

3.3 Livmorhalsprogrammet

Livmorhalsprogrammet er et nasjonalt screeningprogram for livmorhalskreft i Norge, og ble innført i 1995 (Bjørge et al., 1995). Ifølge Larsen et al. (2019) innebærer screening systematiske undersøkelser utført på en gruppe mennesker i befolkningen uten sykdomssymptomer, med mål om å fjerne forstadier eller behandle kreft i et tidlig stadium (Larsen et al., 2019). Siden innføringen av livmorhalsprogrammet i Norge har antallet kvinner som får livmorhalskreft blitt redusert med 40%. I de senere årene har det vært en økning av

unge kvinner som både må behandles for grove celleforandringer og rammes av livmorhalskreft (Kreftforeningen, u.å.-a). Livmorhalsprogrammet har et mål om at 80% av kvinner i aldersgruppen 25-69 år skal ta celleprøve hvert 3. år (Kreftregisteret, 2019a). Kvinnene får et påminnelsesbrev på norsk hvert 3. år som oppfordrer til celleprøvetaking, hvor kvinnene selv må ta kontakt med helsevesenet for å få utført undersøkelsen. Det tar bare noen få minutter å gjennomføre prøven, og den kan tas hos fastlege, gynekolog og i noen tilfeller hos jordmor (Kreftforeningen, u.å.-a). Dersom celleprøven ikke blir registrert innen 1 år mottar kvinnene et nytt påminnelsesbrev. Internasjonale studier viser at kvinner som tar livmorhalsprøve regelmessig reduserer risikoen for å få livmorhalskreft med mer enn 80%. De som får kreft, til tross for at de tar regelmessige celleprøver, har lavere dødelighet av sykdommen fordi sykdommen blir oppdaget tidligere (Kreftforeningen, u.å.-a). Mer enn 80 % av nye tilfeller av livmorhalskreft oppstår i land uten et organisert screeningprogram (Kreftregisteret, 2020c). I 2018 så man en markant økning i celleprøvetaking blant kvinner etter #sjekkdeg-kampanjen hvor hele 89 000 flere kvinner tok celleprøve enn året før kampanjen startet (Kreftforeningen, u.å.-b). I september 2019 var celleprøvetakingen på 71% for fylte 55 år, og 67% for kvinner mellom 55-69 år (Kreftregisteret, 2019a).

3.4 Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter

Menneskerettigheter er universelle og umistelige, udelelige, avhengige og sammenhengende. Menneskerettighetene er universelle fordi alle er født med og har de samme rettighetene, uavhengig av hvor man bor, kjønn, rase, religiøse, kulturelle eller etnisk bakgrunn. De er umistelige fordi folks rettigheter aldri kan fjernes eller elimineres. De er udelelige og avhengige av hverandre fordi alle rettigheter - politiske, sivile, sosiale, kulturelle og økonomiske - er like viktige og ingen kan nytes fullt ut uten den andre. Oppfyllelsen av en rettighet avhenger ofte helt eller delvis av andres oppfyllelse. For eksempel kan oppfyllelse av retten til helse avhenge av oppfyllelsen av retten til utdanning eller informasjon (Miller, Kismödi, Cottingham & Gruskin, 2015).

International Conference on Population and Development 1994 (ICPD) var konferansen hvor man for første gang definerte seksuell helse og rettighetsaspektet rundt seksuell og reproduktiv helse (SRHR) (United Nations Population Fund, 2004). Seksuell og reproduktiv helse er en grunnleggende menneskerett. Menneskerettigheter som allerede eksisterer anvendes på seksualitet og seksuell helse, noe som til sammen utgjør seksuelle rettigheter. Reproduktiv helse omhandler helseaspektene tilknyttet kjærlighetsliv og seksualitet og her

finnes det store sosiale helseforskjeller. Reproduktiv helse innebærer også retten til helsetjenester slik at kvinner kan gå gjennom svangerskap og fødsler uten å ta skade av det (United Nations Population Fund, 2004). Reproduktiv helse omfatter også seksuell helse. Formålet med seksuell helse er å forbedre menneskers liv og personlige relasjoner. Kvinner har rett til å bestemme om og når de vil ha barn, og hvor mange barn de skal ha. For at dette skal være en realitet må lik tilgang til informasjon og helsetjenester ligge til rette for å sikre trygge svangerskap og fødsler samt familieplanlegging og prevensjonsmidler. Samtidig innebærer rettighetene et valg knyttet til reproduksjon som skal besluttes uten at man utsettes for diskriminering, tvang eller vold, og retten til god reproduktiv helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)

Den generelle retten til helse omfatter prinsipielt to ting: Det ene er tilgang til helsetjenester, som betyr at helsetjenestene skal være til stede, og på en slik måte at de som trenger dem skal kunne få dem. Det andre er retten til frihet fra underliggende forhold som skader helsen. Austveg (2006) beskriver presiseringen om retten til helse som svært anvendelig og relevant for svangerskapsomsorgen, der tilgjengelighet til helsetjenester er så sentralt samtidig som kvinners status spiller en så stor rolle (Austveg, 2006, s. 160). I artikkel 12 i FNs kvinnekonvensjon står det følgende: *«Konvensjonspartene skal treffe alle egnede tiltak for å avskaffe diskriminering av kvinner innenfor helsevesenet, slik at adgang til helsetjenester, herunder dem som gjelder familieplanlegging, blir sikret på grunnlag av likestilling mellom menn og kvinner»* (FN-sambandet, 2020; United Nations Population Fund, 2004).

FNs bærekraftsmål er en felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene i verden innen 2030. Disse målene er bygget på tidligere handlingsprogrammer fra ICPD (FN-sambandet, 2020; United Nations Population Fund, 2004). Bærekraftsmål nummer 5 dreier seg om å oppnå likestilling og styrke jenter og kvinners likestilling. Delmål nummer 5.6 omhandler reproduktiv helse og likestilling mellom kjønnene og sier følgende: *«Sikre allmenn tilgang til seksuell og reproduktiv helse samt reproduktive rettigheter, som avtalt i samsvar med handlingsprogrammet fra den internasjonale konferansen om befolkning og utvikling, handlingsplanen fra Beijing og beslutningsdokumentene fra deres respektive tilsynskonferanser»* (FN-sambandet, 2020; United Nations Population Fund, 2004). Delmål 5.6 er det bærekraftsmålet hvor det har vært minst fremgang sett i et globalt perspektiv. Sentralt i kontroversene står abort,

ungdomsseksualitet og seksuelle minoriteters rettigheter (Norske Kvinners Sanitetsforening, u.å.).

3.5 Perspektiv på jordmors helsefremmende og forebyggende rolle

Jordmødre har oppgaver innen mødre-, perinatal-, seksuell-, og reproduktiv helse, hvor en stor del av jordmordutøvelsen er det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Den jordmorfaglige innsatsen tar sikte på å styrke samt støtte og bistå kvinnen i hennes nåværende livssituasjon. Det er derfor essensielt at jordmor tilegner seg kunnskap om de individuelle fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og religiøse forholdene som påvirker kvinnens helse og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2010). Mæland (2016) beskriver at menneskers handlinger, vaner og levesett har stor innflytelse på helsen. Gode helsevaner er forbundet med høyere livskvalitet og bedre funksjonsevne på flere områder (Mæland, 2016, s. 109). Til tross for at folkehelsen avhenger mest av forhold utenfor helsesektoren, har helsetjenesten en særdeles sentral rolle i det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet. Eksempelvis er helsestasjoner et bindeledd mellom helse og befolkningen og har større muligheter for forebyggende innsats enn sykehusene (Mæland, 2016, s. 216). Med dette vil man kunne si at jordmor og helsestasjonsvirksomheten er en stor plattform for å bidra ytterligere i det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet blant kvinner.

Menneskets handlinger styres av både deres generelle verdier og av mer spesifikke holdninger og oppfatninger. Handlingsmønstrene påvirkes av arvelige og biologiske faktorer samtidig som ytre omstendigheter og sosiale og kulturelle normer har en stor innvirkning (Mæland, 2016, s. 109). Med bakgrunn i overnevnte er det viktig at jordmor tar seg god tid og setter seg inn i kvinnens livssituasjon og bakgrunn for å bedre kunne veilede og informere i positiv forstand. I påvirkningsarbeidet er det dermed essensielt for jordmor å praktisere helseopplysning ved å fremme kvinnens empowerment. World Health Organization (1998) definerer empowerment som «*en prosess som setter folk i stand til å økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse*» (World Health Organization, 1998, s. 6). Mæland (2016) beskriver viktigheten av empowerment for å tilegne seg kunnskap om ulike forhold samt påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen og samtidig kunne delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn både lokalt og globalt (Mæland, 2016, s. 79). Empowerment anses grunnleggende hos enkeltindivider både i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Individuelt helsefremmende og forebyggende arbeid kan bidra til å påvirke i den retning at en person får større innsikt og tar mer bevisste valg. Dette vil kunne resultere i styrket opplevelse

av kontroll og mestring. Kontroll og mestring anses som positive ressurser for helse og livskvalitet som kan bidra til å styrke individers helse (Mæland, 2016, s. 76).

Oppgaven anses å være relevant da vi ser at en stor andel innvandrerkvinner i Norge ikke screener seg for livmorhalskreft. Målet er å synliggjøre og fremme tiltak som kan redusere barrierene innvandrerkvinner opplever tilknyttet livmorhalsprogrammet. Vi ønsker at det forebyggende arbeidet bør forbedres for at dette ikke skal blir et økende helseproblem i Norge. Tall viser at antall innvandrere i Norge øker, og det blir derfor viktig å iverksette tiltak for å forhindre at helseproblemet øker ytterligere. En del av målsettingen med oppgaven er å undersøke hvordan jordmor kan bli en større del i det forebyggende arbeidet.

4.0 Metode

I dette kapittelet skal vi gjøre rede for valg av metode samt en beskrivelse av søkeprosessen. Metoden forteller oss hvordan vi skal jobbe for å finne ny kunnskap eller svare på en problemstilling. Metoden er redskapet vi benytter oss av når det er noe spesifikt vi ønsker å undersøke ved å samle inn data og nødvendig informasjon (Dalland, 2007, s. 83).

4.1 Valg av metode

Oppgaven baseres på en systematisk litteraturstudie med en tematisk analyse av både kvalitative og kvantitative studier. Videre vil oppgaven bygges på teori fra eksisterende bøker, forskningsartikler og annen faglitteratur. Målet er å sammenfatte allerede publisert forskning og litteratur innen temaet som er valgt (Dalland, 2007, s. 266). Dette bidrar til at leseren får tilgang til et bredt spekter av data som fremmer ulike synspunkter som fremkommer i oppgaven. Hensikten med oppgaven å få en oversikt over primær- og sekundærlitteratur og på denne måten belyse hvilke barrierer som ligger til grunn for manglende deltakelse i livmorhalsprogrammet blant innvandrerkvinner.

En systematisk litteraturstudie går ut på å finne litteraturen ved å søke systematisk, kritisk vurdere og sammenstille litteraturen som allerede eksisterer på det temaet som er valgt. Den systematiske litteraturstudien skal sette søkelys på forskning som er aktuell og som senere kan brukes i klinisk virksomhet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30). Først blir det laget en problemstilling man søker svar på, og dette ved hjelp av å søke etter, vurdere og analysere relevant litteratur på en systematisk måte (Aveyard, 2019, s. 2). Det fremkommer ingen krav til hvor mange artikler som må inkluderes i studien. Dette avgjøres av hvor mye forskning det finnes på emnet, samtidig som artiklene som inkluderes skal være relevant til forskningsspørsmålet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30).

Tabell 1: PICO-skjema

Problemstilling:	«Hvilke barrierer påvirker innvandrerkvinnens deltakelse i livmorhalscreening?»	
P: Pasient/problem	Hvilken type pasient eller populasjon dreier det seg om?	Innvandrerkvinner i screeningalder (25-69 år i Norge)
I: Intervensjon	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i?	Celleprøvetaking

C: Sammenligning	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak?	
O: Utfall	Hvilke endepunkter er du interessert i?	Jordmor tar screening, flere innvandrerkvinner deltar i screening

4.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Ifølge Dalland (2007) må vi gjøre oss opp en mening om hvilke data som bør ligge til grunn for å belyse problemstillingen vår. For å klargjøre behovet for data er det nødvendig å analysere hvilke spørsmål problemstillingen reiser (Dalland, 2007, s. 119). Med bakgrunn i dette bestemte vi oss for hva vi ønsket å inkludere og ekskludere i vårt søk for å finne artikler som var mest relevant for å belyse vår problemstilling. Aveyard (2019) påpeker at en detaljert liste over inklusjons- og eksklusjonskriterier vil hjelpe når vi starter litteratursøket, ettersom vi da har laget en strategi for å få direkte relatert litteratur til forskningsspørsmålet (Aveyard, 2019, s. 77). Når vi hadde identifisert hvilken litteratur vi hadde behov for, kunne vi finne ytterligere kriterier som ville hjelpe oss å avgrense søket ytterligere. For oversikt over inklusjon- og eksklusjonskriterier, se **tabell 2**.

For å unngå et for stort søketreff, valgte vi å inkludere innvandrerkvinner i screeningalder ettersom celleprøvetaking er vårt hovedfokus. Studier som er skrevet på nordisk og engelsk er inkludert, dog ble ikke dette avgrenset for i søkeprosessen. Vi besluttet å ekskludere studier fra lavinntektsland som ikke er sammenlignbare med Norge. I tillegg valgte vi å ekskludere studier som var skrevet før 2015 samt studier som omhandlet både bryst-, colon- og livmorhalskreft ettersom vi kun ønsket å fokusere på nyere forskning samt studier som belyste barrierer rettet spesifikt mot livmorhalskreft. Sistnevnte valgte vi å ekskludere senere i søkeprosessen da vi så at det var flere av studiene omhandlet nettopp dette, og søketreffet ble for omfattende å håndtere. Med bakgrunn i dette valgte vi kun å inkludere studier som omhandlet livmorhalskreft og livmorhalsscreening.

Tabell 2: Oversikt over inklusjon- og eksklusjonskriterier

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Innvandrerkvinner	Studier som omhandler HPV og HPV-vaksine
Innvandrerkvinner i screeningalder (25-69 år i Norge)	Studier som omhandler bryst-, colon-, og livmorhalskreft i samme studie ¹
Livmorhalskreft og livmorhalsscreening	Artikler som er av dårlig kvalitet
Studier som er peer-reviewed	Forskning før 2015 ²
Forskning fra 2015-2020 ³	Lavinntektsland
Høyinntektsland	Studier som ikke er skrevet på nordisk eller engelsk språk
Studier som er skrevet på nordisk språk eller engelsk	

4.3 Etiske overveielser

Inkluderte studier i oppgaven er godkjent av etisk komité i de respektive landene der dette har vært aktuelt. Alle studiene er fagfelleverderte artikler som er publisert i godkjente og anerkjente tidsskrifter og databaser. Dette bidrar til å kvalitetssikre arbeidet som har blitt utført. Fagfelleverderte artikler er kvalitetssikret av andre eksperter på fagfeltet eller metoden, noe som utgjør en bredere kvalitetssikring av publiserte artikler (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 197).

Anvendte forskningsartikler er på engelsk ettersom vi ikke har funnet relevante artikler på nordisk språk. Mesteparten av litteraturen i arbeidet er derfor av engelskspråklig opprinnelse. Oversettelsesprogrammet "Google Translate" har blitt benyttet som en hjelp for å forstå essensen i litteraturen, men vi er innforstått med at oversettelsesprogrammet ikke er egnet for tekster som inneholder fagspråk. Der det har latt seg gjøre er primærlitteratur benyttet for å forhindre mistolkninger og endringer i kilden, noe som kan forekomme ved bruk av sekundærkilder.

4.4 Søkestrategi

I det systematiske litteratursøket har vi benyttet oss av boolske operatører. De vanligste boolske operatører er OR og AND. Ifølge Aveyard (2019) bidrar OR til å utvide søket ved å gi treff på artikkelreferanser som inneholder enten det ene, det andre eller begge søkeordene (Aveyard, 2019, s. 85). Eksempel: Neoplasms OR tumor. Derimot benyttes AND for å avgrense søket ettersom begge søkeordene må være med i artikkelreferansen. Eksempel:

¹ Eksklusjonskriteriet ble valgt senere i søkeprosessen

² Eksklusjonskriteriet ble valgt senere i søkeprosessen

³ Eksklusjonskriteriet ble valgt senere i søkeprosessen

Emigrants AND immigrants. Vi har også benyttet oss av trunkering i samarbeid med bibliotekar ved OsloMet. Å trunkere betyr å søke på stammen av et ord for å få flere entalls- eller flertallsendelser og ulike varianter av ordet (Nortvedt et al., 2012, s. 56). Dette kan være hensiktsmessig for å få et større søketreff som inneholder ordet man vil søke på, dersom det staves på ulike måter. Eksempel: Neoplasm* OR tumor* OR tumour*. For fullstendig oversikt over søkeord, søkestrategi og trunkering se **tabell 3** og **vedlegg 1**. I *Medline (helsebiblioteket/OVID)*, *Embase* og *Cinahl* har søkene blitt permanent lagret ved at det har blitt opprettet brukere i databasene. Dette har gjort at vi lett kan finne tilbake til søket. Søkene i alle databasene har blitt satt på AutoAlert som gjør at vi har fått beskjed hver mandag om det har tilkommet nye artikler på vårt treff.

4.5 Søkeprosess

Før vi begynte søkeprosessen benyttet vi oss av PICO-skjema (se **tabell 1**). Dette bidrar til å dele opp problemstillingen slik at den ble strukturert på en hensiktsmessig måte før vi startet med litteratursøk (Aveyard, 2019, s. 33; Nortvedt et al., 2012, s. 33). Søkeprosessen ble påbegynt 08.05.2020, og det ble gjennomført et avsluttende og oppdatert søk 06.10.2020. Vi tok kontakt med universitetsbiblioteket ved OsloMet for hjelp til strukturering av søkeprosessen. I samarbeid med bibliotekar 11.05.2020 fikk vi finjustert søket vårt for å oppnå et tilfredsstillende søk med en akseptabel treffliste. På forhånd hadde vi utarbeidet problemstilling, tekstord, MeSh-terminologi og et prøvesøk for best mulig utnyttelse av veiledningen med bibliotekar. Databaser som har blitt benyttet i litteratursøket er *Medline (via Helsebiblioteket/OVID)*, *Embase* og *Cinahl*. Databasene anses for å være relevante for å finne medisinske og helsefaglige studier (Nortvedt et al., 2012, s. 52).

Når relevante søkeord og søkestrategi var på plass startet arbeidet med å finne aktuelle artikler for å besvare oppgavens problemstilling. Vi har foretatt individuelle søk i nevnte databaser og huket av for aktuelle artikler med bakgrunn i både problemstilling og inklusjon- og eksklusjonskriterier i tittel og abstrakt. For fullstendig oversikt over inklusjon- og eksklusjonskriterier se **tabell 2**. Deretter sammenlignet vi utvalgene for å se antall like artikler vi hadde valgt etter det individuelle søket. Aktuelle artikler basert på tittel og abstrakt ga oss totalt 509 av 1257 artikler fra de ulike databasene. Med bakgrunn i den høye oppslutningen av artikler og oppgavens omfang, besluttet vi å tilføye ytterligere eksklusjonskriterier for å sitte igjen med et håndterbart antall artikler å lese i fulltekst. Ytterligere avgrensninger ble derfor å kun se på studier fra 2015-2020 samt ekskludering av artikler som omhandlet HPV og HPV-vaksine og bryst-, colon-, og livmorhalskreft. Beslutningen om ytterligere begrensninger ble

diskutert med veiledere. Etter nye eksklusjonskriterier ble det utført et nytt individuelt søk som ga oss en mer håndterlig treffmengde på 525 ved første søk og 542 artikler etter det avsluttende og oppdaterte søket. Etter gjennomgang av tittel og abstrakt og felles diskusjon ble det besluttet å lese 52 artikler. Totalt ble 39 av 52 artikler ekskludert, da disse ble vurdert til å ikke komme med nok relevant materiale eller at de ikke var av god nok kvalitet for å besvare oppgavens problemstilling. Til slutt endte vi opp med å inkludere 13 artikler med både kvantitativ og kvalitativ metode. For oversikt over seleksjon og eksklusjon se **figur 2**. Det avsluttende og oppdaterte søket som ble gjennomført 06.10.2020 ga oss ingen nye aktuelle artikler.

Tabell 3: Oversiktstabell med søkeord i Medline (helsebiblioteket/OVID), Embase og Cinahl

Medline (helsebiblioteket/OVID)	Embase	Cinahl
1. Uterine Cervical Neoplasms/ (74266) 2. ((neoplasm* or tumor* or tumour* or cancer*) adj3 (cervix or cervical)).mp. (96203) 3. 1 OR 2 (96203) 4. «emigrants and immigrants»/ or undocumented immigrants/ (12195) 5. «Emigration and Immigration»/ (25105) 6. emigra*.mp. (42138) 7. immigra*.mp. (53657) 8. foreigner*.mp. (1796) 9. 4 OR 5 OR 6 OR 6 OR 7 OR 8 (60122) 10. 3 AND 9 (477) 11. papanicolaou test/ OR vaginal smears/ (22866) 12. «Early Detection of Cancer»/ (24703) 13. (smear* or test* or detect* or screen* or regist*).mp. (6554782) 14. 11 OR 12 OR 13 (6554782) 15. 10 AND 14 (402) 16. 15 AND 2015:2020.(sa_year). (176)	1. Uterine Cervical Neoplasms/ (8198) 2. ((neoplasm* or tumor* or tumour* or cancer*) adj3 (cervix or cervical)).mp. (102371) 3. 1 OR 2 (102371) 4. «emigrants and immigrants»/ or undocumented immigrants/ (5698) 5. «Emigration and Immigration»/ (31490) 6. emigra*.mp. (8750) 7. immigra*.mp. (42624) 8. foreigner*.mp. (2073) 9. 4 OR 5 OR 6 OR 6 OR 7 OR 8 (78335) 10. 3 AND 9 (659) 11. papanicolaou test/ OR vaginal smears/ (24816) 12. «Early Detection of Cancer»/ (4577) 13. (smear* or test* or detect* or screen* or regist*).mp. (8185492) 14. 11 OR 12 OR 13 (8186192) 15. 10 AND 14 (545) 16. 15 AND 2015:2020.(sa_year). (247)	1. (MH «Cervix Neoplasms+» (16 473) 2. TI (((neoplasm* OR tumor* OR tumour* OR cervical) OR AB (((neoplasm* OR tumor* OR tumour* OR cancer*) N2 (cervix OR cervical)) (14 383) 3. 1 OR 2 (21 104) 4. (MH «Emigration and Immigration») OR (MH «immigrants, Illegal») (7739) 5. «Emigra*» (7629) 6. «Immigra* OG (MH «immigrants») (28 175) 7. «Foreigner» (270) 8. 4 OR 5 OR 6 OR 7 (28 884) 9. 3 AND 6 (365) 10. (MH «Cervical Smears+» OR «Papanicolaou test» (6809) 11. (MH «Early Detection of Cancer») (8820) 12. TI ((smear* OR test* OR detect* OR screen* OR mass* OR regist*)) OR AB ((smear* OR test* OR detect* OR screen* OR

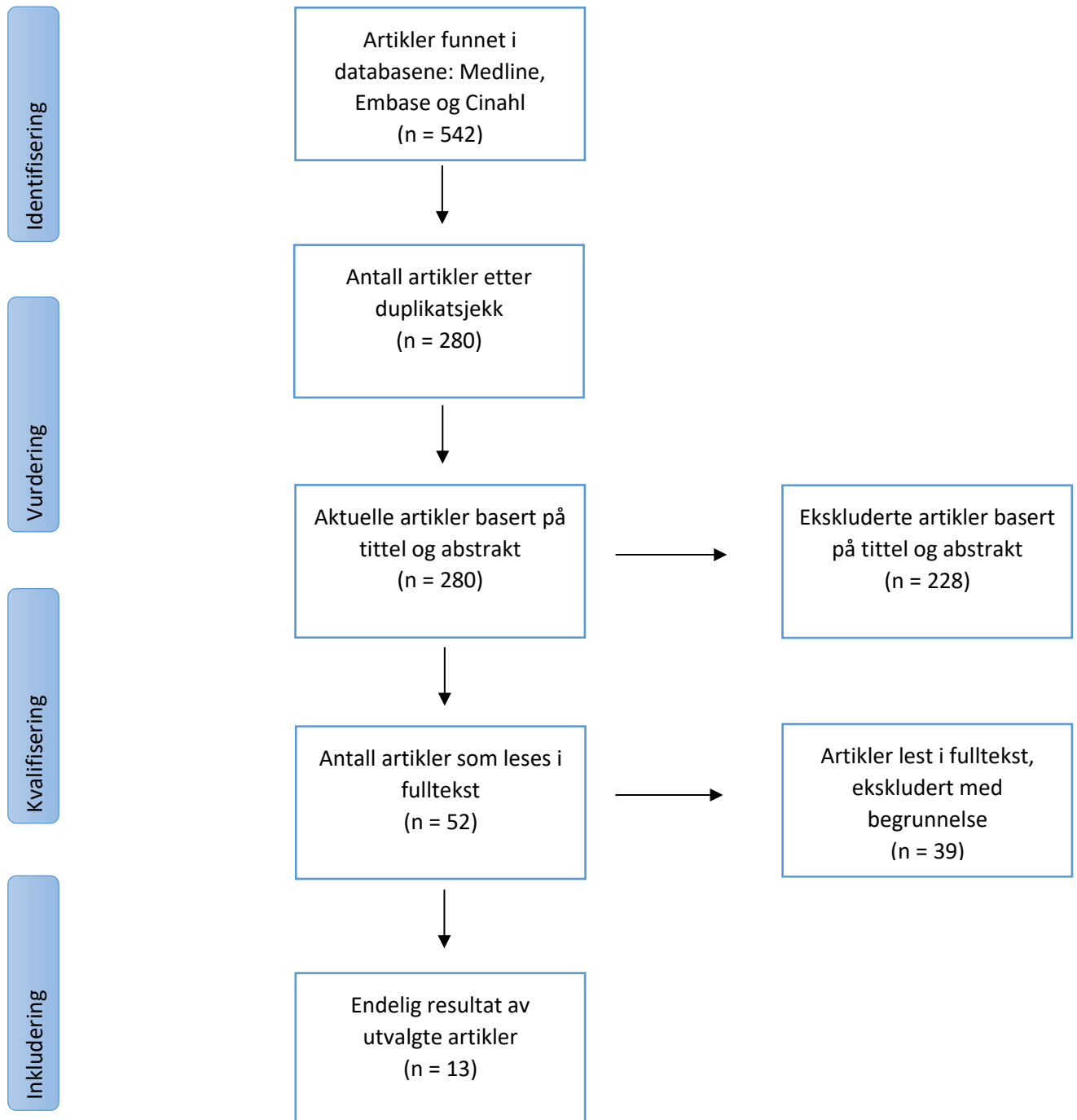
		mass* OR regist)) (1 155 801) 13. 10 OR 11 OR 13 (1 158 990) 14. 9 AND 13 (310) 15. 9 AND 13 + Limiters – Published Date: 20150101- 20201231 (119)
--	--	---

4.6 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler

Studiene som er inkludert i oppgaven er nøye gjennomgått, og har blitt vurdert til å være relevante for å besvare oppgavens problemstilling. Dalland (2007) beskriver at vi ikke kan belyse problemstillingen godt nok uten tilstrekkelige holdepunkter i dataene. I tillegg til at datamaterialet må være fyldig, bør det også være gyldig eller så relevant som mulig (Dalland, 2007, s. 119). I vurderingen om de 13 inkluderte studiene var gode og relevante så ble studiene grundig lest gjennom flere ganger, både sammen og selvstendig. Selv om studier er publisert i anerkjente tidsskrifter, er det likevel viktig å vurdere studiens gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet (Nortvedt et al., 2012, s. 68). Vi har stilt oss to overordnede spørsmål som første ledd i den kritiske vurdering: «*Har artikkelen en klar formulert problemstilling?*» og «*er designet velegnet for å svare på problemstillingen?*». Allerede her var det flere artikler som ble vurdert som ikke aktuelle da det ikke kom klart frem hva problemstillingen var. Videre stilte vi oss disse spørsmålene: «*Kan du stole på resultatene?*», «*hva er resultatene?*» og «*kan resultatene brukes i min praksis?*». Som et hjelpemiddel for å utføre den kritiske vurderingen har vi benyttet oss av sjekklister via Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklister er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler, og har hjulpet oss å vurdere om artiklene er av god eller dårlig kvalitet (Nortvedt et al., 2012, s. 69). I arbeidet med å fylle ut sjekklister har vi fått hjelp av bibliotekar ved OsloMet for å være sikre på at vi benyttet riktig sjekkliste ettersom de inkluderte artiklene er basert på ulike typer studiedesign og metode. Vi har i tillegg foretatt et siteringssøk av artiklene via Google Scholar etter anbefaling fra bibliotekar ved OsloMet. Siteringssøket ga oss et innblikk i hvor ofte artiklene har blitt sitert av andre. Når vi satt igjen med det totale antallet artikler, så vi at majoriteten av artiklene var fra nordiske land. Dette har ikke vært vår intensjon, men resultatet av det systematiske litteratursøket med inklusjon- og eksklusjonskriterier samt kvalitetsvurdering utgjorde at det var disse 13 artiklene som var mest aktuelle for å besvare vår problemstilling. For kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene, se **vedlegg 2**.



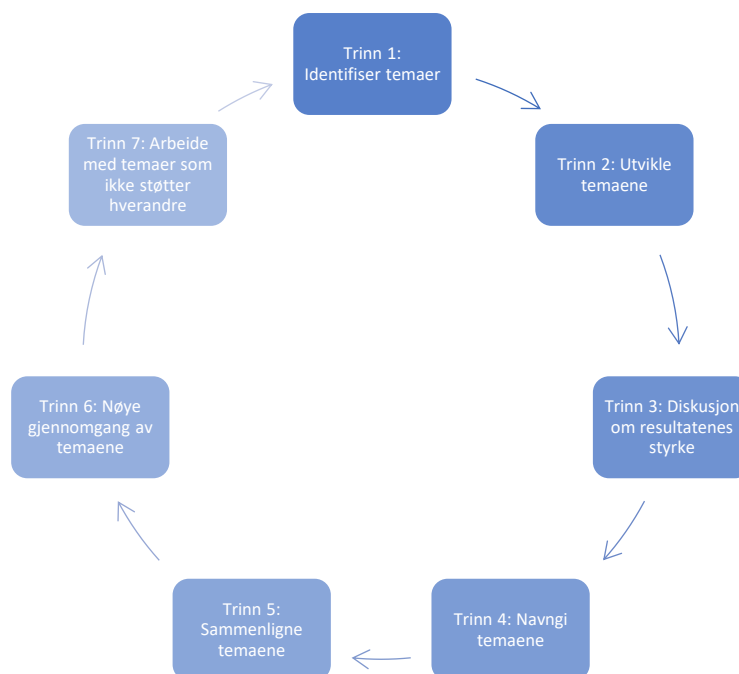
Figur 2: PRISMA 2009 Flow Diagram



4.7 Tematisk analyse

Analysearbeid tar sikte på at det innhentede materialet fra det systematiske litteratursøket skal tolkes og analyseres. I arbeidet med den tematiske analysen har vi benyttet oss av Helen Aveyard (2019). Dette ble gjort for å lettere kunne beskrive hvordan vi har gått frem for å utføre den tematiske analysen. Tematisk analyse beskrives som en sammenligning av ideer eller temaer som er fremstilt i studiene ved å kategorisere felles temaer, nøkkelord, metaforer og ideer som er felles for inkluderte studier. Målet er å sammenfatte ulike studier og informasjon, for så å kunne identifisere nye meninger ved å se på studiene i sin helhet fremfor å fokusere kun på enkeltstudier (Aveyard, 2019, s. 138). Oppgaven består av både kvalitative og kvantitative studier. Ifølge Aveyard (2019) er dette en blandingsmetode som man har sett mer til de siste årene. En blandet metodetilnærming blir til ved å kombinere ulike metoder for å adressere et forskningsspørsmål. Videre beskrives det at blandingsmetoden kan bidra til å utforske et forskningsspørsmål fra forskjellige perspektiver og at man kan få økt forståelse, dybde og innsikt ved å kombinere flere typer metoder og se dem i lys av hverandre (Aveyard, 2019, s. 64).

Figur 3: Trinmodell for tematisk analyse av Helen Aveyard (2019)



Aveyard (2019) beskriver syv ulike trinn som skal utføres for å gjennomføre en tematisk analyse. Det første trinnet i prosessen er å identifisere temaer fra studienes resultatdel. Arbeidet med å identifisere temaene ble utført individuelt, hvor vi leste grundig gjennom de inkluderte studiene gjentatte ganger hver for oss. Dette ble gjort å få en ytterligere oversikt over valgte studier og hva deres resultater belyser. Dette har bidratt til å se nye funn og vinklinger, samtidig som det ble lettere for oss å identifisere temaer som første ledd i arbeidet med den tematiske analysen. Videre beskrives det at man enten kan velge å benytte temaer som allerede står i studienes resultatdel eller at man produserer egne temaer. Vi besluttet å sammenligne temaene i de inkluderte studiene og tok utgangspunkt i temaene som allerede var belyst i studienes resultatdel. Videre sammenfattet vi disse ved å egenprodusere temaer med bakgrunn i allerede eksisterende temaer. Målet er at temaene skal bidra til en oppsummering av resultatene i de inkluderte studiene i tillegg til å gjenspeile oppgavens problemstilling. Det er vanlig å se at flere av temaene passer sammen og glir i hverandre, og det er ikke uvanlig at temaene kan være gjentagende i de inkluderte studiene. For å få en bedre oversikt valgte vi å benytte oss av Aveyard (2019) sin anbefaling om å bruke markeringstusj, i tillegg til at alle identifiserte temaer ble satt inn i et Word-dokument (Aveyard, 2019, s. 141).

I analysens andre trinn ble temaene sammenslått fra alle de inkluderte studiene. Vi valgte å lage en tabell med oversikt over studier og temaer (se **vedlegg 3**). Det tredje trinnet i prosessen er å diskutere styrken i resultatene. Dette arbeidet ble utført i søkeprosessen ved hjelp av sjekklister (Helsebiblioteket, 2016). Det fjerde trinnet er å navngi temaene. Vi har underveis i dette trinnet navngitt temaene som har vært midlertidig, men som har blitt permanente senere i prosessen (Aveyard, 2019, s. 143). Det femte trinnet er å sammenligne temaene. Etter å ha snakket sammen om våre individuelle tematiske funn, endte vår første gruppering av funn med 20 temaer. Aveyard (2019) beskriver følgende spørsmål i denne prosessen: «*Har vi kommet frem til de mest passende navnene på temaene?*» og «*passer de individuelle temaene inn i et annet tema?*». Med bakgrunn i dette har våre temaer senere blitt omgruppert i nye temaer eller slått sammen med andre temaer der dette har vært mulig (Aveyard, 2019, s. 144).

Analysens sjette trinn sørger for en nøye gjennomgang av temaene. Etter omgrupperinger og flere gjennomganger endte vi til slutt opp med å utvikle 3 overordnede hovedtemaer: Sosioøkonomiske barrierer, sosiokulturelle barrierer og strukturelle barrierer. Under nevnte

hovedtemaer foreligger det 12 undertemaer som redegjør for hovedtemaene. Det å benytte seg av både hoved- og undertemaer er ikke spesifisert i Aveyard (2019). Vi har tolket hennes beskrivelser av tematisk analyse som at dette er fullt mulig, ettersom dette er vår egenproduserte tematisk analyse av innhentede studier (Aveyard, 2019, s. 146). Vi er av den oppfatningen at våre hovedtemaer alene ikke ville gitt leseren svar, men at det er først når man ser hovedtemaene i sammenheng med undertemaene forstår hvorfor denne beslutningen har blitt tatt. Undertemaene er utviklet for å vise en bredere forståelse og kunne vise til sammenhengen av arbeidet og studiene som er inkludert, og samtidig bidra til en mer oversiktlig leseprosess. Navn på både hoved- og undertemaer har blitt endret flere ganger og nøye gjennomgått. Funn vi tidligere ikke anså som relevante viste seg senere å være det. I analysearbeidet har det vært til å stor hjelp å ha de inkluderte studiene tilgjengelig for lesing og gransking.

Aveyard (2019) beskriver i det syvende og siste trinnet at man kan oppleve at temaene ikke støtter hverandre (Aveyard, 2019, s. 145). Dette er dog noe vi ikke er av oppfatningen av at er gjeldende for våre inkluderte studier, ettersom vi har kategorisert temaene i hoved- og undertemaer for at de hele tiden skal kunne støttes opp mot hverandre. I 7-trinnsfiguren har vi ikke tatt med de to siste trinnene: Det å være kritisk til resultater som virker *for bra til å være sant* og *det å være kreativ når man lager temaer, men at de og skal samsvare med det som kommer frem i studiene* (Aveyard, 2019, s. 146). Dette er trinn som vi har hatt i bakhodet underveis gjennom hele analyseprosessen.

5.0 Resultat

Vi har inkludert 13 artikler i denne systematiske litteraturstudien. Kvinnene i de inkluderte studiene kommer fra Norden, Europa, Amerika, Asia, Oseania, Afrika og Sub-Sahara. I dette kapittelet vil resultatet fra den tematiske analyseprosessen blir presentert. Kapittelet vil først presentere en kort oppsummering av alle inkluderte studier (**tabell 4**). Her vil de inkluderte studiene redegjøres for etter innhold, design, resultater og kvalitet. Videre vises det til en oversiktstabell over besluttede hoved- og undertemaer etter analyseprosessen (**tabell 5**). Til slutt vil leseren få en oversikt over resultatene som kom frem i arbeidet med den tematiske analysen.

Tabell 4: Oversikt over inkluderte artikler

Forfatter, år, tittel og land	Metode	Resultater	Kvalitet
Artikkel 1: Maarit K. Leinonen, Suzanne Campbell, Giske Ursin, Ameli Tropé & Mari Nygård (2017), Norge <i>“Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a register-based study of 1.4 million women in Norway”.</i>	Registerbasert studie med 1.4 millioner kvinner i Norge fra 2008-2012.	52% av innvandrerkvinnene var ikke testet. Alle innvandrerkvinner var 1.72 mer sannsynlig for ikke-deltakelse. Forskjell i deltakelsen ut ifra opprinnelsesregion og land. Arbeidsledighet, ugift, lav inntekt og mannlig fastlege var forbundet med manglende overholdelse av screening	God
Artikkel 2: Maarit K. Leinonen, Suzanne Campbell, Ole Klungsøyr, Stefan Lönnberg, Bo T. Hansen & Mari Nygård (2017), Norge <i>“Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: A retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway”.</i>	Retrospektiv registerbasert studie med 1.3 millioner kvinner i Norge fra 2008-2012.	Å være innvandrer er en sterk faktor for manglende screeningdeltakelse, men majoriteten av ikke-deltakende var etnisk norske. Yngre, mannlig og utenlandsk fastlege, avstand til screening, ugift, barneløs, lav sosioøkonomisk stilling og bosted var assosiert med høyere ikke-deltakelse.	God
Artikkel 3: Kathy Ainul Møen, Bernadette Kumar, Samera Quershi & Esperanza Diaz (2017), Norge <i>“Differences in cervical cancer screening between immigrants and</i>	Registerbasert studie blant etnisk norske og innvandrerkvinner i Norge i 2008.	Innvandrerkvinnene hadde lavere deltakelse i screeningprogrammet sammenlignet med kvinner født i Norge. Ung alder, høyere inntekt, bosatt utenfor byområde og kvinnelig fastlege var assosiert med økt	God

<i>nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study</i> ".		deltakelse. Oppholdstid i Norge og registrert med etnisk norsk fastlege ble forbundet med screeningdeltakelse blant noen innvandrergrupper.	
Artikkel 4: Abdi A. Gele, Samera A. Quereshi, Prabhjot Kour, Bernadette Kumar & Esperanza Diaz (2017), Norge <i>"Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study"</i> .	Kvalitativ studie for å få større innsikt i barrierer og utfordringer for screening blant somaliske og pakistanske kvinner i Oslo.	Tre nivåer identifisert. Nivå 1: Individuelle barrierer med manglende forståelse av hensikt og fordelene ved screening. Nivå 2: Sosiokulturelle barrierer som omfatter stigma tilknyttet livmorhalskreft og troen på at alle ugifte kvinner er seksuelt inaktiv. Nivå 3: Systemrelaterte barrierer med manglende tillit til helsevesenet.	God
Artikkel 5: Kathy Ainul Møen, Laura Terragni, Bernadette Kumar & Esperanza Diaz (2018), Norge <i>"Cervical cancer screening among immigrant women in Norway: The healthcare providers perspectives"</i> .	Kvalitativ studie med fastleger, jordmødre og gynekologer i Oslo, Norge.	Vanskelig å gjennomføre screening blant alle kvinner uavhengig av bakgrunn. Aspekter spesifikt rettet mot innvandrerkvinner var hovedsakelig relatert til organisering, språkbarrierer, helsekunnskap, kultur og kjønn.	God
Artikkel 6: Rasmus Hertzum-Larsen, Susanne K. Kjær, Kirsten Frederiksen, Louise T. Thomsen (2019), Danmark <i>"Participation in cervical cancer screening among immigrant and Danish-Born women in Denmark"</i> .	Nasjonalt registert basert kohortstudie fra 2008-2009 som undersøkte deltakelsen i livmorhalsscreening blant innvandrere i Danmark etter opprinnelsesland og region.	Innvandrerkvinner hadde lavere deltakelse enn danske kvinner. Deltakelsen varierte etter opprinnelsesland. Faktorer for lavere deltakelse var inntekt, arbeidsledighet, ugift, forhistorie med psykisk sykdom og oppholdstid i Danmark ≤ 5 år.	God
Artikkel 7: Fatima Azerkan, Catarina Widmark, Pär Sparén, Elisabete Weiderpass, Per Tillgren & Elizabeth Faxelid (2015), Sverige <i>"When life got in the way: How Danish and Norwegian"</i>	Kvalitativ studie med 8 fokusgruppeintervjuer med danske og norske innvandrere i alderen 26-66 år bosatt i Stockholm.	Kvinnene anså ikke seg selv som ikke-deltakende i screeningprogrammet. Konkurrerende behov, organisatoriske og strukturelle faktorer, forskjell i mentalitet og psykisk helse var årsaker til kvinnenes manglende deltakelse.	God

<i>immigrant women in Sweden reason about cervical screening and why they postpone attendance”.</i>			
Artikkel 8: Gudrun Broberg, Jiangrong Wang, Anna-Lena Östberg, Annsophie Adolfsson, Szilard Nemes, Pär Sparén & Björn Strander (2018), Sverige <i>“Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical screening program: A population-based case-control study”.</i>	Populasjonsbasert kasus-kontrollstudie med kvinner i screeningalder.	Lav disponibel familieinntekt, lav utdanning og ikke-samboende kvinner i tillegg til arbeidsledighet og motta velferdspenger var mer sannsynlig for å ikke delta i screeningprogrammet. Å være innvandrerkvinner var en risikofaktor for ikke-deltakelse i den ujusterte analysen, men dette uteble i enkelte store grupper etter justering for sosioøkonomiske faktorer.	God
Artikkel 9: Aynur Uysal Toraman & Nilufer Yildirim (2018), USA <i>“Knowledge about cervical cancer risk factors and practices of pap testing among Turkish immigrant women in the United States”.</i>	Deskriptiv studie med spørreskjemaundersøkelse fra 2012 blant tyrkiske kvinner bosatt i Florida.	66 % av kvinnene hadde tatt minst én celleprøve. Flertallet visste om symptomer og risikofaktorer for livmorhalskreft. Faktorer som påvirker screeningdeltakelsen, var alder og antall barn.	God
Artikkel 10: Jin Young Seo, Junxin Li & Kun Li (2018), USA <i>“Cervical cancer screening experiences among Chinese American immigrant women in the United States”.</i>	Kvalitativ studie med 12 kinesiske innvandrerkvinner i alderen 20-65 år i USA.	Fire hovedtemaer ble identifisert: troen på en sunn livsstil, opprettholde personvern for kvinnelig helseproblemer, frykt for å miste kontroll samt føle seg sårbar i et ukjent helsevesen.	God
Artikkel 11: Tahira Yeasmeen, Margaret Kelaher, Julia M. L Brotherton & Michael J. Malloy (2019), Australia <i>“Understand the participation in cervical screening of muslim women in Victoria, Australia from record-linkage data”.</i>	Registerbasert kohortstudie med data fra sykehusjournaler januar 2000-desember 2013.	Kvinner født i muslimske land og andre ikke-muslimske land hadde økt sannsynlighet for å være ikke-deltakende i screeningprogrammet sammenlignet med kvinner som var født i Australia.	God

<p>Artikkel 12: Esther E. Idehen, Tellervo Korhonen, Anu Castaneda, Teppo Juntunen, Mari Kangasniemi, Anna-Maija Pietila & Päivikki Koponen (2017), Finland</p> <p><i>“Factors associated with cervical cancer screening participation among immigrants of Russian, Somali and Kurdish origin: a population-based study in Finland”.</i></p>	<p>Populasjonsstudie fra 2010-2012 hvor 3 innvandrergupper ble identifisert: Somaliere, Russere og Kurdere.</p>	<p>Faktorer for deltakelse i screeningprogrammet var minst én GU de siste fem årene. Andre faktorer var høyere utdanning, i arbeid, ha født barn samt lese- og skriveferdigheter på finsk eller svensk.</p>	<p>God</p>
<p>Artikkel 13: Esther E. Idehen, Päivikki Koponen, Tommi Härkänen, Mari Kangasniemi, Anna-Maija Pietilä & Tellervo Korhonen (2018), Finland</p> <p><i>“Disparities in cervical screening participation: a comparison of Russian, Somali and Kurdish immigrants with the general Finnish population”.</i></p>	<p>Populasjonsstudie fra 2010-2012</p>	<p>Alder-justert screeningdeltakelse var følgende: Russiske (79%), Somaliske (41%) og Kurdiske (64%) sammenlignet med 94% blant finske kvinner. Videre justering for sosiodemografiske og helserelevante variabler viste alle innvandrergupper seg signifikant lavere sannsynlighet for screeningdeltakelse sammenlignet med finske kvinner.</p>	<p>God</p>

Tabell 5: Oversikt over hoved- og undertemaer

Sosioøkonomiske barrierer	Sosiokulturelle barrierer	Strukturelle barrierer
Innvandrerkvinner	Kultursensitivitet	Organisering av helsevesenet
Økonomiske forhold og utdanning	Stigmatisering	Tillit til helsevesenet
Alder	Relasjon til fastlege	
Familieliv	Helsekunnskap	
Oppholdslengde	Språkbarrierer	

5.1 Sosioøkonomiske barrierer

5.1.1 Innvandrerkvinner

Studier viser at det å være innvandrerinne er forbundet med høyere risiko for lavere deltakelse (non-adherent) når det kommer til celleprøvetaking (Hertzum-Larsen, Kjær, Frederiksen & Thomsen, 2019; Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017; Leinonen,

Campbell, Ursin, Tropé & Nygård, 2017; Møen, Kumar, Qureshi & Diaz, 2017; Yeasmeen, Kelaher, Brotherton & Malloy, 2019). I noen tilfeller påpekes det at det avhenger av om innvandrerkvinnene kommer fra lav- eller høyinntektsland (Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017). Møen, Terragni, Kumar og Diaz (2018) beskriver at leger, gynekologer og jordmødre har regelmessig kontakt med innvandrerkvinner i sitt arbeid, men at svært få reflekterer over spesifikke utfordringer relatert til celleprøvetaking hos denne gruppen (Møen et al., 2018).

5.1.2 Økonomiske forhold og utdanning

Fire studier fant at arbeidsledighet, lav eller ingen utdanning samt lav inntekt har stor sammenheng med lav deltakelse i livmorhalskreftprogrammet (Idehen et al., 2017; Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017; Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017; Møen et al., 2017). Gode lese- og skriveferdigheter i språket i oppholdslandet var forbundet med høyere sannsynlighet for screeningdeltakelse blant somaliske og kurdiske innvandrerkvinner i Finland (Idehen et al., 2017). Studier viser til at den etniske majoriteten i de respektive landene er høyere utdannet og er mer deltakende i arbeidslivet, og som følge av dette har en høyere inntekt sammenlignet med innvandrerkvinner. Dette viser seg å ha en utelukkende positiv effekt i celleprøvetakingen blant de etniske kvinnene (Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017). Broberg et al. (2018) beskriver at arbeidsløse innvandrerkvinner hadde dobbelt så stor sannsynlighet for ikke-deltakelse i celleprøvetaking sammenlignet med arbeidende kvinner i Sverige. Studien fremhever samtidig at utdanningslengden utgjør en forskjell. Eksempelvis hadde kvinner med inntil 9 års utdanning opptil 80% større sannsynlighet for ikke-deltakelse sammenlignet med kvinner med mer enn 12 års utdanning. Samtidig var kvinner med 10-12 års utdanning 30% mer sannsynlig for lav deltakelse (Broberg et al., 2018). Toraman og Yildirim (2018) beskriver i sin studie at utdanningsnivået ikke utgjorde en statistisk signifikant forskjell i celleprøvetaking, men i likhet med andre studier at inntekt utgjorde en signifikant forskjell om de tyrkiske kvinnene i USA gjennomførte celleprøvetaking eller ikke (Toraman & Yildirim, 2018). Seo, Li og Li (2018) beskriver en kinesisk innvandrer kvinne som ikke har råd til helseforsikring i USA, og dermed ikke kan utføre celleprøvetaking jevnlig som følge av dette. Hun beskriver følgende situasjon: *“I am not going to die if I don't do the Pap smear. But if I do it, the bill will kill me”* (Seo et al., 2018).

5.1.3 Alder

Samtlige studier har funnet at alder påvirker screeningdeltakelsen blant innvandrerkvinner (Broberg et al., 2018; Hertzum-Larsen et al., 2019; Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017; Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017; Møen et al., 2017; Toraman & Yildirim, 2018; Yeasmeen et al., 2019). Generelt i de inkluderte studiene påpekes unge og eldre innvandrerkvinner som de gruppene med lavest deltakelse i screeningprogrammet. Alderen i de ulike studiepopulasjonene varierer for hver enkelt studie (Broberg et al., 2018; Hertzum-Larsen et al., 2019; Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017; Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017; Yeasmeen et al., 2019). Broberg et al. (2018) fant at kvinner i alderen 50-54 år var mer sannsynlig for å ikke delta i celleprøvetaking sammenlignet med kvinner i alderen 30-34 år (Broberg et al., 2018). Toraman og Yildirim (2018) fremhever at alder var en av to hovedfaktorer for ikke-deltakelse i screening for livmorhalskreft blant tyrkiske innvandrerkvinner i USA (Toraman & Yildirim, 2018).

5.1.4 Familieliv

Sivilstatus påpekes som en sterk faktor for manglende deltakelse i screeningsprogrammet. Det å være ugift, enke, skilt eller separert er en avgjørende faktor både hos eldre og yngre innvandrerkvinner (Broberg et al., 2018; Gele, Qureshi, Kour, Kumar & Diaz, 2017; Hertzum-Larsen et al., 2019; Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017; Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017; Møen et al., 2017; Yeasmeen et al., 2019). Ugifte og eldre kvinner viste seg å være sterkere forbundet med manglende deltakelse enn det å være innvandrerkinne (Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017; Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017; Møen et al., 2017). Derimot ble det å være ugift ansett som positivt i screeningdeltakelse blant innvandrerkvinner i Norge fra Øst-Europa, Asia og Sør-Amerika (Møen et al., 2017).

Antall barn er en annen faktor som utgjør en forskjell i screeningsdeltakelse blant innvandrerkvinner. Flere av de inkluderte studiene i oppgaven indikerer at barneløse kvinner er blant de med lavest deltakelse (Hertzum-Larsen et al., 2019; Idehen et al., 2018; Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017; Seo et al., 2018; Toraman & Yildirim, 2018). Hertzum-Larsen et al. (2019) beskriver av innvandrerkvinnene i Danmark med 1-3 barn hadde høyere deltakelse i livmorhalsprogrammet enn kvinner uten barn. Samtidig hadde ikke-vestlige innvandrere med ≥ 4 barn lavere deltakelse enn ikke-vestlige innvandrere uten barn (Hertzum-Larsen et al., 2019). På en annen side beskriver Møen et al. (2017) at barneløse innvandrerkvinner tok celleprøve oftere enn de med barn (Møen et al., 2017).

5.1.5 Oppholdslengde

Flere studier viser at det å være bosatt i Norge i <10 år var assosiert med manglende deltakelse blant flere innvandrergupper. Oppholdslengden var positivt assosiert for blant annet kvinner fra Afrika sør for Sahara og Øst-Europa (Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017; Møen et al., 2017). Lengden på opphold ble ansett som statistisk signifikant for tyrkiske kvinner i USA når det gjaldt screeningdeltakelse (Toraman & Yildirim, 2018). Hertzum-Larsen et al. (2019) viser at vestlige og ikke-vestlige innvandrere som hadde vært i Danmark ≥ 5 år hadde høyere deltakelse enn innvandrerkvinner som hadde vært i Danmark <5 år. Samtidig viste studien at kontinuerlig opphold i Danmark siden første innvandring ga økt deltakelse i livmorhalscreeningen (Hertzum-Larsen et al., 2019).

5.2 Sosiokulturelle barrierer

5.2.1 Kultur

Enkelte norske fastleger uttrykker at terskelen var høy for å spørre kvinner om de ønsket å utføre celleprøvetaking, og spesielt dersom det var innvandrerkvinner med en annen kulturell bakgrunn. Flere fastleger var av inntrykket at enkelte kulturelle grupper utrykte mer smerter under gynekologiske undersøkelser. Dette ble oppfattet som kulturell atferd. Samspillet mellom kvinner og menn ble tatt opp som en kulturell barriere, ettersom enkelte kulturer opptrer annerledes enn den vestlige kulturen (Møen et al., 2018). Seo et al. (2018) beskriver at skammen kvinnene opplevde rundt celleprøvetaking var med bakgrunn i deres egen barndom og kinesiske kulturelle normer. Kvinnene uttrykker at helseproblemer og bekymringer ofte holdes innad i familie, og da spesielt problemer tilknyttet seksualitet og reproduktive organer (Seo et al., 2018). Norske og danske innvandrerkvinner i Sverige beskriver og at kulturforskjeller knyttet til helse og andre rutiner i det nye oppholdslandet var utfordrende å håndtere, og at deltakelsen i livmorhalscreening kunne bli påvirket som følge av dette (Azerkan et al., 2015).

5.2.2 Stigmatisering

Stigmatisering er først og fremst et problem av atferd som resulterer i urettferdig og ulik behandling av mennesker. Dette er et velkjent problem blant innvandrerkvinner. Blant annet skildrer pakistanske og somaliske kvinner om sosiokulturelle fordommer og ubehag som et hinder for å gjennomføre celleprøvetaking. Barrierene uttrykkes blant annet som stigma om livmorhalskreft, omskjæring av kvinner, å være ugift og at den muslimske religiøse troen sørger for at de ikke er i faresonen for å utvikle kreftsykdommen (Gele et al., 2017). Tidligere

negative erfaringer i helsevesenet blir og nevnt i studiene. Mer alvorlige negative opplevelser i livet, som seksuelle overgrep eller voldtekt, undertrykkelse av helsepersonell, frykt for kreft eller generell sykdom er blant grunnene til innvandrerkvinner oppgir som årsak for å ikke teste seg (Azerkan et al., 2015; Seo et al., 2018). Flere kinesiske innvandrerkvinner i USA oppgir at de unngår gynekologiske undersøkelser med bakgrunn i skam for å snakke om gynekologiske sykdommer med andre mennesker (Seo et al., 2018). De to finske studiene belyser at tidligere opplevelser av diskriminering som årsak for mangelfull deltakelse i livmorhalsprogrammet, hvor det i en av studiene ble funnet at diskriminering var nært statistisk signifikant for ikke-deltakelse i screeningprogrammet (Idehen et al., 2018; Idehen et al., 2017).

5.2.3 Relasjon til fastlege

Manglende eller problematisk relasjon til fastlege hadde sammenheng med at kvinner ikke screenet seg (Gele et al., 2017; Hertzum-Larsen et al., 2019; Leinonen, Campbell, Klungøy, et al., 2017; Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017; Møen et al., 2017; Møen et al., 2018; Seo et al., 2018). Ifølge Leinonen, Campbell, Ursin, et al. (2017) var 5.8% innvandrerkvinner ikke registrert med fastlege i Norge i 2012 (Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017).

Hertzum-Larsen et al. (2019) fremhever at innvandrerkvinner i Danmark hadde høyere deltakelse i screeningprogrammet dersom de hadde vært i kontakt med fastlege eller tannlege det siste året, sammenlignet med de som ikke var registrert hos fastlege eller som ikke hadde hatt en timeavtale (Hertzum-Larsen et al., 2019). I tillegg trekker flere studier frem at flertallet av innvandrerkvinnene var registrert hos en mannlig fastlege. Leinonen, Campbell, Klungøy, et al. (2017) beskriver at 58% av studiepopulasjonen var registrert med en mannlig fastlege. Videre trekkes det frem at det forelå økt manglende deltakelse når det kun var mannlig fastlege tilgjengelig (39.2%) fremfor når de hadde valget om en kvinnelig fastlege (30.6%). Deltakelsen var høyere dersom det var en kvinnelig fastlege både blant norske kvinner og innvandrerkvinner (Leinonen, Campbell, Klungøy, et al., 2017; Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017).

Somaliske og pakistanske kvinner uttrykker at det oppleves som ukomfortabelt at ikke det alltid er en kvinnelig fastlege til stede på legesenteret. Flere fastleger oppgir at terskelen er lav når det gjelder å henvise innvandrerkvinner til en kvinnelig kollega eller gynekolog dersom dette er ønskelig fra kvinnens side (Gele et al., 2017; Møen et al., 2018). Leinonen, Campbell, Ursin, et al. (2017) trekker frem at 70% av nordiske innvandrere hadde norsk fastlege, mens innvandrere fra andre regioner oftere hadde en utenlandsk fastlege. En utenlandsk fastlege

økte risikoen for manglende deltakelse med unntak hos kvinner fra Vest-Europa, Amerika, Oseania og Øst-Asia. For øst-europeiske kvinner forelå det høyere deltakelse dersom de hadde fastlege med tilsvarende opprinnelse. For alle andre regioner var en fastlege med samme opprinnelse assosiert med manglende eller lavere deltakelse sammenlignet med kvinner med en norsk fastlege (Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017). Både kinesiske, pakistanske og somaliske kvinner uttrykker at det er vanskeligere å diskutere kvinnelige helseproblemer med mannlige leger (Gele et al., 2017; Seo et al., 2018). En studie som baserer seg på helsearbeidernes perspektiv på celleprøvetaking er av den oppfatningen at det opp til hver enkelt kvinne å selv etterspørre celleprøve ettersom kvinnene får invitasjonsbrev og påminnelsesbrev (Møen et al., 2018).

5.2.4 Helsekunnskap

I flere studier kommer det frem at innvandrerkvinner har begrenset kunnskap om livmorhalskreft og celleprøvetaking (Azerkan et al., 2015; Gele et al., 2017; Seo et al., 2018; Toraman & Yildirim, 2018). Toraman og Yildirim (2018) viser til at kunnskap om livmorhalskreft utgjorde en statistisk signifikant faktor for manglende deltakelse i screeningprogrammet (Toraman & Yildirim, 2018). Flere av kvinnene trodde at celleprøvetaking ikke skulle utføres med mindre man hadde symptomer på livmorhalskreft. Samtidig var de ikke av oppfatning av at screeningprogrammet var et forebyggende tiltak, men at det kun var kvinner som mistenkte at de hadde livmorhalskreft som skulle screene seg (Azerkan et al., 2015; Gele et al., 2017). Flere kinesiske kvinner visste ikke hva livmorhalskreft var, og kunne heller ikke huske om de hadde tatt celleprøve tidligere. De var av oppfatningen av at sunn livsstil alene utgjorde at de ikke behøvde å delta i screeningprogrammet. Usunn livsstil som røyking, usunt kosthold, alkohol og usunn seksuell praksis samt dårlig hygiene, bruk av offentlig toalett og arveligheter var noen av de kinesiske kvinnenes holdepunkter for årsak til utvikling av livmorhalskreft (Seo et al., 2018).

5.2.5 Språkbarrierer

Språk fremheves som en avgjørende barriere for manglende deltakelse i screeningprogrammet. Generelt kommuniserer helsepersonell som oftest på norsk med pasientene, og flere av deltakerne i studien uttrykker at de ikke mestrer norskspråket godt. Flere kvinner oppgir bruk av familiemedlemmer som tolk (Gele et al., 2017). Fastleger påpeker at språk er viktig for å forbedre kommunikasjon med pasientene, og trekker frem at språkbarrierer og dårlige lese- og skriveferdigheter ofte resulterer i tidkrevende konsultasjoner

(Møen et al., 2018). Flere kvinner trekker frem at det ønskelig å motta informasjonsbrev fra screeningprogrammet og påminnelsesbrev til celleprøvetaking på eget morsmål. Samtidig føler flere kvinner seg sårbare med bakgrunn i språkbarrieren (Gele et al., 2017; Idehen et al., 2017; Seo et al., 2018).

5.3 Strukturelle barrierer

5.3.1 Organisering av helsevesenet

Systemrelaterte faktorer som manglende tillit til helsevesenet og vanskeligheter med å forstå organiseringen av helsevesenet i oppholdslandet, fremheves som barrierer mot celleprøvetaking blant innvandrerkvinner (Azerkan et al., 2015; Gele et al., 2017). I Sverige føler nordmenn og dansker at invitasjonssystemet for livmorhalsprogrammet er upersonlig, og de uttrykker at de liker tilnærmingen bedre i henholdsvis Norge og Danmark (Azerkan et al., 2015). Flere fastleger opplever at innvandrerkvinner ikke tar opp celleprøvetaking på konsultasjon, ei heller når de har mottatt påminnelsesbrevet. Fastlegene er av den oppfatningen at innvandrerkvinner ofte har flere somatiske sykdommer slik at det ikke er mer tid igjen av konsultasjonen til å snakke om hverken livmorhalskreft eller celleprøvetaking (Møen et al., 2018).

Flere kvinner i studiene fremhever liten tid og lange ventetider som et problem i både norsk og amerikansk helsevesen (Gele et al., 2017; Møen et al., 2018; Seo et al., 2018). En norsk jordmor beskriver følgende: *“From my experience, I have the impression that because GPs do not have the same function as us and GPs may not have enough time, the women really have confidence in us and want to come to us because we have time, this is a 100% female workplace (laughs) and the CCS test is free of charge”* (Møen et al., 2018). Jordmødrene i studien er av det inntrykket at innvandrerkvinner har lav terskel for å komme til dem for å ta celleprøve. Videre reflekterer flere fastleger over muligheten for å henvise jordmødre i kommunene som utfører celleprøvetaking (Møen et al., 2018).

5.3.2 Tillit til helsevesenet

Mangel på tillitt til helsesystemet og troen på egen fastlege er barrierer for mangelfull deltakelse i screeningprogrammet (Azerkan et al., 2015; Gele et al., 2017; Seo et al., 2018). Kinesiske innvandrerkvinner beskriver et ønske om at deres fastlege skal bidra i beslutningen om celleprøvetaking og samtidig gi kvinnene helsevesenets anbefalinger i forebyggingen av livmorhalskreft (Seo et al., 2018). Norske fastleger uttrykker at det er kvinnenens eget ansvar å ta celleprøve ettersom de mottar både informasjons- og påminnelsesbrev. Enkelte mener det

ikke er deres oppgave å påminne kvinner om dette, ettersom det er godt tilrettelagt for at kvinnene skal ta ansvar for egen helse. Noen oppgir å ta initiativ til celleprøvetaking i forbindelse med samtaler som omhandler prevensjon, graviditet, etterkontroll postpartum eller ved blødning (Møen et al., 2018). Kvinner som var født i Norge hadde høyere deltakelse i screeningprogrammet etter at de mottok påminnelsesbrevet sammenlignet med innvandrerkvinner (Leinonen, Campbell, Klungøy, et al., 2017). Flere kvinner uttrykker et ønske om obligatorisk screeningdeltakelse, og at innkallingssystemet bør forbedres og bli mer tilrettelagt for innvandrerkvinner. Eksempler på dette var blant annet telefoninnkallelser og invitasjons- og påminnelsesbrev på eget morsmål (Gele et al., 2017).

6.0 Diskusjon

I den siste delen av oppgaven vil hovedfunnene fra resultatene diskuteres opp mot annen relevant teori, forskning og det teoretiske rammeverket. Hensikten med drøftingen er å belyse hva resultatene bringer av ny kunnskap og om det finnes tiltak som kan bidra til reduisering av innvandrerkvinnens barrierer i livmorhalsprogrammet. Målet er å finne verdifull kunnskap for vår fremtidig yrkespraksis som jordmødre. Kapittelet vil i tillegg inneholde metodediskusjon, oppgavens styrker og svakheter, implikasjon for videre praksis samt en avsluttende konklusjon.

6.1 Oppsummering av resultater

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å avdekke hvilke barrierer innvandrerkvinner opplever i forbindelse med celleprøvetaking. Resultatene viser at det foreligger en rekke barrierer og hindringer blant innvandrerkvinner, og utfallet resulterer i at de ikke deltar i like stor grad i livmorhalsprogrammet. Hovedfunnene viser at bakgrunnen for innvandrerkvinnens manglende deltakelse bunnur ut i de sosioøkonomiske barrierene som innebærer det å være innvandrerkvinne, mangel på tilhørighet i nåværende oppholdsland, oppholdslengde, mangel på utdanning, arbeid og inntekt. Videre er sosiokulturelle barrierer med relasjon til fastlege, språkbarrierer og helsekunnskap samt strukturelle faktorer med organisering av helsevesenet viktige bidragsfaktorer til ikke-deltakelse i livmorhalsprogrammet blant innvandrerkvinner.

6.2 Diskusjon av resultatene

Ved inngangen til året 2020 var det omtrent 450 000 innvandrerkvinner eller norskfødte innvandrerkvinner i Norge (Institutt for samfunnsforskning, 2020). Som oppgavens resultater belyser, så er det å være innvandrerkvinne alene, et av de største hindrene for å delta i livmorhalsscreeningen. Barrierene er allerede slått fast i resultatene, og de er mange og omfattende. Vi vil videre belyse hvilke tiltak som kan bidra til å minske eller forhindre at barrierene oppstår blant innvandrerkvinner. Samtidig vil det være hensiktsmessig å se hvordan jordmor kan få en større forebyggende rolle innenfor arbeid med seksuell og reproduktiv helse enn hva de har per i dag. Ifølge Helsedirektoratet (2010) tar den jordmorfaglige innsatsen sikte på å styrke og bistå kvinnen i hennes nåværende livssituasjon (Helsedirektoratet, 2010). Reproduksjonsårene kan spille en rolle i livmorhalsscreeningen ettersom kvinner er i tett kontakt med helsevesenet i forbindelse med svangerskap og fødsel. Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen kan gravide velge om de

ønsker å gå til svangerskapskontroll hos fastlege eller jordmor, eller en kombinasjon av begge (Helsedirektoratet, 2019a). Jordmødre på kommunale helsestasjoner regnes som et bindeledd mellom helse og befolkningen, og har med dette større muligheter for forebyggende innsats enn eksempelvis sykehusene (Mæland, 2016, s. 216).

Allmennleger og gynekologer er de profesjonene i det norske helsevesenet som hovedsakelig utfører celleprøvetaking i Norge per i dag. I noen tilfeller kan celleprøve utføres av jordmor (Kreftforeningen, u.å.-a). Et av hovedfunnene i oppgaven viser at fastlege, og da særlig mannlig fastlege, er en barriere og årsak til innvandrerkvinnens manglende deltakelse i livmorhalsprogrammet (Hertzum-Larsen et al., 2019; Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017; Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017; Møen et al., 2017; Yeasmeen et al., 2019). En registerbasert studie fra 2014 viste at innvandrerkvinner i Norge benyttet fastlegjetjenesten 2-15 % hyppigere enn etnisk norske dersom de var registrert med fastlege (Diaz, Calderón-Larrañaga, Prado-Torres, Poblador-Plou & Gimeno-Feliu, 2014). Ifølge Statistisk sentralbyrå (2013) kan innvandrernes bruk av fastlege si noe om hvilken grad de er i integrert i det norske samfunnet og klarer å benytte seg av det offentlige helsetilbudet (Statistisk sentralbyrå, 2013). Fastleger og gynekologer uttrykker at innvandrerkvinner ofte har flere somatiske sykdommer og har en lang liste med problemer de ønsker å ta opp under konsultasjonen, hvilket resulterer i at tiden ikke strekker til (Møen et al., 2018). Problematikken kan sees i lys av oppgavens resultater hvor tidsmangel og lange ventetider blir ansett som et problem i helsevesenet. Med bakgrunn i oppgavens resultater, kan dette bidra til at barrierene øker blant innvandrerkvinner da de ikke føler de blir sett eller hørt som følge av tidsbegrensning (Gele et al., 2017; Møen et al., 2018; Seo et al., 2018). Samtidig bemerker en kvalitativ studie fra 2019 at man ser en økende arbeidsmengde blant fastleger i flere europeiske land, inkludert Norge, og at dette anses som en stor bekymring både for fastleger og pasienter. En fastlege påpeker at de ikke vil kunne gi befolkningen forventet omsorg og tjenester i fremtiden, og påpeker at den generelle arbeidsmengden utgjør store konsekvenser for blant annet pasienter med innvandrer- og minoritetsbakgrunn (Svedahl et al., 2019). Ettersom dette anses som et økende problem blant allmennmedisin i Norge, vil dette trolig kunne medføre at færre innvandrerkvinner tar kontakt med fastlege for å ta celleprøve med bakgrunn i barrierer som tidsmangel og lange ventetider på fastlegekontorene. I den forbindelse er det derfor nødvendig å understreke viktigheten av at tiltak må iverksettes tidlig for at problemet ikke forverrer seg i fremtiden.

Jordmors oppgave er å ivareta kvinners seksuelle og reproduktive helse fra puberteten til postmenopausen og jordmorutdannelsen baserer seg på kvinnehelse og fødsel

(Helsedirektoratet, 2019b; OsloMet, u.å.). Ifølge International Confederation of Midwives (ICM) kan en autorisert jordmor arbeide innenfor svangerskapsomsorg og fødsels- og barselforberedelse. Arbeidet bør omfatte fødselsforberedelse, forberedelse til foreldrerollen og kan utvides til kvinnehelse og seksuell og reproduktiv helse og spedbarnspleie. En jordmor kan praktisere i alle typer miljø, inkludert hjem, lokalsamfunn, sykehus, fødestue eller helsestasjon (International Confederation of Midwives, 2017). Møen et al. (2018) fremhever at jordmødrene i studien var av den oppfatningen av at innvandrerkvinnene hadde lav terskel for å ta celleprøve hos dem på helsestasjon. De mener i tillegg at en av årsakene kan være at fastlegene har for liten tid i forhold til jordmødre (Møen et al., 2018). Å gå til jordmor for celleprøvetaking kan bidra til å fjerne barrieren innvandrerkvinner opplever med mannlig fastlege ettersom jordmorfaget hovedsakelig er et homogent og kvinnebasert yrke. Dersom kvinnene går til jordmor i svangerskapet er sannsynligheten stor for at de har etterkontroll 6-8 uker etter fødsel med samme jordmor. Dette vil kunne resultere i en trygg og tillitsfull relasjon da jordmor og kvinnen allerede kjenner hverandre. Som helsepersonell er det viktig å gi god informasjon og veiledning til kvinner i reproduktiv alder eller under svangerskap da det beskrives at kvinner er mer motivert for endring under graviditet (Helsedirektoratet, 2010). Livmorhalskreft opptrer hyppigst i 30- og 40-årsalderen (Helsedirektoratet, 2016). I 2018 var gjennomsnittlig alder for fødende på 31 år i Norge, og man ser en økning i antall fødende som er > 40 år (Helsedirektoratet, 2020a). Med bakgrunn i dette vil det være hensiktsmessig for jordmor å informere om livmorhalskreft og viktigheten av deltakelse i livmorhalsprogrammet allerede under svangerskapskontrollene. Dette vil kunne bidra til at kvinnene er mer opplyste og kan være med på å gjennomføre bevisste og informerte valg for egen helse. Samtidig har ofte innvandrerkvinner et stort kvinnenettverk, noe som igjen kan bidra til at innvandrerkvinner kan informere videre om viktigheten av livmorhalscreening. Dette vil sannsynlig kunne være med på å bidra i positiv forstand ved at flere innvandrerkvinner blir opplyst om livmorhalsprogrammet. Jordmødre får i noen tilfeller utføre celleprøvetaking, men det anses likevel ikke som en jordmoroppgave per i dag. Som tidligere nevnt viste FAFUS-prosjektet at mange innvandrerkvinner ikke hadde tatt celleprøve i tråd med livmorhalsprogrammet, og prosjektet bidro til at jordmødre fikk en større rolle i familieplanlegging, forebygging av uønsket svangerskap og abort blant innvandrerkvinner i Oslo kommune (Oslo universitetssykehus, 2016). En undersøkelse blant medelever viser at det foreligger ulik praksis i bydelene i Oslo kommune, og at ikke alle jordmødre og jordmorstudenter i praksis har muligheten til å tilby kvinner celleprøvetaking på helsestasjon.

Når kvinner ikke mottar et likeverdig helsetilbud, er det i strid med den generelle retten til helse etter både artikkel 12 i FNs kvinnekonvensjon samt delmål 5.6 i FNs bærekraftsmål (FN-sambandet, 2020; United Nations Population Fund, 2004). Samtidig imøtekommes ikke de seksuelle og reproduktive rettighetene kvinnene har rett på, ettersom de ikke har lik tilgang på tjenester og behandling etter hvilken bydel de bor i, til tross for at kvinnene bor i én og samme kommune (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I tillegg utgjør dette at kvinnene ikke får opprettholdt sitt krav om tilrettelagte helsetjenester. Man kan stille spørsmål om hvorfor dette ikke får mer oppmerksomhet og hvorfor kvinnene i Oslo kommune behandles ulikt etter hvilken bydel de bor i. ICPD (1994) beskriver i sitt mål nummer 7.5, som omhandler SRHR, at man skal sikre at informasjon og et omfattende og komplett utvalg av reproduktive helsetjenester er tilgjengelig, rimelig, akseptabel og praktisk for alle brukere (United Nations Population Fund, 2004, s. 47). Det vil være riktig å påstå at kvinner som benytter seg av den kommunale jordmortjenesten ikke anses som tilrettelagt og at målet til ICPD er vanskelig å oppnå med bakgrunn i ulik tilgang på gratis celleprøvetaking.

Helsedirektoratet på sin side råder kommunen til å bruke jordmortjenesten aktivt for å fremme kvinners kontroll over egen seksuell og reproduktive helse og mener at rådet kan oppfylles ved å øke kapasiteten i den kommunale jordmortjenesten (Helsedirektoratet, 2020b).

Utenriksdepartementet ga i 2013 ut en veileder for norsk innsats for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (Utenriksdepartementet, 2013). Argumentasjon for å fremme SRHR er blant annet at det er direkte kostnadsbesparende dersom man sikrer tilgang til reproduktive helsetjenester. Det beskrives videre at for hver krone brukt på familieplanlegging, sparer myndighetene fire kroner de ellers måtte ha brukt på å behandle komplikasjoner grunnet svangerskap som ikke var planlagt (Utenriksdepartementet, 2013, s. 16). Dette viser viktigheten og samfunnsnyten jordmor innehar i det norske helsesystemet samt hvordan de delvis, men ikke helt er med på å bidra til at kvinner har tilgang til reproduktive helsetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet beskriver at sosiale helseforskjeller henger nøye sammen med sosiale forskjeller på mange samfunnsområder, og at arbeidet for å redusere de sosiale helseforskjellene må følges opp i alle sektorer. Videre påpekes det at tjenestene skal være tilgjengelig for alle uavhengig av sosial bakgrunn og at tjenestene skal bidra til å redusere sosiale helseforskjeller som også er forankret i et rettighetsperspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 7).

Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppgave å se om det kan være et godt virkemiddel å innkalle kvinner til celleprøvetaking hos jordmor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Studien

viste økt deltakelse når kvinnene ble innkalt til screening fremfor kun et påminnelsesbrev. Dette var gjeldende for alle aldersgrupper uavhengig av tidligere deltakelse og om det var jordmor eller fastlege som tok celleprøven. To av tre screeningsenter inkludert i studien var jordmorstyrt (Lönnberg et al., 2016). Man skulle tro at resultatene i denne studien viste viktigheten av jordmor som et supplement i tillegg til fastleger i forebyggingen av livmorhalskreft. Studien beviser at jordmødre har mulighet og kapasitet til å bidra i større grad og samtidig nå ut til flere kvinner i reproduktiv alder. Videre kan man stille spørsmålsteget ved om det i det hele tatt er vurdert om jordmor kan få en større forebyggende rolle i livmorhalsprogrammet til tross for positive resultater i studien fra 2016. Det kan se ut til at dette bekreftes i en studie fra 2020 hvor det påpekes at muligheten og effektiviteten av å implementere celleprøvetaking som en jordmoroppgave bør evalueres som en tilleggsmulighet til screening utført av fastleger (Møen, Kumar, Igländ & Diaz, 2020).

Jordmødre har tross alt rekvireringsrett til å gjennomføre celleprøve og LARC, og har dette som en del av sin utdanning og profesjon. Det anses likevel nødvendig å påpeke at dersom en celleprøve viser at kvinnen har behov for ytterligere undersøkelser, så må kvinnen henvises til fastlege eller gynekologspesialist (Sykepleien, 2020). Denne henvisningsretten har ikke jordmødre i dag. Likevel har jordmødre en formell henvisningsplikt på lik linje med annet helsepersonell jamfør *Helsepersonelloven* §4 kapittel 2 (Helsepersonelloven, 1999). Per i dag kan ikke gynekologer utløse takst for fullstendig undersøkelse når henvisningen kommer fra jordmor. Likeså kan man spørre seg om dette er nyttig bruk av ressurser, og ikke minst hvilke konsekvenser dette har for kvinnen. LEON-prinsippet som fremkommer i Stortingsmelding nr. 9 (1974-1975) vektlegger at tjenestetilbudet skal kunne gis på det laveste og mest effektive omsorgsnivået samt det nivået som er nærmest pasienten (Sosialdepartementet, 1975).

Helsestasjon anses som det laveste og mest effektive omsorgsnivået med nær relasjon til kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og etter fødsel. Med bakgrunn i dette kan man spørre seg om det i det hele tatt er lønnsomt og effektivt for jordmødre å ta celleprøve med tanke på hvordan det norske helsesystemet og finansieringsordningen er lagt opp i dagens samfunn. Kvinner får per i dag ikke optimal utnyttelse av jordmors kompetanse på helsestasjon ettersom alt må gjennom allmennlegenes og gynekologspesialisters finansieringsordning ved funn av abnormale celler ved celleprøvetaking. Videre kan man sette spørsmålsteget ved det etiske aspektet ettersom jordmor kan utføre en gynekologisk prosedyre ved spiralinnsettelse på kvinner på helsestasjon, og samtidig ikke kan ta en celleprøve når det ligger til rette for det. Flere kvinner opplever en gynekologisk undersøkelse som svært problematisk og at situasjonen kan oppleves som ydmykende, flau, sårbar, ubehagelig og

intim (Aasbø et al., 2019; Møen et al., 2018). Ved at kvinnen må eksponere underlivet sitt gjentatte ganger for å få satt inn spiral og celleprøve, er det sannsynlig å si at dette trolig er med på å øke innvandrerkvinnens barrierer relatert til stigmatisering, kultur og organisering av helsevesenet.

Dersom man ser til nabolandet Sverige kan man se at livmorhalsprogrammet er lagt opp på en annen måte enn i Norge. I Sverige har hver enkelt region hovedansvar for å organisere celleprøvetaking til kvinnene, i tillegg til at det er jordmødre som har hovedansvaret med å tilby celleprøvetaking til alle svenske kvinner (Sosialstyrelsen, 2020, s. 27-35). Jordmødre i Sverige har ansvaret for friske kvinner i reproduktiv alder når det kommer til prevensjonsveiledning og celleprøvetaking. Sveriges livmorhalsprogram er organisert slik at laboratoriene underretter kvinnen per post når det er tid for celleprøvetaking. Oppfølgingen av abnormale celler er laboratorienes oppgave, og både lege og jordmor fritas for oppfølgingsansvaret av prøvesvar (Jordmorforbundet NSF, 2019). I 2018 var det 79% dekning av celleprøvetaking på landsbasis i Sverige sammenlignet med 71% før fylte 55 år og 67% for kvinner mellom 55-69 år i Norge i september 2019 (Kreftregisteret, 2019a; Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention, 2019, s. 38). Man ser at jordmødre i Sverige har en større rolle i forebyggingen av livmorhalskreft sammenlignet med Norge. I tillegg til at celleprøvetaking anses som en jordmoroppgave i Sverige, ble livmorhalscreening i Sverige også et gratistilbud til alle kvinner i 2018. Et slikt gratistilbud viser at Sverige har tatt oppgaven med å redusere barrierer tilknyttet celleprøvetaking på alvor, i tillegg til et høyere ønske om økt oppslutning i livmorhalsprogrammet. Man kan spørre seg om et gratis screeningtilbud er en av bidragsårsakene til at Sverige har høyere prosentoppslutning i screeningdeltakelse enn Norge. Å gjøre screeningprogrammet gratis i Norge har tidligere vært diskutert, og man antar at dette kunne økt screeningdeltakelse. Det argumenteres likevel imot at det samtidig vil være svært kostbart for det norske programmet (Nilsen, 2017). Videre viser oppgavens resultater at både arbeidsledighet, lav eller ingen utdanning og lav inntekt utgjør viktige barrierer for å ta celleprøve blant innvandrerkvinner i Norge, Danmark og Finland (Hertzum-Larsen et al., 2019; Leinonen, Campbell, Klungsøyr, et al., 2017; Leinonen, Campbell, Ursin, et al., 2017; Møen et al., 2017). For det først må kvinner i Norge betale en egenandel på omtrent 160 kroner for å ta celleprøve hos fastlege. Dersom hun ønsker å gjennomføre celleprøvetaking hos gynekolog, må hun likevel betale egenandel hos fastlege for å bli henvist til gynekolog. I tillegg må kvinnene betale en egenandel for utstyrsmateriell hos gynekolog. Sett at kvinnen bor i en bydel hvor jordmor på kommunal helsestasjon tilbyr

celleprøvetaking vil tilbudet være gratis og hun slipper å betale egenandel. Innvandrerkvinner er oftere lavere utdannet og en høy andel er arbeidsledige. Dette kan være med på å medføre at kvinnene har mindre penger å fordele, og at en av årsakene til mangelfull deltakelse i screeningprogrammet er at celleprøvetaking ikke prioriteres med bakgrunn i hvordan helsesystemet i Norge er bygd opp. Dersom jordmor tildeles ansvaret for å ta celleprøve vil de sosioøkonomiske barrierene innvandrerkvinner opplever i forbindelse med celleprøvetaking sannsynligvis kunne reduseres. I enkelte regioner i Sverige tilbys celleprøvetaking på kveldstid og i helger (Sosialstyrelsen, 2020, s. 51-52). En norsk studie viser at kvinner opplever det som lett å glemme å ta celleprøve ettersom de selv må ta initiativ til celleprøvetakingen til tross for påminnelse. Familieliv, omsorgsforpliktelser og arbeid nevnes som flere faktorer for å glemme celleprøvetaking (Aasbø et al., 2019). Med dette kan det tenkes at et screeningtilbud tilrettelagt til kveldstid og helg kunne vært et alternativ som det bør være mulig å gjennomføre i Norge, i håp om å øke oppslutningen i screeningprogrammet. Norske og danske innvandrerkvinner i Sverige belyser likevel på sin side at kulturforskjeller tilknyttet helse og andre rutiner i nytt oppholdsland var utfordrende å håndtere, og at screeningdeltakelsen kunne bli påvirket av dette (Azerkan et al., 2015). Med bakgrunn i dette kan man stille seg spørsmålet om det å være innvandrerkvinner på generell basis medfører at barrierene er vanskeligere å bryte.

For å kunne forebygge flere tilfeller av livmorhalskreft er det viktig å legge til rette for at flere kvinner tar livmorhalsprøve. HPV hjemmetest som et supplement til livmorhalsscreening har vist seg å gi positive resultater i flere studier. Smitte med HPV er en forutsetning for utvikling av livmorhalskreft (Kreftregisteret, 2020c). I 2019 fikk 1200 kvinner fra Trøndelag tilsendt hjemmetest som en del av et pilotprosjekt, med ønske om at hjemmetest kunne bidra til større oppslutning i livmorhalsprogrammet. Prosjektet resulterte i at hele 20% flere kvinner var deltakende i screeningprogrammet sammenlignet med kvinner som kun mottok påminnelsesbrev i posten. Samtidig økte deltakelsen blant kvinner som sjeldent eller aldri gjennomfører livmorhalsprøve (Aarvåg, 2020). Lignende resultatet bekreftes i flere studier (Broberg et al., 2013; Burger, Sy, Nygård & Kim, 2017; Enerly et al., 2016; Haguenoer et al., 2014). Kreftregisteret undersøker nå om hjemmetest for HPV kan føre til at kvinner som ikke har tatt livmorhalsprøve på minst 10 år benytter seg av tilbudet, og om hjemmetest kan redusere sosial ulikhet. Prosjektet har som mål å være ferdigstilt i 2022 (Kreftregisteret, 2020a). Kreftregisteret (2019b) påpeker at det vil være essensielt å kartlegge om kvinnene som får påvist HPV-infeksjon møter opp hos fastlege for videre utredning, og understreker at

implementering av hjemmetest vil være nytteløst dersom de kvinnene som trenger videre utredning og behandling ikke tar imot videre helsetilbud (Kreftregisteret, 2019b). Enerly et al. (2016) viste at hele 94% av kvinnen som fikk påvist HPV-smitte deltok i videre utredning og oppfølging etter hjemmetest (Enerly et al., 2016). Med bakgrunn i nevnte studier kan det virke som om hjemmetest er en effektiv metode for å øke screeningdeltakelse blant kvinner som tester seg sjeldent eller aldri. Hjemmetest er et lavterskeltilbud som kan gjøre det enklere for kvinner å screene seg for livmorhalskreft. Til tross for at studiene ovenfor ikke spesifiserer deltakelse av innvandrerkvinner, er det sannsynlig å tenke at selvtest vil kunne redusere barrierer som kultur, stigmatisering, relasjon til fastlege, språkbarrierer og mangel på tillit til helsevesenet blant innvandrerkvinner. Videre kan man stille spørsmålsteget ved at det nå vurderes å la kvinner utføre hjemmetest for å avdekke HPV-smitte, og at celleprøvetaking likevel ikke får bli en jordmoroppgave.

I 2018 var hele 33% av den gravide populasjonen innvandrerkvinner i Helse Sør-Øst. Dette resulterer i en stor og økende gruppe med mangelfulle språkferdigheter og en annen kulturell tilhørighet (Helsedirektoratet, 2020a, s. 27). Videre er dette med på å bidra til å at kravene til jordmor og annet helsepersonell øker når det kommer til kulturforståelse og kommunikasjonsferdigheter. Det foreligger behov for forebyggende strategier og kunnskapsbaserte metoder som eksplisitt er tilpasset kvinner med innvandrerbakgrunn (Helsedirektoratet, 2010). Det er absolutt nødvendig at jordmor gir informasjon av god kvalitet og samtidig benytter tolketjenester der dette anses nødvendig. Bruk av tolketjenester sikrer at innvandrerkvinner får et likeverdig helsetilbud som er tilpasset deres behov (Helsedirektoratet, 2010). Et tilpasset helsetilbud er essensielt for at innvandrerkvinner skal føle seg trygge i det norske helsevesenet. I *Helse- og omsorgstjenesteloven* §1-1 punkt 4 står det at man skal: «*Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig helsetilbud*» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). På samme måte står det nedfelt i *Pasient- og brukerrettighetsloven* §3-5: «*Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte*» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Jordmor bør være spesielt oppmerksom på kvinner som kan «litt» norsk. Det å kunne litt norsk er ikke forenelig med å forstå det helhetlige innholdet i informasjonen som blir gitt. I møte med innvandrerkvinner skal det settes av god nok tid til konsultasjoner, og det vil ta lenger tid når man benytter tolketjenester (Bakken & Aasheim, 2017, s. 111). Oppgavens resultater belyser at fastleger påpeker viktigheten av god språkforståelse for å forbedre kommunikasjon med

pasientene, og trekker frem at språkbarrierer og dårlige lese- og skriveferdigheter ofte resulterer i tidkrevende konsultasjoner (Møen et al., 2018). Statistisk sentralbyrå bemerker at dersom innvandrere opplever kommunikasjonsproblemer under konsultasjoner kan dette bidra til både et lavt og høyt forbruk av tjenester (Statistisk sentralbyrå, 2013).

Tiltak som har vist å utgjøre en forskjell i livmorhalscreening blant innvandrerkvinner er blant annet hjelp til å planlegge celleprøvetaking, påminnelser- og invitasjonsbrev samt telefonsamtaler på eget morsmål. I tillegg er gratistilbud eller subsidiert screening, kvinnelig fastlege, gratis transport til og fra screening samt tilgjengelighet av tolketjenester bidragsfaktorer til økt screening blant asiatiske innvandrerkvinner (Lu et al., 2012). En amerikansk studie beskriver hvordan videofremvisning på morsmålet til meksikansk-amerikanske innvandrerkvinner bidro til økt screeningdeltakelse samt generell kunnskap om livmorhalskreft og screeningprogrammet (Ochoa, Murphy, Frank & Baezconde-Garbanati, 2020). Videre ble kvinner fra Pakistan og Somalia i Oslo undervist med Power Point fremvisning med informasjon om sunn livsstil, helsehjelp i Norge samt livmorhalskreft på eget morsmål. Den kvalitative studien utgjorde at 78% av de pakistanske og 90% av de somaliske innvandrerkvinnene ønsket å ta kontakt med fastlege for celleprøvetaking. Studien påpeker videre at omtrent 30% av de pakistanske og somaliske innvandrerkvinnene hadde lese- og skrivevansker, og at de bevisst valgte å fokusere på muntlig informasjon med Power Point fremvisning fremfor skriftlig materiale med tanke på språkbarrierer og lese- og skrivevansker (Qureshi et al., 2019). Nevnte studier viser nødvendigheten av god og tilrettelagt informasjon blant innvandrerkvinner. Fra januar 2017 til januar 2018 ble det undersøkt om korte undervisninger om livmorhalskreft til norske fastleger kunne øke livmorhalscreeningen blant innvandrerkvinner. Formålet var at fastlegene oftere ville påminne innvandrerkvinnene til å ta celleprøve uavhengig av bakgrunn for legetimen. Fastlegene fikk i tillegg utdelt hver sin musematte med informasjon om livmorhalskreft og informasjonsplakater på engelsk, urdu, polsk og somalisk ble hengt opp på både venterom og legekantorene. Tiltakene sørget for en signifikant økning i screeningdeltakelse både i intervensjon- og kontrollgruppen, og særlig blant innvandrerkvinner som tidligere ikke hadde vært deltakende i screeningprogrammet (Møen et al., 2020). Likevel beskriver én av fire fastleger at ansvaret for å avskaffe språkbarrierer først og fremst ligger hos pasientene. Det foreligger usikkerhet blant fastlegene om hvor langt ansvaret deres strekker seg når det gjelder kommunikasjonsproblemer med pasienter (NOU 2014:8, 2014). Dette samsvarer med oppgavens resultater hvor fastleger er av den oppfatningen at det er kvinnens eget ansvar å ta

celleprøve med bakgrunn i både informasjons- og påminnelsesbrev, i tillegg til at de mener det ikke er nødvendig å påminne kvinner om celleprøvetaking ettersom det er godt tilrettelagt for at kvinnene skal ta ansvar for egen helse (Møen et al., 2018). Likevel vil det være riktig å påstå av nevnte studier beviser at språkbarrierer er en sterk årsak for at innvandrerkvinner ikke deltar i screeningprogrammet. Med enkle kultur- og språktilpassede intervensjoner som språktilpassede video- og bildefremvisninger og plakater med informasjon om livmorhalskreft og celleprøvetaking, så ser man tydelig at innvandrerkvinner er mer mottakelig for informasjon og forstår viktigheten av screeningtilbudet. Nevnte tiltak og intervensjoner stadfester viktigheten av at helsearbeidere må få økt kunnskap om innvandrerkvinneres reproduktive- og seksuelle helse og samtidig utarbeide en bedre kulturtilpasset kommunikasjon og holdning.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har globale anbefalinger for celleprøvetaking og konstaterer at det er påvist kostnadseffektive tiltak for å eliminere livmorhalskreft globalt sett. For at tiltakene skal fungere optimalt må tiltakene skaleres til et nasjonalt nivå og samtidig tilbys av helseplattformer som er følsomme og opptatte av kvinners behov, deres sosiale forhold samt personlige, kulturelle, strukturelle og økonomiske barrierer som hindrer kvinnenes tilgang til helsetjenester. Helsetjenester som er integrerte, menneskesenterte og som respekterer og opprettholder kvinners rettigheter og verdighet er avgjørende i det forebyggende arbeidet med å bekjempe livmorhalskreft (World Health Organization, 2019). WHO beskriver at jordmødre kan tilby livmorhalscreening av god kvalitet, og anbefaler jordmødre på lik linje med leger og annet helsepersonell som benytter et spekulum i forbindelse med gynekologiske undersøkelser. Dette krever derimot at jordmødrene får tilstrekkelig opplæring og innehar nødvendig kompetanse (World Health Organization, 2014, s. 134). I 2020 ble fastleger tilbudt et gratis e-læringskurs for å bli bedre på å ta livmorhalsprøve og samtidig en påminnelse på at fastlegene må ta flere celleprøver (Kreftregisteret, 2020b). Dette er et tilbud og kurs som også burde vært tilgjengelig for jordmødre. Ettersom jordmødre i dag har rekvireringsrett med LARC betyr dette at jordmødre, ifølge WHO, er fullt kompetent til å utføre celleprøvetaking på lik linje med fastleger. WHO beskriver videre at helsepersonell spiller en sentral rolle i det forebyggende arbeidet av livmorhalskreft ved at de har muligheten til å øke screeningdeltakelse og HPV-vaksinasjon. Jordmødre sammen med annet helsepersonell spiller en sentral rolle og skal bidra til å gi informasjon om hvordan livmorhalskreft forebygges, hvordan man kan screene seg for livmorhalskreft og hvordan kvinner med unormale celleprøve behandles. WHO understreker

viktigheten av god og direkte kommunikasjon mellom kvinnen og jordmor (World Health Organization, 2014, s. 85). Videre anbefales det at informasjon og utdanning kan nå samfunnet på en bredere måte ved å dele informasjon og kunnskap på forskjellige arenaer. Ulike miljøer som skole, gudstjenester og sportsarrangementer er eksempler som nevnes (World Health Organization, 2014, s. 94).

6.3 Metodediskusjon

Studiedesignets metodiske fremgang anser vi som en pålitelig tilnærming da målet var å innhente de mest relevante og egnede studiene for å besvare den aktuelle problemstillingen. En av styrkene i oppgaven er at vi har fått veiledning fra fagkyndige personer ved universitetsbiblioteket ved OsloMet for oppsett av et relevant og godt søk. Samtidig har søkene blitt kvalitetssikret ved at alle vurderinger om valg av databaser, søkeord og utvelgelse av aktuell forskning er gjennomgått flere ganger av to individuelle personer. Oppgavens omfang og et stort søketreff utgjorde en begrensning på databasene *Medline* (via *Helsebiblioteket/OVID*), *Embase* og *Cinahl*. I tillegg til det overnevnte, ble søketreffet avgrenset til å kun finne aktuell forskning fra perioden 2015-2020. Sistnevnte ble tatt i samråd med oppgavens veiledere og bibliotekar med bakgrunn i det store søketreffet. Vi kan ikke med sikkerhet si at vi har klart å inkludere all relevant forskning samtidig som det anses som en svakhet å kun benytte seg av 3 databaser. Det vil være sannsynlig å anta at dette kan ha medført at vi har gått glipp av relevante og aktuelle artikler fra andre databaser og fra tidligere enn 2015. Vi erkjenner at dette er de største svakhetene i vår oppgave. I søket ble det gjort til kjenne at det var flere duplikater i de ulike databasene, noe som kan styrke argumentet for det strategiske søk ga de mest relevante treffene på det aktuelle kunnskapsfeltet. I oppgaven er det kun inkludert enkeltstudier. Dette kan anses som en svakhet, da enkeltstudier ligger nederst på kunnskapspyramiden (Nortvedt et al., 2012, s. 68). En styrke i oppgaven er at vi gjennomførte et avsluttende og oppdatert søk 06.10.2020. Dette ble gjort for å være sikre på at vi hadde inkludert de studiene vi anså som aktuelle for å besvare problemstillingen. I tillegg opprettet vi AutoAlert på våre søk i alle databaser som gjorde at vi hver mandag fikk beskjed om at det var tilkommet nye artikler i vårt lagrede søk.

Den endelige datainnsamlingen resulterte i 13 inkluderte studier av både kvalitativ og kvantitativ metode. Dette bidro til en mer omfattende og utfordrende analyseprosess ved at resultatene i de aktuelle studiene var innhentet med ulik forskningsmetode. Denne metodetrianguleringen tenker vi har hatt en positiv innvirkning på funnene i oppgaven, da dette har bidratt til at vi har sett innvandrerkvinnenes barrierer fra ulike vinkler og synspunkt.

I tillegg beskrives det at metodetriangulering kan ha gevinster i form av styrket validitet ved å gi et mer utvidet og helhetlig bilde (Malterud, 2017, s. 200). Anvendte forskningsartikler er på engelsk ettersom vi ikke har funnet relevante artikler på nordisk språk.

Oversettelsesprogrammet “Google Translate” har blitt benyttet som en hjelp for å forstå essensen i litteraturen, men vi er innforstått med at oversettelsesprogrammet ikke er egnet for tekster som inneholder fagspråk. Der det har latt seg gjøre er primærlitteratur benyttet for å forhindre mistolkninger og endringer i kilden, noe som kan forekomme ved bruk av sekundærkilder. Når vi satt igjen med endelige artikler så vi at majoriteten var av nordisk opprinnelse. Dette har ikke vært vår intensjon, men det var disse artiklene som ble vurdert som best egnet for å besvare vår problemstilling. En av oppgavens styrke er at vi har vært to studenter gjennom oppgavens ulike prosesser. Innholdet i studiene ble lest, analysert og diskutert med hverandre flere ganger underveis i prosessen. Det å være flere som analyserer resultatene handler om å redusere objektiviteten vi alle innehar som forskere, og samtidig gjorde dette oss bevisste på at studiene hadde ulike fremgangsmåter.

6.4 Implikasjon for praksis og videre forskning

Et forslag til implikasjon for praksis vil være å vurdere og undersøke om jordmor kan implementeres som en tilleggsmulighet til fastleger og gynekologer i screening av livmorhalskreft i Norge. Sett ut ifra et jordmorperspektiv kan det tenkes at det vil være mer hensiktsmessig for friske kvinner å benytte seg av det kommunale jordmortilbudet under svangerskap og etter fødsel. Helsestasjon er det laveste og nærmeste nivået av helsetjenester for kvinnen. Dersom jordmor skulle få en større og forebyggende rolle i livmorhalsprogrammet vil det være essensielt at jordmor får henvisningsrett for å kunne henvise kvinner direkte til gynekolog. Samtidig ser man viktigheten av at helsepersonell får økt kompetanse om kulturforståelse og kommunikasjonsferdigheter og et økt fokus i bruken av tolketjenester enn hva helsetjenesten har per i dag. Overnevnte kan forbedres ved at kvinner eksempelvis får påminnelsesbrev og invitasjon til screening på eget morsmål. Det er viktig å påpeke at jordmor og helsepersonell må se den enkelte kvinnen på det nivået hun befinner seg. Resultatene viser at mangelfull deltakelse gjelder for innvandrergupper fra hele verden, og det vil derfor være essensielt å kartlegge den enkeltes kvinne behov ut ifra hennes bakgrunn og livssyn. Videre bør det vurderes at screening for livmorhalskreft kan bli et gratistilbud, og om man bør sørge for fastsatte timeavtaler samt om muligheter for screening på kveldstid og helg kan være med på å øke deltakelsen. Helsepersonell bør bli mer bevisst i

sin rolle i det forebyggende arbeidet rundt livmorhalskreft, og burde uavhengig om kvinnen har mottatt påminnelsesbrev eller ikke, informere og oppmuntre til livmorhalsscreening.

Det finnes allerede mye forskning på hvilke barrierer som foreligger blant innvandrerkvinner og livmorhalsscreening. Implikasjon til videre forskning vil derfor være se på effekten av å innføre ulike tiltak som kan redusere barrierene og føre til økt deltakelse i livmorhalsprogrammet. Eksempelvis kan man se om videofremvisning eller Power Point fremvisninger på religiøse tilsetninger, plakater på venteværelser og reklamefremvisninger på flere språk er gode virkemidler for å øke screeningdeltakelsen. I tillegg hadde vært interessant å se om mobile screeningbusser og andre typer lavterskeltilbud er aktuelt for å øke deltakelsen i livmorhalsprogrammet blant innvandrerkvinner og kvinner på generell basis.

7.0 Konklusjon

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å belyse hvilke barrierer som påvirker innvandrerkvinnens bruk av livmorhalscreening. Oppgavens resultater viser hvilke barrierer som foreligger og at det å være innvandrerinne på generell basis anses som en av de største utfordringene for å ikke ta celleprøve i tråd med livmorhalsprogrammet. Tall i Norge viser at antall innvandrere øker, og at omtrent en tredjedel av den norske fødepopulasjonen er innvandrerkvinner. Det er derfor viktig at helsepersonell har kunnskap om innvandrerkvinnens opplevde barrierer og hvordan disse kan forebygges. Resultatene indikerer at jordmødre har bedre tid enn fastleger og i større grad kan fokusere på innvandrerkvinnens behov og tilrettelegge deretter. Samtidig er det nødvendig å se til at alle kvinner mottar et likt helsetilbud i tråd med SRHR, uavhengig av sosioøkonomiske, sosiokulturelle og strukturelle forhold. Det vil være utelukkende positivt, og ikke minst samfunnsnyttig, om jordmor får et større ansvar i forebyggingen av livmorhalskreft i Norge. Dette vil samtidig kunne medføre en bedre måte å effektivisere det norske helsevesenet på, ved at tjenestetilbudet tilbys på det laveste og mest effektive omsorgsnivået. Barrierene blant innvandrerkvinner er mange, og det er nødvendig å iverksette tiltak raskt for å øke deltakelsen i livmorhalsprogrammet blant innvandrerkvinner.

8.0 Referanseliste

- Aarvåg, K.-A. (2020, 4. september). Trønderske kvinner prøvde ut hjemmetest av livmorhalsen- resultatet er uventet. *Adresseavisen*. Hentet fra <https://www.adressa.no/pluss/nyheter/2020/09/04/Tr%C3%B8nderske-kvinner-pr%C3%B8vde-ut-hjemmetest-av-livmorhalsen-resultatet-er-uventet-22554274.ece>
- 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>
- Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., de Sanjosé, S., Saraiya, M., Ferlay, J. & Bray, F. (2019). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e191-e203. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30482-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30482-6)
- Austveg, B. (2006). *Kvinnens helse på spill : et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort*. Oslo: Universitetsforl.
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4. utg. utg.). London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Azerkan, F., Widmark, C., Sparén, P., Weiderpass, E., Tillgren, P., Faxelid, E. & Newman, C. E. (2015). When Life Got in the Way: How Danish and Norwegian Immigrant Women in Sweden Reason about Cervical Screening and Why They Postpone Attendance, 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107624>
- Bakken, K. S. & Aasheim, V. (2017). Reproktiv helse blandt innvandrerkvinner. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 101-114). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bjørge, T., Gunbjørud, A. B., Haugen, O. A., Skare, G. B., Tropé, C. & Thoresen, S. (1995). Mass screening for cervical cancer in Norway: evaluation of the pilot project, 477-484. <https://doi.org/10.1007/bf00054154>
- Broberg, G., Gyrd-Hansen, D., Miao Jonasson, J., Ryd, M.-L., Holtenman, M., Milsom, I. & Strander, B. (2013). Increasing participation in cervical cancer screening: Offering a HPV self-test to long-term non-attendees as part of RACOMIP, a Swedish randomized controlled trial. *International Journal of Cancer*, 134(9), 2223-2230. <https://doi.org/10.1002/ijc.28545>
- Broberg, G., Wang, J., Ostberg, A.-L., Adolfsson, A., Nemes, S., Sparen, P. & Strander, B. (2018). Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical screening program: A population-based case-control study, 13(1), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190171>
- Burger, E. A., Sy, S., Nygård, M. & Kim, J. J. (2017). The Cost-Effectiveness of Cervical Self-Sampling to Improve Routine Cervical Cancer Screening: The Importance of Respondent Screening History and Compliance. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 26(1), 95-103. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-16-0350>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Diaz, E., Calderón-Larrañaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou, B. & Gimeno-Feliu, L.-A. (2014). How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *European Journal of Public Health*, 25(1), 72-78. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku123>
- Enerly, E., Bonde, J., Schee, K., Pedersen, H., Lönnberg, S. & Nygård, M. (2016). Self-Sampling for Human Papillomavirus Testing among Non-Attenders Increases Attendance to the Norwegian Cervical Cancer Screening Programme. *PLoS one*, 11(4), e0151978-e0151978. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151978>
- FN-sambandet. (2020, 14. August). FNs bærekraftsmål. Hentet 13.09.2020 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

- Gele, A. A., Qureshi, S. A., 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/http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S139160>
- Haguenoer, K., Sengchanh, S., Gaudy-Graffin, C., Boyard, J., Fontenay, R., Marret, H., ... Giraudeau, B. (2014). Vaginal self-sampling is a cost-effective way to increase participation in a cervical cancer screening programme: a randomised trial. *British Journal of Cancer*, 111(11), 2187-2196. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.510>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (St. meld. nr. 20 (2006-2007)). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Startegi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. Juni). Sjekklistene. Hentet 06.05.2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Helsedirektoratet. (2010, Mai). Utviklingsstrategi for jordmøtjenesten- tjenestekvalitet og kapasitet. Hentet 22.06.2020 fra https://www.nsf.no/Content/362764/Utviklingsstrategi_J?fbclid=IwAR2EnPc-8xvZOOs5BnDWUDW6Jwmil9KBEbTTyTyR6zfql_y3D0lZBsvVy5M
- Helsedirektoratet. (2015). Rundskriv rekvireringsrett og LARC IS-13/2015. Hentet 05.05.2020 fra [https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/utvidet-rekvireringsrett-til-helsesostre-og-jordmodre-for-prevensjonsmidler/Utvidet%20rekvireringsrett%20til%20helsesostre%20og%20jordmodre%20for%20prevensjonsmidler%20-%20Helsesostre%20og%20jordmodres%20administrering%20av%20langtidsvirkende,%20reversibel%20prevensjon%20\(LARC\)%20-%20Rundskriv.pdf/_/attachment/inline/4a960a77-5da5-4437-83be-9b5697277a56:69e3cda9066781a1651932b70476bc0fd88e4604/Utvidet%20rekvireringsrett%20til%20helsesostre%20og%20jordmodre%20for%20prevensjonsmidler%20-%20Helsesostre%20og%20jordmodres%20administrering%20av%20langtidsvirkende,%20reversibel%20prevensjon%20\(LARC\)%20-%20Rundskriv.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/utvidet-rekvireringsrett-til-helsesostre-og-jordmodre-for-prevensjonsmidler/Utvidet%20rekvireringsrett%20til%20helsesostre%20og%20jordmodre%20for%20prevensjonsmidler%20-%20Helsesostre%20og%20jordmodres%20administrering%20av%20langtidsvirkende,%20reversibel%20prevensjon%20(LARC)%20-%20Rundskriv.pdf/_/attachment/inline/4a960a77-5da5-4437-83be-9b5697277a56:69e3cda9066781a1651932b70476bc0fd88e4604/Utvidet%20rekvireringsrett%20til%20helsesostre%20og%20jordmodre%20for%20prevensjonsmidler%20-%20Helsesostre%20og%20jordmodres%20administrering%20av%20langtidsvirkende,%20reversibel%20prevensjon%20(LARC)%20-%20Rundskriv.pdf)
- Helsedirektoratet. (2016). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft. Hentet 24.04.2020 fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram/Gynekologisk%20kreft%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppfolging.pdf/_/attachment/inline/2a961270-1ffb-4e75-bda9-2c91d928b0b3:89e6ef31b13daf7977bf3da6bf740a6035cc3ad6/Gynekologisk%20kreft%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppfolging.pdf
- Helsedirektoratet. (2019a, 27. august). Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen. Hentet 23.09.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/konsultasjoner-i-svangerskapsomsorgen#gravide-med-et-normalt-svangerskap-bor-fa-tilbud-om-et-basisprogram-med-atte-konsultasjoner-inkludert-ultralydundersokelse-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2019b, 09. desember). Svangerskapsomsorgen og informasjon til gravide. Hentet 04.09.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/svangerskapsomsorgen-og-informasjon-til-gravide#gravide-skal-fa-kunnskapsbasert-informasjon-og-ha-innflytelse-pa-oppfolgingen-i-svangerskapet-praktisk>

- Helsedirektoratet. (2020a, 1. mars). Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem. Hentet 09.09.2020 fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf
- Helsedirektoratet. (2020b, 30. juni). Seksuell helse- lokalt folkehelsearbeid. Hentet 02.10.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#kommunen-bor-bruke-jordmortjenesten-aktivt-for-a-fremme-kvinnens-kontroll-over-sin-egen-seksuelle-og-reproduktive-helse-praktisk>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Hertzum-Larsen, R., Kjær, S. K., Frederiksen, K. & Thomsen, L. T. (2019). Participation in cervical cancer screening among immigrants and Danish-born women in Denmark. *Preventive Medicine*, 123, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.02.023>
- Idehen, E. E., Koponen, P., Harkanen, T., Kangasniemi, M., Pietila, A. M. & Korhonen, T. (2018). Disparities in cervical screening participation: A comparison of Russian, Somali and Kurdish immigrants with the general Finnish population. *International Journal for Equity in Health*, 17(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12939-018-0768-2>
- Idehen, E. E., Korhonen, T., Castaneda, A., Juntunen, T., Kangasniemi, M., Pietila, A. M. & Koponen, P. (2017). Factors associated with cervical cancer screening participation among immigrants of Russian, Somali and Kurdish origin: A population-based study in Finland. *BMC Women's Health*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0375-1>
- Institutt for samfunnsforskning. (2020, 13. Februar). Hvordan går det med kvinner med innvandrerbakgrunn i arbeidslivet? Hentet 17.08.2020 fra <https://www.samfunnsforskning.no/aktuelt/nyheter/2020/hvordan-gar-det-med-kvinner-med-innvandrerbakgrunn.html>
- International Confederation of Midwives. (2017). International Definition of the Midwife. Hentet 16.09.2020 fra https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf
- Johansen, M. (2016). *eMetodebok for seksuell helse*. Hentet fra <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>
- Jordmorforbundet NSF. (2019). Jordmødre tar ansvar for kvinnehelse - Jordmorforbundet ser til Sverige. Hentet 24.04.2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4445123/10505/Jordmodre-tar-ansvar-for-kvinnehelse---Jordmorforbundet-ser-til-Sverige>
- Kreftforeningen. (u.å.-a). Livmorhalsprogrammet - screening mot livmorhalskreft. Hentet 06.06.2020 fra <https://kreftforeningen.no/forebygging/screening-og-masseundersokelser/livmorhalsprogrammet/>
- Kreftforeningen. (u.å.-b). Om kampanjen #sjekkdeg. Hentet 06.06.2020 fra <https://kreftforeningen.no/forebygging/screening-og-masseundersokelser/livmorhalsprogrammet/om-sjekk-deg/>
- Kreftregisteret. (2019a, 09. September). Hver tredje kvinne over 55 år sjekker seg ikke. Hentet 05.05.2020 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2020/2019/eldre-kvinner-sjekker-seg-ikke/>
- Kreftregisteret. (2019b, 08. mai). Prøver ut hjemmetest mot livmorhalskreft. Hentet 15.09.2020 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2019/prover-ut-hjemmetest-mot-livmorhalskreft/>

- Kreftregisteret. (2020a, 28. april). Equalscreen- Økt oppmøte og mindre sosial ulikhet i screening mot livmorhalskreft. Hentet 10.09.2020 fra <https://www.kreftregisteret.no/Forskning/Om-forskningen/HPV/equalscreen/>
- Kreftregisteret. (2020b, 28.08.2020). Leger får gratis kurs om livmorhalsprøve. Hentet 15.10.2020 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2020/gir-leger-gratis-kurs-om-livmorhalsprover/>
- Kreftregisteret. (2020c, 03. Mars). Livmorhalskreft. Hentet 05.05.2020 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>
- Kreftregisteret. (u.å.-a). Hva er celleforandringer. Hentet 08.06.2002 fra <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/ofte-stilte-sporsmal1/Celleforandringer/>
- Kreftregisteret. (u.å.-b, 09. August). Hva er HPV. Hentet 08.06.2020 fra <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/ofte-stilte-sporsmal1/HPV1/>
- Larsen, I. K., Aaserud, S., Jerm, M. B., Campbell, S., Mangerud, G., Nygard, M. & Ursin, G. (2019). Kreftforekomst hos innvandrere. I E. Vinberg, L. R. A. Karlsson, B. Møller, G. Ursin & I. K. Larsen (Red.), *Cancer in NORway 2018. Special issue 2018: Sosial ulikhet, innvandring og kreft- En rapport om kreftforekomst etter landbakgrunn, utdanning, inntekt og bosted* (s. 15- 18). Oslo: Cancer Registry of Norway. Hentet fra https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2018/special-issue-2018/cin_special_issue.pdf
- Leinonen, M. K., Campbell, S., Klungøy, O., Lönnberg, S., Hansen, B. T. & Nygård, M. (2017). Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: A retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway. *Preventive Medicine, 94*, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.11.018>
- 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>
- Lu, M., Moritz, S., Lorenzetti, D., Sykes, L., Straus, S. & Quan, H. (2012). A systematic review of interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among Asian women. *BMC Public Health, 12*, 413-413. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-413>
- Lönnberg, 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>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Miller, A. M., Kismödi, E., Cottingham, J. & Gruskin, S. (2015). Sexual rights as human rights: a guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health. *Reproductive Health Matters, 23*(46), 16-30. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.11.007>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Møen, K. A., Kumar, B., Igländ, J. & Diaz, E. (2020). Effect of an Intervention in General Practice to Increase the Participation of Immigrants in Cervical Cancer Screening: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open, 3*(4), e201903-e201903. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.1903>
- Møen, K. A., Kumar, B., Qureshi, S. & Diaz, E. (2017). Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study. *European Journal of Cancer Prevention, 26*(6), 521-527. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000311>

- Møen, K. A., Terragni, L., Kumar, B. & Diaz, E. (2018). Cervical cancer screening among immigrant women in Norway- The healthcare providers' perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(4), 415-422. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1523986>
- Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention. (2019). *Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige- Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2019 med data till och med 2018*. Stockholm: Karolinska Universitetssjukhuset. Hentet fra http://www.nkcx.se/templates/_rsrapport_2019.pdf
- Nilsen, L. (2017, 20. september). Screening for livmorhalskreft blir gratis i Sverige. Hentet 24.09.2020 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/20/screening-for-livmorhalskreft-blir-gratis-i-sverige/?fbclid=IwAR2OoitASNOiBLbOhby8XMwv60BGzK8n8NEF0C3NUmmy-1c2k39OQXSApxU>
- Norske Kvinners Sanitetsforening. (u.å.). Reproduktiv helse. Hentet 13.08.2020 fra <https://sanitetskvinnene.no/reproduktiv-helse>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- NOU 2014:8. (2014). *Tolkning i offentlig sektor- et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a47e34bc4d7344a18192e28ce8b95b7b/no/pdfs/nou201420140008000dddpdfs.pdf>
- Ochoa, C. Y., Murphy, S. T., Frank, L. B. & Baezconde-Garbanati, L. A. (2020). Using a Culturally Tailored Narrative to Increase Cervical Cancer Detection Among Spanish-Speaking Mexican-American Women. *Journal of Cancer Education*, 24, 24. Hentet fra <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:31020621&id=doi:10.1007%2Fs13187-019-01521-6&issn=0885-8195&isbn=&volume=&issue=&spage=&pages=&date=2019&title=Journal+of+Cancer+Education&atitle=Using+a+Culturally+Tailored+Narrative+to+Increase+Cervical+Cancer+Detection+Among+Spanish-Speaking+Mexican-American+Women.&aulast=Ochoa>
- Oslo universitetssykehus. (2016). Familieplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort blandt innvanderkvinner- Håndbok i hvordan starte et tilpasset tilbud. Hentet 05.05.2020 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Håndbok%20FAFUS%20endelig%20utgave.pdf>
- OsloMet. (u.å.). Emneplan for MAJO4100 Kvinnehelse- seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Hentet 10.09.2020 fra https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/emne/MAJO4100/2018/H%C3%98ST?epnportlet_WAR_epnportlet_springSchedule=true
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Qureshi, S. A., Gele, A., Kour, P., Møen, K. A. M., Kumar, B. N. & Diaz, E. (2019). A community-based intervention to increase participation in cervical cancer screening among immigrants in Norway, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0795-8>
- Seo, J. Y., Li, J. & Li, K. (2018). Cervical Cancer Screening Experiences Among Chinese American Immigrant Women in the United States. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(1), 52-63. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.10.003>
- Sosialdepartementet. (1975). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen* (Meld. St. nr. 9 (1974-1975)). Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117&pgid=b_0059
- Sosialstyrelsen. (2020). *Nasjonell utvärdering livmoderhalscreening*. Stockholm: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention,. Hentet fra <http://www.nkcx.se/templates/2020-6-6800.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2013, 10. desember). Innvandrerenes møte med fastlegen. Hentet 11.09.2020 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvandrerenes-mote-med-fastlegen>

- Statistisk sentralbyrå. (2020a). Innvandrere og norskefødte med innvandrerforeldre. Hentet 13.07.2020 9. mars fra <https://www.ssb.no/statbank/table/05182/tableViewLayout1/>
- Statistisk sentralbyrå. (2020b, 09. Mars). Nesten 15 prosent er innvandrere. Hentet 17.08.2020 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nesten-15-prosent-er-innvandrere>
- Svedahl, E. R., Pape, K., Toch-Marquardt, M., Skarshaug, L. J., Kaspersen, S.-L., Bjørngaard, J. H. & Austad, B. (2019). Increasing workload in Norwegian general practice – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 20(1), 68-88. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0952-5>
- Sykepleien. (2020, 16. juni). Jordmødre bør få mer ansvar for kvinners helse. Hentet 04.09.2020 fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2020/06/jordmodre-bor-fa-mer-ansvar-kvinner-helse>
- Toraman, A. U. & Yildirim, N. (2018). Knowledge About Cervical Cancer Risk Factors and Practices of Pap Testing Among Turkish Immigrant Women in the United States. *J Immigr Minor Health*, 20(5), 1222-1229. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0653-x>
- United Nations Population Fund. (2004). *Program of Action- Adopted at the International Conference on Population and Development*. Innlegg presentert ved International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 september 1994. Abstract hentet fra https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf
- Utenriksdepartementet. (2013). *Norsk innsats for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter-veiledning for Utenriksdepartementet og utenriksstasjonene*. Oslo. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ud/vedlegg/menneskerettigheter/veileder_seksuellerettigheter_1310.pdf?id=2169378
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2014). *Comprehensive Cervical Cancer Control: a guide to essential practice- second edition*. Geneva: WHO. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=FA0F96A503CFCD640DB469C813969CD6?sequence=1
- World Health Organization. (2019). *Draft: Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem* WHO. Hentet fra file:///C:/Users/47481/Downloads/cervical-cancer-elimination-strategy-20200508b99e1a91e6ac490a9ec29e3706bdfac.pdf
- Yeasmeen, T., Kelaher, M., Brotherton, J. M. L. & Malloy, M. J. (2019). Understanding the participation in cervical screening of Muslim women in Victoria, Australia from record-linkage data. *Journal of Cancer Policy*, 22 (no pagination), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.icpo.2019.100201>

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Søkeord i søkeprosessen

SØKEORD	NORSK	ENGELSK
Livmorhalskreft	Svulster i livmorhalsen Livmorhalskreft Cervixcancer Cancer cervix Neoplasmer i livmorhalsen Tumorer i livmorhalsen Livmorhalskreft	Cervixcancer Cancer cervix Uterine cervical neoplasms Tumors or cancer of the uterine cervix
Celleprøve	Papanicolaou-test Celleprøve Cytologisk prøve på celler fra skjede eller livmorhals Pap-test	Papanicolaou Test Early detection of cancer Mass screening Cervical screening Pap smear Pap test Screening Gynecological examination Smear-taker Papanicolaou Smear
Innvandrerkvinner	Utvandrere og innvandrere Emigranter og immigranter Minoritetsspråklige Innvandrere Utenlandske statsborgere Utlendinger	Emigrants and immigrants Immigrant* (s) Foreigner* (s) Emigrant* (s)
Livmorhals	Livmorhals Cervix Cervix uteri	Cervix Uteri Cervixes Uterine Cervix Cervix

Vedlegg 2: Kvalitetsvurdering

Artikkel 1: Maarit K. Leinonen, Suzanne Campbell, Giske Ursin, Ameli Tropé & Mari Nygård (2017), Norge <i>“Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a register-based study of 1.4 million women in Norway”.</i>			
Kan du stole på resultatene?			
1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Ble personene rekruttert til korhorten på en tilfredsstillende måte?	JA	UKLART	NEI
3) Ble eksponering presist målt?	JA	UKLART	NEI

4) Ble utfallet presist målt?	JA	UKLART	NEI
5) Forvekslingsfaktorer	JA	UKLART	NEI
a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?			
b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	JA	UKLART	NEI
6) Oppfølging	JA	UKLART	NEI
a) Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp?			
b) Ble personene fulgt opp lenge nok?	JA	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI
Hva er resultatene?			
7) Hva er resultatene?	52% av innvandrerkvinnene var ikke testet. Alle innvandrerkvinner var 1.72 mer sannsynlig for ikke-deltakelse i screeningprogrammet sammenlignet med etnisk norske når det ble justert for alder og paritet. Man så en forskjell i deltakelsen ut ifra kvinnens opprinnelsesregion og land. Arbeidsledighet, ugift, lav inntekt og mannlig fastlege var forbundet med manglende overholdelse av screening uavhengig av opprinnelsesland.		
8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	Konfidensintervall 95% Prevalensratio (PR)		
9) Tror du på resultatene?	JA	UKLART	NEI
Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Kan resultatene overføres til praksis?	JA	UKLART	NEI
11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra annen forskning?	JA	UKLART	NEI
Artikkel 2: Maarit K. Leinonen, Suzanne Campbell, Ole Klungsoyr, Stefan Lönnberg, Bo T. Hansen & Mari Nygård (2017), Norge "Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: A retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway".			
Kan du stole på resultatene?			
1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	JA	UKLART	NEI
3) Ble eksponering presist målt?	JA	UKLART	NEI
4) Ble utfallet presist målt?	JA	UKLART	NEI

5) Forvekslingsfaktorer	JA	UKLART	NEI
a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?			
b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	JA	UKLART	NEI
6) Oppfølging	JA	UKLART	NEI
a) Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp?			
b) Ble personene fulgt opp lenge nok?	JA	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI
Hva er resultatene?			
7) Hva er resultatene?	Totalt var 34% av alle kvinnene ikke-deltakende. 31% etnisk norske var ikke-deltakende sammenlignet med 50% ikke-deltakelse blant innvandrerkvinner. Å være innvandrer er en sterk faktor for manglende screeningdeltakelse, men majoriteten av ikke-deltakende var etnisk norske. Yngre, mannlig og utenlandsk fastlege samt avstand til screening var assosiert med høyere ikke-deltakelse. Ugifte, barnløse, lav sosioøkonomisk stilling og bosted var og faktorer tilknyttet ikke-deltakelse.		
8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	Konfidensintervall på 95%		
9) Tror du på resultatene?	JA	UKLART	NEI
Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Kan resultatene overføres til praksis?	JA	UKLART	NEI
11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra annen forskning?	JA	UKLART	NEI
Artikkel 3: Kathy Ainul Møen, Bernadette Kumar, Samera Quershi & Esperanza Diaz (2017), Norge “Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study”.			
Kan du stole på resultatene?			
1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	JA	UKLART	NEI
3) Ble eksponeringen presist målt?	JA	UKLART	NEI
4) Ble utfallet presist målt?	JA	UKLART	NEI
5) Forvekslingsfaktorer	JA	UKLART	NEI
a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?			

b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	JA	UKLART	NEI
6) Oppfølging	JA	UKLART	NEI
a) Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?	JA	UKLART	NEI
b) Ble personene fulgt opp lenge nok?			
Basert på svarene dine på punkt 1-6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI
Hva er resultatene?			
7) Hva er resultatene?	Innvandrerkvinnene hadde lavere deltakelse i screeningprogrammet sammenlignet med kvinner født i Norge. Ung alder, høyere inntekt, bosatt utenfor byområde og kvinnelig fastlege var assosiert med økt deltakelse. Oppholdstid i Norge og registrert med etnisk norsk fastlege ble forbundet med screeningdeltakelse i noen innvandrergupper.		
8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	95 % konfidensintervall		
9) Tror du på resultatene?	JA	UKLART	NEI
Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Kan resultatene overføres til praksis?	JA	UKLART	NEI
11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra annen forskning?	JA	UKLART	NEI
Artikkel 4: Abdi A. Gele, Samera A. Quereshi, Prabhjot Kour, Bernadette Kumar & Esperanza Diaz (2017), Norge <i>“Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study”.</i>			
Innledende vurdering			
1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	JA	UKLART	NEI

6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	UKLART	NEI
7) Er etiske forhold vurdert?	JA	UKLART	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	JA	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI
Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	JA	UKLART	NEI
Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	De er nyttig, det ble funnet tre nivåer av barrierer for livmorhalscreening ble identifisert. Nivå 1: Individuelle barrierer med manglende forståelse av hensikt og fordelene ved screening. Nivå 2: Sosiokulturelle barrierer som omfattet stigma tilknyttet livmorhalskreft og troen på at alle ugifte kvinner er seksuell inaktiv. Nivå 3: Systemrelaterte barrierer med manglende tillit til helsevesenet		
Artikkel 5: Kathy Ainul Møen, Laura Terragni, Bernadette Kumar & Esperanza Diaz (2018), Norge “Cervical cancer screening among immigrant women in Norway: The healthcare providers perspectives”.			
Innledende vurdering			
1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	JA	UKLART	NEI
6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	UKLART	NEI
7) Er etiske forhold vurdert?	JA	UKLART	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen	JA	UKLART	NEI

av data forståelig, tydelig og rimelig?			
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI
Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	JA	UKLART	NEI
Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Hvor nyttig er funnen fra denne studien?	Nyttige hvor vi får helsepersonellens erfaring rundt livmorhalskreft var at det var vanskelig å gjennomføre screening blant alle kvinner uavhengig av bakgrunn. De viste at forståelsen av rutiner og ansvar for forebyggingen av livmorhalskreft var viktig. Aspekter spesifikt rettet mot innvandrerkvinner var hovedsakelig relatert til organisering, språkbarrierer, helsekunnskap, kultur og kjønn.		
Artikkel 6: Rasmus Hertzum-Larsen, Susanne K. Kjær, Kirsten Frederiksen, Louise T. Thomsen (2019), Danmark <i>“Participation in cervical cancer screening among immigrant and Danish-Born women in Denmark”.</i>			
Kan du stole på resultatene?			
1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	JA	UKLART	NEI
3) Ble eksponering presist målt?	JA	UKLART	NEI
4) Ble utfallet presist målt?	JA	UKLART	NEI
5) Forvekslingsfaktorer	JA	UKLART	NEI
a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?			
b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse??	JA	UKLART	NEI
6) Oppfølging	JA	UKLART	NEI
a) Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp?			
b) Ble personene fulgt opp lenge nok?	JA	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI
Hva er resultatene?			
7) Hva er resultatene?	Innvandrerkvinner hadde lavere deltakelse enn danske kvinner. Deltakelsen kunne ikke		

	forklares ut ifra sosiodemografiske forskjeller. Studien fant av screeningdeltakelse blant innvandrerkvinner varierte etter opprinnelsesland. Lav inntekt, arbeidsledighet, ugift, forhistorie med psykisk sykdom og oppholdstid i Danmark ≤ 5 år var faktorer for lavere deltagelse i screeningprogrammet for livmorhalskreft.		
8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	Det ble brukt proporsjonelle faremodeller (Cox proportional hazard regression) for å estimere fareforehold (HRs) med 95% konfidensintervall for screeningdeltakelse hos innvandrere sammenlignet med danskfødte kvinner. Cox regresjon ble brukt for å undersøke potensielle determinanter for screeningdeltakelse hos vestlige og ikke-vestlige innvandrere, inkludert sosiodemografiske, helserelevante og migrasjonsrelaterte egenskaper.		
9) Tror du på resultatene?	JA	UKLART	NEI
Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Kan resultatene overføres til praksis?	JA	UKLART	NEI
11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra annen forskning?	JA	UKLART	NEI
Artikkel 7: Fatima Azerkan, Catarina Widmark, Pär Sparén, Elisabete Weiderpass, Per Tillgren & Elizabeth Faxelid (2015), Sverige <i>“When life got in the way: How Danish and Norwegian immigrant women in Sweden reason about cervical screening and why they postpone attendance”</i>			
Innledende vurdering			
1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	JA	UKLART	NEI
6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	UKLART	NEI
7) Er etiske forhold vurdert?	JA	UKLART	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen	JA	UKLART	NEI

av data forståelig, tydelig og rimelig?			
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI
Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	JA	UKLART	NEI
Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	Nyttige hvor kvinnene anså ikke seg selv som ikke-deltakende i screeningprogrammet, men hadde omfattende begrunnelser for å utsette screening. Konkurrerende behov, organisatoriske og strukturelle faktorer var årsaker til kvinnes manglende deltakelse. I tillegg viste det seg at forskjell i mentalitet og psykisk helse var faktorer som bidro til lavere deltakelse.		
Artikkel 8: Gudrun Broberg, Jiangrong Wang, Anna-Lena Östberg, Annsofie Adolfsson, Szilard Nemes, Pär Sparén & Björn Strander (2018), Sverige “Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical screening program: A population-based case-control study”.			
Kan du stole på resultatene?			
1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Er kaskontrollstudie et velegnet design for å besvare spørsmålet?	JA	UKLART	NEI
3) Ble Kasusgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte?	JA	UKLART	NEI
4) Ble kontrollgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte?	JA	UKLART	NEI
5) Ble eksponeringen presist målt?	JA	UKLART	NEI
6) Forvekslingsfaktorer	JA	UKLART	NEI
a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?			
b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	JA	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI
Hva er resultatene?			
7) Hva er resultatene?	Lav disponibel familieinntekt, lav utdanning og ikke-samboende kvinner i tillegg til arbeidsledighet og motta velferdspenger var mer sannsynlig for å ikke delta i		

	screeningprogrammet. Å være innvandrerkvinner var en risikofaktor for ikke-deltakelse i den ujusterte analysen, men dette uteble i enkelte store grupper etter justering for sosioøkonomiske faktorer.		
8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	Assosiasjonene mellom sosioøkonomiske og demografiske variabler og utfallsmålet, dvs. ikke- tilstedeværelse, ble beregnet i logiske regresjonsmodeller med oddsforhold (OR), og deres tilsvarende 95% konfidensintervall (95 KI), som resultatmål.		
9) Stoler du på resultatene?	JA	UKLART	NEI
Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Kan resultatene overføres til praksis?	JA	UKLART	NEI
11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra annen forskning?	JA	UKLART	NEI
Artikkel 9: Aynur Uysal Toraman & Nilufer Yildirim (2018), USA “ <i>Knowledge about cervical cancer risk factors and practices of pap testing among Turkish immigrant women in the United States</i> ”			
Innledende spørsmål			
1) Er problemstillingen i studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmål?	JA	UKLART	NEI
Kan du stole på resultatene			
3) Er befolkningen (populasjonene) som utvalget er tatt fra, klart definert?	JA	UKLART	NEI
4) Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	JA	UKLART	NEI
5) Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	JA	UKLART	NEI
6) Er svarprosenten høy nok?	JA	UKLART	NEI
7) Bruker studien målemetoder som er pålitelig (valide) for det man ønsker å måle?	JA	UKLART	NEI
8) Er datainnsamlingen standardisert?	JA	UKLART	NEI
9) Er dataanalysen standardisert?	JA	UKLART	NEI
Hva forteller resultatene?			
10) Hva er resultatet i denne studien? Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?	66 % av kvinnene hadde tatt minst én celleprøve. Flertallet av de tyrkiske kvinnene visste at unormal vaginalblødning var symptom på livmorhalskreft, i tillegg til at flertallet var klar flere risikofaktorer for livmorhalskreft. Alder og antall barn blant		

	kvinnene er blant faktorer som påvirker screeningdeltakelsen. Studien belyser lavere screeningdeltakelse og manglende kunnskap om risikofaktorer for livmorhalskreft.		
Kan resultatene være til hjelp i min praksis			
11) Kan resultatene overføres til praksis?	JA	UKLART	NEI
12) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?	JA	UKLART	NEI
Artikkel 10: Jin Young Seo, Junxin Li & Kun Li (2018), USA <i>“Cervical cancer screening experiences among Chinese American immigrant women in the United States”.</i>			
Innledende vurdering			
1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	JA	UKLART	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	JA	UKLART	NEI
6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	UKLART	NEI
7) Er etiske forhold vurdert?	JA	UKLART	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	JA	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI
Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	JA	UKLART	NEI
Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Nyttige hvor det var fire hovedtemaer som ble identifisert: troen på en sunn livsstil, opprettholde personvern for kvinnelig helseproblemer, frykt for å miste kontroll samt føle seg sårbar i et ukjent helsevesen. Innvandrerkvinnene uttrykte sårbarhet relatert til systematiske barrierer hvor de		

	selv måtte klare å forstå helsesystemet i USA og hadde begrensede ressurser.		
Artikkel 11:			
Tahira Yeasmeen, Margaret Kelaher, Julia M. L Brotherton & Michael J. Malloy (2019), Australia <i>“Understand the participation in cervical screening of muslim women in Victoria, Australia from record-linkage data”.</i>			
Kan du stole på resultatene?			
1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	JA	UKLART	NEI
3) Ble eksponering presist målt?	JA	UKLART	NEI
4) Ble utfallet presist målt?	JA	UKLART	NEI
5) Forvekslingsfaktorer	JA	UKLART	NEI
a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?			
b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	JA	UKLART	NEI
6) Oppfølging	JA	UKLART	NEI
a) Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp?			
b) Ble personene fulgt opp lenge nok?	JA	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI
Hva er resultatene?			
7) Hva er resultatene?	Kvinner født i muslimske land og andre ikke-muslimske land hadde økt sannsynlighet for å være ikke-deltakende i screeningprogrammet sammenlignet med kvinner som var født i Australia. Kvinner født i muslimske land og i andre ikke-muslimske land som var innlagt på sykehus for perinatale årsaker hadde økt sannsynlighet for ikke-deltakelse i screeningprogrammet sammenlignet med kvinner født i Australia.		
8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	P-verdi <0,01 Konfidensintervall 95%		
9) Tror du på resultatene?	JA	UKLART	NEI
Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Kan resultatene overføres til praksis?	JA	UKLART	NEI
11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra annen forskning?	JA	UKLART	NEI

Artikkel 12:

Esther E. Idehen, Tellervo Korhonen, Anu Castaneda, Teppo Juntunen, Mari Kangasniemi, Anna-Maija Pietila & Päivikki Koponen (2017), Finland

“Factors associated with cervical cancer screening participation among immigrants of Russian, Somali and Kurdish origin: a population-based study in Finland”

Kan du stole på resultatene?

1) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
2) Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	JA	UKLART	NEI
3) Ble eksponering presist målt?	JA	UKLART	NEI
4) Ble utfallet presist målt?	JA	UKLART	NEI
5) Forvekslingsfaktorer	JA	UKLART	NEI
a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?			
b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	JA	UKLART	NEI
6) Oppfølging	JA	UKLART	NEI
a) Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp?			
b) Ble personene fulgt opp lenge nok?	JA	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI

Hva er resultatene?

7) Hva er resultatene?	Flere analyser viste at den mest signifikante faktoren som økte sannsynligheten for screeningdeltakelse i alle grupper, var om kvinnene hadde hatt minst én GU de siste fem årene. Andre faktorer var høyere utdanning, i arbeid, ha født barn samt lese- og skriveferdigheter på finsk eller svensk.		
8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	P- verdi 0,001 Konfidensintervall 95%		
9) Tror du på resultatene?	JA	UKLART	NEI

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10) Kan resultatene overføres til praksis?	JA	UKLART	NEI
11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra annen forskning?	JA	UKLART	NEI

Artikkel 13:

Esther E. Idehen, Pivikki Koponen, Tommi Härkänen, Mari Kangasniemi, Anna-Maija Pietilä & Tellervo Korhonen (2018), Finland

“Disparities in cervical screening participation: a comparison of Russian, Somali and Kurdish immigrants with the general Finnish population”.

Kan du stole på resultatene?

c) Er formålet med studien klart formulert?	JA	UKLART	NEI
d) Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	JA	UKLART	NEI
e) Ble eksponering presist målt?	JA	UKLART	NEI
f) Ble utfallet presist målt?	JA	UKLART	NEI
g) Forvekslingsfaktorer	JA	UKLART	NEI
c) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?			
d) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	JA	UKLART	NEI
h) Oppfølging (Ikke aktuell)	JA	UKLART	NEI
c) Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp?			
d) Ble personene fulgt opp lenge nok?	JA	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA	UKLART	NEI

Hva er resultatene?

7) Hva er resultatene?	Alder-juster screeningdeltakelse var følgende: Russiske (79%), Somaliske (41%) og Kurdiske (64%) sammenlignet med 94% blant finske kvinner. Videre justering for sosiodemografiske og helserelevante variabler viste alle innvandregrupper seg signifikant lavere sannsynlighet for screeningdeltakelse sammenlignet med finske kvinner.		
8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	95 % konfidensintervall		
9) Tror du på resultatene?	JA	UKLART	NEI

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10) Kan resultatene overføres til praksis?	JA	UKLART	NEI
11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra annen forskning?	JA	UKLART	NEI

Vedlegg 3: Oversikt over artikler og temaer

Artikkel ➔	1: Leino nen, Camp bell, Ursin , et al 2017	2: Leinon en, Campb ell, Klungs øy et al 2017	3: Møen et al. 2017	4: Gele et al. 2017	5: Møen et al. 2018	6: Her tzu m- Lar sen et al. 201 9	7: Azerk an et al. 2015	8: Brobe rg et al. 2018	9: Tor ama n et al. 201 8	10: Seo et al. 201 8	11: Yeas meen et al. 2019	12: Idehe n et al. 2017	13: Idehen et al. 2018
Tema ↓													
Sosioøkonomiske barrierer													
Innvandrer kvinner	X	X	X		X	X	X	X			X		
Økonomis ke forhold og utdanning	X	X	X	X		X		X	X	X		X	X
Alder	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	
Familieliv	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Oppholdsl enge	X		X	X		X	X		X	X		X	
Sosiokulturelle barrierer													
Kultursens itivitet				X	X		X			X			
Stigmatiser ing				X			X			X		X	X
Relasjon til fastlege	X	X	X	X	X	X				X			
Helekunns kap				X			X		X	X			
Språkbarri erer				X	X		X			X		X	
Strukturelle barrierer													
Organiseri ng av helsevesen et				X	X		X			X			
Tillit til helsevesen et		X		X	X		X			X			

X er de artiklene som er brukt i resultatene og **X** er de artiklene som inneholder temaene, men som ikke brukes i resultatene.

Vedlegg 4: Studentenes samarbeid i oppgaveskrivingen

Vi opplever at samarbeidet med masteroppgaven har gått bra. Før vi satt i gang med arbeidet av masteroppgaven var vi begge innforstått med den enkeltes styrker og svakheter og hva den enkelte kunne bidra med i masteroppgaveskrivingen. Vi har begge bidratt på lik linje og oppgavene har blitt fordelt oppgaver jevnt oss imellom. En av oss fikk tildelt hovedansvaret for referansehåndtering og EndNote, mens den andre har hatt ansvaret for omskriving av tekst for å at oppgaven skulle få en helhetlig språklig flyt. Vi hadde et ønske om å arbeide jevnt med en god arbeidsflyt gjennom hele masterskrivingen og var klar over at arbeidet med masteroppgaven var en fulltidsjobb. Underveis har vi for det meste sittet hver for oss grunnet Covid-19, men samarbeidet har fungert godt til tross for dette. Diskusjoner og samtaler har fungert godt på videoverktøyet Zoom og samtidig har vi hatt hyppige e-postkorrespondanse og telefonsamtaler. Veiledning har også fungert godt over Zoom. Vi har innsett at samtaler over Zoom har vært tidsbesparende for oss i oppgaveskrivingen og vi har utelukkende gode erfaringer med dette. Det har vært tider hvor motivasjonen for videre oppgaveskriving har stagnert. Da har vi kjent på hvor viktig det har vært for oss å skrive masteroppgave sammen. Dette har gjort at vi hele veien har klart å motivere hverandre for å oppnå et best mulig sluttresultat samtidig som det har vært godt å ha noen å diskutere masteroppgaven med.