

Institutionen för omvårdnad,

**Kunskap, förtrogenhet och upplevd vårdkvalitet
-barnmorskors resonemang och kvinnors erfarenheter och
upplevelser på den populationsbaserade cervixscreeningen i
Stockholm**

Eva-Lisa Lundgren



**Karolinska
Institutet**

Stockholm 2006

De tidigare tryckta arbetena är reproducerade med tillstånd från utgivaren

Tryckt hos universitetsservice US-AB, digitaltryck, Stockholm, Sverige

© Eva-Lisa Lundgren
ISBN 91-7140-699-9

Institutionen för omvårdnad, Karolinska Institutet

**Kunskap, förtroenhet och upplevd vårdkvalitet
-barnmorskors resonemang och kvinnors erfarenheter och
upplevelser på den populationsbaserade cervixscreeningen i
Stockholm**

av
Eva-Lisa Lundgren

Akademisk avhandling

som för avläggande av filosofie licentiatexamen vid Karolinska Institutet offentligen försvaras
på svenska språket i hörsal gröna, Alfred Nobels Allé 23, Karolinska Institutet, Campus
Huddinge, kl.9.00 fredagen den 7 april 2006



**Karolinska
Institutet**

Huvudhandledare:

Med Dr Birgitta Klang
Institutionen för omvårdnad,
Karolinska Institutet

Bihandledare:

Med Dr Ylva Rodvall
Institutionen för onkologi och patologi,
Karolinska Institutet
Docent Elisabeth Granström
Institutionen för omvårdnad
Karolinska Institutet

Betygsnämnd:

Docent Ingela Rådestad
Institutionen för vård- och
folkhälsovetenskap, Mälardalens
Högskola
Docent Maria Carlsson
Institutionen för folkhälso- och
vårdvetenskap, Uppsala Universitet
Docent Ann Langius-Eklöf Institutionen
för omvårdnad
Karolinska Institutionen

Stockholm 2006

Abstract

The current study is part of an interdisciplinary project on population-based screening for cervical cancer, entitled 'Between Sickness and Health: A Multidisciplinary Study of a Population-based Cervical Screening Programme in the Stockholm-Gotland Region'. This interdisciplinary research project commenced in 1995 in order to generate a multi-faceted overview of cervical cancer screening. In this part of the research project, an investigation was made into midwives' knowledge of and familiarity with cancer and cancer prevention (subsidiary study I) and how women participating in screening evaluate the health care received at follow-up appointments with midwives (subsidiary study II).

Subsidiary study I. The purpose of this article was to investigate how midwives describe their work with cervical cancer screening, their familiarity with the disease and its prevention. Twenty-one midwives from seven gynaecological clinics participated in a qualitative interview study. A semi-structured questionnaire was used to examine the attitudes of the midwives in regard to the risks and benefits of the screening programme, the at-risk factors for cervical cancer, test reliability, 'sources' of information/knowledge relevant to cervical cancer and screening, and how the midwives describe their role in the screening programme. The results showed that the midwives saw themselves as having an important role in regard to women's health, and their own confidence in their ability to receive patients also reflected a sense of having a central and important role within the screening programme. In regard to the midwives' assessment of risks and benefits of the work with cancer screening, it was revealed that they felt there were gaps in their knowledge of gynaecological cancer, the processes surrounding the test and that they lacked feedback. The midwives stated that they lacked relevant knowledge about cancer and cancer prevention, but felt they were very familiar with the testing technique. They felt that there was a lack of further professional development in these areas after completion of their midwifery training.

Subsidiary study II. The purpose of this article was to describe the quality of care and patient satisfaction in a population-based cervical cancer screening programme for women with documented cell abnormality. The women in the screening programme whose pap-smear tests revealed varying degrees of cell abnormality were referred directly from the pathology/cytology lab to a gynaecological clinic. The women were then given an appointment for examination and further investigation. Many women had to wait for the test results and an appointment with the gynaecologist, the wait being anything from a couple of weeks to six months. In 1996, the Stockholm-Gotland Oncology Centre initiated a pilot scheme in which women with abnormal cell tests were contacted by a midwife at the maternity clinic. The midwife had an additional meeting with the women to give them information about their abnormal test results and they were given the opportunity to ask questions and continue to discuss health care. In order to evaluate the women's perceptions of this care, a follow-up survey was conducted using the questionnaire QPP (quality from a patient perspective). The model describes quality of care in four dimensions: medical-technical competence, physical-technical competence, identity-orientation in attitudes and actions, and socio-cultural atmosphere. In this study, questions related to physical-technical competence were excluded as they were not relevant. One context-specific factor with four questions was added. In total, the questionnaire contained twenty six questions measuring eight factors in three dimensions, plus the four context-specific questions. Seventy-five women with cell morphology answered the questionnaire. Thirty-seven of these women (the intervention group) had received one additional meeting with a midwife to enhance but not replace the information provided by the gynaecologist. The remaining thirty-eight women (control group) only received standard appointments for examination and discussion with the gynaecologist. The results for the whole group of women showed that the most highly rated aspects of perceived reality were medical care, information prior to intervention, respect and privacy. The aspects of perceived reality that were most poorly rated were involvement, interest, empathy and post-intervention information. The factors that were most highly rated in relation to perceived reality also had the highest quality index, whereas those that were most poorly rated had the lowest quality index. The greatest difference between the groups (intervention and control groups) lay in the personal quality index, and only for the context-specific statement 'I had the opportunity to discuss my health with the midwife.' The personal quality index for the intervention group indicated moderate satisfaction with care whilst for the control group, the index indicated less satisfaction. The women who had been offered an additional meeting with a midwife were more satisfied with the information received from the gynaecologist, their own level of self-care, the physical environment of the gynaecological clinic and the gynaecologist's knowledge of the test. The results also indicate that more attention can be given to psycho-social aspects such as participation in decision-making, empathy and being in control.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
SYFTE OCH MÅLSÄTTNING.....	2
<i>Övergripande syfte</i>	2
BAKGRUND	3
SCREENING OCH CERVIXCANCER	3
<i>Sjukdomen skall vara vanligt förekommande och en börda för individen eller samhället</i>	3
<i>Sjukdomen skall vara preklinisk diagnostiserbar</i>	3
<i>Tidigt ställd diagnos med tidigt insatt behandling skall resultera i förbättrad prognos samt att verksamheten skall ha hög acceptans hos den befolkningsgrupp som skall genomgå screening</i>	4
<i>Screeningstest skall ha hög sensitivitet och specificitet</i>	4
<i>Att sjukdomen är effektivt behandlingsbar</i>	4
BARNMORSKAN OCH CERVIXCANCERSCREENINGEN	5
<i>Barnmorskans kompetens och arbetsinnehåll</i>	6
KVINNAN OCH CERVIXCANCERSCREENING	7
INFORMATION, KOMMUNIKATION, KUNSKAP OCH LÄRANDE	9
DET PEDAGOGISKA MÖTET MELLAN BARNMORSKAN OCH KVINNAN	10
PRESENTATION AV DELSTUDIE I OCH II.....	13
DESIGN/METOD	13
DELSTUDIE I.....	13
<i>Design/Metod</i>	13
<i>Dataanalys.....</i>	13
<i>Sammanfattning av resultat.....</i>	14
<i>Barnmorskors kunskapsbehov relaterat till cancer och cancerprevention.....</i>	14
<i>Barnmorskors sätt att samtala om cancer och cancerprevention.....</i>	15
DELSTUDIE II	16
<i>Design/Metod</i>	16
<i>Urval.....</i>	17
<i>Dataanalys.....</i>	18
<i>Sammanfattning av resultat.....</i>	18
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION	20
YRKESROLLEN OCH DET PEDAGOGISKA MÖTET MELLAN KVINNAN OCH BARNMORSKAN	21
<i>Yrkesrollen.....</i>	21
<i>Mötet.....</i>	22
<i>Pedagogiskt förhållningssätt, kommunikation, information och lärande.....</i>	23
SLUTSATS.....	25
REFERENSER.....	26
TILLKÄNNAGIVANDEN.....	31

Introduktion

I den första läroboken "Basic Concepts in Cancer Nursing" som utgavs från International Union Against Cancer (UICC) 1980 beskriver UICC visionen om sjuksköterskan i frontlinjen i "kampen mot cancer". Läroboken tar upp hur den specialistutbildade sjuksköterskan skall delta i folkhälsoarbete genom att bl. a. utbilda sjuksköterskor som saknar specialistkunskap inom cancerområdet och som skall vårda patienter med cancersjukdom. Vidare bör sjuksköterskan ha kännedom om riskfaktorer för uppkomst av cancersjukdom samt hur man påverkar människors beteende i det cancerpreventiva arbetet (Barckley, 1980). Cancerpreventions betydelse för att minska dödligheten i cancersjukdomar diskuterades livligt under 1980-1990 talet både i press och också i media. I den första påbyggnadsutbildningen i onkologisk vård för sjuksköterskor som startade 1986 ingick prevention som ett naturligt kursmoment.

Föreliggande avhandling är en del i ett projekt om den populationsbaserade cervixcancerscreeningen, ett tvärvetenskapligt projekt med titeln "Mellan sjukdom och hälsa": En multidisciplinär studie av ett populationsbaserat cervixcancerscreeningprogram i Stockholm-Gotlandregionen. Detta tvärvetenskapliga forskningsprojekt startade 1995 med syftet att generera en mångfasetterad bild av cervixcancerscreeningen. Projektet består av flera publicerade delstudier där det undersökts hur de olika "aktörerna" både professionella, som barnmorskor och gynekologer samt kvinnor som valt eller valt bort att delta i cervixcancerscreeningen resonerar om screening (Forss, 2001; Forss, 2005; Forss, Lundgren, Widmark, & Tishelman, 2002; Forss, Tishelman, Widmark et al., 2001; Forss, Tishelman, Widmark, Sachs, 2004; Lundgren et al., 2000; Rodvall, Kemetli, Tishelman, & Törnberg, 2005; Sarkadi, Widmark, Törnberg, & Tishelman, 2004; Tishelman et al., 1999; Tishelman, Lundgren, Skald, Törnberg, & Wilde, 2002; Tishelman & Sachs, 1998; Tishelman, Sachs, & Törnberg, 1999; Tishelman, Widmark, Lundgren, & Forss, 2000; Widmark, 2005; Widmark et al., 1998; Widmark, Tishelman, Maina Ahlberg, 2002).

I föreliggande del av forskningsprojektet har barnmorskors kunskap och förtrogenhet med cancer och cancerprevention studerats (delstudie I). I delstudie II har kvinnor som deltar i cervixcancerscreeningen värderat vården vid ett uppföljningsbesök hos en barnmorska.

I avhandlingen berörs barnmorskors resonemang om den professionella rollen som barnmorska, mötet med patienten och det pedagogiska förhållningssättet samt kvinnors erfarenheter och upplevelser av populationsbaserad cervixcancerscreening i Stockholmsområdet. Mötet mellan barnmorskan och kvinnan äger rum på mödravårdcentralen (MVC) där screening för cervixcancer infördes under slutet på 1960-talet. Screeningen är populationsbaserad vilket betyder att alla kvinnor i en åldergrupp inkluderas och inbjuds att genomgå cellprovtagning i syfte att upptäcka cervixcancer eller dess förstadium.

Barnmorskan/sjuksköterskan förmedlar kunskap till många olika grupper av människor inom hälso- och sjukvården. I Geddas avhandling "Den offentliga hemligheten" (B Gedda, 2001), en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet, framkommer det att sjuksköterskan oftast antar en informerande attityd när det gäller rekommendationer om livsstilsförändringar vilket innebär att ansvaret läggs på den enskilda kvinnan att själv besluta om livsstilsförändring. Gedda påpekar att den pedagogiska strategi som sjuksköterskor använder sig av är argumentering med syftet att påverka människors tänkande eller beteende när det gäller den aktuella eller framtida hälsorisken. Tekniken som

barnmorskan/sjuksköterskan använder är att de konkreta hälsoundersökningsresultaten blir det bevismaterial som hjälper henne att argumentera och övertyga individen till ett förändrat förhållningssätt (a.a.). Bengtsson och Krokmark (1994) menar att denna kompetens kan vara praxisverksamhet utan krav på kritisk reflektion och benämns då som självlärd kompetens. Detta synsätt kan även innebära att sjuksköterskans profession inte blir erkänd i samhället. För att få samhällets erkännande krävs formella yrkeskunskaper för att kunna vara kritisk till, reflektera över och förändra verksamheten. Detta synsätt innebär även att problematiseringen av det egna handlandet ges till den enskilda sjuksköterskan liksom ansvaret för att själv skaffa sig adekvat yrkeskompetens (Bengtsson & Krokmark, 1994; Gedda, 2001).

Den första delstudien i föreliggande avhandlingen är en intervjustudie med 21 verksamma barnmorskor på sju MVC i olika delar av Storstockholmsområdet. Det var en semistrukturerad intervjustudie där barnmorskor bl. a. beskrev sin kunskap om cancer och cancerprevention som bristande och inaktuell. Trots att de hade studerat såväl obstetrik som gynekologi i sin utbildning så kommenterade samtliga spontant att de hade kunskapsluckor vad gällde gynekologisk cancer. Vidare framkom att utbildningen för vissa barnmorskor hade ägt rum för åtskilliga år sedan vilket följande citat kan förtydliga:

Det var under min utbildning, barnmorskeutbildningen. Jag tror att det vore nyttigt om man fick det (utbildning) någon gång, lite mer regelbundet... Jag lever på gamla lagrar.

Eller som en annan barnmorska uttrycker:

Man läser lite grann så där när det står i tidningarna och nyheterna, läkemedelsbroschyrer och sådana saker.

Betydelsen av att få samhällets erkännande genom att barnmorskan själv skaffar sig kompetens inom gynekologisk cancer visar delstudie II där 75 kvinnor med positivt svar på cellprovet delades in i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Interventionsgruppen fick en extra kontakt med barnmorskan i väntan på att få tid hos gynekologen. Syftet med detta besök var att komplettera och inte ersätta gynekologens kommande information. Barnmorskorna som hade denna extra kontakt med kvinnorna hade erhållit tre timmars utbildning om gynekologisk cancer och tre timmars utbildning om bemötande, samtal och kommunikation med kvinnor som fått besked om positivt cellprov samt studiebesök på gynonkologisk mottagning och cytologiskt laboratorium. Kvinnorna i interventionsgruppen angav att de kände hög tillfredsställelse med att få en extra kontakt med barnmorskan men ansåg att gynekologen var den som hade kunskap om sjukdomen och dess förlopp. Kvinnorna ansåg att det är gynekologen som har kunskap om testresultatet vilket kan tolkas som att barnmorskan inte uppfattades ha formell kunskap om cellprovet.

Syfte och målsättning

Övergripande syfte

Det övergripande syftet med avhandlingen är att få ökad kunskap om hur barnmorskor och kvinnor beskriver och ser på kunskap, förtrogenhet och information om cancer, cancersjukdom och cancerprevention samt hur kvinnor med cellförändringar uppfattar tillfredsställelse av vård och vårdkvalitet i samband med cervixcancerscreening i storstockholmsområdet.

Specifika syften för de två delarbetena var:

- Delarbete I att undersöka hur barnmorskor beskriver sin kunskap och förtrogenhet om cancer, cancersjukdom och cancerprevention
- Delarbete II att utifrån kvinnans perspektiv beskriva vårdkvalitet i det populationsbaserade cervixcancerscreeningprogrammet hos kvinnor med cellförändring
- att undersöka uppfattningen av tillfredsställelse av vård hos kvinnor med cellförändring.

Bakgrund

Screening och cervixcancer

Med hälsokontroll eller screening avses undersökning av symptomfria individer i syfte att upptäcka sjukdom för att minska mortalitet och morbiditet (sekundär prevention) (Horton-Taylor, 2001; Morrison, 1998). Man skiljer mellan primär, sekundär och tertiär prevention. Primär prevention syftar till att förebygga behov av vård och minska sjuklighet. Sekundär prevention syftar till att minska dödlighet genom screening medan den tertiära preventionen syftar till förbättrade behandlingsmetoder hos redan insjuknade personer för att öka överlevnaden (Törnberg, 2004). Världshälsoorganisationen (WHO) har utarbetat kriterier för att tidig diagnostik av sjukdom skall vara meningsfull (Wilson, 1968).

Dessa kriterier har tolkats av Törnberg (2004) enligt nedanstående:

- Sjukdomen skall vara vanligt förekommande och en börda för individen eller samhället.
- Sjukdomen skall vara preklinisk diagnostiserbar
- Tidigt ställd diagnos med tidigt insatt behandling skall resultera i förbättrad prognos
- Verksamheten skall ha hög acceptans hos den befolkningsgrupp som skall genomgå screening
- Screeningstest skall ha hög sensitivitet och specificitet
- Att sjukdomen är effektivt behandlingsbar

Sjukdomen skall vara vanligt förekommande och en börda för individen eller samhället

Globalt är cervixcancer en vanlig förekommande cancersjukdom hos kvinnor. Årligen beräknas ca 470 000 kvinnor insjukna och ca 230 000 kvinnor dö i sjukdomen (Ferlay, Bray, Pisani, & Parkin, 2001). Cervixcancer förekommer i alla åldrar, men är vanligast hos kvinnor i medelåldern, 45-50 år (Sparén, 1996). År 2003 utgjorde cervixcancer 2 % av alla nydiagnostiserade cancerfall i Sverige. I Sverige har den årliga incidensen sjunkit från 800 fall/år i början av 60-talet till ca 450 fall/år de senaste 10 åren. Även dödligheten har halverats under samma tidsperiod (Bistoletti, 2000). År 2004 insjuknade 436 kvinnor i cervixcancer och år 2003 avled 159 kvinnor av sjukdomen (Socialstyrelsen, 2005:9).

Sjukdomen skall vara preklinisk diagnostiserbar

Kunskapen om cervixcancers förväntade riskfaktorer har förändrats under de senaste 20-30 åren. På 1980-talet gavs starka belägg för att cervixcancer är ett hygieniskt problem bl.a. misstänktes att ett herpesvirus som överförs vid samlag var den största riskfaktorn (Brody,

1982). Vissa studier tyder på att tobaksrökning skulle spela en etiologisk roll (Läärä, Day, & Hakama, 1987; Ylitalo, 2000). Det har även diskuterats att många sexualpartner hos både kvinnan och mannen samt att tidig sexualdebut hos kvinnan kan innebära en ökad risk för cancer i livmoderhalsen (IARC, 1986; Ponten J., 1995; Ylitalo, 2000). Humant papillomvirus (HPV) har under de senaste åren visat sig vara en riskfaktor för uppkomst av cervixcancer. Två till tre kvinnor som smittas med de onkogen typerna 16,18 och 45 blir kroniska bärare av HPV och utgör en högriskgrupp för att utveckla cervixcancer (Bistoletti, 2000; Böhmer, van der Brule, Brummer, Meijer, & Petry, 2003; J. Monsonogo, 2004 A; J. Monsonogo, . Bosch,F.X., Coursaget,P., Cox,J.T., Franco,E., Frazer,I., Sankaranarayanan,R., Schiller,J., Singer,A., Wriight,T., Kinney,W., Meijer,C., Linder,j., 2004 B).

Sjukdomen har ett långt förstadium på ca fem till femton år innan kvinnan får symtom. (Bistoletti, 2000; Parrott & Condit, 1996; Rylander, 1995; Socialstyrelsen, 1998). Det långa förstadiet gör cervixcancer lämplig för sekundär prevention och uppfyller WHO:s rekommendationer (WHO, 1992) för att vara prekliniskt diagnostiserbar. De vanligaste symtomen på cervixcancer är oregelbundna blödningar, samlagsblödningar eller ansträngningsblödning. Ibland är flytningar ett tidigt symtom. Sena symtom är smärta i ben och bäcken vilket uppstår först när sjukdomen är spridd (Lamb, 2000).

Tidigt ställd diagnos med tidigt insatt behandling skall resultera i förbättrad prognos samt att verksamheten skall ha hög acceptans hos den befolkningsgrupp som skall genomgå screening

Cervixcancerscreening har sedan mitten av 1960-talet successivt införts i Sverige. Syftet med cellprovtagningen är att upptäcka förstadier till cervixcancer och därmed minska dödligheten i sjukdomen genom tidig behandling innan invasiv cancer utvecklas (Dillner, 2000). Landstingen har huvudansvaret för den organiserade cervixcancerscreeningen vilket innebär att screeningen genomförs på olika sätt i olika landsting baserat på nationella populationsregister. Kvinnor erbjuds att med regelbundna intervall genomgå cellprovtagning för att finna eller utesluta eventuella förstadier vilka obehandlade skulle kunna leda till cervixcancer. Det gynekologiska cellprovet utförs också i samband med andra gynekologiska undersökningar eller vid sjukdomssymtom (opportunistisk provtagning). I Sverige granskas ca 1 miljon prover från livmoderhalsen årligen, av dessa prover visar cirka 25 000 på någon form av cellförändring. Många av de cellförändringar som upptäcks i samband med cervixcancerscreening går tillbaka spontant, andra först efter behandling (Socialstyrelsen, 1998). Under åren 1994-1996 deltog i Stockholm 55 % av de kvinnor som inbjudits att delta i cervixcancerscreeningen (Y. Rodvall, Kemetli,L., Tishelman,C., Törnberg,S., 2005).

Screeningstest skall ha hög sensitivitet och specificitet

Resultatet av ett test kan vara korrekt eller felaktigt. Ett korrekt positivt cellprov betyder att individen har diagnostiserats med en cancer. En individ med korrekt negativt cellprov bedöms som frisk. Felaktigt positivt cellprov innebär att individen har fått ett positivt svar men individen inte har sjukdomen. Ett tests sensitivitet är ett mått på förmågan att diagnostisera en sjukdom. Sensitiviteten mäts i andelen positiva prov hos de individer som diagnostiserats som sjuka. Specificiteten är ett mått på ett tests förmåga att korrekt identifiera de individer som är friska och mäts i andelen negativa test hos de individer som är friska (Törnberg, 2004). Specificiteten hos de lätta (låggradiga) cellförändringarna har varit tveksamma. Tveksamma och låggradiga cellförändringar innebär en låg men svårvärderad risk för att senare i livet få invasiv cancer (Ryd, 2000).

Idag används Papanicolaus test, vilket innebär en mikroskopisk granskning av ett utstryk av avstötta celler från cervix (Papanicolaou, 1928). I Göteborg pågår en studie med den amerikanska cellprovningemetoden Thinprep, där cellprovet placeras i en provrör med fixeringsvätska, därefter renas provet från blod, slem och inflammatoriska celler innan epitelcellerna förs över till ett objektglas och granskas i mikroskop. Nyligen har en studie genomförts med 8000 kvinnor där hälften fått sina prover analyserade genom Papanicolaus test och hälften genom Thinprepmetoden. Studien visade att ca 40 % fler cellförändringar hittades med den amerikanska metoden jämfört med Papanicolaus test (Ryd 2005).

Att sjukdomen är effektivt behandlingsbar

Cervixcancer är en av de få sjukdomar som kan förebyggas om dess förstadier upptäcks och behandlas (IARC, 1986; Parkin, 2001; Vizcaino A.P, 2000). I länder där organiserad screening saknas ökar incidensen i åldrarna 20-25 år och incidensen är som högst vid 45-50 års ålder (Sparén, 1996). Tidiga förändringar av icke-normala celler behandlas ej utan följs upp med observationer medan mer avancerad cancer in situ (CIN) grad 3 behandlas med konisation d.v.s. att de angripna delarna av cervix avlägsnas. Vid invasiv cancer är behandlingen en radikal exstirpation av tumören och borttagande av eventuella metastaser i lymfkörtlarna. Hos unga kvinnor med en liten tumör görs en subtotal resektion av livmoderhalsen, tar bort den intilliggande delen av parametriet samt att man avlägsnar de lokala lymfkörtlarna. Kvinnor med större tumörer samt kvinnor med metastaser i lymfkörtlarna får en adjuvant behandling i form av strålbehandling i eventuell kombination med cytostatika (Kristensen, 2003).

Barnmorskan och cervixcancerscreeningen

I Stockholm läns landsting har den populationsbaserade cervixcancerscreeningen pågått sedan 1968. Kvinnor från 23 års ålder inbjuds att delta. Screeningen sker vart tredje år fram till 50 års ålder, därefter vart femte år fram till 60 års ålder då den populationsbaserade cervixcancerscreeningen upphör. I Stockholm-Gotland region omfattar screeningen ca 400 000 kvinnor per år (Y. Rodvall, Kemetli,L., Tishelman,C., Törnberg,S., 2005). Kvinnorna inbjuds via ett personligt brev där tid, plats och information om cellprovet ges. Provtagningen har tidigare varit kostnadsfri. Mellan 1 juli 2003 och 31 december 2004 var provtagningen avgiftsbelagd men från och med 1 januari 2005 är cervixcancerscreeningen åter avgiftsfri. Provtagningen genomförs av barnmorskor på mödravårdscentralen.

Redan 1967 rekommenderade dåvarande Medicinalstyrelsen att allmän gynekologisk hälsokontroll skulle vara en uppgift för barnmorskan inom mödrahälsovården (Socialstyrelsen, 1985). Barnmorskor som arbetar med cellprovtagning skall vara utbildade för att kunna genomföra provtagning med den nödvändiga teknik som krävs för att cellprovet skall bli representativt och bedömningsbart. Enligt Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 1982) har barnmorskor möjlighet att samtala med kvinnorna vid provtagningen om deras hälsa och även ge adekvat information och stöd. Barnmorskan bör ge information om syftet med testet, hur cervixcancerscreeningen är organiserad d.v.s. hur testet tas på kvinnan, vad som händer med provet och på vilket sätt provresultatet kommer att meddelas kvinnan. Kvinnor som har frågor inför cellprovtagningen eller frågor efter det att de fått ett avvikande provsvar skall dessutom kunna få korrekt information samt psykologiskt stöd av barnmorskan (Parrott & Condit, 1996; Rylander, 1995; Socialstyrelsen, 1998). Barnmorskans kompetens och roll i samband med de gynekologiska hälsokontrollerna är alltså mer än att bara ta ett cellprov. I studier hänvisar

barnmorskor till det förtroendet de har hos de kvinnor de träffar i samband med cellprovtagningen (Aili, 2002; Widmark et al., 1998).

Barnmorskans kompetens och arbetsinnehåll

Den medicinska epoken i barnmorskornas historia avslutades under 1970-talet och den nya barnmorskeepoken kännetecknas av ett mer tvärvetenskapligt perspektiv (Hermansson, 2003). Barnmorskeutbildningen blev 1969 en vidareutbildning för sjuksköterskor. I och med detta kom barnmorskornas verksamhetsområde att utvidgas så att det förutom arbete med den normala processen i barnafödandet numera även omfattar kvinnans reproduktiva hälsa i ett livscykelperspektiv. Den nya familjepolitiken medförde även att den traditionella uppgiften att ge god medicinsk vård utökades med att även ge psykologiskt och socialt stöd samt att ha kunskap om den moderna teknologin. Hermansson (2003) menar att ovanstående förändringar ledde till krav på kunskap inom nya vetenskapsområden såsom beteende- och samhällsvetenskap.

Barnmorskans kompetens enligt WHO (1992) omfattar normal graviditet och förlossning, eftervård samt antikonception. Medicinalstyrelsens rekommendationer från 1967 om barnmorskans utökade arbetsområden inom screening och hälsoinformation har senare ytterligare befästs i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor (Socialstyrelsen, 1995:5). Där betonas att barnmorskan måste med utgångspunkt från kvinnan och barnets särskilda behov av obstetrisk och gynekologisk vård, kunna utföra de uppgifter som tillskrivs legitimerade sjuksköterskor samt att vid gynekologisk hälsokontroll kunna ta cellprov, identifiera och bedöma behovet av att ge kvinnan adekvat information, om t.ex. självkontroll av bröst och om klimakteriella besvär.

Barnmorskor har idag en treårig sjuksköterskeutbildning (120 poäng) och därefter en barnmorskeutbildning som omfattar 60 poäng. Barnmorskans yrkeskunnande regleras genom legitimationen som utfärdas efter ansökan hos Socialstyrelsen. Barnmorskeutbildningen utgår som alla högskoleutbildningar utifrån de mål som anges i högskolelagens första kapitel 9§, där det anges att studenten skall förvärva kunskaper och färdigheter – vetenskapliga, konstnärliga eller professionella – inom det aktuella området. Dessutom skall grundläggande högskoleutbildning ge förmåga till självständig och kritisk bedömning, förmåga till självständig problemlösning samt förmåga och intresse att följa kunskapsutvecklingen. Därutöver gäller examensbeskrivning för barnmorskeexamen enligt högskoleförordningen SFS 1998:1 003 där kravet är yrkesfärdighet, specifika akademiska ämneskunskaper samt krav på ett yrkesetiskt förhållningssätt (Svensk författningssamling, 1998).

Barnmorskan har en viktig uppgift i att bedriva hälsouppllysning och utbildning inte bara till kvinnor utan också till familjen och samhället (WHO, 1992). Detta innebär att barnmorskan behöver ha förmågan att skapa goda relationer med kvinnan och hennes närstående. Barnmorskan ska kunna tala med alla, kunna lyssna, kunna skapa tillit, se djupet i arbetet, vara känslofokuserad, dialoginriktad, lyhörd, lyssnande och flexibel (Socialstyrelsen, 1995). Ett bevis på att barnmorskan innehar dessa förmågor menar Aili (2002) är att kvinnor hellre går till barnmorskor än till läkare. Aili förklarar detta med att barnmorskorna i hennes studie menade att de i sitt arbete ger stöd till kvinnor, att deras psykosociala arbete är avgränsat i förhållandet till läkaren och att deras medicinska arbetsinnehåll tonats ned. Aili (2002) beskriver också att barnmorskorna talar om sig själva som läkarnas motsats. Läkarna omtalades i termer av att fokusera på det sjuka, det manliga och tekniken samt att vara inriktade på ordination, ickelyssnade och ointresse. Barnmorskorna framhöll sitt arbete som

kvalificerat, socialt och kommunikativt vilket möjliggör för dem att framhålla läkarnas uppgifter som rutinuppgifter samtidigt som de lyfter fram sig själva som de som handhar uppgifterna att informera och att samtala (a.a.). Barnmorskors arbete avgränsas därmed av ett eget arbetsfält vilket beskrivits som:

Att ge stöd till kvinnor, föräldrar och närstående, där stödet handlar om att vara samtalspartner, någon som lyssnar och förstår. Att upprätthålla och stärka det friska och det normala, där det normala inte endast gäller den kroppsliga hälsan utan också psykologiska och sociala förhållanden. Den normala uppgiften gäller inte enbart graviditet utan också ungdomsverksamhet, klimakteriemottagningar där behov av barnmorskans bekräftelse på det normala i människors kroppar och reaktioner pekas ut (a.a.. sid. 185,186).

När det gäller kunskap och autonomi påpekade barnmorskorna i Ailis studie (a.a.) att de ser sitt arbete som ett socialt arbete men även att de även måste vara uppdaterade vad gäller den medicinska kompetensen som ger dem rätt att finnas på det medicinska fältet. Detta tillsammans med arbetet att stödja och stärka det normala ger argument för självständighet och inflytande inom barnmorskans verksamhetsområde. Barnmorskans självständighet i arbetet tydliggörs även i Widmark m.fl. (Widmark et al., 1998) där barnmorskorna beskriver sin roll i cervixscreeningprogrammet som självständig och professionell. Författarna menar att de används som "händer" som utför en kvalificerad och specifik uppgift. Barnmorskorna underströk vidden av att ge en individualiserad vård med inriktning på hälsa istället för sjukdom. De ansåg dock att kunskap och fortbildning är något, som de förväntar sig att "få", istället för att själv aktivt skaffa sig. Kunskaper är "färskvara" och måste hela tiden uppgraderas (a.a.).

Barnmorskans tidigare erfarenhet och inställning till kunskap är avgörande för hur möten utformas mellan patienter och sjuksköterskor (Friberg, 2002), där båda bär med sig tidigare erfarenhet. En kombination av kunskaper och erfarenheter är nödvändigt för att ge service och skall inte underskattas (Strausser 2005). De intervjuade sjuksköterskorna i Geddas avhandling (2001) betonar dock att de är sjuksköterskor och inte lärare vilket innebär att det inte kan ställas samma krav på deras pedagogiska funktion som om de haft symbolisk legitimitet att utöva denna. "Core" kompetens har beskrivits som att sjuksköterskan har en inställning till vård och behandling och ett kritiskt tänkande som innebär självständighet och som stödjer patienter i att behålla en optimal hälsa och uppmuntrar till egenvård. Detta är en nödvändig kompetens för att producera en säker vård (Friberg, 2002). International committee for nurses (ICN, 2005)menar att sjuksköterskors kompetens kommer att öka i framtiden i takt med en ökande kunskapsmassa. Aoki & Davis (2002) ger förslag på informella vägar till kunskap såsom att läsa professionella tidskrifter, titta på TV och videoprogram samt sökning via Internet. Hermansson (2003) påpekar att kunskap i första hand söks utanför arbetsplatsen och att den kollegiala kompetens möjligheter d.v.s. att utbyta kunskaper kollegor emellan inte används i samma utsträckning.

Kvinnan och cervixcancerscreening

Kvinnans egen roll i samband med cancerscreening beskrivs bl. a. av Forss et al (2001) där kvinnor beskriver och resonerar om i sitt deltagande i cervixcancerscreening programmet i Sverige (A. Forss, Tishelman, Lundgren et al., 2001). Intervjuer med 63 kvinnor visar att de deltagande kvinnorna resonerar på fyra olika sätt om sitt deltagande.

De fokuserar på:

- Test och resultat
- Inbjudan med hänvisning till egna fördelar av att delta
- Inbjudan för att komma över hinder att delta
- En proaktiv roll att ”gå på” screening

Resultaten visar även på kvinnornas varierande former av informationskällor och tidigare negativa erfarenheter av gynekologiska undersökningar. Kvinnorna tycktes ha lärt sig att det är både viktigt och möjligt att upptäcka sjukdom på ett tidigt stadium och att det finns modern teknik som tar hand om cellproverna. De hade också lärt sig att de kan ha en sjukdom utan att ha fysiska symtom samt att det finns professionella yrkesgrupper som har kunskap om kvinnornas cervixcancersjukdom. Det konstaterades att screening kan ses som en situation för lärande för alla inblandade, både för de professionella och för de kvinnor som deltar i screening. Detta blir då en möjlighet för dialog mellan barnmorskan och kvinnan och kan utgöra ett komplement till att ha kunskap ”om” kvinnor (a.a.).

I en litteraturoversikt (Conway 1996) om attityder och känslor till Papanicolaous cellprov, framkom att dessa främst beskrivs av de kvinnor som inte har deltagit i screeningen. De kvinnorna som avböjde cellprovtagning angav som skäl den icke inbjudande miljön där undersökningen genomförs. De äldre kvinnorna ansåg att den opportunistiska screeningen var viktig. Förbättrad kommunikation och inkännande hos de professionella önskades, detta för att öka deltagandet hos kvinnorna (a.a.).

Från 1980-talet finns ett fåtal studier om kvinnor som erhållit avvikande (positivt) provsvar vid cervixcancerscreening. I en svensk studie (Waldenström, 1981) framhålls vikten av förbättrad kommunikation mellan professionella och kvinnor som deltar i cervixscreeningverksamheten. Reelick m.fl. (Reelick, de Haes, & Schuurman, 1984) fann att kvinnor som får avvikande provsvar reagerar med oro men att oron inte är bestående. Andra studier har dock påvisat att oron minskar om kvinnorna får adekvat information redan vid provtagningstillfället (Bell et al., 1995; Fylan, 1998). Studier på 2000-talet har främst fokuserat på kvinnors kunskap, attityder, informationsbehov till cervixcancer och cervixscreening eller orsaker/inställningar till att delta respektive icke delta i screening (Eaker, Adami, & Sparen, 2001; Idestrom, Milsom, & Andersson-Ellström, 2002). I en dansk studie (Jeppesen, 2000) om faktorer som påverkar varför kvinnor väljer att delta i eller väljer bort deltagande i cervixscreeningverksamheten framkom att kvinnans val kan bero på hennes sjukdomsuppfattning, tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvården, personliga resurser och hennes förhållande till gynekologen. Jeppesen påpekar att kvinnans val kan beskrivas som en dynamisk process som förändras kontinuerligt (a.a.).

Hur kvinnor med avvikande provsvar upplever sin roll i cancerscreeningen beskrivs bl.a. av Onyeka (2003) i en studie där åttiotvå kvinnor ingick. Alla kvinnorna fick ett informationsbrev hemskickat med information om kliniken, väntetider och behandlingsmetoder. En del av kvinnorna fick dessutom muntlig information, undervisningsmaterial och rådgivning. Av dessa kvinnor förstod 97 % innebörden av undersökningen och 93 % tyckte att informationen var adekvat. Av alla kvinnor som deltog i studien visste 91 % vilket organ som skulle undersökas. Tio procent av kvinnorna trodde att onormalt cellprov var ett tidigt stadium av cancer. Författarna menar att olika utbildningsinsatser (verbal och skriftlig information) har ökat kvinnornas kunskap om screening och förhoppningsvis ökat deltagandet (a.a.).

Andra interventioner för förbättrad uppföljning av kvinnor med avvikande provsvar genomfördes med ett program innehållande tre komponenter: central dataspårning, uppföljning i form av personligt brev och informationsbroschyr samt ekonomisk ersättning. Effekten blev att fler kvinnor kom till uppföljningen framför allt kvinnor med låg inkomst (Kaplan et al., 2000).

Houngaard (2004) fann att kvinnor som kommer till cervixscreeningverksamhet är oförberedda på att provet kan påvisa onormala celler. Förståelsen av vad onormala celler kan innebära varierade från kvinna till kvinna. Upplevelsen av att ha onormala celler kan innebära allt ifrån ett tillstånd som kan opereras bort till en upplevelse av mer existentiell karaktär. Houngaard (2004) menar vidare att den folkliga förståelsen har sin utgångspunkt i att cellprovsvaret kan vara tecken på cervixcancer och därmed relateras till frustrationer över att vara symptomfri och känna sig frisk samtidigt som att vara diagnostiskt potentiellt sjuk. Detta har även Martinez (2005) visat i en studie från Venezuela där kvinnorna upplevde att de var i gränslandet mellan hälsa och sjukdom.

Information, kommunikation, kunskap och lärande

Information och kommunikation är begrepp som är väl sammanfogade med varandra och bildar grunden för allt lärande. Utan information existerar ingen kommunikation och vice versa. I samspel mellan människor spelar möjligheterna till effektiv kommunikation en avgörande roll. Med kommunikation överförs kunskap och påverkan vad gäller åsikter, värderingar och attityder. Information är något som sägs om något av någon till någon (Axelsson & Goldkuhl 1998). För att kunna möta patientens vårdbehov måste en medmänsklig relation etableras. Det viktigaste i relationen är kontakten mellan vårdtagare och vårdgivare. Förutsättningar för en god relation är att vårdgivaren har teoretiska kunskaper, klinisk erfarenhet, social kompetens, ett professionellt förhållningssätt samt förmåga att uttrycka sig i tal och skrift (Bergh, 2002; Friberg, 2002; B Gedda, 2001; Öhman, 2003).

Friberg (Friberg, 2002) menar att informell undervisning sker spontant och att reflektion sällan förekommer. När sjuksköterskor beskriver vad de gör när de förmedlar kunskap benämner de det som samtal. Samtalet utgör ett samlingsbegrepp för förmedling av kunskap. Samtalet kan anta flera uttryckssätt som kan vara både teoretiska och praktiska. I sina observationer av sjuksköterskors arbete fann Friberg att sjuksköterskan under ett samtal känner in vad olika situationer kräver, vilken kunskap som behövs och i vilken omfattning och takt det skall ske (a.a.).

Marton (1979) menar att förhållande till kunskap kan uttryckas på olika sätt. Kunskap som uttrycks som atomistisk och där kunskap ses som en samling fristående delar kopplat till ytinläring av text. Motsatsen är kunskap i ett mer kvalitativt sammanhang kopplat till djupinläring och med fokus på textens budskap. Även om det finns inläringssituationer där både djup- och ytinläring kombineras visar undersökningar att det finns en viss huvudinriktning i synen på kunskap hos den enskilda individen. Denna inriktning påverkas av motivation och attityder hos individen och kan ändras över tid.

Maltén (Maltén, 1997) beskriver olika kunskapsformer såsom baskunskap, fördjupad kunskap, processkunskap och människokunskap. Kunskap kan ses som baskunskap när det man lär blir ett verktyg i det fortsatta kunskapsinhämtandet. Fördjupad kunskap är oändlig och här måste man sovra och välja bland det som är mest relevant. Processkunskap är inte ämnesanknutet utan syftar på det förlopp där man söker och skapar sin egen kunskap vilket

innebär att den fördjupade kunskapen då blir reflekterande och omformad för individen - en process som skapar beredskap för framtida kunskapsutveckling. Människokunskap innefattar kunskap om hur vi människor fungerar och reagerar på varandra - en kunskap som är socialt och emotionellt inriktad.

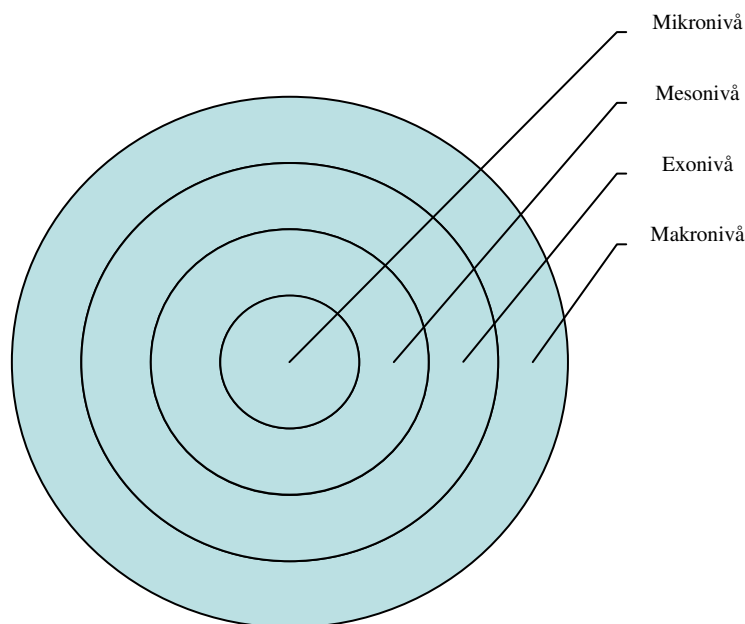
Stevens och Crouch (1998) visar att sjuksköterskor söker sin professionella status genom kunskap och kompetens inom de medicintekniska arbetsuppgifterna. Konsekvensen av detta blir att sjuksköterskor fortsätter att prioritera den medicinsktekniska vården framför omvårdnaden av patienten (Farell, 2001).

Förtrogenhet är ett begrepp med anknytning till kunskap och lärande - ett begrepp som är bredare än kunskap och innehåller utöver individuell kunskap även miljöpåverkansfaktorer d.v.s. den kunskap och förtrogenhet som finns hos individen i interaktion med omgivningen. Förtrogenhet är alltså en integration av olika komponenter såsom teori, reflektion och erfarenhet (Bronfenbrenner, 1979). Kunskapen är ett resultat av lärande och lärandeprocesser som är kontextberoende av den miljö där kunskap konstrueras och skapas av individen i kommunikation med en yttre värld (Olsson 2005). Kommunikationen är i det sociokulturella perspektivet en länk mellan det inre (tänkandet) och det yttre (interaktionen) (Säljö, 1997).

Det pedagogiska mötet mellan barnmorskan och kvinnan

Intervjuer med vårdens företrädare och sjuksköterskor visar att sjuksköterskorna själva inte är medvetna om att de upprätthåller en pedagogisk funktion eftersom de anser att den ingår som en naturlig del i deras kontakt med vårdtagaren (Gedda 2001). Sjuksköterskornas pedagogiska verksamhet bygger till största delen på systematiska och/eller tillfälliga intryck som skapas genom avläring, avläsning eller imitation av olika modeller som sjuksköterskan har med sig från utbildning och yrkesverksamhet. Även läkemedelsindustrin spelar en aktiv roll som kunskapsförmedlare. Hinder för den pedagogiska verksamheten kan vara organisationsförändringar som får till följd att sjuksköterskan har svårt att avsätta tid tillsammans med vårdtagaren. Det förebyggande arbetet tenderar då att få en undanskymd plats vilket inte är förenligt med den vårdökandes krav på tillgänglighet (Teasdale 1993, Gedda 2001).

Samspelet mellan individen och den miljö som hon/han befinner sig i har betydelse för individens utveckling (Bronfenbrenner, 1979; Olsson, 2005). För att beskriva interaktionen mellan individ och miljö används i denna avhandling Bronfenbrenners utvecklingsekologiska teori, då den inkluderar ett samhällsorienterat perspektiv som på olika sätt leder till att individens upplevelse av utveckling vidgas. Denna teori utvidgar begreppet individuell utveckling med aktivitet, sociala relationer och olika roller. Enligt Bronfenbrenner förmedlas individuell utveckling, sociala relationer, aktiviteter, roller, miljöers innehåll och kultur på olika nivåer som framgår av figur 1.



Figur 1. Den utvecklingsekologiska miljöstrukturen.

Makronivån är den yttersta nivån där gemensamma ideologier och kulturer återfinns. I barnmorskans yrkesverksamhet kan denna nivå motsvaras av olika politiska beslut som ligger till grund för resursfördelning och barnmorskans övergripande verksamhetsmål. Nästa nivå, exonivån, ligger utanför de miljöer som individen har direktkontakt med men som ändå påverkar individens utveckling. För barnmorskans del kan denna nivå utgöras av landstinget som beslutar om resurser för verksamhets genomförande, innehåll och organisation. Ytterligare ett steg in i miljöstrukturen, i mesonivån, sker påverkan från aktiviteter och relationer i andra mikrosystem såsom organisationer, nätverk och övriga grupper. Denna kan utgöras av sjukhusledning eller primärvårdsledning samt den lokala organisationens intentioner och mål. Längst in i strukturen finns mikronivån, den miljö där individen är delaktig i exempelvis nätverk av relationer. I barnmorskans profession kan denna nivå motsvaras av barnmorskans egna erfarenheter och förutsättningar (Andersson, 1980).

För kvinnan som kommer till cervixcancerscreening bör hänsyn tas till hennes närmaste miljö dvs. familj, arbetsplats, lokalsamhälle samt samhället i stort som direkt eller indirekt påverkar henne. Denna miljö ser olika ut för olika individer. Miljön påverkar inte bara individen utan individen själv påverkar olika delar av sin miljö. Detta leder till att individen och miljön kan ses som ett system med direkt påverkan på individens utveckling. Enligt Bronfenbrenners (Bronfenbrenner, 1979) utvecklingsekologiska perspektiv är det samspelet mellan individen och miljön som leder till individens utveckling.

Individen kan i viss mån påverka och skapa sin egen miljö lika väl som olika betingelser i miljön kan påverka individens fortsatta utveckling. Detta innebär att samma miljö kan ha olika påverkan på olika individer eftersom olika individer har olika erfarenheter och förutsättningar som samspelar med miljöförhållandena (Fischbein, 1992).

Med hjälp av Bronfenbrenners utvecklingsekologiska teori kan man studera hur olika nivåer inverkar på barnmorskans profession. Då professionen befinner sig i ständig förändring

påverkas mikronivån i sin tur av nivåer högre upp i miljöstrukturen exempelvis av politiska beslut och förändringar inom hälso- och sjukvårdens organisation. Ju längre ut i miljöstrukturen förändringarna sker desto svårare blir det för barnmorskan att påverka miljön, medan miljöförhållanden i sin tur kan utöva en mer ensidig påverkan på barnmorskan (Bronfenbrenner, 1979). Fischbein (1992) anser dock att individen kan vara aktiv och själv påverka sin omgivning vilket kan ske mer eller mindre medvetet från individens sida. Alla former av påverkan kan få både positiva och negativa konsekvenser för den enskilda individens utveckling. Uppgifter som ställer krav på individen men samtidigt är utmanande, stimulerande och intresseväckande leder utvecklingsprocessen framåt, medan uppgifter som inte är berikande hämmar utvecklingsprocessen.

I barnmorskans arbete sker kontinuerligt ett samspel mellan barnmorskan, övrig personal och kvinnan. Hur aktiv barnmorskan är i sitt arbete beror till stor del på arbetsplatsens pedagogiska miljö och på barnmorskans sociala kompetens. Barnmorskans etniska och kulturella bakgrund, utbildningsbakgrund, familjeförhållande och yrkeslivserfarenhet kan ha betydelse för hur hon/han kommer att utvecklas i sin profession. Kvinnornas bakgrund och yrke kan också ha betydelse för hur mötet med barnmorskan kommer att utvecklas. En utgångspunkt för samspel mellan individ och miljö är alltså att samma påverkan kan få olika effekt på olika individer och olika påverkan kan få samma effekt på olika individer.

Komplexiteten i barnmorskans/sjuksköterskans arbete, den miljö där arbetet utförs och miljöstrukturernas påverkan på den pedagogiska funktionen (roll) har Gedda (2001) sammanfattats som:

- *sjuksköterskans position i folkhälsoarbetet begränsas av politisk styrning och det biomedicinska perspektivets dominans*
- *bristande tillgång till verktyg för att profilera den pedagogiska verksamheten samt att identifiera sig med att profilera sig som yrkesprofession i det offentliga samtalet vilket innebär hinder för att erhålla symbolisk legitimitet för sjuksköterskor i hälsoarbetet*
- *sjuksköterske- och/eller specialistutbildning har inte medfört att sjuksköterskans pedagogiska funktion blivit synliggjord*
- *sjuksköterskornas pedagogiska funktion kan betraktas som en autodidakt företeelse som ett resultat av avläring, avläsning och/eller imitation av olika förebilder*
- *formell pedagogisk kompetens är inget krav eller ens en nödvändighet för att kunna bedriva pedagogisk verksamhet (a.a. sid. 230).*

Presentation av delstudie I och II

Design/Metod

Den teoretiska och metodologiska bakgrunden bygger på en modell av Guba och Lincolns (Guba & Lincoln, 1989) Fourth Generation Evaluation vilken har varit en inspirationskälla för hela det tvärvetenskapliga projektet om den populationsbaserade cervixcancerscreeningen. Guba och Lincoln menar att organisationsförändringar har större genomslagskraft om de är grundade i olika aktörers perspektiv vilket kan ske genom att undersöka de olika aktörernas kontext och få förståelse för hur de interagerar och utvecklas inom sitt verksamhetsområde.

Delstudie I

Syftet var att undersöka hur barnmorskor beskriver sin kunskap och förtrogenhet om cancer, cancersjukdom och cancerprevention.

Design/Metod

Designen är deskriptiv med en kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer utfördes med ett strategiskt urval av 21 barnmorskor från sju MVC i demografiskt olika delar av Storstockholmsområdet; en innerstadsmottagning (n=6), tre förorter med äldre bebyggelse (n=8) samt tre förorter med nyare bebyggelse (n=7) där invandrare finns representerade och där vi tidigare intervjuat kvinnor som kom för cellprovtagning. Detta innebar att vi redan var kända av barnmorskorna och vice versa. Intervjuerna genomfördes av mig (E-LL) och två andra forskningsassistenter med olika erfarenhet och förförståelse för cervixcancerscreening. Vi hade även olika utbildningsbakgrund: en hade magisterexamen i antropologi, en var specialistsjuksköterska inom cancervård med magisterexamen i vårdpedagogik (E-LL) och en var barnmorska.

Barnmorskorna tillfrågades av oss forskningsassistenter vid ett besök på mödravårdcentralen om de ville medverka i studien. De barnmorskor som fanns på mödravårdcentralen den dagen vi var där tillfrågades. Samtliga tillfrågade accepterade medverkan. Barnmorskorna var mellan 30-55 år, hade en yrkeserfarenhet som barnmorska på mellan 5-30 år och erfarenhet av arbete på mödravårdcentral från sex månader till 20 år. Den semistrukturerade intervjuguiden innehöll frågor om risk och nytta med cervixscreeningprogrammet, riskfaktorer för cervixcancer, uppfattningen om reliabiliteten för cellprovet, "källor" för information/kunskap relevant för cervixcancer och screening samt om hur barnmorskan beskrev sin egen roll i cervixscreeningprogrammet. Frågornas hade sitt ursprung i forskargruppens egna erfarenheter. Intervjuerna genomfördes i konversationsform och tog mellan 30-60 minuter att genomföra. De genomfördes under barnmorskornas arbetstid i ett avskilt rum på respektive MVC. Intervjuerna bandades och transkriberades ordagrant.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades gemensamt i forskargruppen som bestod av projektledaren och de tre forskarassistenterna. Samtliga i forskargruppen fick en kopia av alla intervjuvutskrifter och baserat på detta dataunderlag identifierades/avgränsades kategorier. Materialet sorterades enligt ett färgpennesystem för att bringa ordning i materialet. Materialet klipptes därefter itu och klistrades in manuellt under respektive kategori. De initiala kategorierna blev aspekter på

cervixscreeningverksamheten, cellprover, barnmorskans roll i screeningen, riskfaktorer och prevention, konsekvenser och betydelse av screening, cancerrelaterade aspekter samt behandling. Under det fortsatta analysarbetet justerades kategorierna för att undanröja överlappning och inkonsekvenser. Utifrån ovanstående kategorier bildades temat barnmorskors kunskap och förtrogenhet med cancer och cancerprevention. Detta tema indelades i sin tur i barnmorskors kunskapsbehov samt barnmorskors sätt att samtala om cancer och cancerprevention.

Sammanfattning av resultat

Jag valde begreppet förtrogenhet därför att analysen visade att det barnmorskor beskrev handlade om något bredare än kunskap. Kunskap och förtrogenhet kan ses som en framväxt hos individen i interaktion med omgivningen och är en integrering av olika komponenter såsom teori, reflektion och erfarenhet (Bronfenbrenner, 1979). Resultatet presenteras under följande tema: Barnmorskors kunskapsbehov relaterat till cancer och cancerprevention och barnmorskors sätt att samtala om cancer och cancerprevention.

Barnmorskors kunskapsbehov relaterat till cancer och cancerprevention

De intervjuade barnmorskorna ansåg att de har en viktig roll när det gäller kvinnors hälsa och att de är bra på att bemöta kvinnor och därmed har en central och viktig roll inom cervixscreeningverksamheten. Barnmorskorna beskrev även information till kvinnorna om cancerprevention som en viktig del av arbetet, och det var informerandet i sig som framhölls, inte vad man informerade om. En aspekt som beskrivs av barnmorskorna är att de har bristande och inaktuell förtrogenhet med cancer och cancerprevention. En barnmorska i 40-års ålder sa:

Jag skulle vilja ha mer kunskap om hela processen och sjukdomen, ja det är vad jag skulle vilja ha mer kunskap om... att göra det enklare det skulle vara roligare då.

En kollega kommenterar att det är för lite feedback från organisationen:

Vi tar bara provet, vi vet ingenting om det. Det känns inte bra. Hur många hittar de? Nej, jag vet inte det.

Vidare framkom att barnmorskorna saknar fortbildning om cancer och cancerprevention. Liten eller ingen fortlöpande vidareutbildning om cervixcancerscreening förekom inom barnmorskans område. En barnmorska i 60-års ålder som arbetat i flera decennier och var medveten om sina kunskapsluckor sa:

Nä det var under min utbildning". Jag tror det skulle vara värdefullt om man hade fortbildning ibland lite mer regelbundet... Jag lever på gamla reserver.

Denna känsla av kunskapsluckor påtalas inte bara av de äldre barnmorskorna utan även av de yngre barnmorskorna.

Det finns en medvetenhet att avsaknad av relevant kunskap är problematiskt av flera skäl. Kunskap som ligger lång tillbaka i tiden är inte bara svår att komma ihåg, den kan även vara inaktuell. En barnmorska sa:

... att jag har varit borta under en lång tid och nya saker kan ha kommit till.

En kollega tillade:

... att cancer behandling har utvecklats och det är helt annorlunda idag än tidigare.

Även om barnmorskor beskriver en brist på adekvat kunskap om cervixcancer och dess behandling informerar de ofta om cancerprevention. Barnmorskorna beskrev olika sätt att hantera mötet med kvinnorna. Några försöker undvika att prata med kvinnorna om cancerprevention medan andra barnmorskor uppger att de ger en allmän information som är relevant i olika situationer t.ex. att rökning kan vara en extra riskfaktor för uppkomst av cancersjukdom.

Sammanfattningsvis beskrev barnmorskor att de saknar utbildning om cancer, cancerbehandling och cancerprevention. Barnmorskorna uppdaterar fortlöpande sin kunskap framförallt genom Läkartidningen, Jordemodern (barnmorskornas yrkestidskrift), läkemedelsindustrins informationsmaterial, veckotidningar samt från patienter.

Barnmorskors sätt att samtala om cancer och cancerprevention

Uppfattningarna som de intervjuade barnmorskorna hade om cancer uttrycktes både implicit och explicit. Under intervjuerna beskrev några att de inte använder ordet cancer då de talar med kvinnorna, utan använder uttryck som tidiga cellförändringar eller onormala celler. En barnmorska förklarade:

Ordet cancer är skrämmande.

En annan barnmorska kommenterade att kvinnor som deltar i cervixcancerscreening reagerar på ordet cancer och säger att hon istället använder termen onormala celler. Hon sa:

Cervicalcancer – det ordet gör att jag känner att det är något som är väldigt farligt... Cancer är något som berör dig.

Barnmorskorna använde ofta begrepp som ”den där” eller ”sjukdomen” istället för att använda ordet cancer.

De intervjuade barnmorskorna beskriver även sin egen syn på cervixscreeningverksamheten. Två barnmorskor var uttalat negativa till verksamheten. Den ena sa:

Jag skulle aldrig gå på något sådant. Jag tycker inte om sånt. Det är att leta efter problem.

Den andra uttrycker en liknande känsla:

Jag går inte på sån här typ av screening. Om jag går har jag problem- något som gör ont eller blöder eller om det är något som är konstigt, då går jag till doktorn. Jag går inte på den här typen, nej.

Sammanfattningsvis beskriver barnmorskorna under intervjuerna att de försöker att undvika att använda ordet cancer i samtalet med kvinnorna. Detta är intressant att jämföra med kvinnorna som deltog i screeningen. Forss (Forss, Tishelman, Widmark et al., 2001) fann att

55 av 66 intervjuade kvinnor specifikt nämnde ordet cancer när de diskuterade sitt deltagande i cervixscreeningverksamheten. På samma gång som barnmorskorna beskriver sin bristande kunskap om cancer, cancersjukdom och cancerprevention anser de att de är den yrkeskategori som är mest lämpad för cervixscreeningverksamheten.

Delstudie II

Syftet var att utifrån kvinnans perspektiv beskriva vårdkvalitet i det populationsbaserade cervixcancerscreeningprogrammet hos kvinnor med cellförändring samt att undersöka uppfattningen av tillfredsställelse av vård hos kvinnor med cellförändring.

Design/Metod

Designen är deskriptiv med en kvantitativ ansats. I den här studien användes frågeformuläret Kvalitet utifrån patientens perspektiv (KUPP) som är utvecklat av Wilde med kollegor (Wilde, Starrin, Larsson, & Larsson, 1993). I detta formulär utgår Wilde et al (1994) vårdorganisationens struktur samt patientens upplevelse av vårdkvalitet. Med hjälp av frågeformuläret kan patientens upplevelse av vårdkvaliteten beskrivas utifrån fyra dimensioner (Wilde, Larsson, Larsson, & Starrin, 1994):

- vårdgivarens medicinsktekniska kompetens
- graden av identitetsorienterat förhållningssätt i vårdgivarens attityd och aktion
- den fysiskt-tekniska förutsättningen i vårdorganisationen
- den socio-kulturella atmosfären i vårdorganisationen

KUPP bygger på patienters uppfattningar om vårdkvalitet, normsystem, förväntningar och erfarenheter i mötet med den existerande vårdstrukturen. För denna delstudie om patientens uppfattning av vårdkvalitetet modifierades och skräddarsyddes formuläret utifrån situationer i samband med cervixcancerscreening. De fyra dimensioner blev då:

- den medicinsktekniska kompetensen
- identitetsorienterat förhållningssätt
- socio-kulturellt atmosfär
- en kontextspecifik dimension

Det modifierade frågeformuläret innehåller 26 påståenden som utifrån patientens perspektiv mäter tre kvaliteter av åtta faktorer. Den medicinsk-tekniska kompetensen mäts med två faktorer:

- medicinsk vård (2 påståenden; exempelvis: Jag fick bästa möjliga medicinska undersökningar och provtagningar (så gott jag själv kan bedöma detta))
- behandlingens väntetid (1 påstående)

Dimensionen identitetsorienterat förhållningssätt mättes med sex faktorer:

- information före behandling (3 påståenden)
- information efter behandling (3 påståenden)
- respekt (3 påståenden)
- empati (3 påståenden)
- engagemang (2 påståenden)
- deltagande (3 påståenden)

Den tredje dimensionen socio-kulturell atmosfär inkluderade faktorer

- avskiljd miljö (2 påståenden)
- allmän atmosfär (4 påståenden)

Den fjärde dimensionen är kontextspecifik och innehåller 4 påståenden exempelvis om gynekologen hade kunskap om det gynekologiska cellprovet.

Kvinnorna som svarade på frågeformuläret utvärderade varje fråga utifrån två aspekter, upplevd realitet och subjektiv betydelse. För att mäta upplevd realitet, relaterades varje påstående till en fyrgradig skala från stämmer inte alls (1) till stämmer precis (4) samt svarsalternativet ”ej aktuellt”. För att mäta den subjektiva betydelsen som varje person tillskriver de olika vårdaspekterna relateras varje påstående till hur betydelsefullt det var för respondenten genom en fyrgradig skala där 1 står för ingen betydelse och 4 för allra högsta betydelse.

Utifrån varje individs värdering av upplevd realitet och subjektiv betydelse för ett givet påstående beräknas ett personligt kvalitetsindex samt ett totalindex för hela gruppen. Högsta personliga kvalitetsindex erhålles om en person avger högsta värde på både upplevd realitet och subjektiv betydelse. Lägsta kvalitetsindex erhålles om respondenten ger lägsta värderingen på upplevd realitet och högsta värderingen på subjektiv betydelse. En formel befanns på ett acceptabelt sätt ge den sökta rangordningen av svarskombinationer: Subjektiv betydelsepoäng x (2 x upplevd realitetspoäng – subjektiv betydelsepoäng). Med denna formel kan det personliga kvalitetsindexet variera från -8 (lägsta kvalitet) till +16 (högsta kvalitet) (Wilde et al., 1994).

Urval

Alla kvinnor som hade någon form av icke-normalt svar på cellprovet inom ett visst upptagningsområde i Stockholm län involverades i projektet. Interventionen var att dessa kvinnor fick en extra kontakt med barnmorskan i syfte att komplettera, dock inte ersätta gynekologens information. Barnmorskorna vid samma upptagningsområde fick tre timmars utbildning i gynekologisk cancer och ytterligare tre timmars utbildning i bemötande, samtal och kommunikation med kvinnor som får ett positivt cellprov samt ett studiebesök på en gynonkologisk mottagning och cytologiskt laboratorium. Utbildningen genomfördes under tre eftermiddagar av en vårdlärare, en gynekolog och en cytolog. De kvinnor (n=57) som fick ett återbesök till de barnmorskor som genomgått ovanstående utbildning benämns interventionsgruppen. Som kontrollgrupp valdes 57 kvinnor som genomfört ett cellprov med icke-normalt svar. Kontrollgruppens kvinnor kom från ett annat upptagningsområde i Stockholms län med liknade demografi som det upptagningsområde interventionsgruppens kvinnor kom från. Nittiotvå procent av kvinnorna i interventionsgruppen som hade icke-normalt cellprov erhöill enkäten. Av kontrollgruppens kvinnor skickades enkäten ut till 78 % av de kvinnor som hade icke-normalt cellprov. KUPP formuläret skickades ut till 57 kvinnor i respektive grupp. Interventionsgruppens kvinnor ombads besvara formuläret utifrån hur de upplevde den information de fick på mödravårdscentralen respektive gynekologmottagningen samt vård och behandling på gynekologmottagningen. Kontrollgruppens kvinnor ombads besvara formuläret utifrån hur de upplevde informationen de fick i samband med vård och behandling på gynekologmottagningen. Interventionsgruppens kvinnor hade ett tillägg i formuläret om hur barnmorskans information och bemötande upplevdes av kvinnan vilket inte kontrollgruppens kvinnor hade. En påminnelse sändes ut 2-3 månader efter att det första

formuläret hade skickats ut. Totalt returnerades 37 frågeformulär från interventionsgruppen och 38 frågeformulär från kontrollgruppen. Bortfallet var 35 % i interventionsgruppen och 33 % i kontrollgruppen. Projektet pågick under 15 månader under 1996-1997.

Dataanalys

Skillnader i skattningar mellan interventionssgrupp och kontrollgrupp testades för statistisk signifikans med Mann-Whitney U-test; Chi-två test användes för att testa skillnader i proportion mellan grupperna. Statistisk signifikans bestämdes till $p < 0.05$.

Sammanfattning av resultat

De deltagande kvinnornas (hela gruppen) ålder varierar mellan 25-60 år med en medelålder på 36.9 år. Knappt hälften (45 %) av kvinnorna hade en eftergymnasial eller akademisk utbildning. Omkring hälften (51 %) var sammanboende och 24 % hade inga barn, 39 % hade två eller fler barn. De flesta kvinnorna (86 % i interventionsgruppen och 84 % i kontrollgruppen) fick information om resultatet på cellprovet via brev, några (14 % i varje grupp) fick svar i samband med ett personligt besök på mödravårdscentralen. De flesta kvinnorna (74 % i interventionsgruppen och 68 % i kontrollgruppen) fick resultatet av provsvaret inom fyra veckor men det fanns några kvinnor i kontrollgruppen (8 %) som erhöll resultatet först två till tre månader efter provtagningen. I interventionsgruppen behövde kvinnorna inte vänta mer än åtta veckor på provsvaret.

Som framgår av Tabell 1 upplevde hela gruppen kvinnor högst tillfredsställelse (upplevda realitet) med den medicinska vård som de fick, information före behandling, visad respekt och avskild miljö. Den lägsta tillfredsställelsen återfanns för delaktighet i beslut, visade engagemang, empati och information efter behandling. De faktorer som skattades högst i den upplevda realiteten hade också högst kvalitetsindex. Låg upplevd realitet visade lägst kvalitetsindex. Den största skillnaden mellan interventions- och kontrollgrupp återfanns i det personliga kvalitetsindexet för den kontextspecifika frågan; "Jag hade möjlighet att samtala med barnmorskan om min hälsa". Det personliga kvalitetsindexet för interventionsgruppen indikerade moderat tillfredsställelse medan kontrollgruppen visade låg tillfredsställelse.

Kvinnorna som hade erbjudits en extra kontakt med barnmorskan var mer tillfredsställda med informationen från gynekologen, egenvården, den fysiska miljön på gynekologiska kliniken och gynekologens kunskap om cellprovet än kvinnorna i kontrollgruppen.

Interventionsgruppen rapporterade även en statistisk signifikant ($p \geq 0.05$) högre tillfredsställelse med barnmorskekontakten än kvinnorna i kontrollgruppen.

Sammanfattningsvis visade kvinnorna i båda grupperna en relativ hög nivå av tillfredsställelse när det gäller de medicinska aspekterna av vården. Det fanns också indikationer på viss tillfredsställelse med de psykosociala aspekterna såsom deltagande i beslut, empati och engagemang.

Tabell 1. Jämförelse av medelvärde (M) och standardavvikelse (SD) mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen på faktor nivå enligt KUPPs frågeformulär

	Totala gruppen			interventionsgruppen			kontrollgruppen			z
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	
Dimensioner och faktorer										
Medicin-Teknisk kompetens										
Medicinsk vård										
upplevd realitet	53	3.3	0.86	29	3.2	0.84	24	3.4	0.89	0.71
subjektiv betydelse	65	3.8	0.49	33	3.7	0.47	33	3.8	0.51	0.37
Behandlingens väntetid										
upplevd realitet	48	3.1	1.00	25	3.7	0.47	23	3.3	0.98	0.79
subjektiv betydelse	65	3.7	0.57	33	3.6	0.56	32	3.7	0.58	0.55
Identitetsorienterat förhållningssätt										
Information före behandling										
upplevd realitet	61	3.3	0.77	31	3.3	0.78	30	3.6	0.76	0.52
subjektiv betydelse	70	3.6	0.84	34	3.5	0.52	36	3.6	0.55	1.13
Information efter behandling										
upplevd realitet	43	2.9	0.54	24	2.8	0.77	19	2.8	0.92	0.57
subjektiv betydelse	63	3.4	0.57	31	3.3	0.53	32	3.5	0.62	1.23
Respekt										
upplevd realitet	74	3.3	0.78	36	3.4	0.73	38	3.2	0.82	1.04
subjektiv betydelse	75	3.7	0.41	37	3.7	0.48	38	3.8	0.32	1.25
Empati										
upplevd realitet	61	2.9	0.94	31	3.0	0.91	30	2.7	0.94	1.38
subjektiv betydelse	70	3.5	0.56	35	3.4	0.60	35	3.55	0.50	0.57
Engagemang										
upplevd realitet	62	2.8	0.97	32	3.0	0.94	30	2.6	0.96	1.93*
subjektiv betydelse	72	3.5	0.59	36	3.4	0.60	36	3.5	0.58	1.01
Deltagande										
upplevd realitet	50	2.7	0.96	25	2.8	0.93	25	2.7	1.01	0.32
subjektiv betydelse	63	3.4	0.73	33	3.3	0.66	30	3.5	0.78	2.00**
Sociokulturell atmosfär										
Avskiljd miljö										
upplevd realitet	56	3.3	0.97	33	3.6	0.72	23	2.9	1.15	2.25*
subjektiv betydelse	66	3.6	0.58	36	3.7	0.49	30	3.4	0.67	1.49
Allmän atmosfär										
upplevd realitet	45	3.1	0.70	26	3.1	0.71	19	3.2	0.71	0.36
subjektiv betydelse	69	3.5	0.47	35	3.4	0.50	34	3.5	0.43	1.47
Kontextspecifik fråga										
upplevd realitet	53	3.1	0.72	33	3.3	0.65	20	2.8	0.71	2.71**
subjektiv betydelse	62	3.6	0.39	35	3.6	0.41	27	3.6	0.36	0.09

Statistik signifikans för olikheter mellan grupperna *p<0.05. **p<0.01.

Diskussion

Ett övergripande syfte med avhandlingen var att få ökad kunskap om hur barnmorskor och kvinnor beskrev och såg på kunskap, förtrogenhet och information om cancer, cancersjukdom och cancerprevention samt hur kvinnor med cellförändringar upplevde tillfredställelse av vårdvårdskvalitet i samband med cervixcancerscreening. Avhandlingen är baserad på två studier om den populationsbaserade cervixcancerscreeningen i storstockholmsområdet. I delstudie I beskriver barnmorskorna sitt kunskapsbehov relaterat till cancer och cancerprevention men även hur de samtalar om cancer och cancerprevention med kvinnorna. Studiens resultat pekar på en viss motsättning, dels påtalar barnmorskorna svårigheter att samtala med de ”friska” kvinnorna om en eventuell risk för cervixcancer. Dels understryker barnmorskorna betydelsen av att ge en individualiserad vård med inriktning på hälsa istället för ohälsa. Barnmorskorna beskrev också ett uttalat kunskapsbehov om cancer och cancerprevention. Delstudie II beskrev kvinnors erfarenheter och upplevelser av den populationsbaserade cervixcancerscreeningen. Kvinnorna hade hög tillfredställelse med den medicinska vården som de fick, information innan behandling, respekt som barnmorskan ingav och tillfredställda med den avskilda miljön. Den lägsta tillfredställelsen fick delaktighet, engagemang, empati och information efter behandling. De faktorer som kvinnorna tillmätte med hög tillfredställelse hade också högt kvalitetsindex. De största skillnaderna mellan intervention- och kontrollgrupp uppvisade det personliga kvalitetsindexet för den kontextspecifika frågan ”Jag hade möjlighet att samtala med barnmorskan om min hälsa”. Det personliga kvalitetsindexet för interventionsgruppen indikerade moderat tillfredställelse med vården medan det personliga kvalitetsindexet för kontrollgruppen visade låg tillfredställelse med vården. De kvinnor som hade erbjudits en extra kontakt med barnmorskan var mer tillfredställda med informationen från gynekologen, egenvård, fysisk miljö och gynekologens kunskap om cellprovet. Gemensamt för de båda delstudierna var det pedagogiska mötet mellan barnmorska och kvinna som ägde rum på mödravårdscentralen.

Metoddiskussion

De två delstudierna är genomförda helt oberoende av varandra, med olika syften och metoder. Detta innebär att barnmorskorna i delstudie I och kvinnorna i delstudie II inte hade något samband med varandra. Om utfallet hade blivit annorlunda om det hade varit samma barnmorskor som ingått i de båda studierna går inte att besvara men är ett observandum för tolkningen av resultaten. En viktig notering är dock att i delstudie I ombads barnmorskorna att i mer generella termer beskriva sina tankar och erfarenheter av cervixscreeningverksamheten, medan kvinnorna i delstudie II uttalade sig om en specifik situation. Detta kan innebära att barnmorskans generella erfarenheter är av en sådan karaktär att det även skulle kunna gälla andra barnmorskor i liknande situationer. Liknande tankar om tänkbara generaliseringar kan även gälla kvinnornas uppskattade ”besökskvalitet” speciellt för kvinnorna i kontrollgruppen eftersom det extra möte som kvinnorna i interventionsgruppen fick med en barnmorska inte var en rutin. I detta möte förmedlade barnmorskan information och råd till kvinnor som kom för cellprovtagning eller på återbesök till barnmorskan innan de fick tid hos gynekologen.

I delstudie II fanns ett internt bortfall d.v.s. att alla kvinnor inte hade besvarat samtliga frågor. Det interna bortfallet/påstående varierade från 1 till 32 (se tabell 1). Detta kan tolkas som att påståendet inte har känts angeläget, begripligt eller relevant att besvara. Detta bör tas i beaktande vid tolkning av studiens resultat. Det externa bortfallet d.v.s. de kvinnor som inte

besvarade och returnerade enkäten var i interventionsgruppen 20 kvinnor och i kontrollgruppen 19 kvinnor. En enkät från interventionsgruppen returnerades med adress okänd. Övrigt bortfall är okänt. Tolkningen kan vara att tiden från det att kvinnorna hade kontakt med barnmorskan och gynekologen låg långt bort och att kvinnorna inte var angelägna att svara på enkäten. En annan orsak kan vara att enkäten var för lång och för omfattande att svara på vilket Wilde (Wilde & Larsson, 2002) påpekar att det kan vara en effekt av att svarsfrekvensen blir lägre. Wilde & Larsson har efter att vi avslutat delstudie II utvecklat en kortare form av Kupp formuläret (a.a.)

Yrkesrollen och det pedagogiska mötet mellan kvinnan och barnmorskan

Yrkesrollen

Cervixscreeningverksamheten förutsätter en viss rutin; att genomföra provet på ett optimalt sätt samt att det finns förutsättningar att under undersökningen samtala och ge information och råd till kvinnan. Denna del av yrkesrollen d.v.s. att i samband med screeningen föra ett hälsosamtal är en arbetsuppgift som bör ingå i barnmorskornas arbete.

Studiernas resultat tyder klart på att barnmorskorna ansåg att information till kvinnorna om cancerprevention är en viktig del av arbetet men att de hade bristande och inaktuell förtrogethet med cancer och cancerprevention vilket upplevdes som ett hinder i arbetet. Tydligt var att barnmorskorna upplevde avsaknad av konkret stöd i hur de bäst skulle diskutera cancerrelaterade aspekter med de kvinnorna som kom för cervixcancerscreening. De tvingades därför att förlita sig på sin egen kunskap, värderingar och erfarenhet. Kunskap om barnmorskors och kvinnors samspel i det pedagogiska mötet har ofta tagits för givet. Barnmorskornas långa yrkeserfarenhet skulle kunna innebära att ett hälsosamtal med en kvinna som kommer för cellprov inte borde vara något problem. Studier (Gedda, 2001; Hermansson, 2003) visar att det är det medicinska innehållet som har behandlats i mötet och inte relationen mellan barnmorskan och kvinnan. Samspelet i den kliniska situationen mellan de båda kan inte ses som ett isolerat samspel då den kliniska situationen är ett möte som styrs av tid, plats och uppgifter som skall utföras. För att förstå detta samspel måste hänsyn tas till både individen och den miljö där mötet äger rum (Lauritzen, 1990). En intressant fråga i sammanhanget är därför om de ingående barnmorskornas kunskapsbrist är beroende av egna förväntningar på sin yrkesroll, professionens krav på rollen eller ett allmänt samhällsligt rollkrav? Denna studie ger inget svar på vad barnmorskans upplevda kunskapsbrist kan bero på men aspekten bör beaktas i framtida kvalitetsarbete.

Bronfennbrenner (1979) definierar en funktion som en uppsättning förväntade aktiviteter och relationer. De förväntade aktiviteterna omfattar både personen och dennes roll i samhället. När en roll är etablerad i samhället finns det en tyst överenskommelse om förväntningar på rollinnehavaren och på dem som har kontakt med denne. En roll för med sig maktposition och ju mer makt som är socialt sanktionerad ju större tendens finns att utöva makten. Den som är underordnad kan få ökad beroendeställning till maktinnehavaren vilket kan leda till minskad förmåga att ta initiativ. Kan det vara så att barnmorskans upplevda brist på kompetens inom cancer och cancerprevention samt hur detta ska tas upp med kvinnan är ett resultat av hur barnmorskan själv tolkar sin ställning i organisationen, på uttalade förväntningar och till hennes möjlighet att kunna ta egna initiativ och vara förberedd för att få mötet så som man helst önskar men även att få tillstånd ett optimalt möte. Inställningen till vem som ansvarade för att kompetensen finns och hur kompetensen skulle införskaffas varierade mellan de intervjuade barnmorskorna vilket ytterligare stärker tanken om att synen på vem som har

makten varierar. Att maktens direkt eller indirekt påverkar kommunikationen mellan en vårdtagare och en vårdgivare har även Fossum (2003) påvisat. Om vårdtagaren förstår vad som sägs och görs i ett möte med en vårdgivare ökar möjligheten att angivna råd och ordinationer följs.

Det är väl känt att vårdtagare upplevelser av tillfredsställelse med hälso- och sjukvården ofta handlar om kommunikation och bemötande (Bergh, 2002; Friberg, 2002; Gedda, 2001). Utifrån delstudie I där barnmorskorna framhöll sin viktiga funktion att samtala om kvinnornas hälsa och resultaten från delstudie II där interventionsgruppens kvinnor upplevde en högre tillfredsställelse än kontrollgruppens kvinnor när det gäller möjligheten att samtala med barnmorskan om sin hälsa tyder på att en ökad kunskap och trygghet hos barnmorskan kan skapa gynnsamma förutsättningar för kommunikationen i mötet. Betydelsen av att en barnmorska känner sig kompetent och trygg framkom tydligt när de beskrev hur de informerar kvinnor om cancerprevention. Exempel som framfördes var alltifrån att undvika att prata om cancer och cancerprevention till att ge kvinnorna en allmän hälsoinformation som är relevant i många situationer som exempelvis att rökning är en allvarlig hälsorisk. Skäl till att använda eller inte använda ordet cancer diskuterades av barnmorskorna och ett skäl kunde vara att inte väcka onödig oro. Om denna risk för oro var befogad ger inte intervjuerna svar på men en underliggande orsak till att barnmorskan undviker ordet cancer kan även vara deras egen oro inför cancersjukdom. Hur en outtalad eller omedveten egen oro kan påverka ett beteende har bekräftats av Aili (2002) som menar att barnmorskan föredrar att tala om en inflammation även om det förelåg misstankar om cellförändringar.

Mötet

Vad som utspelas i ett möte är dels ett VAD dels ett HUR d.v.s. ett innehåll och tillvägagångssätt. Tidigare har aspekter av barnmorskans känsla av bristande kunskap om cancer, cancersjukdom och cancerprevention lyfts fram vilket kan ses som en VAD aspekt. Andra delar som belysts är barnmorskans förväntningar vilka kan vara styrande för HUR aspekten. Det kan även vara av betydelse för hur barnmorskan kan uppleva sina möjligheter eller hinder, men även av betydelse för hur den besökande kvinnan uppfattar mötet (Andersson, 1980; Bronfenbrenner, 1979). Hur ett möte ser ut inom cervixscreeningverksamheten där en konkret uppgift ska genomföras på ett optimalt sätt men där även mer subtila krav som att föra ett samtal kring cervixscreeningen och dess eventuella konsekvenser ställs. Mötet är alltså ett möte mellan två individer i två helt olika roller. Bronfenbrenner (1979) nämner tre dimensioner som är viktiga för en individs rollutveckling. Individens utveckling förändras på ett särskilt sätt och är bestående och situationsbunden. Den andra dimensionen är samverkan mellan individens förmåga att uppfatta och att agera samt i den tredje dimensionen har uppfattning och agerande en teoretisk dimension som är likartad i de olika ekologiska miljöerna. Utvecklingen gör att individen får en förändrad förmåga att få kunskap om sin omgivning, vilket inte kan ses direkt utan i de aktiviteter som individen utför och som kvarstår över tid och som återfinns i de andra systemnivåerna.

I barnmorskornas yrkesverksamhet kan ovanstående dimensioner innebära att barnmorskorna i sin invanda miljö bär med sig en idé om och förväntningar på sin yrkesroll, egna erfarenheter och förutsättningar. Barnmorskan är i sin funktion och position beroende av de politiska beslut som tas. Politiska beslut kan styra vem som har ansvaret för den lokala organisationens intentioner, mål och resurser. Nivåernas inverkan på ett möte kan vara att barnmorskan uppfattar att hon/han i sin yrkesroll får för lite feedback från organisationen och att hon/han enbart förväntas att ta provet och inte veta något om provets fortsatta process.

Detta bekräftas i delstudie I där det framkom att barnmorskorna inte kände sig tillfredställda med cervixcancerscreeningverksamheten. De menade att deras funktion var att ge en individualiserad vård med inriktning på hälsovård istället för sjukvård. Att rutiner styr vårdarbetet har även visat sig i andra studier där distriktssköterskor påtalat detta som ett hinder (Gedda, 2001).

Härmed väcks tre viktiga frågor. Den första är HUR barnmorskor själva ska kunna påverka cervixcancerscreeningverksamhetens organisation för att bättre få dess innehåll att överensstämja med yrkesprofessionens krav. Den andra frågan är VAD det är som hindrar barnmorskorna att förändra verksamheten så att den anpassas till deras professionella roll och ideologi. Den tredje frågan är VAD barnmorskan kan ställa för krav på organisationen för att få den feedback hon/han behöver för att kunna ge kvinnan det stöd och den information som cervixcancerscreeningsituationen kräver.

I kvinnans livsvärld kan dimensionerna innebära: att hon kommer in i en för henne ny och obekant situation. Barnmorskorna bör i samband med detta ta hänsyn till kvinnans närmsta miljö dvs. familj, arbete, övergripande strukturer i lokalsamhället och samhället i stort som direkt eller indirekt påverkar den enskilda kvinnan. Behovet av ett optimalt möte och att kunna få information och stöd bekräftas ytterligare av att kvinnorna i delstudie II:s interventionsgrupp uttryckte en tillfredställelse med den extra barnmorskekontakt de fick innan de fick tid hos gynekologen. Detta kan tolkas som att dessa kvinnor kände sig mer delaktiga, betydelsefulla och sedda av vårdens företrädare än de kvinnor som ej fick denna möjlighet. Friberg (2002) beskriver att ”allt som människan erfar i världen upplevs som något, även om detta” något” inte gjorts explicit och inte uttrycks i ord” (sid. 22).

Pedagogiskt förhållningssätt, kommunikation, information och lärande

Barnmorskor på mödravårdscentraler möter företrädesvis friska kvinnor men när det gäller cervixcancerscreening handlade det dessutom om att delge kvinnorna en risk för eventuell cancersjukdom vilket innebär stora krav för barnmorskan på ett optimalt pedagogiskt förhållningssätt, en optimal kommunikation och val av undervisningsmetod samt en medvetenhet om sin egen syn på lärande. Det pedagogiska mötets utformning och utfall stärks ytterligare av att Forss m.fl. (2001) fann att det för kvinnan kan vara svårt att ta till sig ”riskinformation” eftersom hon inte upplevde ohälsa när hon tog sitt cellprov. Eventuella svårigheter i det pedagogiska förhållningssättet kan anas i de intervjuade barnmorskornas beskrivningar av att de inte använder ordet cancer då de talar med kvinnorna utan använder uttryck som tidiga cellförändringar eller onormala celler då de ej vill väcka onödig oro. Som tidigare påtalats kan oron diskuteras utifrån vem som är i risk för oro, kvinnan eller barnmorskan. Detta är extra intressant då vissa av barnmorskorna beskriver att de inte använder ordet cancer trots att ordet användes av kvinnorna själva. Barnmorskorna menar att skälet till detta är att skydda kvinnorna. Denna inställning försvårar för barnmorskan att ytterligare tala om en eventuell risk för cervixcancer i mötet med de ”friska” kvinnorna. Hela denna osäkerhet påverkar kvaliteten i mötet och hur det pedagogiska budskapet förmedlas. En viktig och intressant fråga är alltså HUR val av begrepp och tolkningen av dessa i termer av ”sjuk” respektive ”frisk” påverkar mötet mellan två intressenter med olika syn på begrepp och dess innebörder.

I ett optimalt möte måste samtligas livsvärldar lyftas fram. Hounsgard (2004) menar t ex att en cellförändring kan påverka en kvinna genom en frustration över att vara symptomfri och känna sig ”frisk” samtidigt som att vara diagnostiserad och eventuellt ”sjuk”. Friberg (2002)

säger att individers medvetande är riktat mot olika aspekter i den sociala miljön och att det uppstår mening eftersom en händelse förstås som något d.v.s. som erfarenheter individer har och som de verbalt kan dela med sig av (Friberg, 2002). Valet av begrepp och att inte använda eller använda t.ex. laddade begrepp som "cancer" och "sjuk" visar vilken position en individ har intagit. Detta bekräftas av Bergh (2002) i intervjuer av sjuksköterskor och i observationer av sjuksköterskor i mötet med anhöriga. Hon fann t ex att man kan inta en relation genom att vara deltagande eller betraktande. I handlandet kan positionerna vara mellan ett aktivt och ett passivt handlande (a.a.). Om barnmorskan väljer att inta en betraktande relation och ett passivt handlande samtidigt som kvinnan intar en deltagande relation och ett aktivt handlande kan detta eller det motsatta förhållandet innebära att dialogen i mötet uteblir. Val av position och hur denna synliggörs är alltså avgörande.

VAD barnmorskorna väljer att ta upp med kvinnorna kan även vara beroende av hur trygg och förtrogen barnmorskan känner sig med den kunskap som situationen kräver. I intervjuerna beskrev barnmorskorna bristande kunskap gällande cervixcancer och sekundär prevention av cervixcancer. Samtidigt visade de en inaktiv inställning till införskaffandet av kunskap. Med inaktiv inställning menar jag att barnmorskorna vill få kunskap men var inte tydligt inriktade på att skaffa sig kunskap. Barnmorskorna uttalade att de förväntade sig att någon annan informerade och uppdaterade dem istället för att själva skulle söka kunskap. Många påtalade att deras kunskap hade inhämtats i barnmorskeutbildningen och att den i flera fall låg långt tillbaka i tiden och att de idag hämtade sin kunskap från Läkartidningen, professionella tidskrifter samt broschyrer från läkemedelsföretag. I hälso- och sjukvårdslagen (1998:531) betonas att yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område skall utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet och att var och en skall ha ett eget professionellt ansvar. I det professionella ansvaret som barnmorska skall bl.a. ingå förmåga till ledarskap, kunskaper i kommunikation, samarbete och beslutsfattande samt intresse för professionell utveckling. Uttalandena från de intervjuade barnmorskorna kan tyda på en omedvetenhet om dessa krav vilket även visats i andra studier. (Widmark, 2005) visade i sin avhandling att barnmorskorna inte upplevde sig ha tillräcklig information och kompetens för att kunna svara på kvinnornas frågor. Att grundläggande kunskaperna skall finnas kan tyckas självklart och att dessa grundkunskaper inte är eviga utan måste förnyas och uppdateras är i dag en självklarhet. Kvinnan som möter barnmorskan skall kunna känna sig trygg i att barnmorskan har tillräcklig "kompetens" oavsett när kompetensen införskaffades. Barnmorskan har eget ansvar för sin egen kompetensutveckling och ju större möjligheter som inom organisationen ges för att införskaffa ny kunskap desto mer blir det en naturlig del av det dagliga arbetet.

Enligt WHO och Socialstyrelsen (WHO 1998; Socialstyrelsen, 1995) skall barnmorskan informera och undervisa utifrån varje kvinnas individuella behov. Undervisning är en viktig omvårdnadsåtgärd när kvinnan i samband med cervixcancerscreeningen behöver få nya kunskaper om cancersjukdom, provtagning och prevention. Vid planering av undervisning eller information måste hänsyn tas till kvinnans kunskap, motivation, inställning, erfarenhet och livsvärld (Friberg, 2002; Gedda, 2001; Öhman, 2003). Undervisning som omvårdnadsåtgärd ställer krav på barnmorskan när det gäller att kunna bedöma individuella behov av information och kunskap, kunna genomföra undervisning samt kunna svara på kvinnornas frågor. Detta innebär att kunna använda egen och medarbetares kompetens och samtidigt kunna inse när insatser krävs av läkare eller annan specialistkompetens. Läkarens kompetens vad gäller cellprovet och vilken behandling kvinnan skall ha påpekades av kvinnorna och resultaten visade att gynekologen var den som kvinnorna bedömde hade kunskap om cellprovet. Intressant att notera var dock att interventionsgruppens kvinnor uttryckte en större delaktighet och högre psykologiskt välbefinnande än kontrollgruppens

kvinnor. Detta kan tyda på att de barnmorskor som utbildats för interventionsgruppens återbesök hade en beredskap och kompetens för att möta kvinnornas medicinska och emotionella behov. En väsentlig och viktig del här är att den utbildning som interventionsgruppens barnmorskor fick var av ringa omfattning. Trots detta kunde alltså tydliga förändringar i mötet ses. Det är alltså inga stora insatser som behövs för att inge en känsla av kompetens och trygghet hos en redan kompetent professionell yrkesgrupp.

I barnmorskors pedagogiska verksamhet ingår förmedling av kunskaper och färdigheter som inte alltid synliggörs, problematiseras eller reflekteras över varken av barnmorskorna själva eller av de i organisationen som har det övergripande ansvaret. När sjuksköterskor/barnmorskor beskriver sin pedagogiska verksamhet beskrivs den inte som en del av deras yrkesverksamhet utan mer som en del av yrkesfunktionen och kan därför inte urskiljas som en separat eller specifik omvårdnadsdel (Gedda, 2001). Angelägna frågor som väckts är alltså hur den pedagogiska kunskapen hos barnmorskor ska kunna förbättras för att kunna användas i mötet med kvinnor som deltar i cervixcancerscreeningverksamhet. Ett flertal studier påpekar vikten av yrkeskompetens för att få till stånd optimala möten där barnmorskan och kvinnan kan kommunicera med varandra (Bottorff, 2001; Idestrom et al., 2002; Idestrom, Milsom, Andersson Ellstrom, 2003; Strasser, 2005). Barnmorskorna upplever att de har en viktig roll när det gäller att samtala med kvinnors om hälsa och de anser att de är bra på att bemöta kvinnor och vill ha en central och viktig roll inom cervixscreeningverksamheten (Widmark et al., 1998).

Medvetenheten hos barnmorskorna om cancerpreventionens plats i cervixscreeningverksamheten kan innebära att även den pedagogiska medvetenheten och betydelsen av det pedagogiska förhållningssättet ökar. För att kunna anta ett pedagogiskt förhållningssätt behövs en policy om VAD som är viktig information och HUR den skall delges kvinnorna inom cervixscreeningverksamheten. Det blir då även viktigt att ta till vara kvinnans kunskaper och kunna ge den information som kvinnan kräver d.v.s. möta kvinnan där hon är. Att ge adekvat information utifrån kvinnans erfarenheter är att ha uppdaterade kunskaper som en försäkran för att kvinnorna får likartad information oberoende av vilken vårdgivare de besöker men även att kunna strukturera informationen utifrån en egen pedagogisk modell och utifrån de individuella behov som varje enskild kvinna har. Ett belägg för att barnmorskorna i interventiongruppen hade denna förmåga kan vara kvinnornas höga tillfredsställelse med möjligheten att få prata med en barnmorska om sin egen hälsa vara. För att sjuksköterskor skall kunna ge kvinnor psykosocialt stöd framhåller Friberg (2002) vikten av kompetens och professionellt förhållningssätt.

Slutsats

Kvinnans uppfattning om vad som är viktigt i mötet med barnmorskan kan ses som en aspekt av vårdkvalitet. Interventionen med en extra kontakt hos barnmorskan för kvinnor med icke-normalt cellprov var ett steg i rätt riktning eftersom kvinnorna kände att de fick stöd och var tillfredsställda med informationen. När barnmorskan ger information till kvinnan i hälsofrågor är det sin kunskap barnmorskan förmedlar. HUR kunskapen förmedlas till kvinnorna finns det naturligtvis inget standardiserat pedagogiskt upplägg för. VAD varje kvinna behöver är individuell information och ett individuellt stöd.

Upplevelser och tolkningar av vad som sker i samspelet mellan individ och miljö beror enligt Bronfenbrenners (1979) utvecklingsekologiska modell på de aktiviteter som vi utför, de relationer som vi intar och de roller som de olika aktörerna har. Kvinnan behov av att veta och förstå vad cervixcancerscreening innebär bör tillgodoses. För att kunna ge information och det

stöd till kvinnorna behöver barnmorskan problematisera och tydliggöra sin pedagogiska funktion och ansvara för att den pedagogiska kompetensen aktualiseras och blir till ett redskap i hennes möte med kvinnan.

”Om du vill förstå någonting, så försök att förändra det.”
enligt Bronfenbrenner i Andersson (1980) sid. 26

Referenser

- Aili, C. (2002). *Autonomi styrning och jurisdiktion och: barnmorskors tal om arbetet i mödrahälsovården*. Stockholms universitet, Stockholm.
- Andersson, B. (1980). *Bronfenbrenners utvecklingsekologi* (No. 15/1980). Institutionen för pedagogik Högskolan för lärarutbildning. Stockholm.
- Barckley, V. (1980). *Basic Concepts in Cancer Nursing*. Geneva.
- Bell, S., Porter, M., Kitchener, H., Fraser, C., Fisher, P., & Mann, E. (1995). Psychological response to cervical screening. *Prev Med*, 24(6), 610-616.
- Bengtsson, J., & Kroksmark, T. (1994). *Allmänmetodik, Allmändidaktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet, Göteborg.
- Bistoletti, P. (2000). Cervixcytologi uppfyller inte kvalitetskraven på ett bra screeningtext. *Läkartidningen*, 97(37), 4042.
- Bottorff, J., Balneaves, L.G., Sent, L., Grewal, S., Browne, A.J. (2001). Cervical Cancer screening in ethnocultural groups: case studies in women centered care. *Women Health*, 33, 29-46.
- Brody, S. (1982). *Obstetrisk och gynekologi. Medicinsk grundutbildning*. Uppsala.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University, Cambridge.
- Böhmer, G., van der Brule, J., Brummer, O., Meijer, C., & Petry, K. (2003). No confirmed case of human papillomavirus DNA-negative cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or invasive primary cancer of the uterine cervix among 511 patients. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 189, 118-120.
- Conway, K. (1996). Attitudes to Papanicolaou smears. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 17, 189-194.
- Dillner, J. (2000). Cervical cancer screening in Sweden. *Eur J Cancer*, 36(17), 2255-2259.
- Eaker, S., Adami, H. O., & Sørensen, P. (2001). Attitudes to screening for cervical cancer: a population-based study in Sweden. *Cancer Causes Control*, 12(6), 519-528.
- Farell, G. (2001). From tall poppies to squashed weeds: why don't nurses pull together more. *J of Adv Nursing*, 35(1), 26-33.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., & Parkin, D. (2001). Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. *IARC press*(IARC Cancerbase No.5).
- Fischbein, S. (1992). Samspel mellan individförutsättningar och miljöpåverkan i individers utveckling. Ett interaktionistiskt perspektiv på pedagogik. Stockholm: HLS förlag.

- Forss, A. (2001). *Cervical cancer screening from the lay perspective*. Licentiatavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Forss, A. (2005). *At the margins of health and normality. Women's encounters with biomedical technology in the realm of cervical cancer screening*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Forss, A., Lundgren, E. L., Widmark, C., & Tishelman, C. (2002). Mellan sjukdom och hälsa: ett tvärvetenskapligt forskningsprojekt om populationsbaserad cervixcancerscreening. *Jordemodern*, 3(Mars), 18-27.
- Forss, A., Tishelman, C., Lundgren, E.-L., Widmark, C., Sachs, L., & Törnberg, S. (2001). "I got a letter..." A qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening program in urban Sweden. *Psycho-Oncology*, 10, 76-87.
- Forss, A., Tishelman, C., Widmark, C., Lundgren, E., Sachs, L., & Tornberg, S. (2001). 'I got a letter...' a qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Psychooncology*, 10(1), 76-87.
- Forss, A., Tishelman, C., Widmark, C., Sachs, L. (2004). Women's experiences of cervical cellular changes: an unintentional transition from health to liminality? *Sociology of health and illness*, 2004(26), 306-325.
- Fossum, B. (2003). *Communication in Health Service: Two examples*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Friberg, F. (2002). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning, mot en vårddidaktik på livsvärldsgrund*. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet, Göteborg.
- Fylan, F. (1998). Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge and behaviour. *British Journal of General Practice*, 48, 1509-1514.
- Svensk författningssamling, (1998). *Högskoleförordningen*.
- Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, Cal.: Sage Publications, Inc.
- Hermansson, E. (2003). *Akademisering och professionalisering - barnmorskans utbildning i förändring*. Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Horton-Taylor, D. (2001). Care in Context (Red. Corner, J and Bailey, C). i *Cancer Nursing, Blackwell Sciences Ltd, Turnbridge Wells*, s 46-60.
- Houngaard, L. (2004). *Potensiell sygdom sætter spor, Kvinders oplevelse af sygdom i et forløb med celleforandringer efter screening for livmoderhalskræft*. Århus Universitet. Århus
- IARC. (1986). Working Group on evaluation of cervical cancer screening programmes, Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 293, 659-664.
- ICN (2005). International committee for nurses. *Nursing Regulation: A Futures Perspective*.
- Ideström, M., Milsom, I., & Andersson-Ellström, A. (2002). Knowledge and attitudes about the Pap-smear screening program: a population-based study of women aged 20-59 years. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81, 962-967.
- Ideström, M., Milsom I, Andersson Ellström, A. (2003). Women's experience of coping with a positive Pap smear: a register-based study of women with two consecutive Pap smears reported as CIN 1. *Acta obstet Gynecol Scand*(82), 756-761.

- Jeppesen, U. (2000). *Stor risiko eller lille chance, Faktorer, der har betydning, når kvinder vælger mellem deltagelse icke-deltagelse i det forebyggende undersøgelse for livmoderhalskræft del I och II*. Århus Universitet, Århus.
- Kaplan, C., Bastani, R., Belin, T., Marcus, A., Nasser, K., & Hu, M.-Y. (2000). Improving Follow-up after an Abnormal Pap Smear: Results from a Quasi-Experimental Intervention Study. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 9(7), 779-790.
- Kristensen, G. (2003). *Onkologisk omvårdnad, Patient - problem - åtgärd* (L. Jones, Trans.). Stockholm: Liber.
- Lamb, A. (2000). *A Gynecologic Oncology Nursing Perspective*. (red. Moore-Higgs, G.J.) Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA. sid. 82-112.
- Lauritzen, S. O. (1990). *Hälsovård som rutin eller relation, svensk mödra- och barnhälsovård möter invandrarfamiljer*. Stockholms Universitet, Stockholm.
- Lundgren, E. L., Tishelman, C., Widmark, C., Forss, A., Sachs, L., & Tornberg, S. (2000). Midwives' descriptions of their familiarity with cancer: a qualitative study of midwives working with population-based cervical cancer screening in urban Sweden. *Cancer Nurs*, 23(5), 392-400.
- Läärä, E., Day, N., & Hakama, M. (1987). Trends In Mortality From Cervical Cancer In the Nordic Countries: Association with Organised Screening Programmes. *The Lancet*, May 30, 1247-1249.
- Maltén, A. (1997). *Pedagogiska frågeställningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Monsonogo, J. (2004) A. HPV infections and cervical cancer prevention. Priorities and new directions. Highlights of EUROGIN 2004 International Expert Meeting, Nice, France, October 21-23 2004. *Gynecologic Oncology*, 96(2005), 830-839.
- Monsonogo, J., Bosch, F.X., Coursaget, P., Cox, J.T., Franco, E., Frazer, I., Sankaranarayanan, R., Schiller, J., Singer, A., Wright, T., Kinney, W., Meijer, C., Linder, J. (2004) B. Cervical cancer control, priorities and new directions. *Int J Cancer*, 2004(108), 329-333.
- Morrison, A. S. (1998). *I Modern Epidemiology*, (Red. Rothman, K.G., D.), Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Olsson, R.-M. (2005). *Utbildningskontextens betydelse för lärandeprocessen Malmö studies in educational science No 18*. Malmö högskola, Malmö.
- Onyeka, B. A., Martin-Hirsch, P. (2003). Information leaflets, verbal information and women's knowledge of abnormal cervical smears and coloscopy. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 23(No.2), 174-176.
- Papanicolaou, G. N. (1928). *New cancer diagnosis*. Paper presented at the Third Race Betterment Conference, Battle Creek, Mich.
- Parkin, D. M., Bray, F.I. Devesa, S.S. (2001). Cancer burden in the year 2000. The global picture. *European Journal of Cancer*, 37, 5-66.
- Parrott, R., & Condit, C. (1996). Introduction: Priorities and Agendas in Communicating about Women's Reproductive Health. In R. Parrott & C. Condit (Eds.), *Evaluating Women's Health Messages: A Resource Book* (pp. 1-11). London: Sage.
- Ponten J., Dillner J. Friberg L.G. Gustafsson L. Miller A.B. Parkin D.M Sparen P. Trichopoulos D. (1995). Strategies for global control of cervical cancer. *Int J Cancer*, 60, 1-26.
- Reelick, N. F., de Haes, W. F. M., & Schuurman, J. H. (1984). Psychological side-effects of the mass screening on cervical cancer. *Social Science & Medicine*, 18(12), 1089-1093.
- Rodvall, Y., Kemetli, L., Tishelman, C., & Törnberg, S. (2005). Factors related to participation in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Eur J Cancer Prev*, 14(5), 459-466.

- Ryd, W., Bergström, G., Bjelkenkrantz, K., Dejmek, A., Hjerpe, A., Losell, K., Ångström, T. (2000). KVASt: studiegrupp för exfoliativ cytologi-Vaginalcytologi. *Svensk förening för patologi*.
- Rylander, E. (1995). Cervixförändringar. In G. C. von Schoultz (Ed.), *Öppenvårdsgynekologi: Almqvist & Wiksell*.
- Sarkadi, A., Widmark, C., Törnberg, S., & Tishelman, C. (2004). The 'hows', 'whos', and 'whens' of screening: gynaecologists' perspectives on cervical cancer screening in urban Sweden. *Soc Sci Med*, 58(6), 1097-1108.
- Socialstyrelsen. (1982). *Principer och rutiner för gynekologisk hälsokontroll. Rapport från socialstyrelsens expertgrupp. Remisshandling* (No. pm 1/82). Stockholm.
- Socialstyrelsen. (1985). Allmänna råd från socialstyrelsen 1985:10, *Gynekologisk Hälsokontroll* (pp. 3-20). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (1995). Allmänna Råd från Socialstyrelsen 1995:5, *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor* (pp. 67).
- Socialstyrelsen. (1995:5). Allmänna Råd från Socialstyrelsen 1995:5, *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor* (pp. 67).
- Socialstyrelsen. (1998). Gynekologisk cellprovskontroll. Förslag till screeningprogram 1998, *SoS-rapport 1998:15*: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005:9). *Cancer Incidence in Sweden 2004*.
- Sparén, P. (1996). *Early detection and screening for cancer of the cervix in Sweden during the 20th century*. Doktorsavhandling, Uppsala Universitet, Uppsala.
- Strasser, S., London, L., Kortenaar, E. (2005). Developing a Competence Framework and Evaluation Tool for Primary Care Nursing in South Africa. *Education for Health*, 18(2005)(2), 133-144.
- Säljö, R. (1997). Talk as Data and Practice--a critical look at phenomenographic inquiry and the appeal to experience. *Higher Education Research & Development*, 16(2), 173-190.
- Tishelman, C., Forss, A., Sachs, L., Lundgren, E.-L., Widmark, C., & Törnberg, S. (1999). Research on Risk and Risk in Research: Theoretical and practical experiences from a multi-disciplinary study on cervical cancer screening in urban Sweden. *Qualitative Health Research*, 9(1), 45-60.
- Tishelman, C., Lundgren, E.-L., Skald, A., Törnberg, S., & Wilde, B. (2002). Quality of Care from a Patient Perspective in Population-based Cervical Cancer Screening. *Acta Oncologica*, 41(3), 253-261.
- Tishelman, C., & Sachs, L. (1998). The diagnostic process and the boundaries of normality. *Qualitative Health Research*, 8(1), 48-60.
- Tishelman, C., Sachs, L., & Törnberg, S. (1999). Between Sickness and Health: A multi-disciplinary study of professional and lay participants in a cervical cancer screening program (Third ed.). Opublicerad projekt plan.
- Tishelman, C., Widmark, C., Lundgren, E.-L., & Forss, A. (2000). *The engendered role of the nurse-midwife in cervical cancer screening*. Paper presented at the 10th biannual conference of WENR (Working Group of European Nurse Researchers), Reykjavik Iceland.
- Törnberg, S. (2004). *Sekundärprevention*, manuscript och personlig kommunikation. Opublicerat manuskript.
- Waldenström, U. (1981). Gynekologisk hälsokontroll-- hur tar vi hand om den oro vi skapar? *Läkartidningen*, 78(38), 3255.
- WHO. (1992). *Women's health: across age and frontier*. Geneva: World Health Organisation.
- Widmark, C. (2005). *Kvinnohälsa i perspektiv, Studier med barnmorskor och läkare samt med kvinnor som vårdbrukare. Exempel från cervixcancerscreening och obstetrisk vård av omskurna kvinnor*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet, Stockholm.

- Widmark, C., Tishelman, C., Lundgren, E.-L., Forss, A., Sachs, L., & Törnberg, S. (1998). Opportunities and Burdens for Midwives Working in Primary Health Care: An example from population-based cervical cancer screening in urban Sweden. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(6), 530-540.
- Widmark, C., Tishelman, C., Maina Ahlberg, B. (2002). A study of Swedish midwives encounters with infubulated African women in Sweden. *Midwifery*, 2002(18(2)), 113-125.
- Wilde, B., Larsson, B., Larsson, M., & Starrin, B. (1994). Quality of care: Development of a Patient-Centred Questionnaire based on a Grounded Theory Model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8, 39-48.
- Wilde, B., & Larsson, G. (2002). Development of short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 681-687.
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G., & Larsson, M. (1993). Patients' view on quality of care: A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 7, 113-120.
- Wilson, J. (1968). *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: World Health Organization.
- Vizcaino A., Moreno, V., Bosch, F., Munoz, N., Barros-Dios, X. & Parkin, D (2000). International trends in incidence of cervical cancer: II Squamous-cell carcinoma. *Int J Cancer*, 86, 429-435.
- Ylitalo, N. (2000). *Human Papillomavirus and cervical Carcinoma in Situ: Implications for future screening*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Öhman, B. (2003). *Sjuksköterskans patientundervisning inom geriatrisk vård och rehabilitering*. Doktorsavhandling. Lärarhögskolan i Stockholm, Stockholm.

Tillkännagivanden

Jag vill härmed tacka alla Er som på olika sätt hjälpt och stöttat mig under alla dessa år.

Tack alla kvinnor och barnmorskor som medverkat i intervjuer och svarat på frågeformuläret. Utan Er medverkan hade det inte blivit någon avhandling.

Tack till mina nya handledare Birgitta Klang, Ylva Rodvall och Elisabeth Granström som kom in i slusket och som hjälpte mig ro i land avhandlingen.

Tack cervixgruppen, Carol Tishelman, Catarina Widmark och Anette Forss för alla år som vi har kämpat ihop. Tack även till Lisbeth Sachs, Sven Törnberg, Bodil Wilde och Ann Skald för att ni har bidragit och inspirerat med er kunskap och funnits med i cervixgruppens utkant under åren.

Tack Eva Broberger för Din hjälp, vad gjorde jag utan Dig.

Tack alla kollegor och kompisar Monica Ekdahl, Barbro Mendel, Lilian Pohlkamp, Eva Doukkali och Gunilla Lilja för att ni trott på mig.

Tack till personalen på Institutionen för omvårdnad för allt stöd som jag fått.

Tack "akutgruppen" för att ni har läst och diskuterat mina artiklar.

Tack alla andra som jag inte nämnt vid namn både familj, kollegor och vänner för stöd och hjälp under åren.

Ekonomiskt stöd från har mottagits från Cancerfonden, Vårdalstiftelsen samt Forsknings- och forskarutbildningsavdelningen, Centrum för vårdvetenskap, Karolinska Institutet.