

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Polske kvinners opplevelse av Mammografiprogrammet

Sameer Bhargava

Konstituert seksjonsoverlege og postdoktor

Onkologisk avdeling, Akershus universitetssykehus og Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet

Mona Chakroun

Kreftsykepleier

Onkologisk avdeling, Oslo universitetssykehus

Liv Halvorsrud

Professor

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Elżbieta Czapka

Førsteamanuensis

Sosiologisk avdeling, Universitetet i Gdańsk

Solveig Hofvind

Professor og leder

Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet og Mammografiprogrammet, Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet

Kvalitativ studie

Brystkreft

Screening

Innvandrerhelse

Deltakelse

Sykepleien Forskning 2024;19(96790):e-96790

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2024.96790](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2024.96790)

Sammendrag

Bakgrunn: Mammografiprogrammet tilbyr screening for brystkreft til alle kvinner i Norge som er i alderen 50–69 år. Innvandrere født i Polen har betydelig lavere oppmøte enn norskfødte kvinner. Polske innvandrere representerer den mest folkerike innvandrerguppen i Norge.

Hensikt: Utforske faktorer som kan være av betydning for polske innvandrerkvinnens deltakelse i Mammografiprogrammet.

Metode: Intervjuer av sju kvinner (53–59 år) født i Polen og bosatt i Norge danner grunnlaget for denne studien. Kvinnene hadde variert bakgrunn med tanke på utdanningsnivå, norskkunnskaper, arbeidsstatus og tilknytning til det norsk-polske miljøet. Vi utførte systematisk tekstkondensering med helsekompetanse som teoretisk rammeverk.

Resultat: Vi kategoriserte funnene i fem temaer som kunne si noe om hva som påvirket polske kvinners oppmøte i Mammografiprogrammet: «Kunnskap om brystkreft», «Undersøkelser for brystkreft», «Helsetjenester på tvers av landegrenser», «Fremmere og hemmere» og «Informasjon om Mammografiprogrammet».

Konklusjon: Kvinnene som ble intervjuet, anså Mammografiprogrammet som et viktig tilbud, men hadde varierende kunnskap om programmet. Deres helsekompetanse påvirket helsevalget. Deltakerne ønsket oversatt informasjon og bruk av alternative informasjonskanaler som tiltak for å øke polske innvandrerkvinnens oppmøte til mammografiscreening.

Introduksjon

Brystkreft er krefttypen som rammer flest kvinner i Norge og internasjonalt, og er den tredje dødeligste krefttypen blant kvinner i Norge (1, 2). Alle kvinner bosatt i Norge i alderen 50–69 år mottar tilbud om screening for brystkreft med mammografi annethvert år gjennom Mammografiprogrammet (3). Mammografiscreening har som mål å oppdage brystkreft i et tidlig stadium av sykdomsforløpet og redusere dødeligheten av sykdommen.

Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler screening for brystkreft til alle kvinner i en gitt aldersgruppe uavhengig av fødeland (4). Innvandrerkvinner i Norge får samme tilbud om mammografiscreening som norskfødte kvinner. Likevel har innvandrerkvinner hatt lavere deltakelse i Mammografiprogrammet, uavhengig av fødeland og sosioøkonomisk status (5, 6). Funnene samsvarer med studier i andre land (7).

Den største innvandrergruppen i Norge kommer fra Polen, og det bor i dag mer enn 100 000 innvandrere fra Polen i landet (8). De polske innvandrerne oppsøker fastlegen sjeldnere når de føler seg syke enn hva de gjorde da de bodde i Polen (9), og har lavere oppmøte til mammografi-, livmorhals- og tarmscreening (5, 10, 11).

Mammografiscreening tilbys også til kvinner i Polen. Fra november 2023 har kvinner i alderen 45–74 år blitt tilbudt gratis mammografiscreening annethvert år uten henvisning gjennom det nasjonale helsefondet som styrer helsetilbudet (12).

Før november 2023 gjaldt tilbudet om mammografiscreening samme målgruppe som i Norge: kvinner i alderen 50–69 år. Oppmøtet til mammografiscreening i Polen er lavere enn i Norge. Mens oppmøtet i Mammografiprogrammet har vært over 75 prosent for norskfødte kvinner og 51 prosent for innvandrere fra Polen, er det rapportert at oppmøtet til mammografiscreening i Polen har vært 37 prosent (5, 13).

Selv om et tilbud eksisterer, kan beliggenhet, åpningstider, kostnader, om tilbudet aksepteres av målgruppen, og andre faktorer begrense tilbudets tilgjengelighet (14). Dersom tilgjengeligheten til mammografiscreening er systematisk dårligere for innvandrere enn for norskfødte, kan det bety at helsetilbudet ikke er likeverdig, altså at tilbudet har dårligere kvalitet, er mindre tilgjengelig eller gir dårligere resultater for innvandrere enn for norskfødte (15). Samme deltakelse bør derfor tilstrebes for alle grupper som inviteres til Mammografiprogrammet.

Helsekompetansen blant polske innvandrere ble kartlagt i 2020–2021 (16). Kartleggingen viste at en av tre polske innvandrere i Norge var på eller under det laveste nivået for generell helsekompetanse. Dette nivået innebærer at de mest sannsynlig vil ha utfordringer med å forstå det legen sier, og informasjon om behandlingsvalg samt finne informasjon om behandling og sykdommer. Det er derfor naturlig å tro at polske innvandrere kan oppleve vanskeligheter med å forstå og nyttiggjøre seg av helsetjenester i Norge.

Helsekompetanse kan forstås som hvordan helseinformasjon identifiseres og omdannes til kunnskap og handling (17). Sørensen og medarbeidere (18) viser til fire kompetanser knyttet til helsekompetanse: å få tak i, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon. Helsekunnskap og helseforståelse fremsto som svært relevante begreper da vi leste gjennom de transkriberte intervjuene. Derfor ble helsekompetanse valgt som teoretisk rammeverk.

Hensikten med denne studien var å utforske faktorer som kan være av betydning for polske innvandrerkvinnens deltakelse i Mammografiprogrammet.

Metode

Vi utførte en kvalitativ studie basert på intervjuer av sju kvinner som var født i Polen og bosatt i Norge på intervjutidspunktet. Intervjuene ble utført i perioden juni til november 2021. Kvinnene ble intervjuet om tarmkreft, brystkreft og screening. I tillegg til disse sju kvinnene intervjuet vi også tre menn om tarmkreft og tarmscreening. Funn fra delen som omhandlet tarmscreening, er publisert i en egen artikkel (19).

Denne artikkelen omhandler materialet om brystkreft og mammografiscreening.

Gjennomføring og datainnsamling

Denne studien ble designet og initiert av første- og sisteforfatteren. Intervjuene ble gjennomført av første- og fjerdeforfatteren. Førsteforfatteren er mannlig lege som har norsk som sitt hovedspråk. Fjerdeforfatteren er kvinnelig sosiolog som snakker norsk, men har polsk som hovedspråk. Intervjuene med norskspråklige deltakere ble gjennomført av førsteforfatteren, og intervjuene med polkspråklige deltakere ble gjennomført av fjerdeforfatteren.

Deltakerne utgjorde et bekvemmelighetsutvalg (20), men vi oppnådde likevel variasjon i utdanning, yrkesstatus, botid i Norge, språkferdigheter i norsk og tilknytning til det norsk-polske miljøet (tabell 1). Ettersom vi ønsket å intervju deltakere som var i målgruppen, både for mammografi- og tarmscreening, var deltakerne i aldersgruppen 50–60 år. Noen av dem ble rekruttert gjennom nettverkene til intervjuerne. Øvrige deltakere ble rekruttert gjennom den største nettportalen for polakker i Norge: «Moja Norwegia».

Tabell 1. Oversikt over sosiodemografiske data

Pseudonym	Alder	Norske språk-kunnskaper	Høyere utdanning*	I arbeid	Botid i Norge**
Laura	56	Grunnleggende	Ja	Ja	> 15 år
Maja	59	Gode	Ja	Ja	> 15 år
Julia	59	Begrenset/ingen	Nei	Nei	≤ 15 år
Hanna	56	Begrenset/ingen	Ja	Nei	≤ 15 år
Katja	53	Gode	Ja	Ja	> 15 år
Maria	55	Gode	Ja	Ja	> 15 år
Milena	58	Gode	Nei	Ja	> 15 år

*Med høyere utdanning menes utdanning på høyskole-/universitetsnivå.

**For å redusere risikoen for gjenkjenne har vi skilt mellom over og under 15 års botid, slik at det er flere personer i hver kategori. Av de to personene med ≤ 15 års botid hadde en person bodd i Norge mindre enn 10 år.

Den pågående covid-19-pandemien var en utfordring for å få gjennomført intervjuene. Det ble vanskelig for vår polskspråklige intervjuer å reise til Norge, og det ble også vurdert som uforsvarlig å møte deltakerne fysisk. Intervjuene ble derfor gjennomført over telefon. Dette førte til at vi ikke fikk observert ikke-verbal kommunikasjon. Til gjengjeld kunne vår polskspråklige intervjuer gjennomføre intervjuer med kvinner i Norge fra Polen på en trygg måte, som ivaretok covid-19-restriksjoner. Vi fikk intervjuet kvinner fra store deler av den sørlige delen av Norge.

Intervjuene var semistrukturerte og basert på en intervjuguide (20) (figur 1). Deltakerne ble informert om at vi ikke var ute etter rett eller galt svar, men at vi ønsket en dialog for å forstå deres synspunkter. Transkripsjonene på polsk ble oversatt fra polsk til norsk av Tolkenett.

Figur 1. Utdrag fra intervjuguiden

	Når jeg sier brystkreft, hva tenker du på? / Hva er dine tanker om brystkreft?
	Bør man forebygge brystkreft? Hvorfor eller hvorfor ikke?
	Hva vet du om brystkreftscreening? / Kan du forklare hva brystkreftscreening er?
	Burde man gå til brystkreftscreening? Hvorfor eller hvorfor ikke?
	Hva ønsker du å vite om brystkreftscreening? / Er det noe du ønsker å vite om brystkreftscreening?
	Hvor og hvordan skaffer du deg / ønsker du å motta informasjon om brystkreftscreening?

Analyse

Vi analyserte dataene ved å bruke systematisk tekstkondensering som beskrevet av Malterud (21). Andreforfatteren hadde hovedansvaret for analysen som en del av sin mastergrad i helsevitenskap med spesialisering innen kreftsykepleie. Transkripsjonene ble lest gjentatte ganger før tekst av interesse ble kodet og gruppert i kodegrupper. Andre- og tredjeforfatteren diskuterte kodegruppene og identifiserte meningsbærende enheter. Innholdet fra de meningsbærende enhetene ble deretter hentet ut og kondensert.

Til slutt ble funnene satt sammen i fortolkende synteser med endelige temaer. Vi gikk gjennom de endelige temaene og medfølgende analytisk tekst og kontrollerte dem opp mot de originale intervjuene og/eller de oversatte transkripsjonene. I presentasjonen av resultatene har vi gitt deltakerne pseudonymer. Flere deltakere fikk tilbud om deltakersjekk, men ingen takket ja til dette.

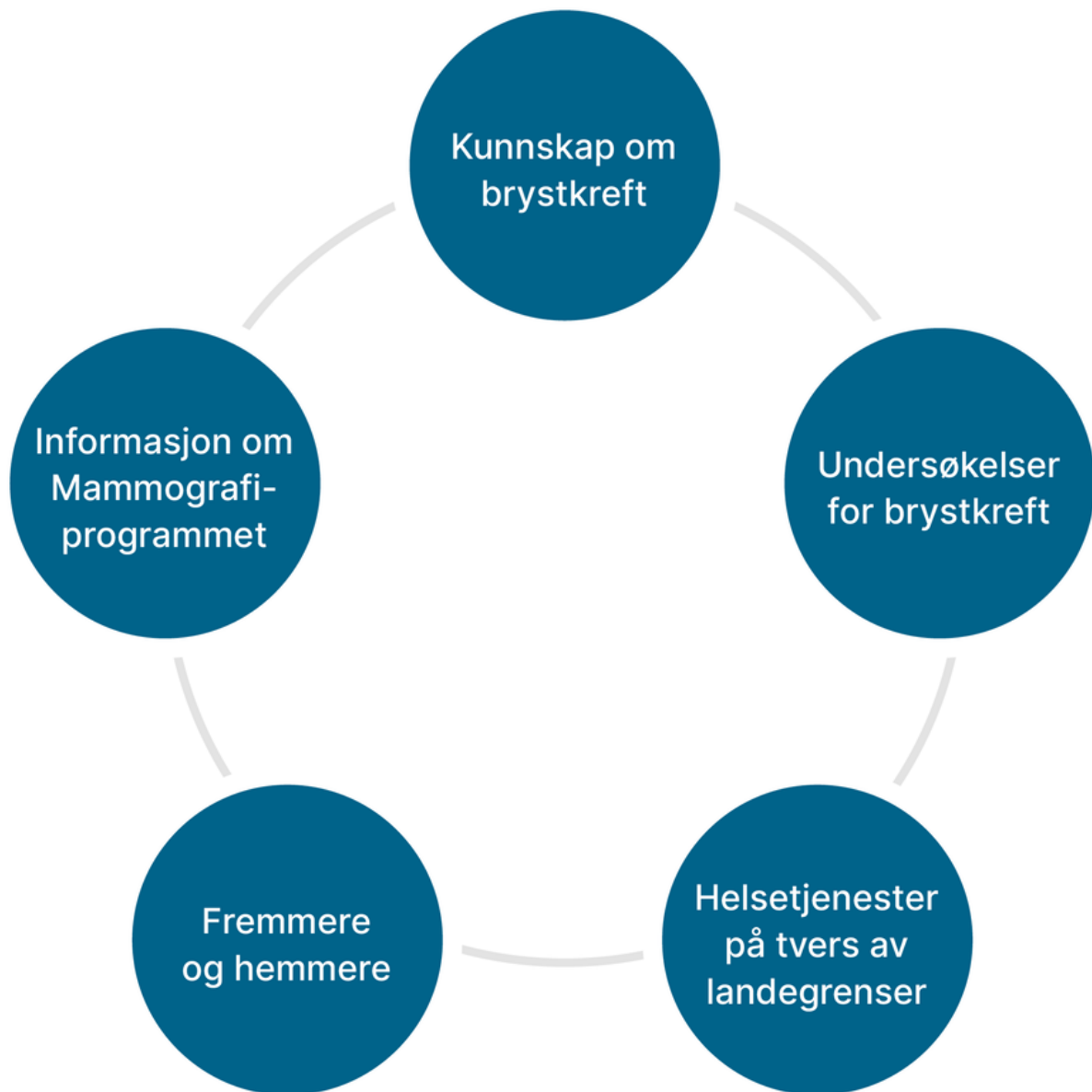
Etiske betraktninger

Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus godkjente studien (referansenummer 20/15902). I tråd med tilslutningen fra Personvernombudet forsikret intervjuerne seg om at deltakerne forsto innholdet i samtykkeskjemaet før vi innhentet muntlig samtykke. Alle transkripsjoner og oversettelser som ble brukt i denne studien, var aidentifiserte ved at vi fjernet navn og annen direkte identifiserende informasjon.

Resultater

Vi presenterer våre funn gjennom fem temaer som har betydning for polske innvandrerkvinnens oppmøte til mammografiscreening (figur 2).

Figur 2. Oversikt over temaer av betydning for polske innvandrerkvinneres deltakelse i Mammografiprogrammet



Kunnskap om brystkreft

Kvinnene fremsto som om de hadde god kunnskap om brystkreft og kjennskap til risikofaktorer for å utvikle brystkreft. De nevnte blant annet kosthold, livsstil, gener og tilfeldigheter eller uflaks. Flere nevnte at Mammografiprogrammet og amming kan forebygge utvikling av brystkreft.

Likevel følte flere seg usikker på om de kunne nok om brystkreft. Noen fremsto som om de var ambivalente til å tilegne seg mer kunnskap om brystkreft, som beskrevet av Hanna:

«Jeg vet ikke [om jeg vil vite mer om brystkreft]. For å være ærlig så gjør det ikke så stor forskjell for meg. Det viktige er om jeg er frisk eller ikke. Ting jeg anser som unødvendig, dropper jeg bare.»

De fleste kvinnene ønsket imidlertid mer informasjon om brystkreft. Maja ønsket at det skulle informeres mer om hvor alvorlig kreft er, slik at flere får utført mammografi og oppdager sykdommen på et tidlig stadium.

Kreft ble av mange forbundet med frykt og alvorlig sykdom. Katja forklarte:

«Folk tenker at om du får kreft, vil du aldri kunne bli frisk, og du vil kun leve noen måneder.»

Også flere av de andre kvinnene beskrev liknende negative tanker om kreft. De uttrykte for eksempel at selve ordet «kreft» ga bekymring og skapte redsel.

Undersøkelser for brystkreft

Flere av kvinnene undersøkte egne bryster, noen regelmessig, og andre mer sporadisk. De fleste kjente til Mammografiprogrammet. Noen hadde hørt om tilbudet fordi de hadde fått invitasjon til å delta. Den ene deltakeren som hadde hatt brystkreft tidligere, hadde ikke hørt om Mammografiprogrammet.

Maja hadde ikke hørt om tilbudet før hun ble invitert og mente at dette var et godt tilbud som tok vare på henne. Likevel opplevde hun invitasjonen som masete og at den kom ut av det blå. Hun følte seg forpliktet til å gjennomføre et tilbud hun tidligere ikke hadde hørt om.

Kvinnene hadde ulikt syn på hensikten med og viktigheten av Mammografiprogrammet. Maria var svært positiv og forklarte entusiastisk:

«Jeg ville ha løpt og tatt undersøkelsen med én gang.»

Hun forklarte likevel om et tidligere tilfelle der hun hadde det travelt og la vekk innkallelsen til Mammografiprogrammet. Hun fant den først igjen noen måneder senere:

«Jeg var ikke bekymret for det, så jeg glemte det rett og slett. Jeg la vekk brevet og fant det igjen noen måneder senere.»

De negative kommentarene omhandlet gjerne hvordan deltakerne mente at *andre* polske kvinner tenkte. Frykt for resultatet ble foreslått som årsak til at noen ikke ville møte til mammografiscreening, som Katja sa det:

«Man tenker at kreft er skummelt, og at det er bedre å ikke vite.»

Laura mente at mange polakker tenker at mammografi er farlig og kan føre til brystkreft. Milena forklarte at om en kvinne ikke er villig til å delta på screening, kan det være vanskelig å overbevise personen.

Helsetjenester på tvers av landegrenser

Transnasjonalisme kan beskrives som et spekter av menneskelige aktiviteter som skjer på tvers av landegrenser (22). Transnasjonalitet kom til uttrykk i hvordan deltakerne forholdt seg til helsevesenet i Norge versus Polen. De fleste kvinnene anga at de hovedsakelig benyttet seg av det norske helsevesenet. For noen var det en selvfølge å delta i Mammografiprogrammet, som beskrevet av Milena:

«Jeg er selvfølgelig en del av screeningprogrammet i Norge. Jeg har ingen fastlege i Polen, så jeg gjennomfører alle undersøkelsene mine her.»

Likevel forklarte Milena, i likhet med andre deltakere, at det var andre helseundersøkelser hun gjennomførte i Polen, blant annet dersom det var lang ventetid i Norge. Julia beskrev screeningtilbudet i Polen som svært tilgjengelig:

«Jeg dro som turist. Jeg dro på ferie og møtte en 'mammobuss'. De var der, og undersøkelsen var gratis.»

Hanna fortalte at hun fikk tilbud om mammografiscreening både i Polen og Norge, men at hun kun benyttet seg av det norske tilbudet. En annen kvinne fortalte at hun tidligere benyttet seg av helsevesenet i Polen selv om hun bodde i Norge, men at hun nå brukte det norske.

Katja forklarte at selv om det finnes et screeningtilbud i Polen, blir det ikke benyttet av polske kvinner. Milena, derimot, fortalte at alle hun kjente, både i Polen og Norge, deltok på mammografiscreening.

Fremmere og hemmere

Kvinnene beskrev flere faktorer som fremmet eller hemmet deltakelse i Mammografiprogrammet. De fleste av deltakerne mente at språk kunne forhindre deltakelse, og at invitasjonsbrev på eget morsmål kunne motivere til å delta. Hanna forklarte:

«Det ville vært perfekt om de kunne sett nasjonaliteten ett sted i systemet, og så satt polsk som språk i invitasjonen.»

Hun mente likevel at det er mulig å forstå viktigheten av invitasjonen, selv om den er på norsk, ettersom ordet «mammografi» står i brevet, og det finnes gode oversettelsesapper. Hanna beskrev hvordan språkutfordringer kunne gjøre det vanskelig å navigere i helsevesenet. Hun følte seg ikke helt stødig i norsk og hadde forsøkt å bestille tolk til undersøkelsen, men fått beskjed om at hun ikke hadde rett til dette.

Flere ytret ønske om mer informasjon om undersøkelsen. Laura ønsket at invitasjonsbrevet inneholdt informasjon om mulige ulemper og fordeler ved mammografiscreening. Noen mulige ulemper ble oppfattet ulikt av kvinnene. Mens Julia rapporterte om smerter i flere dager etter undersøkelsen, stilte Maria spørsmål om hvorvidt smerter i det hele tatt var en hemmer, ettersom hun selv ikke anså undersøkelsen som smertefull. Ikke alle var klar over at det finnes ulemper, som illustrert av Maria:

«Ulemper? Jeg vet ikke noe om ulemper [ved mammografiscreening].»

Maja mente det ikke var nødvendig å informere om ulempene ved screening i invitasjonen. Hun mente at det kunne virke mot sin hensikt.

Flere av kvinnene uttrykte at involvering av fastlegen kunne fremme deltakelse i Mammografiprogrammet, som illustrert av Hanna:

«Fastlegen burde sende informasjon på polsk og norsk, og med noen skremmende bilder av brystkreft.»

Også andre etterlyste bilder. Mens noen mente at bilder av kreft kunne fremme oppmøte til screening, foreslo Laura å sende bilde av hva en screeningundersøkelse innebærer, for å skape en forventning om hva som møter en.

Informasjon om Mammografiprogrammet

Kvinnene omtalte Mammografiprogrammet som et godt organisert tilbud som tok vare på dem. Det kom mange ideer til hvordan man kunne få flere polske kvinner til å delta i screeningprogrammet. Noen foreslo at Mammografiprogrammet burde be om bekreftelse på at invitasjonen var mottatt. Andre anså tilbudet som så viktig at det ikke burde være valgfritt å delta, som foreslått av Laura:

«De [Mammografiprogrammet] burde skrive at det er obligatorisk for polske folk.»

Flere deltakere beskrev at de innhentet informasjon proaktivt fra flere offentlige og private kilder for å få informasjonen man trenger. Hanna forklarte:

«Det viktigste en kan gjøre er å holde øyne og ører åpne.»

De fleste deltakerne nevnte at de ønsket informasjon om brystkreft og mammografiscreening fra fastlegen. De ønsket informasjon om kreft og screening gjennom flere offentlige kanaler som tv, radio og aviser. Internettportaler for polakker i Norge ble også foreslått som en informasjonskanal.

Diskusjon

I denne studien med kvalitative intervjuer av sju innvandrerkvinner fra Polen utforsket vi faktorer som kan være av betydning for polske innvandrerkvinnens deltakelse i Mammografiprogrammet. Ved å benytte helsekompetanse som teoretisk rammeverk identifiserte vi flere faktorer som kan være relevante for at de skal delta i programmet.

Mange innvandrere fra Polen sammenlikner helsetilbudet i hjemlandet med det norske (23). Det kan ha ført til at noen deltakere benyttet seg av helsetilbud i Polen, spesielt før de ble kjent med det norske helsevesenet. Selv om polske innvandrere i Norge har lavt oppmøte til Mammografiprogrammet sammenliknet med norskfødte, har de likevel høyere gjennomsnittlig oppmøte enn i det polske screeningprogrammet (5, 13).

Selv om en tjeneste eksisterer, kan den likevel være utilgjengelig for målgruppen. Tilbudet om tjenesten må også forstås av den som mottar det, aksepteres, være fysisk tilgjengelig, kostnadmessig akseptabelt og passende (14).

Studier fra andre land har i så måte identifisert flere barrierer for mammografiscreening blant innvandrere, både på individnivå, sosialt eller kulturelt og på systemnivå (24, 25). Eksempler er kostnader, transport, vanskeligheter med å navigere i helsevesenet, språkvansker, manglende oversettelser, manglende sosialt nettverk, kulturelle normer, manglende kunnskap og samtidighetskonflikter. Noen av disse faktorene ble også fremhevet i vår studie, som vi diskuterer i de neste avsnittene.

En dansk studie med innvandrere fra Somalia, Tyrkia, India, Iran, Pakistan og arabisktalende land viste at selv med kunnskap om brystkreft og mammografiscreening ble ikke oppmøte til screening prioritert (26).

Den danske studien fremhevet at kvinnene strevde med å opprettholde transnasjonale bånd samt var opptatt med hverdagslige gjøremål, som ga lite rom for bekymringer om brystkreft. Det samme kan gjelde kvinnene i vår studie. De hadde kunnskap om brystkreft og screening, men kunne likevel glemme å møte opp til Mammografiprogrammet eller opplevde invitasjonen som masete.

Språkvansker blir ofte trukket frem som hemmende for å delta i screeningprogrammer (27). Også i andre studier har innvandrergruppers behov for oversatt informasjon blitt trukket frem som en hemmer for å delta i ulike screeningprogrammer i Norge (19, 28–31). Mammografiprogrammet gjennomførte nylig en randomisert kontrollert studie, der innvandrere fra fem språkgrupper, inkludert polsk, fikk invitasjon til mammografiscreening enten kun på norsk eller både på norsk og deres antatte morsmål (32).

Studien viste at oppmøtet blant innvandrere fra Polen ikke var forskjellig for dem som mottok invitasjon kun på norsk, sammenliknet med dem som i tillegg fikk samme informasjon på polsk. Dette funnet kan indikere at skriftlig oversatt informasjon alene ikke er nok til å øke deltakelsen, men bør suppleres med andre tiltak.

Deltakerne i den samme studien og i en studie med pakistanske kvinner (31) foreslo alternative informasjonsmetoder for å øke oppmøtet til mammografiscreening, inkludert å involvere fastlegen og bruke andre informasjonskanaler enn tilsendt skriftlig informasjon. På Kreftregisterets og Mammografiprogrammets hjemmesider finnes informasjon om fordeler og ulemper ved å delta i screening samt videoer med muntlig informasjon på flere språk (33).

Studien vår gir verdifull innsikt i hvilket forhold innvandrere fra Polen har til mammografiscreening. Studien har flere begrensninger. To av kvinnene hadde gjennomgått behandling for kreft, hvorav en for brystkreft. Vi antar derfor at deltakerne i studien var mer opptatt av kreft enn innvandrere fra Polen generelt.

Det lave antallet deltakere representerer også en begrensning. Deltakerne var en del av en gruppe på ti menn og kvinner, der begge kjønn ble intervjuet om tarmkreft og tarmscreening, mens kun kvinnene ble intervjuet om brystkreft og mammografiscreening.

Opprinnelig planla vi å gjennomføre tolv intervjuer, men etter ti intervjuer vurderte vi at intervjuene ga lite ny informasjon. Intervjuene er oversatt flere ganger, som gir risiko for at mening kan gå tapt. Første- og fjerdeforfatteren kvalitetssikret imidlertid funnene andreforfatteren har beskrevet, og har bekreftet at de stemmer overens med intervjuene.

Alle deltakerne i studien vår hadde lang botid i Norge, som også er en svakhet. Vi ønsket dessuten å intervju polske kvinner med kort botid, men klarte ikke å få tak i kvinner som hadde kortere enn sju års botid i Norge. Vi inkluderte deltakere med varierte norskkunnskaper og ulik tilknytning til det norske samfunnet. Selv om kvinnene hadde relativt lang botid, representerte de et bredt utvalg med mange synspunkter, som ga et rikt datasett.

Konklusjon

Med helsekompetanse som teoretisk rammeverk belyser våre funn ulike faktorer som kan være av betydning for polske innvandrerkvinnens deltakelse i Mammografiprogrammet. Deltakerne hadde varierende kunnskap om Mammografiprogrammet, men anså det som et viktig helsetilbud. For at flere polske innvandrere skal møte opp til Mammografiprogrammet, foreslo de blant annet å oversette informasjon og bruke alternative informasjonskanaler.

Disse fremgangsmåtene kan supplere informasjonen potensielle deltakere i kreftscreeningprogrammer mottar, og kan bli brukt for å øke innvandreres mulighet til å ta et informert valg om å delta i Mammografiprogrammet. Funnene våre vil bli brukt av Mammografiprogrammet i arbeidet med å revidere informasjonsmaterialet som sendes til kvinnene som inviteres til mammografiscreening. Funnene våre er også interessante for helsepersonell og beslutningstakere som jobber for likeverdige helsetjenester.

Takksigelser

Vi ønsker å takke Paula Berstad for å ha muliggjort denne studien gjennom prosjektet ImmigrantScreen. Vi ønsker også å takke alle kvinnene som tok seg tid til å delta i intervjuer og dele sine viktige og innsiktsfulle betraktninger med oss.

Finansiering

Studien er del av et prosjekt støttet av Kreftforeningen (referanse 213396–2019).

Interessekonflikt

Sameer Bhargava har deltatt i et nordisk ekspertpanel for trippelnegativ brystkreft i regi av Gilead. Dette oppdraget ble avsluttet medio januar 2024. Han vil motta en økonomisk kompensasjon på 20 000 kr for dette.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



BETYDELIG LAVERE OPPMØTE: Innvandrerkvinner har lavere deltakelse i Mammografiprogrammet. Den største innvandrergruppen i Norge kommer fra Polen. *Illustration photo: Christine Olsson / TT / NTB*

1. Kreftregisteret. Cancer in Norway 2022 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2013.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–49. DOI: [10.3322/caac.21660](https://doi.org/10.3322/caac.21660)
3. Kreftregisteret. Cancer in Norway 2016 – special issue: The Norwegian Breast Cancer Screening Program 1996–2016: celebrating 20 years of organised mammographic screening. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2017.
4. Lauby-Secretan B, Loomis D, Straif K. Breast-cancer screening: viewpoint of the IARC working group. N Engl J Med. 2015;372(24):2353–8. DOI: [10.1056/NEJMSr1504363](https://doi.org/10.1056/NEJMSr1504363)
5. Bhargava S, Tsuruda K, Moen K, Bukholm I, Hofvind S. Lower attendance rates in immigrant versus non-immigrant women in the Norwegian Breast Cancer Screening Programme. J Med Screen. 2018;25(3):155–61. DOI: [10.1177/0969141317733771](https://doi.org/10.1177/0969141317733771)
6. Le M, Hofvind S, Tsuruda K, Braaten T, Bhargava S. Lower attendance rates in BreastScreen Norway among immigrants across all levels of socio-demographic factors: a population-based study. J Public Health. 2018;27:229–40. DOI: [10.1007/s10389-018-0937-1](https://doi.org/10.1007/s10389-018-0937-1)
7. Bhargava S, Moen K, Qureshi SA, Hofvind S. Mammographic screening attendance among immigrant and minority women: a systematic review and meta-analysis. Acta Radiol. 2018;59(11):1285–91. DOI: [10.1177/0284185118758132](https://doi.org/10.1177/0284185118758132)
8. Statistisk sentralbyrå. Fakta om innvandring [internett]. Statistisk sentralbyrå; u.å. [hentet 13. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
9. Czapka E. The health of Polish labour immigrants in Norway: a research review. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse; 2010. NAKMI-rapport 3/2010.
10. Leinonen MK, Campbell S, Ursin G, Trope A, Nygard M. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in Norway. Eur J Public Health. 2017;27(5):873–9. DOI: [10.1093/eurpub/ckx093](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx093)
11. Bhargava S, Botteri E, Berthelsen M, Iqbal N, Randel KR, Holme O, et al. Lower participation among immigrants in colorectal cancer screening in Norway. Front Public Health. 2023;11:1254905. DOI [10.3389/fpubh.2023.1254905](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1254905)
12. Narodowy Fundusz Zdrowia. Aktualności Centrali [internett]. Narodowy Fundusz Zdrowia; u.å. [hentet 9. april 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/mammografia-i-cytologia-wazne-zmiany-w-programach-profilaktycznych-na-nfz,8497.html>
13. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). State of health in the EU. Poland. Country health profile 2023 [internett]. OECD, u.å. [hentet 24. august 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/f597c810-en.pdf?expires=1724481234&id=id&accname=guest&checksum=7447186093743E203986AA16A2539F53>

14. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centered access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18. DOI: [10.1186/1475-9276-12-18](https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18)
15. Kompetansebroen. Introduksjon til migrasjonshelse og likeverdige helsetjenester [internett]. Nordbyhagen: Kompetansebroen; u.å. [hentet 25. mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.kompetansebroen.no/article/introduksjon-til-migrasjonshelse-og-likeverdige-helsetjenester>
16. Le C, Finbråten H, Pettersen K, Guttersrud Ø. Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. Befolkningens helsekompetanse, del II. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Rapport IS-2988.
17. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K. International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan. Chicago: Policy Press; 2019.
18. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. DOI: [10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80)
19. Bhargava S, Czapka E, Hofvind S, Kristiansen M, Diaz E, Berstad P. Polish immigrants' access to colorectal cancer screening in Norway: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1332. DOI: [10.1186/s12913-022-08719-3](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08719-3)
20. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. 2. utg. London: Sage; 2011.
21. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
22. Schiller N, Basch L, Blanc C. From immigrant to transmigrant: theorizing transnational migration. *Anthropol Q*. 1995;68(1):48–63. DOI: [10.2307/3317464](https://doi.org/10.2307/3317464)
23. Czapka EA, Sagbakken M. «Where to find those doctors?» A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):460. DOI: [10.1186/s12913-016-1715-9](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9)
24. Adunlin G, Cyrus JW, Asare M, Sabik LM. Barriers and facilitators to breast and cervical cancer screening among immigrants in the United States. *J Immigr Minor Health*. 2019;21(3):606–58. DOI: [10.1007/s10903-018-0794-6](https://doi.org/10.1007/s10903-018-0794-6)
25. Sarma EA. Barriers to screening mammography. *Health Psychol Rev*. 2015;9(1):42–62. DOI: [10.1080/17437199.2013.766831](https://doi.org/10.1080/17437199.2013.766831)
26. Kessing LL, Norredam M, Kvernrod AB, Mygind A, Kristiansen M. Contextualising migrants' health behaviour – a qualitative study of transnational ties and their implications for participation in mammography screening. *BMC Public Health*. 2013;13:431. DOI: [10.1186/1471-2458-13-431](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-431)
27. Honein-AbouHaidar GN, Kastner M, Vuong V, Perrier L, Daly C, Rabeneck L, et al. Systematic review and meta-study synthesis of qualitative studies evaluating facilitators and barriers to participation in colorectal cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016;25(6):907–17. DOI: [10.1158/1055-9965.EPI-15-0990](https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-0990)

28. Gele AA, Qureshi SA, Kour P, Kumar B, Diaz E. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *Int J Womens Health*. 2017;9:487–96. DOI: [10.2147/IJWH.S139160](https://doi.org/10.2147/IJWH.S139160)
29. Bhargava S, Hofvind S, Moen K. Gender, letters, relatives, and God: mediating actors in mammographic screening among Pakistani women in Norway. *Acta Radiol Open*. 2019;8(9):2058460119875015. DOI: [10.1177/2058460119875015](https://doi.org/10.1177/2058460119875015)
30. Czapka E, Knobloch M. Innvandrere vil vite mer om kreft. *Tidsskr Sykepl*. 2014;102(14):54–6. DOI: [10.4220/sykepleiens.2014.0167](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0167)
31. Enoksen M. Betydningen av kunnskap: innvandrerkvinner syn på deltakelse i mammografiprogrammet. En kvalitativ studie [masteravhandling]. Oslo: Oslomet – storbyuniversitetet; 2019.
32. Hofvind S, Iqbal N, Thy JE, Mangerud G, Bhargava S, Zackrisson S, et al. Effect of invitation letter in language of origin on screening attendance: randomised controlled trial in BreastScreen Norway. *BMJ*. 2023;382:e075465. DOI [10.1136/bmj-2023-075465](https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075465)
33. Kreftregisteret. Informasjonsfilmer mammografi [internett]. Oslo: Kreftregisteret; 16. oktober 2023 [oppdatert 22. april 2024; hentet 13.01.2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/screening/mammografiprogrammet/informasjonsfilm-mammografi/>