

Rebecca Høydalsvik

# HPV-test som analysemetode i Livmorhalsprogrammet - kvinners opplevelse ved positiv test.

En kvalitativ studie om opplevelser og erfaringer

Masteroppgave i Folkehelse

Veileder: Marit Solbjør

Medveileder: Ingrid Baasland

August 2021



Rebecca Høydalsvik

# **HPV-test som analysemetode i Livmorhalsprogrammet - kvinners opplevelse ved positiv test.**

En kvalitativ studie om opplevelser og erfaringer

Masteroppgave i Folkehelse  
Veileder: Marit Solbjør  
Medveileder: Ingrid Baasland  
August 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

**Introduksjon/Bakgrunn/Tidligere forskning:** Globalt dør mer enn 250 000 kvinner av livmorhalskreft årlig. I Norge arbeider Livmorhalsprogrammet med tidlig oppdagelse og tiltak mot forstadier til livmorhalskreft. Helsedirektoratet har kommet med anbefaling om endring av screeningmetode i Livmorhalsprogrammet, og en ny analysemetode, humant papillomavirus-test, er under innføring. Dette fører til endringer i oppfølgingen for deltagende kvinner. Forskning viser at overgang til HPV-test fremfor cytologi som primær screeningmetode, i tillegg til HPV-vaksinasjon gjennom vaksinasjonsprogrammet, vil føre til eliminering av livmorhalskreft i Norge innen 2039. Implementeringen startet i 2019, for kvinner mellom 34 og 69 år, og er planlagt ferdig 31.12.2022. Hensikten med denne studien er å undersøke hva kvinner vet om humant papillomavirus (HPV), og hvordan det oppleves å få påvist HPV-infeksjon etter innføring av HPV-test som primær analysemetode. Vi vet lite om hvordan den endrede analysemetoden oppleves for deltagerne i Livmorhalsprogrammet, og om kunnskap, eller mangel på kunnskap om HPV og livmorhalskreft er en faktor ved opplevelsen.

**Metode:** Studien er en kvalitativ intervjustudie med sju semistrukturerte intervju med kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet, og som har fått påvist HPV-infeksjon. Det er blitt brukt systematisk tekstkondensering som strategi for analysering av datamaterialet.

**Resultat:** Resultatene i studien viser at endring av et etablert screeningprogram er en prosess som fører til mange spørsmål fra deltagerne som merker konsekvenser av endringen. Et fåtall av deltagerne var informert om endringen i Livmorhalsprogrammet, hvorfor endringen er gjort og hva det har å si for dem som deltagerne. Endring av analysemetode uten å informere deltagerne om det, har ført til opplevelse av stress og bekymring for deltagerne. Det skapte bekymring og usikkerhet fordi de mottok et positivt svar på en prøve uten å vite hva dette innebærer for dem, og for noen av kvinnene var det ekstra belastende å få vite at de er smittet med et virus som potensielt kan gi kreft. For andre deltagere var det imidlertid nok å vite at de er en del av et screeningprogram, og at de får den oppfølgingen som er hensiktsmessig for dem, uten videre behov for informasjon.

**Konklusjon:** Funnene i denne studien viser at det er variasjon i hvor mye de deltagende kvinnene vet om HPV, og at kunnskapsnivået de har kan sees sammenheng med opplevelsen av påvist en HPV-infeksjon. Deltagerne forteller at de opplevde stress og bekymring ved påvist HPV-infeksjon, og at bekymringen i stor grad var knyttet til at de manglet informasjon om HPV. Deltagerne forteller at de er positive til Livmorhalsprogrammet i sin helhet og stoler på at Livmorhalsprogrammet har deltagerens beste interesse, også når det gjelder innføringen av ny analysemetode.

## ABSTRACT

**Introduction / Background / Previous research:** Globally, more than 250,000 women die of cervical cancer each year. In Norway, the Cervical Cancer Program works with early detection and measures against pre-stages of cervical cancer. The Norwegian Directorate of Health has issued a recommendation to change the screening method in the Cervical Program, and a new analysis method, human papillomavirus test, is being introduced. This leads to changes in the follow-up for participating women. Research shows that the transition to HPV testing rather than cytology as the primary screening method, in addition to HPV vaccination through the vaccination program, will lead to the elimination of cervical cancer in Norway by 2039. The implementation started in 2019, for women between 34 and 69 years, and is planned completed 31.12.2022. The purpose of this study is to investigate what women know about human papillomavirus (HPV), and how it is perceived to be diagnosed with HPV infection after the introduction of HPV testing as a primary analysis method. We know little about how the changed analysis method is experienced for the participants in the Cervical Program, and whether knowledge, or lack of knowledge about HPV and cervical cancer is a factor in the experience.

**Method:** The study is a qualitative interview study with seven semi-structured interviews with women who participate in the Cervical Program, and who have been diagnosed with HPV infection. Systematic text condensation has been used as a strategy for analyzing the data material.

**Results:** The results of the study show that changing an established screening program is a process that leads to many questions from participants who notice the consequences of the change. A few of the participants were informed about the change in the Cervical Program, why the change has been made and what it has to say for them as participants. Changing the analysis method without informing the participants about it, has led to the experience of stress and worry for the participants. This created concern and uncertainty because they received a positive response to a test without knowing what this meant for them, and for some of the women it was extra stressful to know that they were infected with a virus that could potentially cause cancer. For other participants, however, it was enough to know that they are part of a screening program, and that they receive the follow-up that is appropriate for them, without further need for information.

**Conclusion:** The findings in this study show that there is variation in how much the participating women know about HPV, and that the level of knowledge they have can be seen in connection with the experience of being diagnosed with an HPV infection. The participants say that they experienced stress and anxiety when a HPV infection was detected, and that the concern was largely related to the fact that they lacked information about HPV. The participants say that they are positive about the Cervical Program in its entirety and trust that the Cervical Program has the participants' best interest, also when it comes to the introduction of a new analysis method.



## **FORORD**

Å gjennomføre en mastergrad har til tider vært et krevende arbeid, og når masteroppgaven nå er ferdig er det mange som fortjener takk.

Takk til veileder Marit Solbjør som har stilt opp hele vegen med konstruktive tilbakemeldinger, motiverende ord, og gitt rom for å skrive i eget tempo. Takk til medveileder Ingrid Baasland som har bidratt med sin kompetanse som gynekolog.

Retter også en stor takk til gynekolog Ellen Jendal, gynekolog Ingrid Baasland, Edda legesenter og Saksvik legekantor som sa seg villig til å sende ut informasjonsskriv til kvinner innenfor inklusjonskriteriene for rekruttering av deltagere til studien.

Takk til deltagere i studien som åpnet seg og delte av erfaringer og opplevelser knyttet til et potensielt sårbart tema. Denne studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten dere, så tusen takk.

Til slutt vil si TAKK til familie, venner og kollegaer som har heiet meg frem gjennom 3 år med pendling og studie ved siden av arbeid. Takk for husrom og hjerterom ved skolegang i Gjøvik og Trondheim. En ekstra takk til min samboer som motiverte meg til påmelding til master i folkehelse, og som har støttet meg gjennom hele reisen.

Ulsteinvik, august 2021

Rebecca Høydalsvik





## Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 .....	1
1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Formål og problemstilling .....	2
1.2 Forforståelse av temaet .....	3
1.3 Oppgavens oppbygging og struktur .....	4
Kapittel 2 .....	5
2.0 Bakgrunn .....	5
2.1 Livmorhalskreft.....	5
2.1.1 Humant Papillomavirus .....	5
2.2 Forebygging av livmorhalskreft .....	5
2.3 Livmorhalsprogrammet.....	6
2.3.2 Livmorhalsprøve .....	6
2.3.3 Analysemetoder i Livmorhalsprogrammet.....	7
2.4 Implementering av ny analysemetode – fra pilot til full implementering .....	7
Kapittel 3 .....	9
3.0 Tidligere forskning.....	9
3.1 Opplevelser knyttet til deltagelse i livmorhalscreening .....	9
3.1.1 Faktorer for motivasjon til, eller barrierer for, deltagelse i livmorhalscreening .....	9
3.2 Opplevelser knyttet til mottagelse av prøve som indikerer celledforandringer .....	11
3.3 Kunnskap om HPV .....	12
3.4 Opplevelse av å ha en HPV-infeksjon.....	12
3.4.1 Informasjonsbehov HPV .....	13
3.5 Livmorhalsprogrammet i Norge i dag – opplevelser ved endring av analysemetode.....	13
Kapittel 4 .....	14
4.0 Metode .....	14
4.1 En kvalitativ tilnærming .....	14
4.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv .....	14
4.3 Valg av intervjumetode .....	15
4.4 Datainnsamling.....	15
4.4.1 Intervjuguide .....	15
4.5 Rekrutteringsprosessen.....	16
4.5.1 Inklusjonskriterier.....	16
4.5.2 Rekruttering.....	16
4.5.3 Utvalg.....	17
4.5.3.1 Beskrivelse av deltagerne.....	17

4.5.4 Gjennomføring av intervju .....	17
4.6 Transkribering.....	18
4.7 Analyseprosessen.....	18
4.7.1 Trinn 1: Helhetsbildet.....	19
4.7.2 Trinn 2: Identifisering av meningsenheter .....	19
4.7.3 Trinn 3: Abstrahere innholdet i det ulike meningsenhetene .....	20
4.7.4 Trinn 4: Sammenfatting.....	21
4.8 Etikk, forskningsgodkjenning og personvern .....	22
4.8.1 Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD).....	22
4.8.2 Personvern og håndtering av data .....	22
4.8.3 Etske betraktninger ved intervjuundersøkelse .....	22
Kapittel 5 .....	24
5.0 Funn.....	24
5.1 Kunnskap om HPV hos kvinner med påvist HPV-infeksjon .....	24
5.1.1 Livmorhalsprogrammet og screening.....	24
5.1.2 HPV og celleforandringer .....	25
5.1.3 Endret analysemetode .....	26
5.2 Informasjonsbehov for kvinner ved påvist HPV-infeksjon .....	26
5.2.1 Informasjon deltagerne har fått, og hvilke kilder informasjonen kommer fra .....	26
5.2.2 Varierende informasjonsbehov.....	27
5.2.3 Tidspunkt for informasjon .....	28
5.3 Erfaring med deltagelse i Livmorhalsprogrammet.....	29
5.3.1 Positiv til Livmorhalsprogrammet .....	29
5.3.2 Regelmessig undersøkelse og oppfølging .....	30
5.4 Opplevelser ved påvist HPV-infeksjon.....	30
5.4.1 Bekymring og usikkerhet etter påvist HPV-infeksjon.....	30
5.4.2 Utrygghet i relasjoner for kvinner i langvarige forhold .....	31
Kapittel 6 .....	33
6.0 Diskusjon .....	33
6.1 Hvilke arenaer bidrar til informasjon til deltagere i livmorhalscreening.....	33
6.2 Hvordan oppleves det å delta i livmorhalscreening .....	34
6.3 Hvilke faktorer bidrar til deltagelse i livmorhalscreening.....	34
6.4 Hva vet kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet om HPV, og hva gjør kunnskapsnivå om HPV med opplevelsen ved påvist HPV-infeksjon .....	35
6.5 Innføring av ny analysemetode.....	37
6.6 Funnenes relevant for praksis .....	37

6.7 Forskningens kvalitet - Styrker og svakheter ved studien.....	37
6.7.1 Gyldighet .....	37
6.7.2 Troverdighet .....	39
Kapittel 7 .....	41
7.0 Konklusjon .....	41
Referanseliste.....	42
Vedlegg.....	51

# Kapittel 1

## 1.0 Introduksjon

Globalt dør mer enn 250 000 kvinner av livmorhalskreft årlig. Kreftformen opptrer hyppigst i 30-40-års alderen, men mer enn 1/3 av alle tilfeller blir påvist hos kvinner over 50 år (Kreftregisteret, 2021; Tropé, 2019). Lederen av Livmorhalsprogrammet forteller at hver 3.kvinne over 55 år ikke tar livmorhalsundersøkelse, og at kvinnene begrunner dette med at de har hatt et stabilt samliv og derfor ikke har behov for undersøkelsen (Tropé, 2019).

I 2019 døde 85 kvinner i Norge av livmorhalskreft (Kreftregisteret, 2021). Forskning viser at kreftformen kan forebygges med screening og vaksine (Portnoy et al., 2021), og pr.2019 er 5 års overlevelsesrate 82,3%, og over 90% dersom sykdommen oppdages tidlig (Kreftregisteret, 2021). Screening gjennom Livmorhalsprogrammet er hovedårsaken til nedgang i antall krefttilfeller og økt overlevelsesrate (Kreftregisteret, 2021). Mer enn halvparten av de som i dag får livmorhalskreft har ikke fulgt anbefalingene fra Livmorhalsprogrammet (ibid).

En infeksjon med et kreftfremkallende virus av Humant Papillomavirus (HPV) er første ledd i en utvikling mot livmorhalskreft (Folkehelseinstituttet, 2019), et forløp som kan bruke svært lang tid på å utvikle seg (Tropé, 2019). HPV er en gruppe DNA-virus i papovaviridae-familien der det hittil er identifisert 200 ulike genotyper. Ca. 40 av genotypene smitter ved seksuell kontakt, som utgjør den mest utbredte kjønnsykdommen hos både kvinner og menn (Folkehelseinstituttet, 2019). Hos over 90% av tilfellene med HPV-infeksjon går symptomene over av seg selv etter 6-18 måneder (Folkehelseinstituttet, 2019). Hos de resterende 10% vedvarer infeksjonen og gir risiko for kreftutvikling (ibid).

Som et forebyggende tiltak, ble det i 1995 innført et nasjonalt screeningprogram for å tidligst mulig kunne oppdage forstadiet til kreft - Livmorhalsprogrammet (Andreassen, 2015). Kvinnene som inviteres til deltagelse i Livmorhalsprogrammet er i alderen 25-69 år (Andreassen, 2015). Ved screening for livmorhalskreft har det siden 1950-tallet blitt brukt cytologi for påvisning av celleforandringer, som er forstadier til livmorhalskreft (Folkehelseinstituttet, 2019). I 2005 ble det innført HPV-test som en sekundær analysemetode (Andreassen, 2015).

En rapport utgitt av Helsedirektoratet (Nygård et al., 2013) argumenterer for at HPV-test er 23-27% mer sensitiv enn cytologi for oppdagelse av forstadier til livmorhalskreft. HPV-test som screeningmetode er også fremtidsrettet, på grunn av innføring av HPV-vaksinen som beskytter mot HPV 6,11,16 og 18 (ibid). Det forventes at HPV vaksinerte kvinner vil ha redusert prevalens av HPV 16 og 18, og videre lavere prevalens av celleforandringer forårsaket av disse HPV typene (Nygård et al., 2013). Fra 2022 vil de første årskull HPV-vaksinerte kvinner være 25 år og tilbys deltagelse i Livmorhalsprogrammet, som medfører at programmet må tilpasset til dette (ibid). Helsedirektoratet har på bakgrunn av denne rapporten kommet med anbefaling om endring av screeningmetode i Livmorhalsprogrammet.

Endringen startet med et pilotprosjekt fra 2015-2018 med implementering av HPV-test som primær analysemetode i utvalgte fylker (Andreassen, 2015). Positive resultat fra dette prosjektet har ført til endring av screeningmetode i hele Norge (Kreftregisteret,

2020c). Implementeringen for resten av lander startet i 2019, for kvinner mellom 34 og 69 år, og er planlagt ferdig 31.12.2022 (Kreftregisteret, 2020b).

Med utgangspunkt i at man i hovedsak undersøker friske mennesker uten symptomer ved screening, er det både fordeler og ulemper ved å delta. En HPV-infeksjon kan være ufarlig og gå over av seg selv (Folkehelseinstituttet, 2019), noe som gjør det interessant å undersøke om deltagerne opplever det som unødig uro og belastning å få vite at de har en HPV-infeksjon. Som følge av bytte til HPV-test som primær screeningmetode, vil deltagerne i Livmorhalsprogrammet få endret screeningintervall ved negativ HPV-test fra 3-5 år. De vil også få informasjon om en eventuell påvist HPV-infeksjon og tidspunkt for kontrollprøver (Kreftregisteret, 2019). Vi vet lite om hvordan dette oppleves for deltagerne, og om kunnskap, eller mangel på kunnskap om HPV og livmorhalskreft er en faktor ved opplevelsen.

## 1.1 Formål og problemstilling

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke hva kvinner som deltar i livmorhalsprogrammer vet om HPV, og hvordan de opplever en påvist HPV-infeksjon. Undersøkelse av dette kan styrke mulighetene for å forstå eventuelle behov for informasjon eller oppfølging for kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet etter innføring av ny screeningmetode. Jeg har i lys av dette formulert følgende problemstilling:

*Hva vet kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet om humant papillomavirus, og hvordan opplever de å få en positiv screeningprøve etter innføringen av HPV-testing?*

## 1.2 Forforståelse av temaet

Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie. I en kvalitativ studie er forskeren analyseredskapet, og jeg ser det derfor som hensiktsmessig at informasjon om min forforståelse blir belyst tidlig i oppgaven.

Forforståelse beskrives av Malterud som erfaringer, hypoteser og faglig teoretisk perspektiv som hver enkelt innehar (2011, s. 40). Arbeidet med denne studien har krevd at jeg har vært nødt til å være bevisst min egen forforståelse, som Malterud sier er sentralt for å kunne møte data objektivt (Malterud, 2011, s 40). Forforståelsen til forskeren kan være med på å berike studien gjennom motivasjon for temaet, men kan også bidra negativ dersom forskeren har en begrenset horisont og manglende evne til å lære av materialet (ibid). For å forebygge farging av data fra egen forforståelse, har jeg forsøkt å undersøke fenomenet med åpenhet og bevissthet.

Forforståelsen min er basert på den erfaringsbaserte kunnskapen jeg innehar, sammen med det teoretiske forarbeidet jeg har gjort. Min erfaringsbaserte kunnskap er min egen deltagelse i Livmorhalsprogrammet. Personlig var jeg som ung kvinne ikke opplyst om at HPV er et seksuelt overførbart virus som kan føre til celleforandringer og senere livmorhalskreft. Denne informasjonen tilegnet jeg meg da jeg fikk tilbud om HPV vaksine som kvinne født mellom 1991 og 1996. Det teoretiske forarbeidet jeg gjorde var å lese om temaet på nettsidene til Livmorhalsprogrammet, folkehelseinstituttet, kreftforeningen, samt å lese forskningsartikler. Videre bygger forståelsen min på det jeg har lest om Livmorhalsprogrammet i sosiale medier, som jeg opplever er en stadig større kilde til informasjon om HPV og livmorhalskreft, samt inspirasjon til deltagelse i livmorhalscreening. Jeg har også fått informasjon om opplevelser knyttet til temaet gjennom samtaler med venner og familiemedlem som har deltatt i Livmorhalsprogrammet.

Før oppstart av studien, var min forståelse at det er mangel på kunnskap om HPV og Livmorhalsprogrammet. Min opplevelse var at kvinner deltar på tross av manglende kunnskap, grunnet eksempelvis oppfordring fra familie, venner eller media. Med ønske om økt deltagelse, tror jeg at det vil være hensiktsmessig å øke kunnskapen blant både kvinner og menn. Basert på min forforståelse hadde jeg en forventning om at kampanjer som «sjekk deg»-kampanjen, en årlig kampanje som fremmer viktigheten av livmorhalscreening, har effekt og bidrar til økt deltagelse. Jeg hadde også en forventning om at gjentakende oppfordringer fra populære medieprofiler som bevisstgjør og ufarliggjør undersøkelsen, er bidragsytende til økt deltagelse i Livmorhalsprogrammet.

Jeg hadde en forventning om at funnene i studien ville gi informasjon som indikerer mangel på kunnskap om livmorhalskreft og HPV hos deltagerne, samt at deltagerne ikke var informert om endringen som er gjort ved analysering av livmorhalsprøven. Jeg forventet funn som indikerte positivitet knyttet til deltagelse i Livmorhalsprogrammet, men også at det kan oppleves skremmende å ikke vite hva en positiv HPV-test betyr.

Gjennom denne studien vil jeg belyse et felt som jeg opplever det ikke er forsket nok på, og forhåpentligvis bidra til en større forståelse av opplevelsen til kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet – med fokus på tiden etter implementering av ny analysemetode, for å se om eventuelle endringer kan øke deltagelse i programmet.

### 1.3 Oppgavens oppbygging og struktur

Rapporteringsformen for denne oppgaven er inspirert av IMRAD-modellen (Malterud, 2013, s.115). I tillegg til dette har jeg valgt å presentere to kapitler om bakgrunn og tidligere forskning mellom introduksjon og metode. Nedenfor vil jeg gi en kort presentasjon av hva de påfølgende kapitlene vil inneholde.

Kapittel 2 omhandler bakgrunnen for temaet. Kapittel 3 tar for seg tidligere forskning på området. I metodekapitlet, kapittel 4, vil jeg presentere valgt metode, forskningens fremgangsmåte og etiske aspekter ved oppgaven. I kapittel 5 vil funn etter analyseprosessen bli presentert og i kapittel 6 vil oppgavens hovedfunn diskuteres opp mot funn i tidligere forskning. Dette kapitlet vil også inneholde diskusjon av styrker og svakheter ved studien.

Det er også lagt ved 3 dokumenter som vedlegg til oppgaven. Disse dokumentene har på ulike måter blitt brukt gjennom prosessen. Vedlegg 1 er intervjuguiden, vedlegg 2 er informasjonsskrivet og vedlegg 3 er godkjenningen fra NSD.



## Kapittel 2

### 2.0 Bakgrunn

I dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunn for temaet ytterligere. Jeg vil beskrive hva screening er og hva som er formålet med Livmorhalsprogrammet. Det vil også bli forklart endringen i analysemetode, og hvorfor denne endringen skjer.

### 2.1 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft (cancer cervix), er den fjerde mest vanlige kreftformen blant kvinner på verdensbasis (NHI, 2020). Den eneste kjente årsaken til denne krefttypen er ved infeksjon av HPV (ibid). Livmorhalskreft på et tidlig stadium gir ofte ingen symptomer, og oppdages ved livmorhalsundersøkelser (Helsenorge, 2019b). Antall tilfeller pr 100 000 kvinner i Norge er pr. 2021 13,7 (kreftregisteret, 2021). Forekomsten av livmorhalskreft har de siste 50 årene blitt redusert med om lag 40%, denne nedgangen skyldes primært screeningtilbudet gjennom Livmorhalsprogrammet (Kreftregisteret, 2021).

I mars 2021 ble det utgitt en studie som underbygger viktigheten av HPV-test som primær screeningmetode (Portnoy et al., 2021). Denne studien viser at overgang til HPV-test fremfor cytologi som primær screeningmetode, i tillegg til HPV-vaksinasjon gjennom vaksinasjonsprogrammet, vil føre til eliminasjon av livmorhalskreft i Norge innen 2039 (Portnoy et al., 2021). Ved eliminasjon menes færre enn fire tilfeller av livmorhalskreft blant 100 000 kvinner i året (ibid).

#### 2.1.1 Humant Papillomavirus

De seksuelt overførbare HPV-genotypene deles inn i høyrisiko og lavrisiko typer av viruset. Lavrisikotypene er assosiert med vorter (papillomer), kjønnsvorter (kondylomer) og små celleforandringer som går over av seg selv (Folkehelseinstituttet, 2019). Høyrisikotypene kan forårsake kreft (Ibid). Av de ulike genotypene av HPV er det nr. 16 og 18 som er årsak til ca. 70% av livmorhalskrefttilfellene (Folkehelseinstituttet, 2019). HPV nr. 31, 33, 45, 52 og 58 er årsak til ca. 20% (ibid). Celleforandringene som oppstår ved en HPV-infeksjon kan graderes ut fra alvorlighet, og deles inn i CIN 1, 2 og 3. Av de tre er CIN 3 mest alvorlig, og regnes som forstadier til kreft (Folkehelseinstituttet, 2019).

I tillegg til at HPV forårsaker nesten 100 % av all livmorhalskreft, er viruset også relatert til 90 % av analkreft, 80 % av vaginalkreft, 60 % av kreft i svelg, 50% av peniskreft og 30% av vulvakreft (Kreftforeningen, 2020a). Global prevalens av HPV-infeksjon viser store geografiske variasjoner, men i alle verdensdeler er prevalensen høyest hos kvinner under 35 år (Folkehelseinstituttet, 2019). Det er anslått at ca. 70% av befolkningen i Norge får en HPV-infeksjon i løpet av livet, og at ca. 10% av befolkningen til enhver tid er smittet (ibid). Hos over 90% av tilfellene med HPV-infeksjon går symptomene over av seg selv etter 6-18 måneder (Folkehelseinstituttet, 2019). Hos de resterende 10% vedvarer infeksjonen og gir risiko for kreftutvikling (ibid). Kvinner som ved livmorhalsundersøkelse er HPV negative, har svært liten sannsynlighet for å utvikle livmorhalskreft (Folkehelseinstituttet, 2019).

### 2.2 Forebygging av livmorhalskreft

Forebyggende tiltak mot viruset deles inn i primær og sekundærforebygging.

Primærforebyggingstiltaket er HPV-vaksinen som i 2009 ble innført i vaksinasjonsprogrammet for alle jenter på 12 år (Folkehelseinstituttet, 2019). Fra høsten

2018 fikk også gutter i samme alder tilbud om vaksinen (ibid). Verdens helseorganisasjon anbefaler at HPV-vaksinen er den del av vaksinasjonsprogrammet, og 82 land har innført dette (Helsenorge, 2019a). 12 av landene tilbyr vaksinen også til gutter (ibid). Da livmorhalskreft utvikles langsomt, vil man tidligst se effekten av vaksinen om 15 år (Kreftregisteret, 2021).

Ifølge folkehelseinstituttet (FHI) er trenden for vaksinerings økende i Norge blant de som ikke får den gjennom barnevaksinasjonsprogrammet (Krømke, 2021). Både for kvinner og menn har andelen som tar vaksinen økt fra 2019 til 2020 (ibid). Andel barn som har valgt å motta HPV-vaksinen gjennom barnevaksinasjonsprogrammet er pr. 2020 93% av jentene og 92% av guttene på landsbasis (FHI, 2020). I tillegg til forebygging av livmorhalskreft, har HPV-vaksinen flere fordeler som redusert risiko for konisering og påfølgende mulighet for prematuritet og senaborter, samt kreft andre steder i kroppen - også hos menn (Iversen, 2017). Studier viser at vaksinen også gir nytte for kvinner og menn som tar den etter seksuell debut, og en økning i antall vaksinerte er derfor positivt (ibid).

HPV-vaksinen beskytter ikke mot alle kreftfremkallende HPV-typer, så sekundærtiltak mot livmorhalskreft er anbefalt (Helsenorge, 2019a). Sekundærtiltaket er screening for livmorhalskreft gjennom Livmorhalsprogrammet (Andreassen, 2015).

### 2.3 Livmorhalsprogrammet

Livmorhalsprogrammet er et nasjonalt organisert screeningprogram, innført i Norge i 1995 i regi av kreftregisteret. Screening er en undersøkelse av en gruppe mennesker for å påvise en ennå ikke oppdaget sykdom eller risiko for sykdom (Braut, 2019). Screening har ikke som mål å gi et endelig resultat, men skal bidra til riktig oppfølging hos deltagerne (ibid).

Livmorhalsprogrammet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, landets patologi- og mikrobiologiavdelinger, fastleger, Folkehelseinstituttet og Kreftregisteret, og inkluderer kvinner i alderen 25-69 år (Andreassen, 2015). Når det nærmer seg anbefalt tid for ny livmorhalsprøve, sender Livmorhalsprogrammet ut brev med påminnelse (Kreftregisteret, 2020d). Bestilling av livmorhalsprøve hos fastlege eller gynekolog må kvinnen gjøre selv (ibid).

På kreftregisteret sine nettsider finner man oversikt over påminningsbrev på bokmål og nordsamisk, som blir sendt til kvinner ut fra alder, 25-33 år og 34-69 år, samt hvilket fylke man tilhører. (Kreftregisteret, 2020). Brevene er sortert etter alder og fylke grunnet HPV-test implementeringen. Det er også utarbeidet forslag til svarbrev til kvinner som mottar svar fra fastlege eller gynekolog etter livmorhalsprøve, med informasjon om hva prøven viser og hva dette innebærer for kvinnen med tanke på oppfølging videre (Kreftregisteret, 2018).

#### 2.3.2 Livmorhalsprøve

Livmorhalsprøve er en gynekologisk undersøkelse som gjøres hos fastlege eller gynekolog. Selve prøven tas med spatel og børste, og overflateceller fra livmorhalsen skrapes ut (Jakobsen, 2018). Ved undersøkelse kan man oppdage celleforandringer (Helsenorge, 2019b). Celleforandringer deles inn i lavgradige og høygradige celleforandringer (ibid). Lavgradige celleforandringer går som oftest over av seg selv, og ved oppdagelse av denne typen celleforandringer følges kvinnen opp med nye celleprøver og HPV-test hver 12 måned til celleprøven er normal og HPV-testen negativ (Helsenorge, 2019b). Ved høygradige celleforandringer gjøres det kolposkolpi. (Kreftforeningen,

2020c). I denne underlivsundersøkelsen brukes det et kolposkop (en kikkert) for å se på de unormale områdene, og det blir tatt små vevsprøver (biopsier) som undersøkes i mikroskop (ibid). Dersom biopsien viser alvorlige celleforandringer, behandles kvinnen med et lite kirurgisk inngrep kalt konisering (Helsenorge, 2019b). Ved konisering fjernes en kjegleformet bit ytterst på livmorhalstappen ved bruk av laser. Inngrepet tar ca. 5-15 minutter og det nyttes lokalbedøvelse (ibid).

### 2.3.3 Analysemetoder i Livmorhalsprogrammet

Det er to metoder i bruk for analysering av livmorhalsprøver. Ved analysering med cytologi studerer man cellene som ble hentet ut ved livmorhalsundersøkelsen i et mikroskop (Kreftforeningen, 2020b). Her kan man se ulike grader av forandringer. Celleforandringene betegnes som CIN, som står for Cervical Intraepitelial Neoplasi, og graderes fra 1-3 (ibid). Ved grad 1 – CIN 1, betegnes celleforandringene som lette, ved grad 2 – CIN 2, betegnes celleforandringene som moderate og ved grad 3 – CIN 3, betegnes celleforandringene som grove (Kreftforeningen, 2020b). Ved normal celleprøve, ingen celleforandringer, kan man vente i 3 år med å ta ny livmorhalsprøve (Kreftforeningen, 2020b).

Den andre analysemetode er HPV-test, og da undersøkes livmorhalsprøven for HPV-virus. På denne prøven kan prøvesvaret være positiv test – som betyr at man har en virusinfeksjon, eller negativ test – som betyr at man ikke har en virusinfeksjon (Kreftforeningen, 2020b). Dersom prøven er positiv undersøkes den sammen livmorhalsprøven ved cytologi (Kreftforeningen, 2020b). Ved negativ prøve – ingen HPV-infeksjon, kan man vente 5 år med å ta ny livmorhalsprøve (ibid).

## 2.4 Implementering av ny analysemetode – fra pilot til full implementering

Ved gjennomføring av pilotprosjektet med bruk av HPV-test som primær analysemetode var det 4 fylker som deltok. Prosjektet gikk ut på at halvparten av kvinnene mellom 34-69 år fikk celleprøven sin analysert med cytologi, og halvparten ble tatt HPV-test fra (Andreassen, 2015). Grunnen til denne individuelle randomiseringen var for å best mulig kunne kvalitetssikre implementeringen med en grundig evaluering. I sluttfasen av denne pilotperioden, som varte fra 2015-2018, ble det avgjort at HPV-test skal innføres som primær screeningmetode for alle kvinner i Norge i aldersgruppen 34-69 år. Fra 2019 ble det igangsatt implementering i resten av landet (Kreftregisteret, 2020c). Endringen av analysemetode skjer gradvis for å sikre god kvalitet i Livmorhalsprogrammet, og for at det gir mulighet til små justeringer underveis i prosessen. Laboratoriene må ha tid til å tilpasse seg nye rutiner og økt antall HPV-analyser, og spesialisthelsetjenesten må ha kapasitet til å ta imot kvinnene som henvises til videre oppfølging (Kreftregisteret, 2020a). Status for implementeringer mars 2021 er at fylkene Rogaland, Trøndelag, Vestland, Østfold og Møre og Romsdal (gamle fylker blir benyttet i implementeringen) benytter HPV-test som primær analysemetode. I tillegg blir halvparten av prøvene i Nordland, Troms og Finnmark analysert med ny metode, samt utvalgte livmorhalsprøver fra legekantor i Oslo, Vestfold, Telemark og Agder. Implementeringen er planlagt ferdig 31.12.2022 (Kreftregisteret, 2020b). Livmorhalsprøver fra kvinner i alderen 25-33 år vil fremdeles bli analysert ved cytologi. Dette er den metoden som er best egnet for unge kvinner, fordi mange i denne aldersgruppen har HPV-infeksjoner som forsvinner spontant uten å gi sykdom (Kreftregisteret, 2020b).

HPV-basert screening antas å være godt egnet i en populasjon med få tilfeller av celleforandringer, som vil være aktuelt i en HPV-vaksinert befolkning (Tropé et al., 2017). Siden kvinner opp til 26 års alder fikk tilbud om gratis HPV-vaksine fra 2016-2018, vil det i 2022 bli svært relevant med HPV-test som primær screeningmetode, da jenter som først fikk HPV-vaksinen gjennom barnevaksinasjonsprogrammet vil fylle 25 år og bli invitert til å delta i Livmorhalsprogrammet (ibid). Etter innføring av HPV-test som primær analysemetode, kan kvinner som har negativ prøve vente 5 år til neste livmorhalsprøve grunnet svært lav risiko for utvikling av celleforandringer (Kreftregisteret, 2020a). Livmorhalsprogrammet sender påminnelsesbrev til deltagerne med informasjon om behov for ny prøve uavhengig av hvilken testmetode som ble benyttet ved sist prøve (ibid).

Endringen i Livmorhalsprogrammet er fremdeles under innføring, noe som gjør at vi vet lite om hvordan norske kvinner opplever denne overgangen. Dette gjelder både endring av intervall fra 3 til 5 år ved negativ HPV-prøve, og det å eventuelt få påvist en virusinfeksjon, uten å ha celleforandringer. Selv om Livmorhalsprogrammet har laget informasjonsskriv om temaene, så har vi lite kunnskap om denne informasjonen blir utdelt, og eventuelt hvordan kvinnene tolker informasjonen de får gjennom disse informasjonsskrivene.

## Kapittel 3

### 3.0 Tidligere forskning

For innhenting av tidligere forskning om temaet, gjennomførte jeg systematiske søk i relevante databaser. Databasene som ble benyttet var «web of science», «Pubmed», «Google scholar» og «oria». I tillegg har det vært funn av studier gjennom referanser på relevante artikler, og i samarbeid med veileder. Jeg laget tabeller med kolonner for database, dato for søk, søkeord som ble brukt, inklusjon og eksklusjonskriterier, antall treff og kommentar eller bemerkelse til søket. I databasene som tillot det ble det søkt med *TS=* som gjør at artikler med søkeordene i tittel, abstrakt eller forfatterens nøkkelord kommer frem. Det ble det brukt ord som AND, OR og NOT for å zoome inn til mest mulig relevante artikler der det ble svært mange treff. For å finne mest mulig overførbar informasjon til dagens livmorhalscreening ble det i hovedsak søkt på studier gjort de siste 5 årene. De engelske søkeordene som ble brukt var eksempelvis *HPV, experience, cervical screening, women knowledge HPV, HPV screening information, participant experience* og *patient experience*. De norske søkeordene som ble brukt var eksempelvis *Livmorhalsprogrammet, HPV+informasjon, Kunnskap om HPV, Opplevelse av positiv HPV prøve*.

Studiene jeg refererer til i dette kapittelet er inkludert grunnet overførbarhet mellom studiene og det norske Livmorhalsprogrammet. Dette har eksempelvis ført til at studier fra land med et helsevesen svært ulikt det norske er ekskludert. Andre inklusjonskriterier som ble lagt til grunn var årstall for studier fra år 2000 og nyere, med vekt på nyest mulig forskning. Studiene handler om opplevelser knyttet til deltagelse i livmorhalscreening, celleforandringer og HPV-infeksjon, samt kunnskap om HPV. Til slutt vil det bli presentert studier fra det norske Livmorhalsprogrammet.

### 3.1 Opplevelser knyttet til deltagelse i livmorhalscreening

Ettersom screening ikke er en engangshendelse, men en handling som skal gjentas med jevne mellomrom over flere tiår, kan det tenkes at tidligere erfaringer kan påvirke kvinners beslutninger om fremtidig deltagelse. I dette undertemaet viser jeg hva forskning sier om hvorfor kvinner velger å delta eller avstå fra livmorhalscreening, hvordan de opplever å gjennomføre undersøkelsen og hvordan kvinnene opplever å motta et prøvesvar som indikerer celleforandringer.

#### 3.1.1 Faktorer for motivasjon til, eller barrierer for, deltagelse i livmorhalscreening

Studier viser at det er variasjoner i hva som ligger til grunn for deltagelse i et frivillig screeningprogram. Det er for flere en selvfølge å delta, en rutine og noe de gjør uten å nøle (Arabaci & Ozsoy, 2012; Rask et al., 2017). Denne tanken om at det er en selvfølge, støttes opp av kvinner som oppgir grunn nok til deltagelse at de er innenfor inklusjonskriteriene (Chorley et al., 2017). Et ønske om å vedlikeholde eller bedre egen helse, er en pådriver for deltagelse i livmorhalscreening (Chorley et al., 2017; Forss et al., 2001; Widmark et al., 2008). Kvinnene forteller at det å kunne bidra positivt til egen helse, samt å ha kontroll over egen helsesituasjon, oppleves for flere som en katalysator til å delta (Forss et al., 2001; Widmark et al., 2008). Egen helse kan også sees i sammenheng med familiens helse. Her viser forskning at familiehistorien i et helseperspektiv er en bidragsyter, og dersom det er kjent kreft i familien øker dette sjansen for deltagelse (Chorley et al., 2017).

I tillegg til indre motivasjon er også ytre påvirkning en kjent faktor for deltagelse i livmorhalscreening (Arabaci & Ozsoy, 2012; Forss et al., 2001; Patel et al., 2018). Eksempel på ytre påvirkningsfaktorer er oppfordring fra familie, venner og lege (Arabaci & Ozsoy, 2012). I tillegg viser forskningsarbeid at invitasjonsbrevet er viktig motivasjonsfaktor til deltagelse (Patel et al. (2018), og at kvinner opplever at invitasjonsbrevet har en moral ved seg som motiverer dem til å gjennomføre undersøkelsen (Forss et al., 2001).

Hvilken livsfase man er i, vises i flere studier som motivasjonsfaktor for gjennomføring av livmorhalscreening (Arabaci & Ozsoy, 2012; Chorley et al., 2017; Aasbø et al., 2019). En fase av livet som blir lagt til grunn for deltagelse er når kvinner ønsker barn eller akkurat har fått barn (Chorley et al., 2017). Økt alder og overgangsalder er også faktorer som bidrar til ønsket om deltagelse (Arabaci & Ozsoy, 2012; Chorley et al., 2017). I variasjon til dette viser studier at det også er kvinner som lar være å delta i livmorhalscreening fordi de ikke lenger er i fertil alder (Aasbø et al., 2019). Dette begrunnes med deres forståelse om at de ikke lenger er i fare for å få livmorhalskreft (ibid). Å tro at man ikke er i fare for å få livmorhalskreft er en forståelse som viser seg gjeldende også hos kvinner i langvarige og stabile forhold (Chorley et al., 2017). Dette begrunnes med at de tidligere ikke har fått påvist smitte, og ikke har skiftet partner siden sist livmorhalscreening (ibid). Også unge kvinner lar være å delta i livmorhalscreening i mangel på tro på at man er i fare for livmorhalskreft (Blomberg et al., 2011). En gruppe 30 åringer fortalte i en studie at de lot være å delta fordi de mente at de ikke var i den fasen av livet der de bekymret seg for sykdom, inkludert kreft og forebygging av kreft (Blomberg et al., 2011). Sett i sammenheng med dette lar noen kvinner være å delta fordi de ikke opplever at de har symptom, og derfor tror de er friske (Chorley et al., 2017). Dette understøttes av Oscarsson et al (2008) sitt funn som indikerer at kvinner som opplever at de har god helse velger å ikke delta i screeningprogrammet grunnet mangel på symptom.

Å tro at man ikke er i fare for livmorhalskreft fordi man ikke opplever symptom, omhandler mangel på kunnskap om sykdommen. Chorley et al (2017) fant at kunnskap om temaet viser seg å være en gjeldende faktor for om kvinner velger å delta i livmorhalscreening eller ikke. Å inneha kunnskap om sammenheng mellom HPV infeksjon, celleforandringer og livmorhalskreft er en motiverende faktor for deltagelse (Chorley et al., 2017). Videre fant de at kvinner velger å delta i screening selv om de ikke har symptom på sykdom, fordi de har kunnskap om at begynnende livmorhalskreft ikke nødvendigvis viser symptom (Chorley et al., 2017).

En norsk studie fra 2019 (Aasbø et al.,) studerte hvorfor kvinner velger å ikke delta i livmorhalscreening. At de utsatte å bestille seg time var en faktor som gikk igjen. Begrunnelser for utsettelsen var at andre aktiviteter i hverdagen ble prioritert først, som eksempelvis tid med familie eller å være på arbeid (Aasbø et al., 2019). Fordi det er en frivillig undersøkelse som de må organisere selv, hadde noen av kvinnene en innstilling om at «dersom det er så viktig så hadde de satt opp timer for oss» (ibid). Chorley et al (2017) fant at praktiske barrierer som mangel på penger og mangel på tid i hverdagen også var faktorer for mangel på deltagelse (Chorley et al., 2017). Videre viste funn i studien at eldre kvinner som deltok i undersøkelsen, uten presisering av hvilken alder de tilhører, synes det er utfordrende å bestille seg time til livmorhalsundersøkelse (Aasbø et al., 2019). Dette begrunnet kvinnene med at de ved yngre alder opplevde at de hadde gyldige grunner til livmorhalsundersøkelse i forbindelse med fødsler og andre underlivsundersøkelser, og at de nå ikke har gyldige grunner lenger (ibid). Til forskjell fra

dette fant en tysk studie fra 2014 (Bosgraaf et al.,) at deltagerne i denne studien opplevde det som lettere å bestille seg time ettersom de ble eldre.

I nevnte studie gjennomført av Bosgraaf et al. (2014) fikk deltagerne mulighet til å benytte seg av hjemmetest for HPV. For mange av kvinnene ble dette løsningen på barrieren med tidsbruk i hverdagen, fordi de kunne gjøre det på et tidspunkt som passet de selv, og det var mindre investert tidsbruk ved en slik test (Bosgraaf et al., 2014). I variasjon til dette viste studien at hjemmetest ikke fungerer for alle, og 30% av de som hadde mulighet til det, gjennomført ikke hjemmetesten fordi de heller ønsket å gjøre livmorhalsundersøkelsen hos legen (Bosgraaf et al., 2014).

Nåværende helsesituasjon, samt tidligere erfaring med livmorhalsundersøkelse er også faktorer for mangel på deltagelse (Aasbø et al., 2019). Dette gjenspeiles eksempelvis hos kvinner som sier at de lar være å delta fordi tidligere undersøkelser har vært ubehagelige (Aasbø et al., 2019). Nåværende helsesituasjon viser seg som gjeldende faktor ved at det for noe er ubehagelig å skulle bestille enda en legetime når de fra før er mye til lege for andre helseutfordringer. Men til variasjon for dette opplever andre kvinner det som ubehagelig å skulle booke time til livmorhalsundersøkelse når de sjelden ellers oppsøkte lege (Aasbø et al., 2019). Sett i sammenheng med helsesituasjon, fant Blomberg et al. (2008) i sin studie at negativt kroppsbilde og selvfølelse er faktorer som gjør at kvinner ikke ville delta i livmorhalscreening (Oscarsson et al., 2008).

Redsel for hva en livmorhalsprøve vil avdekke er også en faktor for mangel på deltagelse i screening (Chorley et al., 2017). En livmorhalsprøve vil kunne gi informasjon om forstadier til kreft. Denne muligheten er med på å skape bekymring knyttet til prøven (Chorley et al., 2017) og kvinnene kjenner seg derfor sårbare i situasjonen (Idestrom et al., 2003). For noen oppleves selve undersøkelsen som smertefull, og de opplever skam og flauhet knyttet til gjennomføring av undersøkelsen (Arabaci & Ozsoy, 2012; Chorley et al., 2017). En livmorhalsundersøkelse oppleves som privat, og mange kvinner ønsker kvinnelig lege til å gjennomføre undersøkelsen (Arabaci & Ozsoy, 2012). Det er variasjoner i om kvinnene ønsker å ha en lege de stoler på og kjenner fra før, eller om de ønsker noen de ikke skal se igjen i ettertid (Chorley et al., 2017).

I 2017 (Gele et al.) ble det gjennomført en studie om hvorfor kvinner med minoritetsbakgrunn i Norge har lavere deltagerrate enn nordmenn generelt. Studien viste at den lavere deltagerraten hadde bakgrunn i mangel på kunnskap om helsegevinsten ved en slik undersøkelse, mangel på informasjon tilgjengelig på deres språk var en faktor her, samt opplevelse av stigma knyttet til at det er et seksuelt overførbart virus, og kulturell forforståelse om at kvinner som ikke er gift ikke skal være seksuelt aktive (Gele et al., 2017). Denne kulturelle forforståelsen underbygger metaanalysen til Chorley et al. (2019) og en studie til Park et al. (2006) som viser barrierer i form av frykt for å delta grunnet kultur og religion som fraråder sex før ekteskap.

### 3.2 Opplevelser knyttet til mottagelse av prøve som indikerer celleforandringer

Mange kvinner forventer at resultatet etter livmorhalscreeningen skal være normale og ikke indikere celleforandringer (Hounsgaard et al., 2007; Rask et al., 2017). Dette støttes opp av studie gjort på helsearbeidere som forteller at kvinner ofte har en forventning om normale prøver etter en livmorhalsundersøkelse (Rask et al., 2016). I ventetiden før kvinnene får svar på prøven viser studier at noen er uten bekymring for svaret, mens andre kjenner på bekymring (Arabaci & Ozsoy, 2012). Mottagelse av

prøvesvar som viser celleforandringer fører for noen kvinner til engstelse, og engstelsen viser seg å oppstå igjen ved tidspunkt for oppfølgingsprøver (Hounsgaard et al., 2007). Rask et al. (2017) sin studie bygger opp under dette og indikerer at prøvesvar som viser celleforandringer gjør at kvinner blir engstelige, redd og bekymret. De nevnte følelsene bunnet særlig i redsel for å bli infertil eller ha negativ effekt på fosteret for de som var gravid (Rask et al., 2016; Rask et al., 2017). Grunnet opplevelse av å være frisk og ved god helse, ble celleforandringene ekstra belastende (Rask et al., 2016). Det å ha en sykdom uten å kjenne på noen symptomer var også en faktor til engstelse (ibid).

### 3.3 Kunnskap om HPV

Forskning viser at det er forskjell i kunnskap om HPV blant kvinner og menn, ut fra alder og sosioøkonomi. I studier fra Sør-Amerika, Asia og Europa vet om lag 50% av unge kvinner som har deltatt i studier hva HPV er (Charalambous et al., 2020; Kops et al., 2019; Oz et al., 2018), og om lag 75 % har hørt om viruset (Kops et al., 2019). Hos unge menn er andelen som har hørt om HPV om lag 30% (Oz et al., 2018). Kunnskapen viser seg å være høyere hos unge kvinner og menn, enn foreldrene deres (Icardi et al., 2020). Måten unge kvinner og menn har tilegnet seg kunnskap om HPV på er gjennom sosiale medier, på skolen i seksualundervisningen eller helsesøster, hjemmefra eller fra lege (Icardi et al., 2020; Kops et al., 2019). Hos helsearbeidere er også kunnskapsnivået om HPV lavt, og om lag 50% er klar over sammenhengen mellom HPV og livmorhalskreft (Nilsen et al., 2017; Yu et al., 2020).

Det er funnet sammenheng mellom sosioøkonomiske forskjeller og kunnskapsnivå om HPV (Fernandez-Feito et al., 2020; Kellogg et al., 2019; Kops et al., 2019). Ved lavt utdanningsnivå og dårlig økonomi, er kunnskapsnivået om HPV lavere enn hos de med høy utdanning og god økonomi (ibid). Et høyere kunnskapsnivå om HPV øker deltagerraten for vaksine fordi en gjennom kunnskap om HPV også har kunnskap om viktigheten av vaksiner (Oz et al., 2018).

### 3.4 Opplevelse av å ha en HPV-infeksjon

Flere studier viser at kvinner opplever det å ha en HPV-infeksjon som noe negativt (Barnack-Tavlaris et al., 2016; Hendry et al., 2012; Vieira Pereira-Caldeira et al., 2020). Det oppleves et stigma knyttet til infeksjonen, og at dette er informasjon som de bør holde for seg selv (Barnack-Tavlaris et al., 2016). Noen kvinner forteller også at de etter påvist infeksjon ser på seg selv som «skitten» (ibid). Endring i helserelatert livskvalitet i sammenheng med fysiske og emosjonelle forandringer knyttet til HPV-infeksjonen, viser seg hos noen kvinner (Vieira Pereira-Caldeira et al., 2020). Emosjoner som blir fortalt om er bekymring, nedstemthet, skam og redsel (Hendry et al., 2012; Vieira Pereira-Caldeira et al., 2020). Å snakke med eller lese om andre kvinner i lik situasjon, samt deling av råd og informasjon oppleves for flere som betryggende (Barnack-Tavlaris et al., 2016). I variasjon til kvinnene som opplevde frykt og redsel ved påvist HPV-infeksjon opplever også noen kvinner det som *empowering*, en følelse av kontroll – for da kan de gjøre noe med det (Hendry et al., 2012).

For noen kvinner gav det å teste positivt for HPV bekymringer for videreføring av virusinfeksjonen, og noen kvinner i langvarige forhold ble bekymret for om partner hadde vært utro etter påvist HPV-infeksjon (Hendry et al., 2012). Kvinnene ble betrygget da det fikk vite at HPV-viruset kan ligge latent i koppen over lengre tid (ibid). Det er ikke forskjell i seksuell helse hos de som har en HPV-infeksjon og ikke (Sakin et al., 2019).



McBride et. al (2020) fant i sin studie at kvinner med positiv HPV-test opplever en redsel for å få kreft, men den psykiske belastningen med å få et positivt prøveresultat ved en HPV-test er kortvarig (McBride et al., 2020). I studien konkluderes med at det er usannsynlig at prøvesvaret vil ha innvirkning i det daglige for de fleste kvinner (ibid).

#### 3.4.1 Informasjonsbehov HPV

Kvinner som får livmorhalsprøven analysert med virustest for HPV som primær analysemetode kan ha behov for ytterligere informasjon om HPV etter å ha mottatt prøvesvaret (Bennett et al., 2020; Marlow et al., 2020). Det er ønskelig med informasjon om hvilken HPV-type de har og hva dette betyr for dem, samt om tidsintervallet for screening er ofte nok (Marlow et al., 2020). Både kvinner med påvist HPV-infeksjon og kvinner uten påvist HPV-infeksjon har spørsmål knyttet til HPV etter gjennomført livmorhalsundersøkelse (ibid). De som har vært i et forhold med fast partner i mange år ønsker informasjon om hvordan de kan ha blitt smittet, om partner også er smittet eller kan bli det, og om infeksjonen vil endre seksuelle relasjoner (Bennett et al., 2020; Marlow et al., 2020). Videre ønsket kvinnene informasjon om det er behov for viderefremidling til seksuelle partnere, samt når og hvordan det eventuelt skal gjøres (Bennett et al., 2020). I en svensk studie fra 2017 indikerte funn at kvinnene som fikk påvist HPV-infeksjon mente at det var et tegn på kreft, noe som gjorde de stresset og førte til et informasjonsbehov (Rask et al., 2017). Videre viste studien at HPV-positive kvinner har behov for muntlig informasjon og mulighet til å stille spørsmål når de mottar av prøvesvaret (ibid).

### 3.5 Livmorhalsprogrammet i Norge i dag – opplevelser ved endring av analysemetode

På bakgrunn av endring fra cytologi til HPV-test som analysemetode, med oppstart av prøveprosjekt i 2015, har det blitt gjort få studier i Norge om opplevelsen til kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet og kunnskapen de har om HPV.

I 2014, året før implementeringen av HPV-prøve ble innført som prøveprosjektet i Norge, ble det gjort en randomisert studie på kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet (Burger, Nygard, et al., 2014). 3540 kvinner deltok i studien og det ble kartlagt hva de deltagende kvinnene vet om livmorhalskreft og HPV, og om de har bekymringer knyttet til livmorhalskreft (ibid). Det ble også spurt om deltagerne tror det vil oppleves ulikt å motta svar på HPV-test versus cytologi-prøve. Hovedfunnene i studien indikerer at å endre fra cytologi-prøve til HPV-test når kvinnene får informasjon om HPV sannsynligvis ikke vil endre deltagerraten i Livmorhalsprogrammet, eller øke bekymringen ved livmorhalsprøve (Burger, Nygard, et al., 2014). I 2019 ble det gjort en studie som undersøkte om endring av analysemetode har økt bekymring knyttet til livmorhalsundersøkelse etter innføring av HPV-test som primær analysemetode (Andreassen et al., 2019). Funnene i studien støtter tidligere forskning og konkluderer med at endring av analysemetode ikke har ført til økt bekymring (ibid). Videre viste studien til Burger et al. (2014) at det ved studietidspunktet var mangel på kunnskap hos deltagerne i studien om HPV, og at de i liten grad visste at det er et seksuelt overførbart virus.

## Kapittel 4

### 4.0 Metode

I dette kapitlet viser jeg forskningsprosessens forløp, og synliggjør metodiske valg jeg har tatt i studien for å belyse problemstillingen. Det vil blant annet bli gjort rede for vitenskapsteoretisk tilnærming, gjennomføring av datainnsamling, analyse og vurderinger knyttet til etiske problemstillinger.

### 4.1 En kvalitativ tilnærming

For å skape gode helsetjenester basert på forskning om *erfaringer og opplevelser*, er kvalitativ forskning hensiktsmessig (Malterud, 2011, s. 10). Denne studien undersøker *kvinnens kunnskap om HPV, og deres opplevelser av påvist HPV-infeksjon etter innføring av HPV-test som primær analysemetode i Livmorhalsprogrammet*. Den kvalitative forskningsmetoden muliggjør en presentasjon av et mangfold, samt gir rom for nyanser og subjektive erfaringer ved et fenomen (Malterud, 2017, s. 15 & 31) og er en forskningsstrategi som passer studiens problemstilling. Gjennom en kvalitativ tilnærming innhenter man data gjennom tekst fra samtaler og intervju eller observasjoner, som gir informasjon om de fenomener som skal studeres (Malterud, 2011, s. 26). Studiens design er kvalitativ intervjustudie med semistrukturerte intervju. Gjennom denne formen for intervju søker jeg å innhente data om deltagerens egen livsverden og opplevelse av fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 46). Kvalitativ metode har ulike strategier for systematisk innsamling av data, samt organisering av og tolkning av dette, og i denne studien har jeg valgt systematisk tekstkondensering som analysemetode. Denne metoden er inspirert av Giorgi og modifisert av Kirsti Malterud (Malterud, 2011, s. 96). Jeg vurderer denne analysemetoden hensiktsmessig i min oppgave fordi den er inspirert av fenomenologien, men har en forståelse om at det ikke er mulig å fullt og helt legge egen forforståelse til side i arbeid med materialet. Jeg velger derfor å ha et reflektert forhold til egen forforståelse gjennom oppgaven.

### 4.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring, *fenomenologi*, og tolkning av dette, *hermeneutikk* (Malterud, 2013). Formålet med fenomenologisk tilnærming er å utvikle kunnskap om deltagerens livsverden, som innebærer deres opplevelser og erfaringer innenfor feltet som studeres (Malterud, 2011, s. 96-97). Når kvinnene forteller om sin opplevelse av positiv HPV-test etter livmorhalsundersøkelse, etterstreber jeg å nå deres opplevelser og erfaringer ut fra hvert enkelt sitt utgangspunkt i sin livsverden og bevissthet. Min forståelse og bruk av fenomenologi i denne oppgaven er at *menneskers erfaring regnes som gyldig kunnskap*, og at jeg søker å forstå deres *opplevde erfaring ved et fenomen*. Ordet fenomen i denne konteksten tolker jeg som en hendelse eller situasjon, og i denne oppgaven er fenomenet «opplevelse av påvist HPV-infeksjon etter innføring av HPV-test som primær analysemetode». Begrepet essens er en sentral del av fenomenologien. Min forståelse og bruk av essens i denne oppgaven er at det er *et mønster ved informasjonen som har blitt fortalt*. I fenomenologien brukes ordet essens som et vesentlig kjennetegn ved et fenomen, og at fenomenet ikke kan eksistere uten. Denne måten å bruke begrepet på vil ikke være gjeldende i mine funn. Jeg har sett etter mønstre knyttet til et fenomen, men jeg kan ikke si at de mønstrene vil være til stede hos kvinner som ikke deltar i min studie.

For å sikre vitenskapelig kunnskap etter endt studie må det gjøres systematisk gjennomgang av materiale i flere omganger (Malterud, 2011:100). I tolkningsprosessen av data har jeg derfor benyttet meg av den hermeneutiske sirkel. Min forståelse og bruk av denne er at jeg har gått frem og tilbake mellom meningshelhet og meningsdel, og at jeg ved å gå frem og tilbake mellom del og helhet, stadig oppnår ny forståelse av helheten.

### 4.3 Valg av intervjumetode

For innhenting av data ble det benyttet semistrukturerte livsverdenintervju som intervjumetode. Det er fordi denne typen intervju er egnet for å forstå fenomener ut fra studiedeltagernes egne perspektiv og opplevelse av livsverden (Kvale & Brinkmann, 2019:43), som også er målet med denne studien. Det søkes etter beskrivelser som er mest mulig nyansert og deltagerne oppfordres til å svare så utdypende som mulig om det de opplever og føler rundt fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2019). Målet med et semistrukturert livsverdenintervju er å skape en situasjon der det er mulig for deltageren å fortelle om meningsinnholdet som dannes av deres opplevelse av fenomenet (Malterud, 2011:130).

Valg av individuelt intervju som metode er på bakgrunn av at temaet for studien tar for seg personlige erfaringer om et privat tema, og et individuelt intervju vil bidra til trygge rammer for deltageren, og mulighet til å opprettholde taushetsplikt. De fleste menneskelige fenomener har flere sider, motsigelser og paradokser (Malterud, 2011:130). Det var viktig at jeg var bevisst på at det finnes ulike opplevelser og beskrivelser av samme fenomen, for å klare å høre noe jeg ikke visste fra før.

## 4.4 Datainnsamling

### 4.4.1 Intervjuguide

Som en støtte i et semistrukturert intervju anvendes en intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2019, s.46). Intervjuguiden sirkler inn fenomenet som skal undersøkes og inneholder forslag til spørsmål (ibid). Intervjuguiden til denne studien hadde 14 hovedspørsmål med ulike varianter av oppfølgingsspørsmål jeg kunne benytte meg av der det var hensiktsmessig. I tillegg til dette ble det brukt spontane spørsmål om tema som fanget interesse under intervjuene. Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet etter gjennomgang av tidligere forskning om temaet, og inspirert av Kvale og Brinkmanns (2019) intervjumetode. Videre ble intervjuguiden endret i flere runder i samarbeid med veiledere som har erfaringsbasert kunnskap gjennom tidligere forskning og praksis innenfor feltet. Spørsmålene i intervjuguiden ble testet ut i et pilotintervju. Det gjorde jeg både for å forsikre meg om at intervjuguiden var forståelig og ikke inneholdt akademisk språk eller faglig sjargong, samt at jeg som intervjuer opplevdes strukturert, klar og vennlig i intervjusituasjonen, som er hensiktsmessig for å skape en god opplevelse for de som intervjues (Kvale & Brinkmann, 2019:196).

Kvale & Brinkmann (2019:165) sier at innledende spørsmål i det fenomenologiske intervjuet bør handle om en konkret situasjon. I denne studien var første spørsmål til deltagerne: *Du er invitert til denne studien fordi du har fått et prøvesvar på en livmorhalsprøve. Kan du fortelle om hvorfor du tok livmorhalsprøven?* Dette er et introduksjonsspørsmål som omhandler en konkret situasjon. Videre i intervjuguiden ble det for eksempel brukt inngående spørsmål som: *Kan du fortelle litt mer om dine*

erfaringer med å delta i Livmorhalsprogrammet?, spesifiserende spørsmål som: *Hvordan opplevde du å få prøvesvaret?* og direkte spørsmål som: *Hva tenker du om endringene i Livmorhalsprogrammet – fra å undersøke celleforandringer til å undersøke om kvinner har HPV-virus?* (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 166-167). I tillegg ble det brukt virkemiddel som taushet – pauser i samtalen for å få deltageren til å reflektere, og fortolkende spørsmål for å få bekreftet informasjon som deltageren har fortalt (ibid).

Når formålet med intervjuet er å få informasjon om noe man ikke vet fra før, eller å bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk (Malterud, 2011, s. 129). For å få rikest mulig kunnskap, bør intervjuguiden revideres underveis i intervjuprosessen (ibid). I dette prosjektet ble intervjuguiden revidert 2 ganger. I første omgang for å formulere flere forslag til oppfølgingsspørsmål ut fra erfaring fra de første 2 intervjuene, og den andre gangen for å få mer utdypende informasjon fra resterende deltagere om tema som kom frem gjennom de 5 første intervjuene. Intervjuguiden som er vedlagt oppgaven er siste reviderte utgave (vedlegg 1).

## 4.5 Rekrutteringsprosessen

### 4.5.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for å bli med i studien var å være kvinne i alderen 34-69 år, deltagende i Livmorhalsprogrammet, HPV-positiv med normal cytologi.

For å belyse problemstillingen best mulig satte jeg inklusjonskriterier som inkluderte de kvinnene som har kjennskap til temaet ved at de har deltatt i Livmorhalsprogrammet og fått påvist en HPV infeksjon. Jeg valgte aldersgruppe 34-69 år på bakgrunn av at det er denne gruppen som det er besluttet at får HPV test som primær screeningmetode. Andre fordeler med denne gruppen er at de med stor sannsynlighet har deltatt i Livmorhalsprogrammet både før og etter innføring av ny analysemetode, og derfor vil bidra med erfaringer om endret analysemetode. Jeg valgte å inkludere kvinner med normal cytologi for at studien ikke skulle farges av en eventuell redsel ved å være i et sykdomsløp med celleforandringer, og mulig behandling. På denne måten legger jeg til rette for at meningsinnholdet gir informasjon om opplevelsen knyttet til positiv HPV-test, som er målet med studien.

### 4.5.2 Rekruttering

Deltagere til studien ble rekruttert gjennom en avtalespesialistpraksis og en privat gynekolog. Kvinner som etter livmorhalsprøve oppfylte inklusjonskriteriene fikk tilsendt et informasjonsskriv pr. post med invitasjon til deltagelse i studien. Jeg som forsker hadde ingen oversikt over hvem som mottok informasjonsskrivene som ble sendt ut, og utsenderne av informasjonsskrivet fikk ikke vite hvem som valgte å takke ja til deltagelse i studien. De inviterte fikk opplyst navn, epostadresse og telefonnummer til meg, og tok kontakt direkte dersom de ønsket å delta. Av de 34 inviterte var det 7 kvinner som ønsket å delta i studien. 1 av kvinnene som ønsket å delta i studien oppfylte ikke inklusjonskriteriene grunnet alder under 34 år. Jeg valgte likevel å inkludere data fra

hennes intervju i studien fordi det var utfordringer med å få tilstrekkelig med deltagere til masteroppgaven, og de resterende inklusjonskriteriene stemte.

I utgangspunktet var intervjuene tenkt gjennomført ansikt til ansikt i et egnet lokale, men grunnet covid-19-pandemien måtte alle intervju gjennomføres over telefon grunnet restriksjonene som fulgte (Helsedirektoratet, 2020). Dette gjorde også at de første informasjonsskrivene måtte endres til at intervjuene ble gjennomført via telefon, og de som hadde mottatt informasjonsskriv i første runde fikk ettersendt skriv med informasjon om denne endringen i intervjusituasjonen. Endring av informasjonsskriv om gjennomføring av intervju pr. telefon istedenfor ansikt til ansikt, ble godkjent av norsk senter for forskningsdata (NSD) før utsending. Informasjonsskrivet som er vedlagt oppgaven er informasjonsskrivet etter endring til telefonintervju (Vedlegg 2).

Utsending av informasjonsskriv ble gjort i tidsperioden oktober 2020 til mars 2021. Ved utgang av mars 2021 besluttet jeg å avslutte rekrutteringsprosessen etter utsending av de siste invitasjonsskrivene. Dette var på bakgrunn av at det var forsøkt rekruttert deltagere i 6 måneder, og jeg behøvde tid til å analysere funnene i studien fordi det innenfor tidsrammen til en masteroppgave ikke var mulig å bruke lenger tid.

### 4.5.3 Utvalg

#### 4.5.3.1 Beskrivelse av deltagerne

Totalt 7 kvinner deltok i studien. Gjennomsnittsalderen var 48,8 år. Den yngste deltageren var født i 1992, den eldste deltageren var født i 1952. Det var en deltager under 30 år, en deltager i alder 30-39, to deltagere i alder 40-49, to deltagere i alder 50-59 og en deltager i alder 60-69. Flertallet av deltagerne oppgav at de er i et fast forhold som har vart siden de var ungdom. For alle deltagerne unntatt en var dette første gang de hadde fått påvist en HPV-infeksjon. Variasjon i når kvinnene hadde mottatt prøvesvar før intervju var fra 6 måneder til 1 uke.

#### 4.5.4 Gjennomføring av intervju

Telefonintervjuene ble gjennomført i perioden november 2020 til mars 2021 og varte i gjennomsnitt 25 minutt. Fordi intervjuene ble gjennomført som telefonsamtale var ikke den geografiske avstanden mellom meg og deltager av betydning. Valg av sted for gjennomføring av intervjuene var derfor opp til deltagerne selv. Jeg som intervjuer satt på et rom alene uten forstyrrelser, med telefon på høyttalermodus og lydopptaker. Fremfor meg hadde jeg intervjuguiden.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2019) er trygghet i intervjusituasjonen er med på å løfte kvaliteten på intervjuet. Dette sikres blant annet ved at intervjueren er åpen, vennlig og følsom ovenfor den intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 36 & 196). Et virkemiddel jeg brukte for at deltagerne skulle kjenne seg trygg i situasjonen var å starte intervjuet med å opplyse om hva intervjuet skal brukes til, at de blir anonymisert og at det de når som helst kan velge å unnlate å svare på spørsmål eller trekke seg fra intervjuet. Når man gjennomfører et intervju som telefonsamtale, gjør det at den non-verbale kommunikasjonen faller bort og det blir utfordrende å lese hverandre (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 178). For å trygge den intervjuede i at jeg lyttet valgte jeg å gi bekreftende ord som «ja», «jeg skjønner» og «mm», men samtidig tørre å stå i stillheten slik at den intervjuede fikk tenke seg om før et svar. Jeg opplevde at der jeg ikke klarte å

stå i stillheten kunne jeg avbryte deltageren ved å gi bekreftende ord, og kanskje derfor miste relevant informasjon. Under intervjuene fulgte jeg i stor grad intervjuguiden, men dersom tema kom opp i annen rekkefølge ut fra det deltageren fortalte, eller jeg fant nye spor å følge endret jeg rekkefølge eller la til spørsmål. Ved at jeg var trygg i intervjuguiden opplevde jeg at dialogen fløt naturlig. Ved intervjuets slutt bekreftet jeg informasjonen som ble gitt innledningsvis og gav de muligheten til å stille eventuelle spørsmål.

Jeg opplevde at stemningen i samtlige intervjuer var positiv. Deltagerne var villige til å dele informasjon og svare på spørsmålene som ble stilt. Jeg opplevde at de satt med mange spørsmål selv, og noen av deltagerne ønsket gjerne svar fra meg som intervjuer på de spørsmålene de var særlig usikre på. I slike tilfeller anbefalte jeg de å søke råd hos lege eller gynekolog grunnet at jeg ikke har kyndig kompetanse på feltet. Flere av de intervjuede uttrykte at de syntes at forskning på temaet er viktig og var glade for å kunne bidra, men noen opplevde jeg også som brydde for at de hadde lite kunnskap om temaet. Ved noen tilfeller måtte jeg stille mange oppfølgingsspørsmål for å få dybde i intervjuet, mens i andre intervju fortalte deltageren lange sekvenser med informasjon som dekket mange av temaene uten at jeg på forhånd hadde kommet dit i intervjuguiden.

#### 4.6 Transkribering

Få mennesker snakker på en slik måte at direkte skriftliggjøring av samtalen som er tatt opp er en gyldig gjengivelse av det som ble sagt (Malterud, 2011, s. 76). Dette gjelder også i denne studien da samtlige deltagere snakker dialekt, og jeg valgte å transkribere på bokmål. For å sikre reliabilitet valgte jeg likevel åpenhet for å bevare ord og fraser som ikke direkte kunne oversettes fra dialekt til bokmål. Selv om ordene er endret fra dialekt til bokmål, ga transkripsjonene en tekst som representerer meningsinnholdet i det som deltageren fortalte.

Jeg valgte å benytte meg av ordrett transkribering grunnet at intervjuforløpet i denne studien har til hensikt å utvinne en meningsanalyse, og ikke den språklige stilen eller det sosiale samspillet. Transkribering av intervjuene ble gjort mellom hvert intervju. Siden jeg både gjennomførte intervjuene og transkriberte selv, gav dette meg fordeler i transkriberingsprosessen. Dersom noe av lydopptaket var vanskelig å tolke – så hadde jeg hørt setningen før og kunne derfor lettere tolke det som blir sagt. Jeg hadde også større mulighet til å oppdage eventuelle mangler i materialet som kunne gi grunnlag for endring av intervjuguide, rekrutteringsstrategi eller intervjustrategi (Malterud, 2011, s. 78). For å skille mellom meg som intervjuer og deltager ble det brukt A (Intervjuer) B (Intervjuobjekt). Transkriberingsprosessen førte til 25 sider med rådata.

#### 4.7 Analyseprosessen

Som tidligere nevnt har jeg benyttet meg av systematisk tekstkondensering for analysering av data. Malterud (2011:91) sier at man gjennom analysen skal bygge en bro mellom rådata og resultater, og dette gjøres ved at de empiriske data blir organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2011, s. 91).

Proseduren for analysering av data deles inn i 4 trinn i rekkefølge med 1. opplevelse av helhet, 2. Identifisering av meningsenheter, 3. abstrahere innholdet i de ulike meningsenhetene og 4. å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2011:96).

#### 4.7.1 Trinn 1: Helhetsbildet

I første del av analysen skal man bli kjent med materialet (Malterud, 2011, s. 98). Jeg startet derfor med å lese gjennom alle intervjuene hver for seg, og skrev ned hovedtemaene for hvert intervju. Etter dette så jeg på de foreløpige temaene samlet for alle intervjuene for å få en følelse av helheten før videre analysering. I samsvar med det fenomenologiske perspektivet arbeidet jeg aktivt for å utelukke egen forforståelse i størst mulig grad, og stille meg åpen til funnene i datamaterialet. For at deltagerens stemmer skulle komme frem, var det nødvendig å legge til side det jeg trodde jeg visste om fenomenet fra før (Malterud, 2011, s. 99). Temaene som kom frem ved første gjennomlesing var: «*opplevelse av mangel på informasjon/kunnskap*», «*opplevelse av usikkerhet og undring*», «*opplevelse av trygghet i livmorhalsprogrammet*», «*opplevelse av nok informasjon*», «*informasjon deltageren har fått*» og «*tidspunkt for informasjon*». Temaene som kom frem i dette trinnet er foreløpige temaer som ble tatt med videre i analyseprosessen, og ved at temaene ikke sammenfalt for mye med temaene i intervjuguiden er det positivt, og et tegn på kreativ analyse (Malterud, 2011, s. 99-100).

#### 4.7.2 Trinn 2: Identifisering av meningsenheter

I andre del av analysen skal datamaterialet gjøres om til meningsbærende enheter, og man skal organisere den delen av materialet man ønsker å se nærmere på (Malterud, 2011, s. 100). Jeg skilte derfor ut data som ikke var innenfor tema og tok bare med videre det som bærer kunnskap om ett eller flere av temaene fra trinn 1 i analysen. I følge Malterud (2011:100) er det ikke regler for hvor korte eller lange de meningsbærende enhetene skal være, og det er bedre å ta med for mye tekst å jobbe videre med enn for lite. I denne delen av analysen skrev jeg ut alle intervjuene på papir og brukte blyant for å markere hvor en meningsbærende enhet startet og sluttet. Da jeg videre skrev de meningsbærende enhetene inn i dokumentet på dataen, opplevde jeg at det var behov for å dele opp eller legge til mer i enheten som jeg først hadde markert. De meningsbærende enhetene ble videre satt i system i en tabell og nummerert slik at jeg kunne gå tilbake til intervjuene og lese om igjen, som en del av den hermeneutiske sirkel.

Malterud (2011:101) sier at man tar med seg de foreløpige temaene fra første del av analysen og systematiserer de meningsbærende enhetene under dem, noe som kalles koding. Jeg valgte å fortsette med tabellmetoden og brukte farger på de ulike temaene for å sortere data. For å lette arbeidet med sorteringen, er det ifølge Malterud (2011) hensiktsmessig å ha et overkommelig antall temaer i trinn 1 og utvide nyansene av temaene etter hvert. Jeg hadde de nevnte 6 foreløpige temaene som jeg startet med i sorteringen, men ved gjennomgang av meningsenhetene var jeg åpen for å finne nye tema. Som del av sorteringen forsøkte jeg først å plassere meningsenhetene under de foreløpige temaene, men de som ikke passet under noen av temaene ble plassert for seg selv. Når alle meningsenhetene var plassert i første runde så jeg over de meningsenhetene som ikke var plassert og laget nye foreløpige koder. Jeg tok også flere runder på de plasserte meningsenhetene og endret plassering på dem etter hvert som jeg fant bedre egnede koder. Data under de 6 foreløpige temaene ble i denne delen av analysen satt sammen så de utgjorde 4 hovedkategorier. Temaet «*opplevelse av mangel på informasjon/kunnskap*» ble endret til «*kunnskap*», temaet «*Opplevelse av usikkerhet og undring*» ble endret til «*usikkerhet*», temaet «*opplevelse av trygghet i livmorhalsprogrammet*» ble endret til «*trygghet*» og temaene «*opplevelse av nok*

informasjon», «informasjon deltageren har fått» og «tidspunkt for informasjon» ble endret til «informasjon». Dette dannet nå fire hovedtema.

#### 4.7.3 Trinn 3: Abstrahere innholdet i det ulike meningsenhetene

I tredje trinn av analysen skal de kodede meningsbærende enhetene abstraheres, ved å systematisk hente ut meningen i de meningsbærende enheten gjennom kondensering (Malterud, 2011, s. 104). Jeg startet med å arbeide med et og et hovedtema og sorterte de meningsbærende enhetene i subkategorier. Subkategorier er undergrupper tilhørende det opprinnelige hovedtemaet de er under (Malterud, 2011, s. 105). I følge Malterud (2013) er det subkategoriene som heretter er analyseenheten, og innholdet i subgruppene gjøres om til kunstige sitat og danner kondensat.

Hvilke subgrupper som kom frem her preges av perspektivet som jeg leste materialet ut fra, og forforståelsen min kom derfor til syne. Ut fra min forforståelse valgte jeg for eksempel å kategorisere *emosjonell respons* som en subgruppe til hovedtemaet *usikkerhet*. Jeg tolket i denne delen av prosessen at beskrivelser som «det setter et støkk i folk», jeg ble jo litt paff da» og «det var litt skremmende» var emosjonell respons knyttet til usikkerhet ved påvist HPV-infeksjon.

Tabell 1 Utdrag fra tabell «hovedtema og sub-kategorier»

Hovedtema	Subkategori
Informasjon	-Opplevelse av mangel på informasjon -Opplevelse av nok informasjon -Tidspunkt for informasjon
Usikkerhet	-Usikkerhet knyttet til livssituasjon/alder -Hvorfor er noe galt nå -Ikke tenkt over det før -Emosjonell respons -Ønsker hyppigere undersøkelser etter påvist HPV-infeksjon
Trygghet	-Opplevelse av trygghet i Livmorhalsprogrammet
Kunnskap	Kunnskap om HPV, celleforandringer og Livmorhalsprogrammet

På dette tidspunktet i analyseringen opplevde jeg at noen av subkategoriene hadde mye data under seg som jeg hadde behov for å sortere nøyere. De ulike temaene under de subkategoriene dette gjaldt var på dette tidspunktet:

- Opplevelse av mangel på informasjon: «søker etter svar» og «dette trenger jeg mer informasjon om».
- Opplevelse av nok informasjon: «tilstrekkelig informert», «betryggende informasjon» og «generell informasjon».
- Tidspunkt for informasjon: «informasjon på tidligere tidspunkt» og «informasjonen kom på rett tidspunkt».
- Opplevelse av trygghet i livmorhalsprogrammet: «positivitet til livmorhalsprogrammet/stoler på» og «regelmessig undersøkelse og oppfølging».

Ved å omsette innholdet i de meningsbærende enhetene til kondensat dannes en mer generell og overførbar form (Malterud 2011:106). I kondensatet benyttet jeg «jeg-form»



og etter det sammenfattede kondensatet laget av alle enhetene ble det laget et «gullsitat» (Malterud, 2011:107).

Tabell 2: Eksempel på kondensat og gullsitat

Subkategori	Usikkerhet knyttet til livssituasjon/alder
Kondensat	Jeg trodde HPV-viruset var forbeholdt de som var litt yngre og har flere partnere, jeg har jo hatt samme partner i mange år. Jeg trodde ikke det var voksne i stabile forhold som fikk påvist HPV-virus, jeg ble sjokkert når jeg fikk vite det. Tankene begynte å kverne når jeg fikk det positive prøvesvaret, jeg har jo aldri hatt noen mistanke, men fikk tanker om utroskap og bekymret meg litt for det. Jeg er jo litt opp i årene, og har jo hatt samme partner siden jeg var ung, så jeg skjønner ikke hvordan det oppstår.
Gullsitat	Jeg ble litt sjokkert når jeg fikk positiv HPV prøve, jeg trodde ikke det var voksne kvinner i stabile forhold som fikk det – så tankene kvernet om utroskap.

#### 4.7.4 Trinn 4: Sammenfatting

I siste trinn av analysen gjøres en rekontekstualisering, som er å sette sammen de ulike bitene til en helhet (Malterud, 2011, s. 107). Sammenfattingen skal være lojal mot informantene, men være beskrivelser eller begreper som er nyttig også for andre som ønsker kunnskap om fenomenet (ibid). Under hver subgruppe ble det her laget en analytisk tekst som svarer på deler av problemstillingen, og hver enkelt subgruppe fikk sitt eget avsnitt som blir presentert i funn-delen av studien. På dette trinnet er «jeg-formen» lagt bort, og tredje-person formen som gjenforteller blir brukt. I denne prosessen ble det mer tydelig hva de ulike hovedkategoriene handlet om, og det ble etablert endelige navn.

- Hovedtemaet «kunnskap» ble til: Kunnskap om HPV hos kvinner med påvist HPV-infeksjon
- Hovedtemaet «informasjon» ble til: Informasjonsbehov for kvinner ved påvist HPV-infeksjon
- Hovedtemaet «usikkerhet» ble til: Opplevelse av å få påvist HPV-infeksjon
- Hovedtemaet «trygghet» ble til: Erfaring med deltagelse i Livmorhalsprogrammet

Siden denne delen av analysen danner funnene i studien, var det viktig at informasjon fra alle informantene ble formidlet. Dette sikret jeg ved å lese igjennom råmaterialet på nytt for å se om resultatene i studien stammet fra alle deltagerne til sammen, eller fra enkeltindivider. I forbindelse med dette ble også funnene validert ved at jeg så om resultatene eventuelt var farget av egen forforståelse (Malterud, 2011:109). Etter gjennomlesing opplevde jeg at essensen i råmateriale blir gjengitt i funnene som blir presentert. Resultatene i oppgaven stammer fra alle deltagerne, men ved gjengitt sitat er noen av deltagerne presentert i større grad enn andre. Dette er grunnet at noen av deltagerne gav mer innholdsrike og beskrivende sitater enn andre.

## 4.8 Etikk, forskningsgodkjenning og personvern

### 4.8.1 Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Ved all helsevitenskapelig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger er det krav om å legge frem en prosjektbeskrivelse som skal godkjennes i en etisk komité før igangsetting av studien (Helseforskningsloven, 2008, §9-12). Prosjektbeskrivelsen for denne studien ble først sendt til forhåndsvurdering ved regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Der ble det vurdert at studien lå utenfor mandatet til REK. Studien ble derfor sendt til godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Oppdraget til NSD er å sikre at data om mennesker og samfunn trygt og lovlig kan innhentes, bearbeides, lagres og deles – både i dag og i fremtiden (nsd.no, u.å.). Studien ble godkjent av NSD (vedlegg 3).

### 4.8.2 Personvern og håndtering av data

Før intervjuet ble det innhentet informert samtykke til deltagelse i studien. Kvale og Brinkmann (2019, s. 104) beskriver et informert samtykke ved at studiedeltageren er opplyst om formålet med studien, hovedtrekkene i designet og mulige risikoer og fordeler ved deltagelse. Dette ble gjort ved at de inviterte deltagerne fikk invitasjonsskriv tilsendt med den nevnte informasjonen om studien. Siste side av invitasjonsskrivet var en samtykkeerklæring der kvinnene ved underskrift på dette skrevet samtykket til deltagelse i studien (vedlegg 2). Kvinnene som ønsket å delta i studien sendte bilde av samtykkeskjema med signatur til meg via sms eller på e-post. Noen av kvinnene fortalte at de ikke lenger hadde samtykkeerklæringen i papirform, og valgte derfor å skrive en erklæring selv via epost.

Før intervjuene startet og etter intervjuenes slutt, ble kvinnene informert muntlig om at det er frivillig deltagelse i studien, og at de kan velge å ikke svare på spørsmål, trekke seg fra intervjuet eller trekke tilbake informasjon fra intervjuet. Av personvern hensyn ble navn på informanter, steder og datoer utelukket allerede under transkriberingen. Lydfilene fra studien ble oppbevart i låst safe med mekanisk kodelås på annen lokasjon enn navnelisten, for sikker oppbevaring. Ved studiens slutt vil lydfilene bli slettet.

### 4.8.3 Etiske betraktninger ved intervjuundersøkelse

Det er flere etiske og moralske spørsmål man bør merke seg ved intervju i forskningssammenheng (Kvale & Brinkmann, 2019, s.95). I lov om medisinsk og helsefaglig forskning (2008) kapittel 2, sies det at medisinsk og helsefaglig forskning skal utøves forsvarlig, og hensynet til deltagerens velferd skal gå fremfor vitenskapens og samfunnets interesser (Helseforskningsloven, 2008, §5-7). Studien skal derfor ikke gjennomføres dersom den anses som skadelig eller belastende for deltageren. I lys av at studiens formål er å kartlegge opplevelser og erfaringer deltagerne i Livmorhalsprogrammet har med mottagelse av prøvesvar som viser HPV-infeksjon, vurderes det som lite sannsynlig at dette vil medføre skade hos den enkelte deltager. Deltagerne har meldt seg til studien frivillig og er informert om studiens formål.

Siden kvalitative intervju kan være dype og inntrengende, og ikke bare skrape på overflaten (Kvale & Brinkmann, 2019, s.96), kan intervjusituasjonen oppleves som sårbar for deltageren. Dette skaper en utfordrende situasjon siden intervjueren ønsker utdypende informasjon, men samtidig å være så respektfull som mulig (ibid). Det er til forskningens beste at det skapes en god opplevelse for de som intervjues, da dette kan bidra til at deltageren kjenner seg trygg og ivaretatt, og i lys av dette ønsker å dele dypere informasjon (Kvale & Brinkmann, 2019, s.196). Jeg var bevisst i

intervjusituasjonen at deltagerne kan oppleve en HPV-infeksjon som skremmende og sårbart, og var derfor oppmerksom på hvor langt jeg kunne gå i oppfølgingsspørsmålene.

Etiske spørsmål er ikke begrenset til den direkte intervjusituasjonen, men er integrert i alle faser av en intervjuundersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 97). I denne masteroppgaven har jeg som forsker søkt å imøtekomme etiske aspekter gjennom hele studien. Formålet med masteroppgaven har vitenskapelig verdi, og kan føre til forbedring av Livmorhalsprogrammet. Studien møter derfor helseforskningsloven kap. 5 §22 (2009), som omhandler at forskning på mennesker bare skal gjøres dersom andre metoder ikke er like effektive. Ved planlegging av studien ble deltagerne informert, og det ble innhentet informert samtykke (Helseforskningsloven, 2009, §9-13). I selve intervjusituasjonen fikk deltagerne informasjon om at intervjuet er frivillig, og at de kan unnlate å svare på spørsmål eller trekke seg fra intervjusituasjonen når det pågår, eller trekke tilbake data i ettertid. Ved gjennomføring av transkribering ble deltagerne anonymisert, og transkribering ble gjort ordrett for å få med alt av muntlige uttalelser fra deltagerne. I analyseringsprosessen søkte jeg å gjengi det meningsbærende som deltagerne fortalte, uten å legge egen forforståelse til grunn. Som nevnt ble funnene også validert ved å lese gjennom rådata på nytt og se det opp mot funnene som blir rapportert i studien.

## Kapittel 5

### 5.0 Funn

Funnene i denne studien beskriver hvilken kunnskap kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet har om HPV, og hvordan de opplever å motta et prøvesvar som viser påvist HPV-infeksjon. I tillegg har det blitt undersøkt hvilken informasjon de har mottatt og hvilken informasjon de skulle ønske de hadde mottatt. I dette kapittelet vil jeg presentere funnene denne studien leder frem til. Informasjon fra deltagerne er som nevnt kategorisert inn i disse fire hovedkategoriene.

1. **Kunnskap** om HPV hos kvinner med påvist HPV-infeksjon
2. **Informasjons**behov for kvinner ved påvist HPV-infeksjon
3. **Opplevelse** av å få påvist HPV-infeksjon
4. **Erfaring** med deltagelse i Livmorhalsprogrammet

I kursiv presenteres direkte sitat fra deltagerne. Dette er tatt med for å illustrere de ulike fenomenene funnene berører.

### 5.1 Kunnskap om HPV hos kvinner med påvist HPV-infeksjon

I denne hovedkategorien vil jeg presentere kunnskapen som kvinnene forteller om Livmorhalsprogrammet, screening, HPV, celleforandringer og endring av analysemetode. Kunnskapen blant deltagerne viste store forskjeller. Noen av deltagerne hadde kunnskap om deler av temaet, og andre hadde lite til ingen kunnskap om temaene. Flertallet av deltagerne hadde noe kunnskap, men opplevde et behov for ytterligere kunnskap i forbindelse med påvist HPV-infeksjon.

#### 5.1.1 Livmorhalsprogrammet og screening

Ved spørsmål om deltagerne har kjennskap til Livmorhalsprogrammet, var det flere av kvinnene som fortalte at de har noe informasjon om det, og at brevene fra Livmorhalsprogrammet var en sentral bidragsyter til denne informasjonen. Deltagerne fortalte at deres oppfatning er at Livmorhalsprogrammet er et tiltak for å forhindre livmorhalskreft ved å oppdage celleforandringer på et tidlig stadium.

«Det er jo for å unngå, altså oppdage på et tidlig stadium da, om det er kreftceller og celleforandringer.. tiltak for tidlig oppdagelse da, for å forhindre kreft»  
Kvinne 50-59 år

Bare en av deltagerne fortalte at hun visste at informasjonsbrev om livmorhalscreening blir sendt ut til kvinner ved fylte 25 år, men flere av deltagerne fortalte at de vet at det blir sendt ut brev med påminning om ny livmorhalsundersøkelse i intervaller, ut fra egen erfaring med mottagelse av brevet. En av deltagerne fortalte at de vet at intervallengden mellom anbefalt undersøkelse på nåværende tidspunkt er 3 år. Til forskjell fra de andre deltagerne fortalte to av kvinnene at de ikke har noe kunnskap om Livmorhalsprogrammet, og de forklarer det med at de er deltagende i programmet fordi de går jevnlig til gynekologisk undersøkelse, og at livmorhalsprøven blir tatt i sammenheng med dette.

Ved spørsmål om hvordan deltagerne forstår begrepene screening og screeningprogram ble det gitt svært ulike svar. For noen var ordene helt ukjent og de hadde ikke noe svar til hva begrepene betyr. Deltagerne uttrykte ulike opplevelser knyttet til at de ikke visste noe om begrepene. Dette varierte fra at det ikke gjorde de noe å ikke vite, fordi de stolte på at livmorhalsprogrammet handlet i deltagerens favør, til beklagelser om at de ikke har

satt seg så godt inn i det. Andre forklaringer på begrepet screening var «en fysisk undersøkelse, som eksempelvis den fysiske delen ved livmorhalsundersøkelse», «noe som har sammenheng med ultralyd eller røntgen» eller «et forebyggende helsearbeid med formål om å oppdage sykdomstegn på et tidlig tidspunkt».

De deltagerne som hadde hørt om begrepet screeningprogram fortalte at de oppfatter det som et program for oppfølging og tiltak, og at det er ulik testfrekvens ut fra funn ved livmorhalsundersøkelsen. En vil derfor ved normale funn ha lenger intervall til neste livmorhalsundersøkelse enn ved påvist HPV-infeksjon eller celleforandringer. Det ble også fortalt av deltagerne at de tror det gjennom screeningprogrammet kan hentes ut statistisk materiale som kan brukes i forskning, for eksempel ved å kartlegge hyppigheten av celleforandringer.

*«det er vel for å kartlegge hyppigheten av celleforandringer sikkert da, forebygging og slike ting. Forebygging tenker jeg da»*  
Kvinne 20-29 år

### 5.1.2 HPV og celleforandringer

Flertallet av deltagerne i studien forteller at de har hørt om HPV, men at de ikke har inngående kunnskap om hva det innebærer. Det blir fortalt at HPV kan skape celleforandringer og livmorhalskreft, og to av deltagerne fortalte også at de vet at denne utviklingen kan ta mange år. Hva deltagerne fortalte om hvordan virus-infeksjonen smitter varierte fra at det er seksuelt overførbart, til at det ble stilt spørsmål om hvordan det smitter, fordi de ikke visste det selv.

*«Det er seksuelt overførbart. Det er derfor de er opptatt av at man skal beskytte seg»*  
Kvinne 40-49 år

Noen av deltagerne hadde kunnskap om at kroppens immunforsvar i de fleste tilfeller kan bekjempe viruset selv, men det var også deltagere som ikke hadde kunnskap hvordan få infeksjonen til å gå over, og stilte spørsmål ved dette. Noen av deltagerne fortalte at de har inntrykk av at HPV-viruset er vanlig blant kvinner og en av kvinnene fortalte også at hun forstår det som at nesten 80% av befolkningen har HPV-infeksjon i løpet av livet. Den samme kvinnen fortalte videre at hun vet at det finnes ulike typer HPV-virus.

I forbindelse med spørsmål om HPV forteller flere av kvinnene at de har kjennskap til at det eksisterer en HPV-vaksine. Noen av kvinnene har kjennskap til den gjennom barnevaksineringsprogrammet som et eller flere av deres barn har mottatt den gjennom, og andre har hørt om den via media, eller venner og familie. Opplevelsen av å ikke ha kunnskap om vaksinen utgjorde for en av deltagerne at hun valgte bort vaksinen når hun fikk tilbud om å ta den.

*«Også var det jo en vaksine for noen år siden. En HPV vaksine. Men den tok jeg jo aldri, og det angrer jeg veldig på nå, men da visste jeg jo ikke hva det var engang»*  
Kvinne 20-29 år

De fleste kvinnene forteller at de har kunnskap om at celleforandringer er forstadiet til livmorhalskreft og at det ved oppdagelse av celleforandringer kan være behov for tiltak i form av behandling og operasjon. For de av kvinnene som ikke har opplevd å ha celleforandringer selv, forteller at de ikke har satt seg inn i hvilke konsekvenser det medfører å ha det. De av kvinnene som har hatt celleforandringer eller har nære relasjoner som har hatt celleforandringer, forteller at de har hatt behov for å søke etter informasjon om temaet.

### 5.1.3 Endret analysemetode

Selv om deltagerne i denne studien har fått sin livmorhalsprøve testet for HPV-virus, var ikke dette kjent for dem. Fordi kvinnene ikke visste at det ble tatt HPV-prøve, og at dette er nytt sammenlignet med tidligere livmorhalsundersøkelser ble de overasket over funnet. Dette forklares med at tidligere livmorhalsprøver har vist normale funn, og at de ikke visste at den nye analysemetoden kan fortelle om en infeksjon som de kanskje har hatt over tid, men som tidligere analysemetode ikke har fanget opp.

*«Jeg har jo aldri hatt noe, alt har vært normalt bestandig når jeg har vært der, jeg skjønner ikke hvorfor jeg har fått det nå?»*

Kvinne 50-59 år

Det var likevel to av deltagerne som fortalte at de visste om endringen. Informasjonen de hadde kom fra gynekologen de hadde vært hos, og de ble informert ved undersøkelsestidspunktet. Deres forståelse av endringen er at endringen bidrar til lengre screeningintervaller for de som ikke får påvist HPV-infeksjon.

*«I fravær av viruset vil du ikke ha behov for samme oppfølging som de med viruset da»*

Kvinne 40-49 år

## 5.2 Informasjonsbehov for kvinner ved påvist HPV-infeksjon

I denne hovedkategorien presenteres funn som omhandler informasjon som deltagerne har fått ved påvist HPV-infeksjon, behovet for ytterligere informasjon og hvilke kilder til informasjon som kvinnene opplever som trygge. Videre blir ønskelig tidspunkt for informasjon beskrevet, og hvilken type informasjon kvinnene etterspør.

### 5.2.1 Informasjon deltagerne har fått, og hvilke kilder informasjonen kommer fra

Gjennom brev fra Livmorhalsprogrammet, internett-søk og samtaler med lege og gynekologer har deltagerne opparbeidet seg kunnskap om Livmorhalsprogrammet, celleforandringer, HPV og livmorhalskreft. Jeg har valgt å dele informasjonen de forteller opp i det jeg tolker som *generell informasjon* og som *betryggende informasjon*.

Den generelle informasjonen som deltagerne har, kommer hovedsakelig fra brevene som blir sendt fra Livmorhalsprogrammet med informasjon om at det er på tide med ny livmorhalsundersøkelse. Deltagerne forteller at de er informert om at det er viktig å ta regelmessige livmorhalsundersøkelser for å se etter celleforandringer. Videre forteller de at de er informert om at celleforandringer etter flere år kan føre til livmorhalskreft, og celleforandringene er viktig å oppdage tidlig for å sette inn tiltak og behandling.

*«Ja det kan jo være forstadiet til kreft da. Så det er jo derfor det er så viktig å ta gynekologiske undersøkelser og celleprøver da. At du oppdager det tidlig. Får satt inn tiltak eller behandling, eventuelt operasjoner»*

Kvinne 50-59 år

Ved spørsmål om internett og media oppleves som en trygg kilde til informasjon var deltagerens opplevelse delt. Noen av kvinnene forteller at de opplever internett som en passende arena å søke etter informasjon på, og at nettsidene de velger er trygg kilde til kunnskap. Noen av de andre kvinnene fortalte at de opplever internett som en utrygg kilde. En av deltagerne fortalte om både positive og negative aspekter ved internett og media som kilde til informasjon. Hun fortalte om medieoppslagene i forbindelse med

Thea Steen som sto frem med sin sykdomshistorie om livmorhalskreft, og hvordan hun opplevde at dette bidro til økt fokus på livmorhalsundersøkelse som forebyggende tiltak. Likevel opplever hun ikke alle medieoppslag som positive, grunnet erfaring med at medienes overskrifter er med på å gjøre saken mer skremmende enn det er behov for. Dette viser at måten informasjon blir gitt på kan oppleves både betryggende og skremmende, alt etter hvordan teksten er formulert og hvordan mottakeren av informasjonen tolker den.

*«..sånn som media og slikt kan ha en tendens til å gjøre at ting ser skumlere ut enn det er. De slår opp så store overskrifter og det kan virke så mye skumlere enn det faktisk er ja. Det er ikke bare bare»*

Kvinne 30-39 år

Informasjon som ble beskrevet som viktig av deltagerne var informasjonen om at en HPV-infeksjon i seg selv ikke er farlig. De opplevde det betryggende å få vite at HPV-infeksjon er vanlig blant kvinner og at kroppen selv kan bekjempe viruset, uten ytterligere tiltak.

Samtlige deltagere snakket positivt om gynekolog, og fortalte at de stoler på informasjon som kommer fra denne gruppen. Flere av deltagerne uttrykker også at de blir betrygget av at gynekolog ikke viser tegn til bekymring. De forteller at i tillegg til at informasjonen de får er betryggende, så er det også betryggende å ha en samtale med kyndig helsepersonell om prøvesvaret.

*«Gynekologen forklarte i brevet til meg. Hun var veldig beroligende, at jeg ikke måtte bekymre meg for det. At det var noe nytt de hadde startet med i 2018. Det var ikke uvanlig å ha HPV»*

Kvinne 40-49 år

Kombinasjonsinformasjon som eksempelvis informasjon om at det er gjort endringer i analyseringen av livmorhalsprøven og at en som følge av dette kan få påvist HPV-infeksjon, sammen med informasjon om at HPV kan ligge latent i kroppen i mange år, var betryggende særlig for de eldste deltagerne i studien. Denne informasjonen opplevdes som betryggende fordi de har vært i en relasjon i flere år, og det seksuelt overførbare viruset kan ha smittet de før nåværende relasjonen eller i begynnelsen av nåværende relasjonen, uten at den har blitt oppdaget tidligere.

### 5.2.2 Varierende informasjonsbehov

Det er variasjon i mengden informasjon deltagerne opplever at de har eller trenger i forbindelse med påvist HPV-infeksjon. Opplevelsen av å motta et brev med et prøvesvar som viser påvist HPV-infeksjon, uten å vite tilstrekkelig om viruset, gjorde at flere av deltagerne ble sittende med mange spørsmål. Informasjonen som etterspørres er informasjon om mulige utfall av undersøkelsen, inkludert endringene i analysemetoden som innebærer HPV-virus test, og informasjon om HPV.

*«Det kunne vært noe mer informasjon om det viruset da, syns jeg. Hva det vil si å ha det, eventuelt hvordan man får det og sånne ting. Det kunne det vært mer informasjon om syns jeg»*

Kvinne 50-59 år

Det kommer også frem at flere av kvinnene er usikker på virusets smittevei. For noen innebar det at de ikke visste at det er seksuelt overførbart, og for andre at de har vært i et forhold i mange år og stiller spørsmål ved hvordan de kan være smittet nå.

Opplevelsen av å ikke vite om smittevei skapte undring og redsel for flere av deltagerne. Det ble eksempelvis stilt spørsmål om viruset er smittsomt, og eventuelt på hvilken måte, samt om eventuelt partner også bør undersøkes.

*«Jeg lurer på hvordan man får det, er det et sånt virus som er i lufta eller?»  
Kvinne 50-59 år*

Hvordan virus-infeksjonen går over synes også ukjent for noen av deltagerne og det blir etterspurt om det finnes medisin mot det. For de av deltagerne som er opplyst om at immunforsvaret kan bekjempe viruset selv, settes de spørsmål ved om det er noe de selv kan gjøre for å skynde prosessen eller gi økt sjanse for at de går bort uten videre tiltak.

Noen av deltagerne hadde delvis kunnskap om HPV fra før, og fortalte at de savnet inngående informasjon om hvilken type av viruset de har fått påvist. Dette indikerer at å inneha noe informasjon om HPV kan gjøre at en ønsker mer inngående informasjon om testresultatet.

*«Jeg er veldig sånn at jeg vil ha veldig mye fakta. Informasjon om ulike HPV og sånn. Så vet man litt sjansen for om det blir noen celleforandringer og sånn da. Det er jo forskjell på virusene, noen typer er mer aggressive. Så det er greit å vite hva man har»  
Kvinne 40-49 år*

For en av deltagerne var den påviste HPV-infeksjonen hennes andre påviste infeksjon. På grunn av informasjonen som hun fikk ved den første HPV-infeksjonens forløp var hun derfor tilstrekkelig informert om HPV denne runden. I motsetning til de deltagerne som har behov for mer informasjon, forteller en av dem at hun ikke har inngående kunnskap om Livmorhalsprogrammet, og heller ikke kjenner på et behov for å vite mer. Hun forteller at hun har tillit til programmet, og ikke tenker så mye over det, utover at hun går til regelmessig undersøkelse. Dette endret seg heller ikke ved påvist HPV-infeksjon.

*«Jeg tenker ikke så mye over eller om det egentlig. For det man tenker når man går til GU, så tar man celleprøve. Det er det jeg har tenkt hvert fall, og når den er grei så er det greit på et vis»  
Kvinne 60-69 år*

### 5.2.3 Tidspunkt for informasjon

Det kom tydelig frem i deltagerne beskrivelser at opplever best egnet tidspunkt for mottagelse av informasjon om livmorhalsundersøkelsen er før gjennomføring av den. Noen av deltagerne forteller at informasjonen burde kommet tidlig i livet og setter informasjonsbehovet i forbindelse med å få barn, andre deltagere ser behovet for informasjon ved gjennomføring av livmorhalsundersøkelsen. Begrunnelsen for hvorfor de ønsker informasjon på et tidligere tidspunkt enn ved mottagelse av prøvesvar er at de ønsker å vite hva de kan forvente.

*«Greit å få det tidlig mulig, før man skal ta prøven liksom. Så vet man hva man kan forvente»  
Kvinne 40-49 år*

Ved å få informasjon på et tidligere tidspunkt enn ved mottagelse av svarbrev, forteller flere av deltagerne at opplevelsen for de ville blitt endret. Dette ved at de ville vært mer forberedt på det, og kanskje spart seg for følelsen av å være redd og bekymret.



*«Jeg synes det at når jeg satt i GU stolen så skulle jeg fått visst av gynekologen at samtidig som det ble sendt inn så blir det tatt en HPV test. Slik at jeg er klar over det ... det var litt sånn wow, hadde kanskje vært greit å vite på forhånd. For da hadde jeg vært litt mer forberedt på det»*

Kvinne 30-39 år

Andre deltagere opplevde at informasjonen kom på rett tidspunkt for dem. En av deltagerne forteller at hun tror opplevelsen hennes av å få påvist HPV-infeksjon ville vært lik når hun mottok svarbrevet uavhengig av når informasjonen kom. Dette underbygges også av en annen deltager som forteller at hun opplever at informasjonen ikke kunne kommet på et annet tidspunkt enn ved mottagelse av prøvesvaret.

### 5.3 Erfaring med deltagelse i Livmorhalsprogrammet

Til tross for en negativ opplevelse hos flertallet av kvinnene ved påvist HPV-infeksjon, forteller de om en generell trygghet i forbindelse med deltagelse i Livmorhalsprogrammet. I denne hovedkategorien vil jeg presentere funn som omhandler kvinnenes positive holdninger til Livmorhalsprogrammet, og at de er fornøyde med de regelmessige livmorhalsundersøkelsene og oppfølgingen.

#### 5.3.1 Positiv til Livmorhalsprogrammet

Uten unntak fortalte alle kvinnene i studien om viktigheten av livmorhalsundersøkelse og stilte seg positive til Livmorhalsprogrammet som screeningprogram. Kvinnene forteller at de kjenner på en trygghet ved å være med i et screeningprogram som Livmorhalsprogrammet, og at det er et viktig forebyggende tiltak. Gjennom spørsmålene i ble deltagerne informert om endringen av primær analysemetode. Samtlige av dem uttrykte at positivitet til endringen, og det blir fortalt at de stoler på at endringen er til det beste for dem som deltagere.

*«Jeg synes bare det er betryggende. Betryggende å være med på det. For da vet jeg hvordan det ligger an, og når du får tilbakemelding om at alt er i orden så synes jeg det er veldig betryggende»*

Kvinne 30-39 år

For flere av kvinnene opplevdes selve livmorhalsundersøkelsen også som en naturlig og enkel ting å gjennomføre, og dette var nok også med på å forsterke den positive holdningen til programmet. Det som ble fremhevet som grunn til at selve undersøkelsen oppleves som naturlig og enkel var at flere av deltagerne tidligere hadde født barn, de hadde deltatt i Livmorhalsprogrammet over mange år eller at de har en underliggende sykdom som har gjort at de har måtte tatt mange gynekologiske undersøkelser fra de var ung.

*«Jeg har jo et avslappet forhold til det, går gjerne og gjør det»*

Kvinne 20-29 år

En annen forsterkende faktor vises i det kvinnene forteller om at de opplever gynekologene som flinke og oppdaterte, samt at de stoler på kunnskapen de har. Tillit til programmet og endringene som har blitt gjort viser seg også gjeldende gjennom det kvinnene forteller i form av at de er positive til endringen og stoler på at det undersøkes til fordel for deltagerne.

*«Jeg synes det er kjempebra at de har gjorde denne endringen, at de tar med og ser, ettersom det er det viruset som er med på å forårsake mulige celleforandringer»*

Kvinne 30-39 år

### 5.3.2 Regelmessig undersøkelse og oppfølging

Deltagerne i studien benyttet seg av ulike tidsintervaller for livmorhalsundersøkelse. En av kvinnene gikk årlig til undersøkelse og forklarte at grunnen til det er at hun synes det er greit og trygt. Ved å ta livmorhalsundersøkelse oftere enn anbefalt gjennom Livmorhalsprogrammet mottok hun derfor ikke påminningsbrevene med informasjon. Hun forklarte at ved å ikke motta informasjonsbrevene, visste hun ikke så mye om Livmorhalsprogrammet. I likhet med henne var det en til av kvinnene som ikke mottok påminning og informasjonsskrivet fra Livmorhalsprogrammet. Det var fordi at selv om hun fulgte rådene med livmorhalsundersøkelse hvert 3. år, så passet hun på selv og booket time litt tidligere enn 3 års intervallet. Resten av kvinnene i studien fortalte at de mottok brev fra Livmorhalsprogrammet og satt pris på påminnelsen, fordi det var betryggende at de ikke måtte passe på selv.

*«det er veldig positivt at det er sånn, at vi får påminnelse om det, eller så kan det fort gå i glemmeboken»*

Kvinne 50-59 år

Flere av kvinnene fortalte at de synes Livmorhalsprogrammet er et bra tilbud og er fornøyd med oppfølgingen de ha fått, både fra gynekolog og lege, men også generelt gjennom å være en deltager i Livmorhalsprogrammet. Noen av deltagerne fremhever også at de kjenner på en ekstra trygghet fordi de ved å gå til gynekolog fremfor fastlege. Det begrunnes med at de i tillegg til livmorhalsundersøkelsen kan gjør gynekologisk undersøkelse med ultralyd samtidig, og at dette oppleves som en ekstra trygghet. Det blir også lagt vekt på at å benytte seg av gynekolog er positivt fordi gynekologen er spesialist på feltet, og derfor har mer kunnskap og erfaring.

## 5.4 Opplevelser ved påvist HPV-infeksjon

I denne hovedkategorien presenteres funn som omhandler hvordan deltagerne reagerte når de mottok svarbrevet med påvist HPV-infeksjon, samt hvordan de opplever å ha infeksjonen. Det blir også presentert et eget avsnitt om hvordan voksne kvinner opplever å få påvist HPV-infeksjon når de er i et langvarig forhold.

### 5.4.1 Bekymring og usikkerhet etter påvist HPV-infeksjon

Ved mottagelse av prøvesvar med påvist HPV-infeksjon forteller de fleste kvinnene om opplevelsen av å bli paff, redd og bekymret. De sterke følelsene av bekymring som blir beskrevet oppleves for kvinnene selv om de ikke har celleforandringer. Noen av kvinnene forteller at de opplevde det som skremmende å få vite om HPV-infeksjonen fordi de har kunnskap om at HPV ses i sammenheng med livmorhalskreft, men ikke visste hvordan de skulle forholde seg til det.

*«Når jeg ikke er klar over hva det vil si å få den positive testen, så blir det et slag i trynet for du vet ikke hvilke forhåndsregler eller noe du trenger å ta. Så derfor ble jeg sjokkert»*

Kvinne 30-39 år

Å ikke være opplyst om hva en HPV-infeksjon er og innebærer, kan oppleves som redsel. En av kvinnene forteller at de i prøvesvar-skrivet står at HPV er kreftfremkallende, og at når ordene kreft og HPV brukes sammen så opplevde hun at det satt en støkk i henne, og at hun ble skremt. Dette er emosjoner som går igjen blant flere av kvinnene.

*«Det var litt skremmende at det kan være forstadiet til livmorhalskreft, kan utvikle seg til det ja. Det var litt skremmende syns jeg»*

Kvinne 50-59 år

Et annet aspekt ved å få vite om HPV-infeksjonen var tanken noen av deltagerne fikk om at de kanskje ikke skulle ventet så lenge som de hadde gjort før de tok ny livmorhalsundersøkelse, og det oppstod for flere av deltagerne et ønske om å snakke med gynekologen for å få vite om det er noe de bør eller ikke bør gjøre i forbindelse med infeksjonen. Det kommer tydelig frem i funnene at kvinnene kjenner på en usikkerhet knyttet til den påviste HPV-infeksjonen. Den yngste deltageren i studien forteller om en ulik opplevelse fra de andre ved mottagelse av prøvesvaret. Hun forteller at hun i tiden før sitt eget svar har fulgt et familiemedlem gjennom forløpet med HPV-infeksjon, celleforandring og behandling. Hun forteller at denne erfaringen farget hennes opplevelse av å selv motta et prøvesvar som påviste HPV-infeksjon.

*«Jeg synes det var vanskelig faktisk. Det var tungt. Kanskje litt fordi jeg har en søster som har vært på konisering for andre gang nå nylig. På grunn av celleforandringer og HPV virus. Så jeg synes det var tungt»*

Kvinne 20-29 år

I forbindelse med spørsmål om hvordan den påviste HPV-infeksjonen opplevdes for deltagerne, uttrykte flere av kvinnene at de ønsker tett oppfølging videre, og opplever å vente 1 eller 2 år som lenge. For noen av deltagerne opplevdes ventetiden som lang fordi de opplevde at de i etterkant av den påviste infeksjonen ikke var tilstrekkelig informert, og derfor satt med spørsmål som gjorde de usikre. For en annen av kvinnene opplevdes ventetiden som lang fordi hun er bekymret for utviklingen og ønsker å følge godt med. Dette begrunnes med at hun tenker at hun kanskje ikke skulle ventet så lenge i første omgang med å ta ny prøve, som hun gjorde, fordi hun valgte å ikke følge anbefalt intervall når covid-19 kom til Norge, og derfor utsatte undersøkelsen ett år.

*«Første som slo meg var at jeg ikke vil vente i 2 år før ny prøve. Jeg vil vente i 1 år. Kanskje ikke så lenge heller. Jeg vil ta ofte prøver når jeg først har fått påvist det her»*

Kvinne 50-59 år

#### 5.4.2 Utrygghet i relasjoner for kvinner i langvarige forhold

Flere av deltagerne var voksne kvinner som var i langvarige forhold. Samtlige i denne gruppen fortalte at de hadde en forforståelse om at HPV-infeksjon er forbeholdt yngre kvinner som gjerne har flere partnere, og ikke kvinner i stabile langvarige forhold. Kvinnene forteller at de ble overrasket over prøvesvaret og satt med spørsmål om hvordan de kan være smittet. Spørsmål om hvordan de kunne ha blitt smittet utspilte seg hos flere av kvinnene som spørsmål om utroskap.

*«Det første jeg begynte med var å stille mannen spørsmål, om han hadde vært ute.. jeg skjønte ingenting jeg», «Tankene kvernet. Men jeg har jo aldri hatt noen mistanke, og jeg vet at jeg aldri har vært med noen andre, og har aldri tenkt at han gjorde det heller..»*

*jeg bekymret meg litt for det»*

Kvinne 50-59 år

I tillegg til bekymring om utroskap opplevde kvinnene å bli sjokkert fordi de tidligere har hatt fine prøvesvar uten celleforandringer i en årrekke, for så å få vite at de har en HPV-infeksjon nå. Det at kvinnene ikke var informert om at testing for HPV-virus er nytt som primær analysemetode, og at virusinfeksjonene deres derfor ikke tidligere har blitt oppdaget gjorde at de ikke forstod hvorfor de fikk påvist infeksjon nå.

*«Når jeg er hos gynekolog så tar jeg helt vanlige prøver og ser at alt ser normalt ut, at alt er fint og alt er helt bra, også vil det komme prøvesvar i posten. Og i snart 20 år har det vært bra, også får jeg det her? Jeg vet ikke noe mer jeg..»*

Kvinne 50-59 år

## Kapittel 6

### 6.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hva kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet vet om HPV, og hvordan det oppleves å få påvist en HPV-infeksjon etter innføring av HPV-test som primær analysemetode.

Funnene i studien danner et bilde om at det oppleves overraskende for de fleste deltagerne å få påvist en HPV-infeksjon. Studien viser at et fåtall av deltagerne var informert om endringen i Livmorhalsprogrammet, hvorfor endringen er gjort og hva det har å si for dem som deltagere. Kvinnene forteller om mange følelser og tanker de sitter med etter påvist HPV-infeksjon, og flere ønsker bredere kunnskap om temaet. Likevel er erfaringen med Livmorhalsprogrammet i sin helhet, positivt.

Samlet viste resultatene at endring av et etablert screeningprogram er en prosess som fører til mange spørsmål fra deltagere som merker konsekvenser av endringen. Funnene indikerer at endring av analysemetode, uten tilstrekkelig informasjon om dette til deltagerne, har ført til stress og bekymring. For noen av kvinnene var det en belastning å få vite at de er smittet med et virus som potensielt kan gi kreft. Det skapte bekymring og usikkerhet fordi de mottok et positivt svar på en prøve uten å vite hva dette innebærer for dem. For andre deltagere var det imidlertid nok å vite at de er en del av et screeningprogram, og at de får den oppfølgingen som er hensiktsmessig for dem, uten videre behov for informasjon.

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere funnene i min studie knyttet opp mot funn i tidligere studier.

### 6.1 Hvilke arenaer bidrar til informasjon til deltagere i livmorhalscreening

Selv om Livmorhalsprogrammet har laget informasjonsskriv om de ulike utfallene etter livmorhalsundersøkelse (Kreftregisteret, 2018, 2020), så vet vi lite om hvorvidt denne informasjonen blir delt ut, og hvordan kvinnene eventuelt tolker denne informasjonen. Deltagerne i min studie forteller både om ulike praksis blant gynekologer og leger de har vært i kontakt med, samt om ulike egenpraksis for innhenting av informasjon. Tidligere forskning viser at egenpraksis for innhenting av informasjon om HPV for unge kvinner og menn er ved bruk av sosiale medier, hos helsepersonell eller nære relasjoner (Icardi et al., 2020; Kops et al., 2019). I min studie er det de samme arenaene deltagerne nytter for innhenting av informasjon, men flere av kvinnene foretrekker at informasjon om temaet kommer fra helsevesenet direkte, som eksempelvis gjennom informasjonsbrevene fra Livmorhalsprogrammet.

Et av spørsmålene som stilles i min studie er om deltagerne er informerte om endring av analysemetode i Livmorhalsprogrammet. Det kommer frem at et fåtall av deltagerne visste om endringen. Det var likevel et par av kvinnene som hadde fått opplysninger om endringen, og at den fører til endret oppfølgingsintervall ved fravær av viruset. Tidligere forskning indikerer at endret analysemetode i seg selv ikke vil bidra til endring i deltagerraten i Livmorhalsprogrammet (Burger et al., 2014) men at det er viktig at kvinnene blir tilstrekkelig informert om eventuelle utfall av testen. Ifølge Kreftregisteret (2021) har mer enn halvparten av de som får livmorhalskreft i dag ikke fulgt anbefalingene i Livmorhalsprogrammet. Dette gjør at det kan stilles spørsmål til om økt informasjon til kvinner om HPV og livmorhalskreft kan øke deltagerraten.

## 6.2 Hvordan oppleves det å delta i livmorhalscreening

Hovedelementet med deltagelse i livmorhalscreening er gjennomføring av livmorhalsundersøkelse. I min studie fant jeg at kvinnene opplever livmorhalsundersøkelsen som naturlig og enkelt å gjennomføre. Det begrunnes med at de tidligere har hatt mange gynekologiske undersøkelser. Til forskjell fra min studie er det i tidligere forskning flere funn som forteller om negative opplevelser knyttet til livmorhalsundersøkelse (Arabaci & Ozsoy, 2012; Chorley et al., 2017). Dette varierer fra at det selve undersøkelsen oppleves smertefull, til at det er skam knyttet til å gjøre en underlivsundersøkelse (ibid).

Tidligere funn indikerer at kvinner opplever en livmorhalsundersøkelse som noe privat, og at det er stigma knyttet til deltagelse (Chorley et al., 2017; Gele et al., 2017; Park et al., 2006). Dette gjør at mange kvinner ønsker kvinnelig lege til å gjennomføre undersøkelsen (Arabaci & Ozsoy, 2012). Det er variasjoner i om kvinnene ønsker å ha en lege de stoler på og kjenner fra før, eller om de ønsker noen de ikke skal se igjen i ettertid (Chorley et al., 2017). I min studie benytter alle deltagerne gynekolog ved livmorhalsundersøkelse, noe som begrunnes med at de ønsker at vedkommende som gjør undersøkelsen er spesialist på det, og at det bidrar til trygghet for dem. Det blir ikke fortalt om stigma knyttet til deltagelse i livmorhalscreening i min studie, men derimot forteller deltagerne at de har hatt samtaler om undersøkelsen og påvist HPV-infeksjon med venner, kollegaer og familie.

Kvinnene som deltok i min studie, var positive til Livmorhalsprogrammet som screeningprogram for livmorhalskreft. Denne positiviteten kan tenkes å være forsterket fordi utvalget av kvinner som deltok opplevde selve undersøkelsen enkel. Videre forteller deltagerne i min studie om ulike faktorer som bidrar til en opplevelse av trygghet i Livmorhalsprogrammet. En av faktorene som blir nevnt er påminningsbrevet. Det oppleves som betryggende å få en påminning om behov for ny undersøkelse, slik at det ikke bare er opp til de selv å huske det. Videre forteller de at de stoler på at Livmorhalsprogrammet har deltagerens beste interesse, også når det gjelder innføringen av ny analysemetode.

## 6.3 Hvilke faktorer bidrar til deltagelse i livmorhalscreening

I min studie oppgav samtlige kvinner som deltok at de gjennomførte livmorhalsundersøkelsen fordi det var tid for ny undersøkelse ut fra intervallet de selv har fulgt tidligere. Noen av kvinnene fortalte at de fulgte anbefalt intervall hos Livmorhalsprogrammet, og hadde mottatt påminningsbrev, andre fulgte eget intervall og gjennomførte livmorhalsundersøkelse oftere enn anbefalt intervall. At påminningsbrevet oppleves som en motivasjonsfaktor for deltagelse er funn som bekreftes også i tidligere forskning. Patel et al. (2018) og Forss. et al. (2001) fant blant annet at kvinner opplever at invitasjonsbrevet har en moral ved seg som motiverer dem til å gjennomføre undersøkelsen. I min studie forteller kvinnene at de gjennom påminningsbrevet har fått kunnskap om viktigheten av livmorhalsundersøkelsen, og at denne kunnskapen er en viktig bidragsyter til hvorfor de deltar.

I tillegg til påminningsbrevet fortalte deltagerne i min studie at de opplever det som motivasjonsfaktor at det var oppdaget celleforandring hos dem selv eller nær familie tidligere. Ved å delta får kvinnene kontroll over egen helsesituasjon knyttet til livmorhalskreft, noe som bekreftes i funn i tidligere studier (Forss et al., 2001; Widmark et al., 2008). Det å kunne bidra positivt til egen helse, samt å ha kontroll over egen

helsesituasjon oppleves for flere som en katalysator til å delta (ibid). Det å ha kjent kreftshistorikk i familien bekreftes i tidligere studier som motivasjonsfaktor for deltagelse (Chorley et al., 2017).

I tidligere forskning har det blitt avdekket mange barrierer for deltagelse i livmorhalscreening. Siden livmorhalscreening må bestilles time til selv var det flere kvinner som utsatte å bestille seg time fordi de prioriterte andre aktiviteter i hverdagen (Aasbø et al., 2019) eller at de opplevde at de ikke hadde tid (Chorley et al., 2017). For noen handlet det om ubehagelige erfaringer med tidligere undersøkelser (Aasbø et al., 2019), eller at de var redd for hva undersøkelsen vil avdekke (Chorley et al., 2017). I min studie var alle kvinnene deltagere i Livmorhalsprogrammet, og barrierer knyttet til deltagelse ble derfor ikke introdusert som et tema. Det var likevel en av kvinnene som fortalte at hun utsatte å bestille seg time for ny livmorhalsundersøkelse med ett år, fordi covid-19 pandemien blusset opp i Norge i samme tidsperiode som hun skulle undersøkes.

#### 6.4 Hva vet kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet om HPV, og hva gjør kunnskapsnivå om HPV med opplevelsen ved påvist HPV-infeksjon

Det var få tidligere studier som fortalte noe om hva kvinner som deltar i screeningprogram for livmorhalskreft vet om HPV. Hovedsakelig var det studert om kvinnene selv opplevde at de hadde kunnskap om det. Her viser funnene at om lag 50% av unge kvinner oppgir at de har kunnskap om temaet (Charalambous et al., 2020; Kops et al., 2019; Oz et al., 2018), og om lag 75% at de har hørt om det (Kops et al., 2019). Siden dette er kvantitative studier der deltagerne fyller ut spørreskjemaer, er det ikke spesifisert i studiene hva som regnes som kunnskap. Vurdering av dette er derfor opp til deltagerne selv. I min studie blir det etterspurt hva deltagerne vet om HPV, og funnene viser store variasjoner i hvor mye de vet. Videre viser funnene at kunnskapsnivået kan sees sammenheng med opplevelsen av påvist en HPV-infeksjon.

Hovedfunnene i min studie knyttet til hvordan det er å få påvist en HPV-infeksjon er at kvinnene opplever å bli paff, redd og bekymret. Følelsene av bekymring oppleves for kvinnene selv om de ikke har påviste celleforandringer. Det kommer tydelig frem i funnene at kvinnene kjenner på en usikkerhet i forbindelse med den nylig påvist HPV-infeksjonen, og de har mange spørsmål til hva infeksjonen betyr og hva det innebærer for dem. Dette er funn som samsvarer med tidligere forskning. Hendry et al. (2012) og Vieira Pereira-Caldeira et al. (2020) fant i sine studier at deltagerne opplevde bekymring, nedstemthet og redsel i etterkant av påvist HPV-infeksjon.

For noen av kvinnene i min studie, opplevdes det som skremmende å få vite om HPV-infeksjonen, fordi de har kunnskap om at HPV ses i sammenheng med livmorhalskreft, men de ikke vet hvordan de skal forholde seg til det. Deltagerne forteller at de ble skremt når det i prøvesvar-skrivet står at HPV-viruset er kreftfremkallende. Dette er funn so kan sees i sammenheng med tidligere forskning som fant at kvinner med positiv HPV-test opplever en redsel for å få kreft (McBride et al., 2020). Videre viste den tidligere forskningen at den psykiske belastningen ved å få påvist en HPV-infeksjon er kortvarig, og det konkluderes med at det er usannsynlig at prøvesvaret vil ha innvirkning i det daglige for de fleste kvinner (ibid). Om den opplevde belastningen er kortvarig for deltagerne også i denne studien kan ikke tas stilling til da det ikke er utført oppfølgingsintervju.

Hvilket tidspunkt informasjon om HPV-infeksjonen blir gitt, viser seg som en sentral del i hvordan det oppleves å få påvist en HPV-infeksjon. Tidligere studier om når det er mest ideelt å få informasjon i forbindelse med en livmorhalsundersøkelse viser at deltagerne er mest åpne for mottagelse av informasjon ved gjennomføring av undersøkelsen (Rask et al., 2016; Rask et al., 2017). Ved å få informasjonen muntlig gis det også mulighet for kvinnene til å stille eventuelle oppfølgingsspørsmål det måtte ha (ibid). Dette funnet underbygges også i min oppgave, ved at de fleste av deltagerne ønsker informasjon tidligst mulig for å være forberedt på prøvesvaret.

Mange kvinner forventer at resultatet etter en livmorhalscreening skal være normale, og ikke indikere celleforandringer (Hounsgaard et al., 2007; Rask et al., 2017). Dette er funn som også støttes opp av helsearbeidere som forteller at kvinner ofte har en forventning om normale prøver etter en livmorhalsundersøkelse (Rask et al., 2016). I likhet med tidligere studier indikerer funn også i min studie dette. Flere av kvinnene fortalte at de ble overrasket over at de fikk påvist HPV-infeksjon, når de tidligere har hatt normale prøver, og at overraskelsen ved funnet oppleves som en belastning. Dette indikerer at de ikke er opplyst om at testing for HPV-virus som primær analysemetode er nytt, og at det kan være grunn til at de ikke har oppdaget virus-infeksjonen tidligere. Som Rask et al. (2016) fant så kan opplevelsen av å være frisk gjør at informasjon om funn ved livmorhalsundersøkelse ekstra belastende.

Hver 3.kvinne over 55 år gjennomfører ikke livmorhalsundersøkelse, noe kvinnene begrunner med at de har hatt et stabilt samliv og derfor ikke har behov for undersøkelsen (Tropè, 2019). Dette underbygges også av tidligere forskning som indikerer at noen kvinner lar være å delta på screening fordi de ikke lenger er i fertil alder og tror de ikke lenger er i fare for livmorhalskreft (Chorley et al., 2017; Aasbø et al., 2019). Videre forteller forskningen at noen kvinner tror de ikke kan være smittet fordi at de er i langvarige og stabile forhold (Chorley et al., 2017; Aasbø et al., 2019). I min studie finner vi likhetstrekk med den tidligere forskningen. Kvinnene som var i aldersspennet 40-69 år fortalte at de forbinder HPV-infeksjon med yngre kvinner som ikke har fast partner. De trodde derfor ikke at de selv kunne være smittet. Flertallet av deltagerne i min studie fortalte at de er i et fast forhold som har vart siden de var ungdom. Dette kan være utslagsgivende for opplevelsen av å ha fått påvist et seksuelt overførbart virus nå.

Det at deltagerne i min studie ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om HPV, utgjorde for noen av dem sosiale konsekvenser ved at det ble stilt spørsmål om utroskap hos partner til de deltagerne som var i langvarige forhold. Bekymring relatert til utroskap støttes også opp av studien til Hendry et al. (2012) som fant ut at noen kvinner i langvarige forhold ble bekymret for om partner har vært utro etter påvist HPV-infeksjon.

Gjennom tidligere studier er det også funnet sammenheng mellom sosioøkonomiske forskjeller og kunnskapsnivå om HPV (Fernandez-Feito et al., 2020; Kellogg et al., 2019; Kops et al., 2019). Der det ved lavt utdanningsnivå og dårlig økonomi, er kunnskapsnivået om HPV lavere enn hos de med høy utdanning og god økonomi (ibid). Selv om kunnskapsnivået blant deltagerne i min studie varierte i stor grad, kan ikke det sees i sammenheng med sosiale forskjeller, som eksempelvis grad av utdanning, fordi denne typen informasjon om deltagerne ikke ble kartlagt i min studie.



## 6.5 Innføring av ny analysemetode

Burger et al., (2014) og Andreassen et al., (2019) fant i sine studier at det ikke er knyttet mer bekymring til livmorhalsundersøkelse ved bruk av HPV-test fremfor cytologi. Mine funn indikerer at deltagerne opplevde mye bekymring ved påvist HPV-infeksjon, men at bekymringen i stor grad var knyttet til at de manglet informasjon. Flere av deltagerne i min studie fortalte at de etter å ha mottatt tilstrekkelig med informasjon om HPV-infeksjonen ble beroliget igjen.

I likhet med litteraturstudien til Bennett et al. (2020) og studien til Marlow et al. (2020) indikerer funn i min studie at kvinner som får livmorhalsprøven analysert med virustest for HPV som primær analysemetode kan ha behov for ytterligere informasjon om HPV etter å ha mottatt prøvesvaret. I studien til Marlow et al. (2020) blir det spesifikt spurt om kvinnene har noen ubesvarte spørsmål etter mottatt svar på HPV-test. Hoveddelen av det kvinnene har spørsmål om er informasjon om hva prøvesvaret betyr og hvordan de kan ha blitt smittet (ibid). Dette er spørsmål som samsvarer med funn i min studie. Noen av kvinnene i min studie forteller at de ønsker hyppig oppfølging i forbindelse med påvist HPV-infeksjon, og presiserer at de ikke ønsker å vente anbefalt tid før ny undersøkelse. Funnene kan ikke si entydig om dette handler behov for ytterligere informasjon om eventuell sykdomsutvikling, eller om det er mangel på tillit til anbefalingene om å vente til 1-2 år før neste test.

## 6.6 Funnenes relevant for praksis

Rent praktisk kan funnene gjort i denne studien bidra til å kaste ytterligere lys over hva kvinner deltagende i Livmorhalsprogrammet vet om HPV, og hvordan det oppleves å få påvist en HPV-infeksjon. Funnene viser at kvinner som ikke vet så mye om HPV fra før har behov for informasjon om HPV ved påvist HPV-infeksjon. Dette er funn som kan gjøre livmorhalsprøvetakende leger og gynekologer observante på at deltagere har behov for informasjon om HPV ved undersøkelsestidspunkt eller etter påvist HPV-infeksjon..

Livmorhalsprogrammet er i endring og innføringen av HPV-test som primær analysemetode blir gradvis implementert. Dette er som nevnt for å sikre god kvalitet i Livmorhalsprogrammet, og for at det gir mulighet til små justeringer underveis i prosessen. Samfunnet er i stadig endring, og det kommer flere måter å både motta og dele informasjon. Ut fra funnene i studien er det variasjon i hvordan kvinnene ønsker å motta informasjon, og det kan ses som nyttig å bruke ulike plattformer for deling av informasjon for å nå ut til flere kvinner. Funnene kan derfor bidra til eventuelle endringer i rutiner for informasjonsdeling i Livmorhalsprogrammet

## 6.7 Forskningens kvalitet - Styrker og svakheter ved studien

Som et ledd i å vurdere kvaliteten av forskningen, har jeg gjort refleksjoner knyttet til metodiske valg. Jeg vil nedenfor presentere mine refleksjoner knyttet til funnenes gyldighet og troverdighet.

### 6.7.1 Gyldighet

Ifølge Kvale og Brinkmann (2019) brukes begrepet gyldighet om forskningsprosjektets validitet i kvalitativ forskning. For å sikre gyldigheten stilles det spørsmål ved om de metodiske valgene er hensiktsmessig for svar på målet med studien. Begrepet omhandler hvilken grad av gyldighet funnene i studien har for det utvalget og fenomenet

som ble undersøkt og hvilken overføringsverdi funnene har til andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2019).

I forbindelse med gjennomføring av denne masteroppgaven valgte jeg et kvalitativt design for å svare på problemstillingen. Dette vurderer jeg som en styrke av gyldigheten i oppgaven fordi metoden er egnet til å undersøke fenomenet. En annen styrke for oppgavens gyldighet var kunnskapsinnhentingene jeg gjorde i forkant av oppgaven. Denne datainnsamlingen innebar litteratursøk om temaet, samt å lese om temaet på nettsidene til Livmorhalsprogrammet, folkehelseinstituttet og kreftforeningen. Jeg gjorde et grundig og systematisk teoretisk forarbeid, som jeg vurderer en styrke fordi det bidro til en god oversikt over forskningsområdet.

Ved rekruttering av deltagere til studien ble det benyttet et strategisk utvalg. Dette gjorde at deltagerne i studien var deltagere i Livmorhalsprogrammet, innenfor aldersgruppen for den nye analysemetoden og har opplevd å få påvist HPV-infeksjon. Det betyr at deltagerne har innsikt og erfaring knyttet til fenomenet som skulle undersøkes. Ved at deltagerne nylig hadde fått påvist HPV-infeksjon var opplevelsen reell for tidspunkt ved intervju, og ikke noe de skulle huske tilbake til, som i så tilfelle kunne bidra til mulige feilkilder. Jeg vurderer utvalgsstrategien som et godt grunnlag for å belyse fenomenet.

Utvalget i en studie er med på å bestemme hva man har grunnlag for å si noe om i en studie, og overveielse av hvem som er riktig gruppe til å uttale seg er viktig, da de empiriske data som deltagerne bidrar med er kilde til svar på forskningsspørsmålet (Malterud, 2011:55). Selv om utvalget i studien er beskrevet som passende for besvaring av problemstilling kan det likevel være svakheter ved utvalget. Studiens utvalgt er relativt heterogent med hensyn til livssituasjon hos deltagerne. 5 av 7 deltagere fortalte at de var i et langvarig forhold som hadde vart siden de var ungdom. Dette gjør at funnene mest trolig ikke representerer mangfoldet av opplevelsen av å få påvist en HPV-infeksjon, med utgangspunkt i at det er et seksuelt overførbart virus.

Deltagere i studien var rekruttert gjennom en avtalespesialistpraksis og en privat gynekolog. Det kan tenkes at det er forskjell på hva kvinner som benytter fastlege og kvinner som benytter gynekolog både vet om HPV, og hvordan de opplever undersøkelsen og oppfølgingen. Fordi deltagerne selv meldte seg til studien kan det tenkes at gruppen som ønsket å delta i studien har andre opplevelser og erfaringer, enn den gruppen som ikke ønsket å delta i studien. Det kan også tenkes at gruppen som meldte seg er mer positiv til Livmorhalsprogrammet som screeningprogram enn de som valgte å ikke melde seg til studien.

Ved rekruttering av deltagere til studien opplevde jeg utfordringer med å få tak i nok deltagere, som gjorde at deltagere ble rekruttert over en periode på 6 måneder. Det kan stilles spørsmål om at utfordring knyttet til rekruttering av deltagere skyldes studiens personlige tema eller om covid-19 pandemien har preget det. På grunn av begrenset tidsbruk i en masteroppgave måtte rekrutteringsprosessen stoppes grunnet dette, og ikke på grunn av metning i data. Det er uvisst om flere deltagere ville gitt ny eller annen informasjon, men dette er en svakhet i studien.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2019, s.275) bør forskningens arbeid for å sikre gyldighet være til stede gjennom hele forskningsprosessen, og ikke kun komme inn som en kvalitetskontroll på slutten av studien. Jeg har derfor gjennom masteroppgaven hatt en kontinuerlig evalueringsholdning. Under intervjuene jeg som forsker at jeg oppfattet

riktig det deltageren fortalte gjennom dialogisk validering (Malterud, 2013, s.182). Dette gjorde jeg ved å stille spørsmål som «har jeg forstått deg rett når..» eller «hvis jeg forstår deg rett, så opplever du..». Denne typen validering har bidratt til å redusere faren for misforståelser eller feiltolkninger, samt at det har gitt stødigere grunnlag i data. I tillegg til dette gjorde jeg løpende vurderinger knyttet til intervjuguiden. Intervjuguiden ble endret undervegs i intervjuprosessen ut fra hvordan deltagerne responderte. Ved at jeg gjorde dette fikk jeg mulighet til å nå flere nyanser i opplevelsene knyttet til temaet, og jeg fikk innsikt i nye temaer som ble belyst etter hvert som intervjuene ble gjennomført. Det førte til at intervjuene ble rikere på data jo flere intervju som ble gjort.

Siden jeg som forsker gjennomførte en kvalitativ studie for første gang, og ikke hadde erfaringsbasert kunnskap om innhenting av data gjennom intervju, opplever jeg det som en mulig svakhet i studien. En grunn til det er at jeg opplever at jeg ikke benyttet tilstrekkelig med oppfølgingsspørsmål og utdyping i alle intervjuene. Denne oppfatningen har jeg fordi jeg etter analysering av data fremdeles har spørsmål knyttet til utdyping ved det deltagerne fortalte.

#### *6.7.1.1 Overføringsverdi*

Overføringsverdien i studien handler om i hvilken grad funnene kan gjøres gjeldende utover den konteksten de er kartlagt i (Malterud, 2013). Denne masteroppgaven tar for seg hva kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet vet om HPV, og hvordan det oppleves å få påvist en HPV-infeksjon etter innføring av ny analysemetode. Siden det er svakheter ved utvalget i studien grunnet at alle deltagerne benytter gynekolog fremfor fastlege, har meldt seg selv til studien og de fleste er i langvarige forhold, vil ikke mønsteret i funnene utelukkende være til stede hos kvinner som ikke deltar i min studie. Jeg anser likevel studien til å ha overføringsverdi til andre kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet, fordi funnene er et resultat av informasjon fra et utvalg kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet.

#### *6.7.2 Troverdighet*

Troverdighet handler om i hvilken grad ulike forskere vil oppdage det samme mønsteret om et fenomen i den aktuelle eller i liknende situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2019). For å etterstrebe sikring av troverdighet har jeg vært oppmerksom på dette gjennom hele oppgaven. Dette i form av bevissthet med tanke på egen forforståelse, ved å ha en nøytral holdning under intervjuene, ved ordrett transkribering og gjennom analyseringen. Analysestrategien som jeg har brukt medfører at teksten brytes ned til meningsenheter, for så å settes dammen til kondensater og analytisk tekst. I denne prosessen var jeg særlig oppmerksom på at den analytiske teksten er troverdig mot deltagerens beskrivelser. Dette gjorde jeg ved å lese rådata sett i sammenheng med funnene og sikre sammenheng. Til tross for at jeg har vært bevisst min forforståelse i denne oppgaven, er det ikke til å komme utenom at min forståelse av dette fenomenet kan ha farget funnene jeg har gjort. Min metodiske kompetanse som førstegangsforsker kan også ha være en svakhet gjennom analyseprosessen.

Selv om telefonintervju har positive aspekter ved seg som at geografisk avstand mellom forsker og deltager ikke er av betydning, finnes det også negative aspekter ved det. Fordi at intervjuene ble tatt opp med lydopptaker fra telefon og ikke direkte fra deltager var det noen ganger utfordrende å tolke hva deltageren sa ved transkribering. Dette kan ha ført til at viktig informasjon gikk tapt. Videre kan det at man ikke kan lese kroppsspråk gjennom intervjuet gjør at det oppstår misforståelser ved

informasjonsdelingen mellom partene. Telefonintervju som metode er derfor en svakhet i studien.

Spørsmålene i intervjuet kan tolkes forskjellig av ulike deltagere, og det kan tenkes at dette har påvirket det deltagerne fortalte. Det kan også tenkes at deltagerne opplevde ledende spørsmål fra meg som intervjuer grunnet eksempelvis ordlegging ved spørsmålstilling.

## Kapittel 7

### 7.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg undersøkt hva kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet vet om HPV, og hvordan det oppleves for dem å få påvist HPV-infeksjon etter innføring av HPV-test som primær analysemetode. Funnene viser at det er variasjon i hvor mye de deltagende kvinnene vet om HPV, og at kunnskapsnivået de har kan sees sammenheng med opplevelsen av påvist en HPV-infeksjon. Deltagerne forteller at de opplevde stress og bekymring ved påvist HPV-infeksjon, og at bekymringen i stor grad var knyttet til at de manglet informasjon om HPV. De av kvinnene som hadde hatt oppfølging med gynekolog i ettertid av påvist HPV-infeksjon fortalte at de ble beroliget når de fikk tilstrekkelig med informasjon. Mangel på kunnskap om HPV blir begrunnet med at kvinnene ikke har hatt behov for inngående kunnskap om HPV før de selv fikk påvist infeksjonen. Deltagerne forteller at de er positive til Livmorhalsprogrammet i sin helhet, og selv om deltagerne ikke var informert om endring av analysemetode ved gjennomføring av livmorhalsundersøkelsen, forteller de at de stoler på at Livmorhalsprogrammet har deltagerens beste interesse, også når det gjelder innføringen av ny analysemetode.

## Referanseliste

- Andreassen, T. (2015). Innføring av HPV-test i primærskanning i fire fylker fra 2015. *Utposten*, 44(2), 53.
- Andreassen, T., Hansen, B. T., Engesæter, B., Hashim, D., Støer, N. C., Tropé, A., Moen, K., Ursin, G., & Weiderpass, E. (2019). Psychological effect of cervical cancer screening when changing primary screening method from cytology to high-risk human papilloma virus testing. *International Journal of Cancer*, 145(1), 29–39. <https://doi.org/10.1002/ijc.32067>
- Arabaci, Z., & Ozsoy, S. (2012). The Pap-Smear Test Experience of Women in Turkey: A Qualitative Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(11), 5687–5690. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.11.5687>
- Barnack-Tavlaris, J. L., Serpico, J. R., Ahluwalia, M., & Ports, K. A. (2016). «I have human papillomavirus»: An analysis of illness narratives from the Experience Project. *Applied Nursing Research: ANR*, 30, 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.08.003>
- Bennett, K. F., Waller, J., Ryan, M., Bailey, J. V., & Marlow, L. A. V. (2020). Concerns about disclosing a high-risk cervical human papillomavirus (HPV) infection to a sexual partner: A systematic review and thematic synthesis. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2019-200503>
- Blomberg, K., Ternstedt, B.-M., Törnberg, S., & Tishelman, C. (2008). How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? *Psycho-Oncology*, 17(6), 561–569. <https://doi.org/10.1002/pon.1270>
- Blomberg, K., Widmark, C., Ternstedt, B.-M., Törnberg, S., & Tishelman, C. (2011). Between youth and adulthood: Focus group discussions with 30-year-old women about cervical cancer and its prevention in urban Sweden. *Cancer Nursing*, 34(3), E11-20. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181f70f83>

- Bosgraaf, R., Ketelaars, P., Verhoef, V., Massuger, L., Meijer, C., Melchers, W., & Bekkers, R. (2014). Reasons for non-attendance to cervical screening and preferences for HPV self-sampling in Dutch women. *Preventive medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.04.011>
- Braut, G. S. (2019). Screening. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/screening>
- Burger, E. A., Nygard, M., Gyrd-Hansen, D., Moger, T. A., & Kristiansen, I. S. (2014). Does the primary screening test influence women's anxiety and intention to screen for cervical cancer? A randomized survey of Norwegian women. *Bmc Public Health*, *14*, 360. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-360>
- Burger, E. A., Nygård, M., Gyrd-Hansen, D., Moger, T. A., & Kristiansen, I. S. (2014). Does the primary screening test influence women's anxiety and intention to screen for cervical cancer? A randomized survey of Norwegian women. *BMC Public Health*, *14*(1), 360. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-360>
- Charalambous, I., Ioannou, G., Nikolaou, S., Theologou, R., Yiallourou, A., Papatheodorou, S., Pantavou, K. G., & Nikolopoulos, G. K. (2020). State of knowledge of human papillomavirus (HPV), HPV vaccine and testing: A cross-sectional study among female university students in Cyprus. *Women & Health*, *60*(1), 26–42. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1610825>
- Chorley, A. J., Marlow, L. A. V., Forster, A. S., Haddrell, J. B., & Waller, J. (2017). Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: A systematic review and thematic synthesis. *Psycho-Oncology*, *26*(2), 161–172. <https://doi.org/10.1002/pon.4126>
- Fernandez-Feito, A., Lana, A., Paras Bravo, P., Pellico Lopez, A., & Paz-Zulueta, M. (2020). Knowledge of the Human Papillomavirus by Social Stratification Factors. *Nursing Research*, *69*(3), E18–E25. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000413>

- FHI. (2020, november 11). *Statistikk for HPV-vaksinasjon i barnevaksinasjonsprogrammet*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/sysvak/dekningsstatistikk/>
- Folkehelseinstituttet. (2019, februar 14). *Humant papillomavirus (HPV), genitale infeksjoner*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/humant-papillomavirus-hpv-genitale-/>
- Forss, A., Tishelman, C., Widmark, C., Lundgren, E., Sachs, L., & Törnberg, S. (2001). «I got a letter...» a qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Psycho-Oncology*, 10(1), 76–87. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<76::aid-pon496>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<76::aid-pon496>3.0.co;2-p)
- Gele, A. A., Qureshi, S. A., Kour, P., Kumar, B., & Diaz, E. (2017, juli 6). *Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: A qualitative study*. International Journal of Women's Health; Dove Press. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S139160>
- Helsedirektoratet. (2020, desember 3). *Koronaviruset – Oversikt over regler og anbefalinger*. Helsenorge.no. <https://www.helsenorge.no/koronavirus/oversikt-over-regler-og-anbefalinger/>
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, nr. LOV-2008-06-20-44, Helse - og omsorgsdepartementet (2009). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_2)
- Helsenorge. (2019a, januar 8). *Vaksine mot HPV (Humant papillomavirus)*. Helsenorge.no. <https://www.helsenorge.no/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/hpv-vaksine/>
- Helsenorge. (2019b, september 3). *Livmorhalskreft*. Helsenorge.no. <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/livmorhalskreft/>
- Hendry, M., Pasterfield, D., Lewis, R., Clements, A., Damery, S., Neal, R. D., Adke, R., Weller, D., Campbell, C., Patnick, J., Sasieni, P., Hurt, C., Wilson, S., & Wilkinson, C. (2012). Are women ready for the new cervical screening protocol in England? A systematic review and qualitative



- synthesis of views about human papillomavirus testing. *British Journal of Cancer*, 107(2), 243–254. <https://doi.org/10.1038/bjc.2012.256>
- Houngaard, L., Petersen, L. K., & Pedersen, B. D. (2007). Facing possible illness detected through screening—Experiences of healthy women with pathological cervical smears. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 417–423. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.04.005>
- Icardi, G., Costantino, C., Guido, M., Zizza, A., Restivo, V., Amicizia, D., Tassinari, F., Piazza, M. F., Paganino, C., Casuccio, A., Vitale, F., Ansaldi, F., & Trucchi, C. (2020). Burden and Prevention of HPV. Knowledge, Practices and Attitude Assessment Among Pre-Adolescents and their Parents in Italy. *Current Pharmaceutical Design*, 26(3), 326–342. <https://doi.org/10.2174/1381612826666200114100553>
- Idestrom, M., Milsom, I., & Andersson-Ellstrom, 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 Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 82(8), 756–761. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00165.x>
- Iversen, O.-E. (2017). HPV vaccine ten years- what is the status? *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 137(6), 430–431. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0086>
- Jakobsen, E. (2018, september 5). *Dette skjer når du tar livmorhalsprøve*. kreftregisteret.no. <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/ofte-stilte-sporsmal1/Celleproven/>
- Kellogg, C., Shu, J., Arroyo, A., Dinh, N. T., Wade, N., Sanchez, E., & Equils, O. (2019). A significant portion of college students are not aware of HPV disease and HPV vaccine recommendations. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(7–8), 1760–1766. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1627819>

Kops, N. L., Hohenberger, G. F., Bessel, M., Correia Horvath, J. D., Domingues, C., Kalume Maranhão, A. G., Alves de Souza, F. M., Benzaken, A., Pereira, G. F., & Wendland, E. M. (2019). Knowledge about HPV and vaccination among young adult men and women: Results of a national survey. *Papillomavirus Research (Amsterdam, Netherlands)*, 7, 123–128.  
<https://doi.org/10.1016/j.pvr.2019.03.003>

Kreftforeningen. (2020a). *HPV og kreft*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/forebygging/hpv-og-kreft/>

Kreftforeningen. (2020b, juni 15). *Livmorhalsprøve (celleprøve fra livmorhalsen)*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/undersokelser/livmorhalsprove-celleprove-av-livmorhalsen/>

Kreftforeningen. (2020c, august 27). *Kolposkopi*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/undersokelser/kolposkopi/>

Kreftregisteret. (2018, oktober 18). *Informasjonsmaterieell til leger*. Kreftregisteret.no. <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Helsepersonell/informasjonsmaterieell-til-leger/>

Kreftregisteret. (2019, februar 11). *Jeg er HPV-positiv—Hva nå?* Kreftregisteret.no. <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/hpv/hvis-din-hpv-test-er-positiv-ikke-fa-panikk/>

Kreftregisteret. (2020a, februar 7). *Ny analysemetode i Livmorhalsprogrammet*. kreftregisteret.no. <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/hpv/>

Kreftregisteret. (2020, februar 20). *Informasjon og påminnelser*. <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/informasjon-og-pa-minnelser/>

- Kreftregisteret. (2020b, februar 25). *Status for implementering av HPV-test*. kreftregisteret.no.  
<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/hpv/status-for-implementeringen/>
- Kreftregisteret. (2020c, mars 27). *HPV i primærscreening*. kreftregisteret.no.  
<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Helsepersonell/screeningstrategi-og-nasjonale-retningslinjer/HPV-i-primarscreening/>
- Kreftregisteret. (2020d, september 23). *Livmorhalsprogrammet*. Kreftregisteret.no.  
<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/>
- Kreftregisteret. (2021, februar 22). *Livmorhalskreft*. Kreftregisteret.no.  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>
- Krømke, K. (2021, januar 13). *Stadig flere kvinner ønsker å vaksinere seg mot livmorhalskreft*. NRK.  
<https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/stadig-flere-kvinner-onsker-a-vaksinere-seg-mot-livmorhalskreft-1.15313440>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). Det kvalitative forskningsintervju. I T. M. Anderssen & J. Rygge (Overs.), *Norbok* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Universitetsforl.  
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991143181744702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Marlow, L., Forster, A. S., McBride, E., Rockliffe, L., Kitchener, H., & Waller, J. (2020). Information needs among women taking part in primary HPV screening in England: A content analysis. *BMJ Open*, *10*(12), e044630. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044630>
- McBride, E., Marlow, L. A. V., Forster, A. S., Ridout, D., Kitchener, H., Patnick, J., & Waller, J. (2020). Anxiety and distress following receipt of results from routine HPV primary testing in cervical

- screening: The psychological impact of primary screening (PIPS) study. *International Journal of Cancer*, 146(8), 2113–2121. <https://doi.org/10.1002/ijc.32540>
- NHI. (2020, juni 10). *Livmorhalskreft*. NHI.no. <https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorhalskreft/>
- Nilsen, K., Aasland, O. G., & Klouman, E. (2017). The HPV vaccine: Knowledge and attitudes among public health nurses and general practitioners in Northern Norway after introduction of the vaccine in the school-based vaccination programme. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(4), 387–395. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1358433>
- nsd.no. (u.å.). *Norsk senter for forskningsdata*. NSD. Hentet 14. mai 2021, fra <https://nsd.no/>
- Nygård, M., Andreassen, T., Berland, J., Hagen, B., Hagmar, B., Iversen, O.-E., Juvkam, K.-H., Kristiansen, I. S., Lønnberg, S. V., Sørby, S. W., Vintermyr, O. K., & Aarseth, H.-P. (2013). *HPV-test i primærskanning mot livmorhalskreft. Kontrollert implementering og evaluering av forbedret helsetjeneste* (s. 59). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/screeningprogram-for-kreft/HPV-test%20i%20prim%C3%A6rscreening%20mot%20livmorhalskreft.pdf/\\_/attachment/inline/d7b80869-ffba-4f18-9983-7cd9379d339d:355d120a25441f93a51e0b1d00eb0517c393179b/HPV-test%20i%20prim%C3%A6rscreening%20mot%20livmorhalskreft.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/screeningprogram-for-kreft/HPV-test%20i%20prim%C3%A6rscreening%20mot%20livmorhalskreft.pdf/_/attachment/inline/d7b80869-ffba-4f18-9983-7cd9379d339d:355d120a25441f93a51e0b1d00eb0517c393179b/HPV-test%20i%20prim%C3%A6rscreening%20mot%20livmorhalskreft.pdf)
- Oscarsson, M. G., Wijma, B. E., & Benzein, E. G. (2008). 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...'—Why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 11(1), 26–34. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00478.x>
- Oz, M., Cetinkaya, N., Apaydin, A., Korkmaz, E., Bas, S., Ozgu, E., & Gungor, T. (2018). Awareness and Knowledge Levels of Turkish College Students about Human Papilloma Virus Infection and

- Vaccine Acceptance. *Journal of Cancer Education*, 33(2), 260–268.  
<https://doi.org/10.1007/s13187-016-1116-0>
- Park, S., Chang, S., & Chung, C. (2006). Context of barriers to Pap testing in Korean women. *Applied Nursing Research*, 19(4), 177–181. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.09.004>
- Patel, H., Moss, E. L., & Sherman, S. M. (2018). HPV primary cervical screening in England: Women's awareness and attitudes. *Psycho-Oncology*, 27(6), 1559–1564.  
<https://doi.org/10.1002/pon.4694>
- Portnoy, A., Pedersen, K., Trogstad, L., Hansen, B. T., Feiring, B., Laake, I., Smith, M. A., Sy, S., Nygård, M., Kim, J. J., & Burger, E. A. (2021). Impact and cost-effectiveness of strategies to accelerate cervical cancer elimination: A model-based analysis. *Preventive Medicine*, 144, 106276.  
<https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2020.106276>
- Rask, M., Oscarsson, M., Lindell, G., & Swahnberg, K. (2016). Women with abnormal Pap smear result: A qualitative study of Swedish healthcare professionals' experiences. *European Journal of Cancer Care*, 25(6), 980–991. <https://doi.org/10.1111/ecc.12415>
- Rask, M., Swahnberg, K., Lindell, G., & Oscarsson, M. (2017). Women's experiences of abnormal Pap smear results—A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 3–8.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.01.002>
- Sakin, O., Uzun, S. B., Koyuncu, K., Giray, B., Akalin, E. E., & Angin, A. D. (2019). Cervix human papilloma virus positivity: Does it cause sexual dysfunction? *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 16(4), 235–241. <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2019.18853>
- Tropé, A. (2019, september 3). *Hver tredje kvinne over 55 år sjekker seg ikke*. Kreftregisteret.no.  
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2019/eldre-kvinner-sjekker-seg-ikke/>

- Tropé, A., Engesæter, B., Nygård, M., Andreassen, T., Lönnberg, S., & Ursin, G. (2017). Trygg implementering av HPV-testing i Livmorhalsprogrammet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.  
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0306>
- Vieira Pereira-Caldeira, N. M., Bezerra Goes, F. G., Mendes de Almeida-Cruz, M. C., Caliari, J. de S., Vieira Pereira-Avila, F. M., & Gir, E. (2020). Quality of Life for Women with Human Papillomavirus-induced Lesions. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia*, 42(4), 211–217.  
<https://doi.org/10.1055/s-0040-1709192>
- Widmark, C., Lagerlund, M., Ahlberg, B. M., & Tishelman, C. (2008). Cancer screening in the context of women's health: Perceptions of body and self among women of different ages in urban Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3(2), 89–102.  
<https://doi.org/10.1080/17482620701775609>
- Yu, C., Chen, L., Ruan, G., An, J., & Sun, P. (2020). Evaluation of Knowledge and Attitude Toward HPV and Vaccination Among Medical Staff, Medical Students, and Community Members in Fujian Province. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 989–997.  
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S243048>
- Aasbø, G., Solbrække, K. N., Waller, J., Tropé, A., Nygård, M., & Hansen, B. T. (2019). Perspectives of non-attenders for cervical cancer screening in Norway: A qualitative focus group study. *BMJ Open*, 9(8), e029505. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029505>

## Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

