

Iren Harstad

# Faktorer som bidrar til deltakelse i Livmorhalsprogrammet og kvinners erfaringer med å delta

En kvalitativ studie om opplevelser og erfaringer

Masteroppgave i Folkehelse

Veileder: Marit Solbjør

Medveileder: Ingrid Baasland

August 2023



Iren Harstad

# **Faktorer som bidrar til deltakelse i Livmorhalsprogrammet og kvinners erfaringer med å delta**

En kvalitativ studie om opplevelser og erfaringer

Masteroppgave i Folkehelse  
Veileder: Marit Solbjør  
Medveileder: Ingrid Baasland  
August 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Denne masterstudien handler om Livmorhalsprogrammet i Norge og kvinners erfaringer med å delta. Hensikten med studien var å undersøke hvilke faktorer som bidrar til screeningdeltakelse, og hvilke erfaringer kvinner har med å delta i Livmorhalsprogrammet. Problemstillingen er følgende: "Hvilke faktorer påvirker kvinner i alderen 25-29 år til å delta i Livmorhalsprogrammet og hvilke erfaringer har de med å delta?" For å besvare problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode ved å gjennomføre åtte semistrukturerte individuelle intervju med kvinner fra ulike steder i Norge. Utvalget har bestått av kvinner mellom 25-29 år som har deltatt i Livmorhalsprogrammet. Tematisk analyse har blitt benyttet for å analysere datamaterialet i denne studien.

Tidligere forskning viser at faktorer til deltakelse i livmorhalsprogrammet er brev med påminnelse fra Kreftregisteret, tidligere erfaringer, muligheten til å oppdage kreft. Videre viser tidligere forskning at mye av informasjonen om livmorhalscreening kommer fra helsepersonell, venner og familie, og sosiale medier. Erfaringer med celleprøven var preget av kommunikasjonen med helsepersonell. Det er mye forskning på feltet som handler om barrierer ved deltakelse i livmorhalscreening, da spesielt smerte, frykt, en følelse av at livmorhalscreening ikke er så viktig og praktiske barrierer.

Hovedfunnene i denne studien viste at kvinner i all hovedsak har gode erfaringer med livmorhalsprogrammet, og det blir for det meste omtalt som et positivt tiltak. Faktorer som bidro til deltakelse i Livmorhalsprogrammet var brev med påminnelse om screening, redselen for å få kreft, informasjon på internett og påvirkning fra familie og venner. Erfaringene med å delta i Livmorhalsprogrammet var svært preget av kommunikasjonen mellom kvinnene som deltok og helsepersonellet under celleprøvetaking, spesielt ved god informasjon og en opplevelse av trygghet. Videre opplevde kvinnene som fikk påvist alvorlige celleforandringer et stort behov for oppfølging. De fleste kvinnene i denne studien stilte seg positive til å fortsette å delta i Livmorhalsprogrammet, til tross for at de ønsket noen endringer. Endringene gikk ut på at det skulle være lettere å ta celleprøven tidligere enn anbefalt og å starte med innkalling Livmorhalsprogrammet ved en tidligere alder enn 25 år.

# Abstract

This master's thesis focus on the cervical cancer screening program in Norway og womens experiences with participating. The purpose of the thesis was to investigate which factors contribute to screening participation, and which experiences women have with participating in the Norwegian Cervical Cancer Program. The objective of this study is to investigate the following: «Which factors influence women aged 25-29 to participate in the Cervical Program and what experiences do they have with participating?» To answer the objective I chose to collect data using qualitative data through eighth semi-structured individual interviews with women from various places in Norway. The participants has consisted of women between the ages of 25-29 who have taken part in the Cervical Program. Thematic analyses has been used to analyze the data in this study.

Previous research shows that factors for participation in the cervix program are reminder letters from the Cancer Registry, previous experiences and the opportunity to detect cancer. Furthermore, previous research shows that much of the information about cervical screening comes from healthcare professionals, friends and family, and social media. Experiences with the pap smear were characterized by communication with healthcare personnel. There is a lot of research in the field about barriers to participation in cervical screening, especially pain, fear, a feeling that cervical screening is not that important and practical barriers.

The main findings in this study showed that women generally have good experiences with the Cervical Program, and it is mostly referred to as a positive initiative. Factors that contributed to participation in the Cervical Cancer Program were letters with a reminder about screening, the fear of getting cancer, information on the internet and influence from family and friends. The experiences of participating in the Cervical Program were very much characterized by the communication between the women who participated and the healthcare professionals during cell sampling, especially by good information and a sense of security. Furthermore, the women who were diagnosed with serious cell changes experienced a great need for follow-up. Most of the women in this study were positive about continuing to participate in the Cervical Program, despite wanting some changes. The changes meant that it should be easier to take the pap smear earlier than recommended and to start the Cervical Cancer Program by calling at an earlier age than 25.

# Forord

Det er mange som fortjener en stor takk for sitt bidrag til denne masteren! Aller først vil jeg vise min takknemlighet ovenfor kvinnene som har deltatt i studien – uten dere hadde det ikke blitt noen masteroppgave. Jeg er takknemlig for at de ønsket å dele sine erfaringer med meg.

Nå nærmer det seg slutten på epoken som student, hvertfall for denne gang. Denne masteren har gitt meg mye, både utfordringer, mestring, glede, irritasjon, økt forståelse, nye interesser og nye vennskap, for å nevne noe. Å skrive en master har vært veldig lærerikt, både på godt og ondt. Jeg har lært mye om meg selv, og føler jeg har vokst både faglig og som person. Samtidig har jeg lært at ting ikke alltid går slik man først tror, men det går faktisk fint det også.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder Marit Solbjør, som har gitt meg gode tilbakemeldinger og kommentarer gjennom hele prosessen. Du har vært en støtte for meg når ting har følt tungt, og jeg har alltid gått ut av kontoret ditt inspirert og med ny motivasjon. Videre vil jeg takke min medveileder Ingrid Baasland, som har bidratt med sin kompetanse om livmorhalskreft og screening. Tusen takk for gode og konkrete tilbakemeldinger.

Videre vil jeg takke mine gode venner for støtte gjennom skriving av oppgaven. Jeg har satt stor pris på alt det morsomme vi har gjort sammen. Spesielt vil jeg takke min gode venninne Kristina Robertsen Lihaug for korrekturlesing og gode tilbakemeldinger. Jeg vil også rette en stor takk til familien min som har heiet på meg hele veien – dere er best! Til sist, men ikke minst, vil jeg takke min kjæreste, William Vågenes Andersen, som har vært min største støttespiller gjennom denne tiden. Takk for at du har tatt deg tid til å gi meg gode tilbakemeldinger og korrekturlese oppgaven min.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 Innledning .....	1
1.2 Bakgrunn .....	2
1.2.1 Livmorhalskreft og HPV .....	2
1.2.2 Livmorhalsprogrammet .....	2
1.3 Folkehelse og livmorhalskreftscreening .....	3
1.4 Problemstilling .....	4
<b>2.0 Tidligere forskning</b> .....	<b>5</b>
2.1 Deltakelse i livmorhalscreening .....	5
2.1.1 Brev med invitasjon til å ta celleprøve .....	5
2.1.2 Tidligere erfaringer .....	6
2.1.3 Muligheten til å oppdage kreft .....	6
2.2 Kunnskap om livmorhalskreft og screening .....	6
2.3 Informasjon om livmorhalscreening .....	7
2.3.1 Informasjon fra helsepersonell .....	7
2.3.2 Kommunikasjon med venner og familie .....	7
2.3.3 Sosiale medier som en kilde til helseinformasjon .....	7
2.3.4 Helsekompetanse .....	8
2.3.5 Det norske helsevesenet som informasjonskilde .....	9
2.4 Erfaringer med celleprøven .....	9
2.4.1 Celleprøven .....	9
2.4.2 Kommunikasjon med helsepersonell .....	9
2.5 Følger etter positivt svar på livmorhalscreening .....	10
2.6 Mangel på deltakelse i livmorhalsprogrammet .....	11
2.6.1 Smerte og ubehag/Frykt .....	11
2.6.2 Relevansen av å delta i livmorhalscreening .....	11
2.6.3 Praktiske barrierer .....	12
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1 Kvalitativ metode .....	13
3.2 Forforståelse .....	13
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	14
3.4 Rekruttering .....	14
3.5 Utvalg .....	14
3.6 Intervjuene i praksis .....	14
3.6.1 Utforming av intervjuguide .....	15
3.6.2 Gjennomføring av intervju .....	15
3.7 Analyse .....	16
3.8 Forskningsetikk .....	17
3.8.1 Formell etikk .....	17
3.8.2 Relasjonell etikk .....	18
3.8.3 Rapporteringsetikk .....	18



<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>19</b>
4.1 <i>Celleprøve blir prioritert i en hektisk hverdag</i> .....	19
4.1.1 Å ta seg tid til celleprøve.....	19
4.1.2 Brev fra Livmorhalsprogrammet er viktig for deltakelse .....	20
4.1.3 Redsel for å få kreft.....	21
4.1.4 Videre deltakelse i Livmorhalsprogrammet.....	22
4.2 <i>Relasjoner til familie og venner bidrar til deltakelse i livmorhalsprogrammet</i> .....	23
4.2.1 Å dele erfaringer med venner er nyttig .....	23
4.2.2 Påvirkning fra familien kan være en pådriver for at kvinner tar celleprøve.....	25
4.3 <i>Informasjon på internett bidrar til kunnskap om livmorhalsprogrammet</i> .....	25
4.3.1 Sosiale medier øker oppmerksomheten rundt livmorhalsprogrammet .....	26
4.3.2 Egen kunnskapsinnhenting bidrar til økt kunnskap om livmorhalsprogrammet .....	27
4.3.3 Mangel på god informasjon fører til usikkerhet i møte med livmorhalsprogrammet .....	28
4.4 <i>Helsepersonellet har en viktig rolle i livmorhalsprogrammet</i> .....	28
4.4.1 Helsepersonell har betydning for at kvinner bestiller time til celleprøve .....	28
4.4.2 Kontroll under celleprøven er viktig for at kvinner skal føle seg trygge.....	29
4.4.3 Tydelig informasjon fra helsepersonell gjør det lettere å vente på svar .....	31
4.4.4 Et positivt prøvesvar gir behov for oppfølging .....	31
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>34</b>
5.1 <i>Hva bidrar til at kvinner deltar i livmorhalsprogrammet?</i> .....	34
5.1.1 Invitasjon til livmorhalscreening .....	34
5.1.2 Sosiale medier og individuell helsekompetanse.....	35
5.1.3 Tillit til myndighetene .....	36
5.1.4 Ønsket om å ikke få kreft .....	37
5.1.5 Tilgjengelighet .....	37
5.2 <i>Erfaringer med å delta i livmorhalsprogrammet</i> .....	38
5.2.1 Kommunikasjon med helsepersonell.....	38
5.3 <i>Metodediskusjon – styrker og svakheter ved studien</i> .....	39
5.3.1 Gyldighet .....	39
5.3.2 Pålitelighet .....	40
5.3.3 Overførbarhet .....	41
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>43</b>
6.1 <i>Videre forskning</i> .....	43
<b>7.0 Referanser</b> .....	<b>44</b>

# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Innledning

Hvert andre minutt dør en kvinne av livmorhalskreft, til tross for at sykdommen kan forebygges, oppdages, behandles, og kureres (WHO, 2022, s. 4) Livmorhalskreft er den fjerde mest vanlige kreftformen hos kvinner i verden (NHI, 2021). Dette er en kreftsykdom som for det meste rammer unge kvinner, spesielt mellom 30 og 40 år (Kreftforeningen, 2022). I over 99 prosent av tilfellene av livmorhalskreft er årsaken langvarig infeksjon med humant papillomavirus (HPV) (Kreftforeningen, 2022). Viruset er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen i verden i dag. I 2022 fikk 302 kvinner påvist livmorhalskreft i Norge, og 38% av disse oppdaget sykdommen gjennom screening i Livmorhalsprogrammet (Kreftregisteret, 2023). I 2021 døde 79 kvinner av livmorhalskreft i Norge (Kreftregisteret, 2023).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har som mål at livmorhalskreft skal elimineres som folkehelseproblem (WHO, 2020, s. 9). Dette er første gang de har satt seg et så konkret mål - å eliminere en krefttype. Ifølge WHO (2020) regnes eliminering som mindre enn fire nye tilfeller per 100 000 kvinner i året (s. 9). For å redusere antallet som får påvist livmorhalskreft har Kreftregisteret implementert et nasjonalt screeningsprogram mot livmorhalskreft, Livmorhalsprogrammet (Helsedirektoratet, 2014). Hensikten med programmet er å redusere antall tilfeller av og dødeligheten av livmorhalskreft. På bakgrunn av dette anbefales kvinner i alderen 25 til 69 år å ta celleprøver av livmorhalsen regelmessig, for å avdekke forstadiene til livmorhalskreft (Helsedirektoratet, 2014). Ifølge Kreftregisteret (2023) behandles mellom 6000 og 7000 kvinner hvert år for alvorlige celleforandringer for å forebygge utvikling av livmorhalskreft. Det viser seg at mer enn halvparten av dem som får påvist livmorhalskreft, ikke har fulgt anbefalingene fra Livmorhalsprogrammet (Kreftregisteret, 2023).

Livmorhalskreft er en av de mest vanlige kreftformene blant kvinner i Norge (Kreftregisteret, 2022). Tall viser at det er over 200 000 kvinner i aldersgruppen 25 til 69 år som anbefales å følge Livmorhalsprogrammet som ikke har sjekket seg på ti år eller mer (Kreftregisteret, 2022). Antallet kvinner som får livmorhalskreft kan reduseres med screening, og dette ligger til grunn for at jeg ønsker å hvilke erfaringer kvinner har rundt deltakelse i Livmorhalsprogrammet. Med tanke på viktigheten av livmorhalscreening for å forebygge livmorhalskreft vil det være interessant å få innblikk i hva som bidrar til at kvinner deltar i Livmorhalsprogrammet og hvilke erfaringer de har med å delta. En årsrapport publisert av Kreftregisteret (2022) viser at andelen som har en registrert livmorhalsprøve etter påminnelse er lavere i aldersgruppen 25-29 enn i andre aldersgrupper (Engesæter, 2022, s. 14). På bakgrunn av dette ønsker jeg å undersøke denne spesifikke aldersgruppen nærmere ved å se på hvordan kvinner i denne alderen opplever å delta i Livmorhalsprogrammet. Det vil være viktig for å få innblikk i hvordan Livmorhalsprogrammet i Norge oppleves av dem som deltar, og hva som blir oppfattet som styrkende og begrensende faktorer ved programmet. Kunnskap om disse faktorene kan bidra til å vise hvordan Livmorhalsprogrammet kan forbedres og få enda flere kvinner til å delta.

## 1.2 Bakgrunn

I dette delkapittelet skal jeg redegjøre for bakgrunnen for problemstillingen min. Dette gjøres gjennom grundig forklaring av livmorhalskreft, HPV og Livmorhalsprogrammet.

### 1.2.1 Livmorhalskreft og HPV

Livmorhalsen, også kalt cervix, er den nedre delen av livmoren og forbinder skjede og livmor (NHI, u.å.). Skjeden og livmoren har to ulike typer slimhinner, og det er ytterst i livmorhalskanalen hvor overgangen mellom de to typene av slimhinner hvor livmorhalskreft vanligvis oppstår (NHI, u.å.). HPV er en gruppe virus bestående av omtrent 200 ulike typer (NHI, 2022). Cirka 40 av disse typene forekommer i slimhinnen i underlivet og smitter gjennom seksuell kontakt. Flesteparten av disse er ufarlige, og de fleste smittede vet ikke at de har fått en infeksjon (Kreftregisteret, u.å.). Derimot kan andre virustyper forårsake kjønnsvorter og celleforandringer i livmorhalsen, noe som kan gå tilbake av seg selv eller behandles. Blant disse virustypene er det også noen høyrisiko HPV-typer, som kan forårsake kreft (Kreftregisteret, u.å.).

HPV er svært smittomt. Unge under 25 år, som er seksuelt aktive og har hyppig partnerskifte, har størst risiko for smitte (Kreftregisteret, u.å.). Det er beregnet at over 70% av seksuelt aktive kvinner blir smittet av HPV en eller flere ganger i løpet av livet. Smitte forekommer hovedsakelig ved seksuell kontakt. Det er flest kvinner som får påvist HPV-infeksjon da de undersøkes regelmessig ved bruk av celleprøve. Samtidig antas det at menn får HPV like hyppig som kvinner, men dette er ikke påvist (Kreftregisteret, u.å.). Symptomer på livmorhalskreft kan være unormal blødning, uvanlig utflod eller smerter fra underlivet (NHI, u.å.). I tillegg kan symptomer som bekken- eller rygg smerter, hevelse og blodpropp og redusert allmenntilstand forekomme ved langtkommen kreft (NHI, u.å.).

Siden 2009 har HPV-vaksine vært et tilbud til alle jenter i 7.klasse. Først i 2018 fikk gutter tilbud om HPV-vaksine (Helsenorge, 2022). Vaksinen blir satt i overarmen og gis i to doser, med minst seks måneder mellom dosene. Denne vaksinen er forebyggende og beskytter mot HPV-relaterte sykdommer. På bakgrunn av dette gir vaksinen best beskyttelse når den gis til unge i god tid før gjennomsnittlig seksuell debut. Hos jenter og kvinner som tar vaksinen før de utsettes for HPV-smitte gir den mer enn 90 prosent beskyttelse mot forstadier til livmorhalskreft. Beskyttelsen fra HPV-vaksinen varer i mer enn 13 år etter vaksinasjon, og foreløpig er det ikke noe som tilsier at effekten svekkes med tiden (Helsenorge, 2022).

### 1.2.2 Livmorhalsprogrammet

Livmorhalsprogrammet sender invitasjon til alle kvinner i den anbefalte aldersgruppen når det er tid for å ta celleprøve (Kreftforeningen, u.å.). Deretter må kvinnene selv bestille legetime og betale en egenandel. Selve undersøkelsen tar bare noen få minutter. Dette blir gjort ved hjelp av en liten børste som samler opp overflateceller fra livmorhalsen. Videre undersøkes prøven for celleforandringer ved å mikroskopere cellene. Hvis prøven er normal, vil neste påminnelse være om tre år igjen (Kreftforeningen, u.å.). Kvinner som får påvist lette celleforandringer, anbefales ofte å vente for å se om forandringene forsvinner av seg selv (NHI, 2023). Ved funn av alvorlige celleforandringer

i livmorhalsprøven eller mulige kreftforandringer ved gynekologisk undersøkelse blir kvinnen henvist til gynekolog. Gynekologen vil benytte seg av et forstørrelsesglass (såkalt kolposkop) for å undersøke livmorhalsen og se etter celleforandringer eller kreft. Videre vil gynekologen ta vevsprøver (biopsier) først og fremst fra områdene på livmorhalsen som er forandret, men også fra områder som ser normale ut dersom man ikke ser noe galt. Dersom disse vevsprøvene påviser moderate eller alvorlige celleforandringer, henvises kvinnene til konisering. Ved en konisering fjernes det ytterste delen av livmorhalsen- der celleforandringene er lokalisert. Dette sendes til laboratoriet for videre undersøkelse. Ved påvist livmorhalskreft vil det være viktig å undersøke om kreften har spredt seg ved gynekologisk undersøkelse i narkose, MR og CT (NHI, 2023). Behandlingen av livmorhalskreft er kirurgi i tidligere stadier hvor enten deler av livmortappen fjernes eller fjerning av livmor og lymfeknuter i området, avhengig av alvorlighetsgrad. Ved mer avansert sykdom, spredning eller om kirurgi ikke er mulig vil kvinner bli tilbudt strålebehandling (NHI, 2023). Prognosen ved livmorhalskreft er avhengig av svulstens størrelse og hvor mye kreften har utbredt seg. 95 prosent av kvinnene blir helbredet ved behandling i tidlige stadiet av sykdommen. Ved spredning er sjansen for å bli frisk betydelig dårligere (NHI, 2023).

### 1.3 Folkehelse og livmorhalskreftscreening

Folkehelse og folkehelsearbeid kan ifølge Helsedirektoratet (2018a) forklares og brukes på mange ulike måter (s.12). Blant annet i folkehelseloven er folkehelse definert som "befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i en befolkning" (Folkehelseloven, 2012, §3). Folkehelseloven har et formål om å bidra til å fremme folkehelsen i samfunnet og videre utjevne sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011, §1). Videre skal folkehelsearbeidet bidra til å fremme befolkningens helse og trivsel og gode miljømessige forhold, samtidig som det forebygger sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2011, §1). Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er blant organisasjonene som har et stort ansvar for å bidra til fremme god helse i befolkningen (Folkehelseloven, 2011, §24 - §25).

Ved sykdommer som utvikler seg langsomt gjennom forstadier kan det være nyttig med systematiske befolkningsundersøkelser, da for å påvise forstadier av en sykdom kan være viktig for å forebygge (Mæland, 2021, s. 103). Livmorhalskreft er en av sykdommene som ofte utvikler seg over tid og der forstadier kan påvises gjennom prøver fra livmorhalsen (Mæland, 2021, s.106). Samtidig vil ingen slike undersøkelsesmetoder være 100% sensitive og 100% spesifikke, noe som betyr at disse undersøkelsene vil overse noen tilfeller eller gi en falsk positiv diagnose. Ved diagnostisering er livmorhalskreft en av de mest vellykkede behandlingsformene for kreft (WHO, 2020, s.19). Dette gjelder så lenge kreften oppdages tidlig og behandles effektivt. WHO har som nevnt tidligere et ønske om å eliminere livmorhalskreft. For å oppnå dette ambisiøse målet som WHO har satt, er det blant annet viktig at de høye dekningsmålene for livmorhalscreening nås innen 2030 og opprettholdes i årene etter (WHO, 2020, s.19).

Ifølge Mæland (2021) har cirka 90% av befolkningen minst en kontakt med helsetjenestene i løpet av en treårsperiode (s.99). På bakgrunn av dette er helsetjenestene viktig for forebyggende arbeid på individnivå. Det er få forebyggende medisinske prosedyrer som blir benyttet i helsetjenestene, da det stilles vitenskapelige

krav for å få gjennom slike prosedyrer. På bakgrunn av dette må mange prosedyrer på større grupper som blir foreslått vurderes nøye før de blir tatt i bruk, spesielt blant en stor del av befolkningen (Mæland, 2021, s.99). Blant annet har Helsedirektoratet (2018b) sett på nytten versus ulempene ved screening for å vurdere om screening skal anbefales (s.85). Screening sparer liv ved en signifikant reduksjon i forekomst, sykkelighet og dødelighet av sykdommen hos de som screener seg (Helsedirektoratet, 2018b, s.85). På en annen side viser det seg at ulempene ved å delta i screening kan være ubehag og mulige komplikasjoner, uro, angst og tidsbruk (Mæland, 2021, s.104). Ifølge Kreftregisteret (2023) oppdager screening mange tilfeller av celleforandringer, men allikevel er det noen kvinner som får påvist livmorhalskreft, til tross for at de deltar som anbefalt i Livmorhalsprogrammet og har fått negativt prøvesvar. Ifølge Mæland (2021) er en annen ulempe med screening mulighetene for overdiagnostikk og overbehandling, noe som er spesielt alvorlig når friske personer blir invitert til undersøkelser (s.104). Blant annet opplever flere kvinner den gynekologiske undersøkelsen som ubehagelig og flere opplever engstelse ved celleforandringer som kun krever å følges opp med ny livmorhalsprøve etter 1-2 år (Kreftregisteret, 2023). Videre utredning vil også kunne føre til blødninger, noe som kan være ubehagelig og vondt for kvinnene (Kreftregisteret, 2023). Ved å se på de ulike flere ulike sider ved livmorhalscreening viser det seg at nytten av screening er større enn ulempene (Helsedirektoratet, 2018b, s.85).

## 1.4 Problemstilling

“Hvilke faktorer påvirker kvinner i alderen 25-29 år til å delta i Livmorhalsprogrammet og hvilke erfaringer har de med å delta?”

## 2.0 Tidligere forskning

I dette kapittelet er det skrevet om tidligere forskning som har blitt gjort om livmorhalskreft og screening. Databasene som har blitt benyttet er «PubMed», «Web of Science», «Oria» og «Google scholar». Ved søk i disse databasene har jeg brukt ulike søkeord, både på norsk og engelsk. Søkeordene som ble brukt på norsk var for eksempel «livmorhalskreft», «screening», «deltakelse», «erfaringer» og «kunnskap». På engelsk var det for eksempel disse søkeordene som ble brukt; «cervical cancer screening», «cervical cancer», «participation», «experiences» og «screening». For å få mest mulig tidsrelevant forskning avgrenset jeg søkene til de ti siste årene. Samtidig er noen av de valgte artiklene eldre enn ti år da de ble funnet gjennom andre artikler og har bidratt med relevant kunnskap. Jeg valgte også å ekskludere forskning fra land som har veldig ulikt helsevesen enn i Norge, da det ikke vil være overførbart. Dette kapittelet er delt opp i følgende hovedtemaer: 1) Deltakelse i livmorhalsscreening, 2) Kunnskap om livmorhalskreft og screening, 3) Informasjon om livmorhalsscreening, 4) Erfaringer med celleprøven, 5) Følger etter positivt svar på celleprøven, og 6) Mangel på deltakelse i livmorhalsscreening.

### 2.1 Deltakelse i livmorhalsscreening

Tidligere forskning viser at det er flere faktorer som påvirker deltakelse i Livmorhalsprogrammet. Brev med invitasjon til å ta celleprøve er en viktig faktor for kvinners deltakelse. Videre er tidligere erfaringer, slik som kreft i familien og opplevelser med celleforandringer en faktor som påvirker deltakelse i Livmorhalsprogrammet. Muligheten til å forebygge eller oppdage kreft tidlig er også en stor faktor for deltakelse i livmorhalsscreening.

#### 2.1.1 Brev med invitasjon til å ta celleprøve

Ifølge studien til Forss et al. (2001) er brevet med invitasjon til livmorhalsscreening en faktor for at kvinner deltar i screening. Brevet fungerer som en påminnelse for kvinnen, noe som fører til at flere bestiller time til celleprøve. Det blir sett på som positivt og et godt initiativ å få brevet. Kvinner opplever at invitasjonsbrevet har en moral ved seg som gjør dem mer motivert til å delta (Forss et al., 2001). Tilbudet om et screeningsprogram blir tolket som en anbefaling og kan ses på som «nudging» (Hofmann & Stanak, 2018). «Nudging» blir på norsk omtalt som dulting, og er små og uformelle virkemidler som kan påvirke atferd til det bedre (Nylenna, 2017). Formålet med dulting er hovedsakelig å sikre høy deltakelse, for eksempel ved livmorhalsscreening (Hofmann & Stanak, 2018). Det finnes flere ulike måter å benytte dulting på, blant annet ved bruk av personlige brev og påminnelser på telefonen. I denne sammenheng har det å appellere til folks ansvarsfølelse, solidaritet og plikt blitt påpekt som faktorer for å øke deltakelse (Hofmann & Stanak, 2018). Studien til Ryan et al. (2019) støtter opp om dette. Det er gode bevis på at skriftlige påminnelser, slik som brev med invitasjon til celleprøve, øker deltakelsen i livmorhalskreftscreening (Ryan et al., 2019). Samtidig ser det ikke ut til at slike påminnelser hjelper alle kvinner med å huske å bestille time. Fremtidig forskning kan utforske metoder for å øke deltakelse blant de inviterte. Blant annet har bruken av tekstmeldingspåminnelser vist seg å være lovende i andre screeningsammenhenger

(Ryan et al., 2019). Ifølge Lönnberg et al. (2016) øker innkallelse til screening deltakelsen i livmorhalskreftscreening sammenlignet med påminnelse til screening.

### 2.1.2 Tidligere erfaringer

Tidligere erfaringer, inkludert generelle erfaringer med helsevesenet, så vel som mer spesifikke erfaringer med screening påvirker kvinners deltakelse i livmorhalscreening (Chorley et al., 2017). Erfaringer fra helsetjenester utenom screening, spesielt gynekologiske undersøkelser, påvirket kvinners ønske om å delta i livmorhalscreening. En negativ opplevelse av en gynekologisk undersøkelse kan føre til at kvinner unngår screening. Tidligere screeningserfaringer påvirker kvinner på ulike måter. Negative resultater på første screening ble av noen tolket som at de ikke lenger trengte å sjekke seg. Til tross for at screening ble sett på som relevant hos mange kvinner, var det noen som ikke ønsker å fortsette screeningen på grunn av dårlige opplevelser forrige gang (Chorley et al., 2017).

### 2.1.3 Muligheten til å oppdage kreft

En stor motivasjon for å delta i livmorhalscreening er muligheten til å oppdage celleforandringer eller kreft på et tidlig stadie (Forss et al., 2001). Kvinner ble motivert av muligheten til å forebygge livmorhalskreft ved hjelp av tidlig diagnostikk og mente at screening var verdifullt da det ga muligheten til å oppdage kreft tidlig (Chorley et al., 2017; Arabaci & Ozsoy, 2012). Frykt for kreft eller forebygging av alvorlig sykdom bidrar til at kvinner deltar i Livmorhalsprogrammet (Wilding et al., 2020).

I artikkelen til Forss et al. (2001) fortalte også kvinnene at det er viktig for dem å få bekreftelse fra legen om at de ikke har livmorhalskreft. Kvinnene verdsatte tryggheten som et negativt screeningsresultat kunne gi, og det beroliget dem (Chorley et al., 2017). Det var derimot noen som ikke forstod begrensningene ved screening og trodde at et negativt testresultat garanterte at de var helt fri for kreft (Chorley et al., 2017). Screening ble også verdsatt, fordi det ga kvinner kunnskap om helsen til en del av kroppen som er skjult (Chorley et al., 2017).

## 2.2 Kunnskap om livmorhalskreft og screening

En artikkel fra 2012 utforsket kunnskap og bevissthet rundt HPV og HPV vaksinasjon hos kvinner som er førstegangsdeltakere i livmorhalscreening i England (Bowyer et al., 2012). Artikkelen viser at en femtedel av kvinnene var uvitende om HPV-infeksjon. Hos kvinnene som var bevisst på infeksjonen viste det seg at de hadde relativt lav kunnskap om det. Den informasjonen som kom fram i artikkelen, er interessant da det viser til at det trengs mer informasjon om HPV-infeksjon og screening (Bowyer et al., 2012). Videre har en artikkel fra 2019 (Chan et al., 2019) skrevet generelt om HPV og livmorhalskreft i verden, og dens sammenheng med død, i tillegg til hvordan livmorhalscreening fungerer i ulike land. I artikkelen kommer det fram at å øke offentlig bevissthet rundt årsaksfaktorer burde være en prioritet for screeningsprogrammer (Chan et al., 2019).

## 2.3 Informasjon om livmorhalscreening

Ifølge Cudjoe et al. (2021) var helsepersonell (78%), kvinnelige venner (46%) og internett (45%) de vanligste kildene til helseinformasjon brukt av afrikanske innvandrerkvinner i USA. Videre var kvinnelige slektninger (32%), TV (22%), sosiale medier (17%) og kirken (16%) andre kilder til informasjon for kvinnene. Helsepersonell ble vurdert som den mest troverdige kilden til informasjon, samtidig som personlige erfaringer fra familie og venner gjorde helseinformasjonen mer relaterbar (Cudjoe et al., 2021).

### 2.3.1 Informasjon fra helsepersonell

Kvinner blir påvirket av ulike kilder til informasjon, spesielt av helsepersonell som har anbefalt celleprøve (Arabaci & Ozsoy, 2012). Blant annet har kvinner fortalt at helsepersonell var den kilden til informasjon som påvirket dem til å ta celleprøve. I den samme artikkelen fortalte en kvinne at det var råd fra legen som fikk henne til å ta celleprøven. Hun fortalte at legen tok det opp under en legetime (Arabaci & Ozsoy, 2012).

En artikkel fra 2018 (Møen et al., 2017) handler om fastlegers perspektiv på livmorhalscreening blant innvandrerkvinner i Norge. Det kom fram at fastlegene sjeldent inviterte eller påminnte pasienter om å ta celleprøve. Ved konsultasjoner relatert til prevensjon, graviditet eller rutinemessige postpartumkontroller var det derimot flere fastleger som tok opp temaet. Noen fastleger mener at det ikke er deres ansvar å informere kvinnelige pasienter om livmorhalskreft og screening. Fastlegene mente at dette er pasientene sitt ansvar da de får påminnelsesbrev fra Kreftregisteret (Møen et al., 2017). Samtidig viser en studie av Waller et al. (2011) at helsepersonell tror at yngre kvinner er dårlig informert om livmorhalskreft og hensikten med screening. Flere nevnte at å øke oppmerksomheten rundt livmorhalskreft vil øke antallet kvinner som går til livmorhalscreening (Waller et al., 2011).

### 2.3.2 Kommunikasjon med venner og familie

Andre sine erfaringer påvirker kvinner som deltar i livmorhalsprogrammet (Chorley et al., 2017; Forss et al., 2001). Blant annet er andre sine opplevelser med å ha fått påvist celleforandringer en faktor for at kvinner tar celleprøve. En studie fra 2012 (Arabaci & Ozsoy) viser at kvinner velger å ta celleprøve fordi venner har gjort det tidligere. Ifølge Chorley et al. (2017) så kvinnene ut til å bli påvirket av historier om andre sine ubehagelige opplevelser, spesielt kvinner som selv ikke hadde deltatt på screening. Blant annet ble familiehistorie ofte identifisert som en risikofaktor for livmorhalskreft, og kvinner tolket fraværet av kreft i familien som en indikasjon på at screening var mindre viktig for dem (Chorley et al., 2017). På bakgrunn av dette var personlig historie slik som venner og familie som har overlevd eller dødd av kreft en motivasjon til å delta i livmorhalsprogrammet (Forss et al., 2001)

### 2.3.3 Sosiale medier som en kilde til helseinformasjon

Sosiale medier har blitt en populær kilde for å søke etter kreftrelatert informasjon (Park et al., 2020). Bakgrunnen for dette er økt tilgjengelighet til folkehelseinformasjon, noe som gjør det mulig for brukere å finne og dele nødvendig informasjon for å ta



helserelaterte beslutninger (Park et al., 2020). Sosiale medier kan fremme bevissthet om ulike helsetemaer, slik som livmorhalskreft, gjennom å koble mennesker sammen, informasjon fra organisasjoner og personlige erfaringer (Lyson et al., 2019). En annen artikkel viste også at noen typer intervensjoner i sosiale medier kan forbedre engasjement på høyt nivå, for eksempel tiltenkt og faktisk deltakelse i screening (Plackett et al., 2020). Å gi sosial støtte og å vektlegge konsekvensene av kreft ble brukt for å engasjere brukerne av sosiale medier (Plackett et al., 2020). En studie undersøkte effekten av å dele skreddersydde meldinger i en sosial medieplattform for å øke kunnskap og bevissthet om, samt atferd relatert til HPV og forebygging av livmorhalskreft (Lyson et al., 2019). Funnene tyder på at sosiale medier kan øke helseinformasjon. På bakgrunn av dette kan folkehelseorganisasjoner benytte sosiale medier som et effektivt verktøy for å øke bevisstheten om helseinformasjon gjennom formidling av korte meldinger til målgrupper (Lyson et al., 2019).

Ved å velge riktige sosiale medieplattformer kan helseforebyggingen fremmes (Park et al., 2020). Dette kommer blant annet frem i en studie om bevisstgjøring av livmorhalskreft som viste hvor godt Twitter var egnet for kampanjer (Lenoir et al., 2017). Å holde seg oppdatert på trendene som former sosiale medier er avgjørende for effektiv bruk av teknologien (Korda & Itani, 2013). Nye teknologier introduseres og tas i bruk i et raskt tempo, etter hvert som eldre tilnærminger skifter popularitet blant brukerne av sosiale medier. En forståelse av målgrupper og deres informasjonspreferanser, utvikle skreddersydde meldinger er viktig for at sosiale medier kan bli benyttet på en helsefremmende måte (Korda & Itani, 2013). Helsefremmende aktiviteter i sosiale medier kan oppmuntre brukere til å generere og dele innhold selv, noe som ifølge Korda & Itani (2013) er nøkkelen til å nå ut på sosiale medier. Fordelene med å benytte sosiale medier er at det er rimelig og har en bred rekkevidde. Samtidig kan helseinformasjon på sosiale medier føre til informasjonsoverbelastning (Korda & Itani, 2013). Mer forskning er i midlertidig nødvendig for å utforske hvordan sosiale medier kan benyttes til å forbedre helsekunnskap (Lyson et al., 2019).

#### 2.3.4 Helsekompetanse

Ifølge Baccolini et al. (2022) kan helsekompetanse defineres som individets evne til å til å foreta vurderinger og beslutninger vedrørende helsetjenester, sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid for å opprettholde eller forbedre livskvaliteten. Ifølge Helsedirektoratet (2021) er helsekompetanse blant annet evnen til å forstå og bruke helsevesenet og finne relevant helseinformasjon slik at det kan tas informerte valg. Å sikre informerte valg er en utfordring for pasienter, leger og offentlige helsemyndigheter. Individets helsekompetanse varierer, og mange mangler ferdigheten som trengs for å tolke tilgjengelig helseinformasjon (Iyer et al., 2019). Ifølge Galvin et al. (2021) er helsekompetanse en faktor som kan forbedre screeningdeltakelse (Galvin et al., 2021). Lav helsekompetanse har blant annet vært assosiert med lavere deltakelse i forebyggende intervensjoner, inkludert kreftscreeningsprogrammer (Baccolini et al., 2022). En studie fra 2015 (Kyoungahae et al., 2015) viser at det er en positiv sammenheng mellom helsekompetanse og mottatt celleprøve på tvers av ulike etniske grupper, samtidig som det var begrenset med bevis på hvordan helsekompetanse faktisk påvirker livmorhalsscreeningdeltakelse. En studie fra Danmark (Petersen et al., 2020) har forsket på hvordan fordelene og ulempene med livmorhalsscreening blir forstått når kvinner får et brev med fokus på informert valg. Informasjonsskrivet viste seg å støtte

deltakernes forståelse og bruk av visualisering ble sett på som hjelpsomt. Det viste seg også at deltakerne fikk økt kunnskap om livmorhalskreft og screening, samtidig som de ble bevisst på informasjonen om potensielle ulemper ved screening (Petersen et al., 2020).

### 2.3.5 Det norske helsevesenet som informasjonskilde

En norsk studie (Iyer et al., 2019) viser at kvinner foretrakk å motta screeningsrelatert informasjon fra kvalifiserte folkehelse- og medisinske kilder, slik som Kreftregisteret, fastleger, en gynekolog eller annen spesialist. Den samme studien viser at utvidelse av skade-nytte-informasjon gitt i invitasjonsbrevene ikke reduserer kvinners uttalte intensjon om å delta i livmorhalscreening eller oppfølging ved positive resultater. Kvinner støtter i stor grad tilbudet av utvidet informasjon om livmorhalscreening. Det viser seg at kvinner deltar i mindre grad i screening hvis de mottar mer informasjon om ulempene som livmorhalscreening kan føre til (Iyer et al., 2019). De fleste nordmenn støtter Kreftregisterets rolle i gjennomføringen av screeningsprogrammet for livmorhalskreft og foretrakk å motta informasjon fra registeret fremfor fra fastlegen eller spesialist (Iyer et al., 2019). Tidligere studier om screeningsprogrammet i Norge har trukket frem at nordmenn ser på velferdsstaten, og en paternalistisk tilnærming til screening, i et gunstig lys. Den relativt høye mediedekningen av livmorhalskreft sammenlignet med andre kreftsykdommer og tillitten til livmorhalsprogrammet kan forklare hvorfor kvinner overvurderer risikoen for livmorhalskreft og deres intensjoner om å følge anbefalingene i invitasjonsbrevet (Iyer et al., 2019).

## 2.4 Erfaringer med celleprøven

### 2.4.1 Celleprøven

Selve celleprøven ble ofte sett på som viktig både fysisk og psykisk (Chorley et al., 2017). For noen kvinner ble livmorhalscreening sett på som bare enda en helsesjekk som måtte gjøres. Selv om det ikke var behagelig, ble det ikke sett på som noe problem. Andre kvinner beskrev testen som ukomfortabel og smertefull. Noen opplevde bivirkninger av celleprøven, slik som blødninger og vedvarende smerter. Kvinner opplevde en sterk emosjonell reaksjon på celleprøven, blant annet flauhet, skam og sårbarhet (Chorley et al., 2017). Noen opplevde prøven som nedverdiggende og beskrev tap av kontroll over situasjonen. Mange av de negative følelsene kvinner beskrev stammet fra sosiale normer rundt nakenhet blir brutt. Bekymringer om nakenhet og seksuelle konnotasjoner resulterte i et ønske på tvers av studier om kvinnelig helsepersonell under celleprøven. Noen kvinner mente at kvinnelig helsepersonell ville være mer sympatisk for kvinners helseproblem, spesielt etter å ha opplevd celleprøvetaking selv. Kvinnene som hadde mannlig helsepersonell fortalte om mer alvorlige negative følelsesmessige reaksjoner. Å oppleve negative følelser under celleprøven kunne også forverre situasjonen gjennom økende spenning. Noen kvinner beskrev hvordan det å få en invitasjon resulterte i angst og at det var nødvendig å «psyke seg opp» før møtet (Chorley et al., 2017).

### 2.4.2 Kommunikasjon med helsepersonell

Kvinnens opplevelse av screening ble ofte formet av kvaliteten på deres samhandling med helsepersonell som utførte celleprøven (Chorley et al., 2017). Under celleprøven var

det viktig for kvinner at helsepersonellet hadde en positiv holdning, ga tilstrekkelig informasjon om celleprøven og tok hensyn til personvern (Arabaci & Ozsoy, 2012). Noen kvinner nevnte også legens kjønn som viktig for en positiv opplevelse av celleprøven, da med et ønske om en kvinnelig lege. Blant annet nevner en kvinne at sykepleieren var interessert og ga henne moralsk støtte, noe som gjorde at hun kunne slappe av (Arabaci & Ozsoy, 2012).

På en annen side rapporterte flere kvinner om negative møter, spesielt som en følge av dårlig kommunikasjon (Chorley et al., 2017). Kvinner uttrykte et ønske om forklaring under celleprøvetakingen og muligheten til å stille spørsmål, men mange rapporterte om dårlige opplevelser hvor dette ønske ikke ble oppfylt. Dårlig kommunikasjon så ut til å forverre tapet av kontroll som noen kvinner opplevde under screening. Samtidig hadde kvinner som fikk god informasjon mye mer tilfredsstillende opplevelser. Flere kvinner har foreslått spesialisert opplæring for å bedre opplevelsen av celleprøvetakingen (Chorley et al., 2017). I tillegg til en kvinnelig prøvetaker uttrykte kvinner andre preferanser som de håpet ville forbedre deres opplevelse av livmorhalscreening. Noen ønsket et tillitsfullt forhold med prøvetakeren, som vanligvis innebar et kontinuerlig helsetilbud. Andre foretrakk den relative anonymiteten ved å få livmorhalscreening utført av ukjent helsepersonell. Få kvinner uttrykte preferanser angående yrkesbakgrunn (Chorley et al., 2017).

## 2.5 Følger etter positivt svar på livmorhalscreening

Det er gjort noe forskning på de psykologiske følgene etter positivt testresultat på livmorhalscreening. En artikkel fra Gray et al. (2006) skriver om de psykiske følgene et unormalt testresultat ved HPV-screening har på en gruppe kvinner. Studien viser at et betydelig antall kvinner kan pådra seg negative psykologiske og psykososiale konsekvenser av screening. Det ble blant annet funnet en høy forekomst av angst blant kvinner som fikk en unormal screeningprøve. De som viste seg å ha høyest risiko for angst, var yngre kvinner, de som hadde barn, de som røykte, og de som hadde høyere fysisk aktivitet. De overnevnte kan være spesielt sårbare grupper for screening (Gray et al., 2006). Andre opplevde at ventetiden på resultater eller muligheten for et positivt resultat gjorde dem engstelige (Chorley et al., 2017). Det er tydelig at det kan forekomme negative konsekvenser av screening, men det er ikke like mye kunnskap om hva grunnen til dette er.

Bennett et al. (2019) har gjennomgått litteraturen om den psykoseksuelle effekten av å teste positivt på høyrisiko HPV etter screening. Artikkelen konkluderer med at innvirkningen det har på det psykoseksuelle er uklar, og at gjennomgangen av artiklene fremhever behovet for ytterligere forskning i sammenheng med livmorhalscreening. Det er viktig å forstå kvinners respons på positivt svar etter livmorhalscreening for å minimere negativ psykoseksuell påvirkning (Bennett et al., 2019).

## 2.6 Mangel på deltakelse i livmorhalsprogrammet

### 2.6.1 Smerte og ubehag/Frykt

Smerte og ubehag eller redsel for smerte og ubehag er en av barrierene kvinner møter på når de skal ta celleprøve (Wilding et al., 2020; Waller et al., 2011). Redsel og smerte ble ifølge Waller et al. (2011) nevnt som en mulig barriere hos yngre kvinner, noe som begrunnes med at de unge muligens ikke har tatt celleprøve før. Frykt og angst for å få livmorhalskreft var relatert til ideer om smerte og død, samt bekymringer om innvirkningen på fertilitet blant yngre kvinner (Chorley et al., 2017). For noen kvinner ble også screening ansett som skadelig, fordi det kunne føre til unødvendig behandling eller utredning. En utbredt bekymring var at screening kunne føre til dårlig helse ved å øke angst og bekymring eller få individer til å bekymre seg for kreft (Chorley et al., 2017).

### 2.6.2 Relevansen av å delta i livmorhalscreening

I en samlestudie av Chorley et al. (2017) blir det diskuterte hvem som føler et behov for å screene seg. Flere kvinner trodde livmorhalskreft ikke rammet dem og så derfor på livmorhalskreft som usannsynlig. Dermed var ikke livmorhalskreft en bekymring for dem, og de tenkte lite på screening i fremtiden (Chorley et al., 2017). I en studie av Waller et al. (2011) forteller kvinner at de tror en grunn til at yngre kvinner ikke deltar i livmorhalscreening er at de unge ikke tror det er en risiko for at de får livmorhalskreft, noe som stemmer overens med det kvinnene som ikke deltar, rapporterer. Kvinnene forteller videre at de føler at helse ikke blir prioritert hos yngre kvinner. Ifølge Chorley et al. (2017) mente mange kvinner at deres alder og generelle dødelighetsfølelse var en indikator for screening. For noen ble også mangel på symptomer oppgitt som en årsak til manglende oppmøte. Noen kvinner fortalte også at de begynte å tenke mer over livmorhalscreening når de begynte å vurdere å få barn (Chorley et al., 2017). I en norsk studie rapporterte et flertall av kvinnene at de ikke var bekymret for å få livmorhalskreft, og de anså seg heller ikke å ha en høy risiko for sykdommen (Iyer et al., 2019). Aasbø (2019) sin studie støtter dette der det kommer frem at kvinner mener at det må være nødvendig for at de skal delta i livmorhalsprogrammet (Aasbø et al., 2019).

Diskusjonen om hvem som trenger å screene seg, var sterkt påvirket av meninger om årsakene til livmorhalskreft (Chorley et al., 2017). Spesielt var det flere diskusjoner om antall sexpartnere og oppfatninger av promiskuitet. Kvinner relaterte ofte risikoen for livmorhalskreft med deres nåværende seksuelle atferd og la ofte vekt på stabiliteten og lengden av deres nåværende forhold, og så derfor på seg selv som lavrisiko som ikke trengte screening (Chorley et al., 2017). Dette underbygges av studien til Waller et al. (2011) hvor en sykepleier nevner at hun tror at noen yngre kvinner ikke tar celleprøve, fordi de ikke er seksuelt aktive og føler at de har lav risiko for å få livmorhalskreft. Dette blir bekreftet av flere unge kvinner som ikke er seksuelt aktive og forteller at de derfor ikke ser vitsen med å delta på livmorhalscreening. Samtidig uttrykte noen kvinner at de har en intensjon om å begynne med livmorhalscreening når de blir seksuelt aktive (Waller et al., 2011).

### 2.6.3 Praktiske barrierer

Kvinner har rapportert om en rekke praktiske barrierer for å delta i livmorhalscreening, som ofte var knyttet til livssituasjonen deres og hvilke ressurser de hadde tilgjengelig (Chorley et al., 2017). Noen av disse kvinnene ønsket å delta på livmorhalscreening, men følte seg hindret av praktiske barrierer. Kvinner beskrev hvordan screening var enda et krav som tok tiden deres og konkurrerte med daglige oppgaver som arbeid og barnepass, noe som ble prioritert høyere. Ifølge en studie fra Storbritannia var tid en av de vanligste barrierene og ble vurdert som svært innflytelsesrik på beslutningen om å delta på livmorhalscreening eller ikke (Wilding et al., 2020). I en norsk studie fra 2019 (Aasbø et al., 2019) kommer det frem at kvinner synes det er lett å glemme livmorhalscreening, spesielt når de må bestille time selv (Aasbø et al., 2019). Å utsette bestilling av time til celleprøve var noe som gikk igjen hos kvinnene. Det var blant annet på grunn av at andre aktiviteter i hverdagen ble prioritert først, slik som arbeid og familieliv (Aasbø et al., 2019). En annen studie (Waller et al., 2011) påpeker at spesielt yngre kvinner er opptatt og dermed ikke har tid til å ta celleprøve. Noen mener det hjelper med utvidete åpningstider, mens andre kvinner mener det utgjør liten forskjell.

Samtidig kan det også oppleves som en ydmykende situasjon for flere kvinner, som for noen er en barriere for å bestille time (Aasbø et al., 2019). For andre ble screening sett på som utilgjengelig på grunn av funksjoner ved klinikken som upraktisk plassering av avtaletider (Chorley et al., 2017). På en annen side kunne også praktiske faktorer bidra til deltakelse i livmorhalscreening ved at det er lettvent å lage avtaler (Wilding et al., 2020). Videre kom kvinnene med forslag til forbedringen av screeningsprogrammet, som kan gjøre det enklere å delta. Dette gjaldt blant annet fleksibilitet av screeningsteder for å passe inn i hverdagen (Wilding et al., 2020).

I en artikkel fra Norge (Møen et al., 2017) kommer det fram at det er lavere deltakelse i livmorhalsprogrammet blant innvandrere sammenlignet med ikke-innvandrere. Høyere inntekt, bosted på landsbygda og å ha en kvinnelig fastlege var positivt assosiert med celleprøve for kvinner i Norge. Videre var også yngre alder positivt assosiert med celleprøve (Møen et al., 2017).

## 3.0 Metode

### 3.1 Kvalitativ metode

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode. Kvalitativ metode egner seg best når man vil gå i dybden på et tema og skal samle inn opplevelser eller erfaringer (Flick, 2018, s.3-4). Gjennom et kvalitativt forskningsintervju kan man få fram betydningen av folks erfaringer og deres opplevelse av verden (Kvale & Brinkmann, 2021, s.20). Hensikten med masteroppgaven er å få innsikt i hvilke erfaringer kvinner født i 1992-1997 har med livmorhalsprogrammet. Da målet er å finne kvinnenenes erfaringer ser jeg det hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode for å best mulig få frem deres erfaringer.

### 3.2 Forforståelse

Ifølge Malterud (2017) er min forforståelse det jeg bringer med meg inn masterprosjektet. Den forforståelsen jeg bringer med meg inn i prosjektet påvirker både datainnsamlingen og hvordan jeg tolker meningsinnholdet i datamaterialet. På bakgrunn av dette er det viktig at jeg er bevisst på min forforståelse. Jeg er selv for ung til å delta i livmorhalsprogrammet, og har derfor ikke egne erfaringer med å delta. Derfor kommer min forforståelse fra studiebakgrunnen min, hva jeg har hørt om livmorhalsprogrammet fra jevnaldrende og det jeg har sett på sosiale medier. Jeg har alltid hatt stor interesse for helse, noe som førte til valget om å studere ergoterapi og folkehelse. På bakgrunn av denne interessen har jeg fulgt mye med på helse relaterte temaer i sosiale medier, deriblant livmorhalsprogrammet. På sosiale medier har jeg sett flere influensere snakke om at de har fått celleforandringer og hvordan dette har påvirket de. Dette har ført til at jeg har forstått viktigheten av å teste seg og gitt meg innblikk i hvordan det kan være å ta celleprøve og å få vite at man har celleforandringer. På studiet har vi lært om ulike screeningsprogrammer og viktigheten av disse. Gjennom forelesninger og lesing har jeg lært mer om hvordan livmorhalsprogrammet fungerer, hvor mange som deltar og hvor mange som utvikler livmorhalskreft eller dør hvert år. Det var spesielt informasjonen om hvor mange som dør av livmorhalskreft og at flere av disse er kvinner som ikke deltar i livmorhalsprogrammet som gjorde meg interessert og motivert til å skrive denne studien.

Som en følge av min forforståelse hadde jeg noen forventninger før jeg startet å intervju deltakerne. Jeg forventet at deltakerne var nervøse i forkant av celleprøven, da jeg både har hørt fra familie og venner, og sett på sosiale medier at flere gruer seg til å ta prøven. Videre forventet jeg at påminnelsesbrevet fra Kreftregisteret kom til deltakerne i riktig tid og at det var tilstrekkelig med informasjon i dette, da jeg har lest om dette på Kreftregisteret sine egne sider. Jeg forventet og at deltakerne snakket med familie og venner om livmorhalskreft, da det er noe jeg er vant med selv. Selv har jeg opplevd at den yngre generasjonen er flinkere til å snakke om livmorhalskreft og viktigheten av å sjekke seg. Dette er noe jeg trodde også ville komme fram under deltakernes intervjuer. Utover dette hadde jeg ikke andre forventninger. Til tross for min forforståelse har jeg hatt fokus på å være objektiv gjennom hele studien, samt legge bort egne fordommer. Dette har vært viktig slik at brukernes erfaringer og opplevelser blir framstilt på en etisk måte.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Da jeg valgte deltakerne var jeg nødt til å avgrense ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Alle kvinnene som deltok måtte ha tatt minst en celleprøve, da det er grunnlaget for studien. En årsrapport publisert av Kreftregisteret (2022) viser at andelen som har en registrert livmorhalsprøve er lavere i aldersgruppen 25-29 enn i andre aldersgrupper (Engesæter, 2022, s.14). På bakgrunn av dette inkluderte jeg unge kvinner født mellom 1997-1992 i denne studien. Først inkluderte jeg kun kvinner født mellom 1997-1995, men det ble utfordrende å få tak i deltakere. Dermed utvidet jeg aldersgruppen til 1997-1992. Videre inkluderte jeg kun kvinner som snakket norsk, for å sikre minst mulig språklige misforståelser.

### 3.4 Rekruttering

Rekruttering av deltakere ble gjort både ved oppheng av plakater, deling på sosiale medier og snøballmetoden. I samarbeid med en medstudent laget vi en plakat hvor vi etterlyste deltakere til våre masterprosjekt. På plakatene var det informasjon om prosjektet og kontaktinformasjonen til min medstudent og meg slik at de kunne få mer informasjon om prosjektet tilsendt. Disse plakatene hengte vi opp på ulike campus ved NTNU. Vi delte også plakatene på sosiale medier, hvor venner delte videre til sine venner igjen. I starten var det lite respons å få på plakatene og delingen på sosiale medier. Som en følge av lite respons benyttet jeg meg av snøballmetoden, for å få tak i flere deltakere. Samtidig ble det forsøkt rekruttert deltakere på en klinikk som tilbyr gynekologisk undersøkelse, veiledning og behandling. Etter dette begynte flere å kontakte meg med å ønske om å delta i studien eller å få mer informasjon. Deltakerne har kontaktet meg via mail og SMS. Ved kontakt har deltakerne fått mer informasjon om studien og blitt tilsendt informasjonsskrivet. De har da fått informasjon om hensikten med studien, personvern og hvordan intervjuet foregår.

### 3.5 Utvalg

I dette masterprosjektet var det til sammen åtte deltakere. Det var en blanding av deltakere som var studenter og deltakere som var i jobb. Fire av deltakerne var studenter, hvor tre av disse gikk et masterstudium. Blant disse var det en deltaker som gikk et helserelatert studium. Videre var de fire resterende deltakerne i yrkeslivet. Av disse fire har to stykk jobb innenfor helsesektoren, hvor en også jobber med kreft. Alle som har deltatt i masterstudien passet med inklusjonskriteriene som var satt. Deltakerne var alle kvinner født mellom 1992–1997. Alle som deltok i studien hadde tatt celleprøve. To av deltakerne hadde fått utslag på celleprøven og fikk videre utredning. To av deltakerne hadde barn da de tok celleprøven.

### 3.6 Intervjuene i praksis

Datamateriale har blitt samlet inn gjennom semistrukturerte intervju med et lite utvalg deltakere. Semistrukturert intervju kan beskrives som en samtale mellom forskeren og en deltaker, hvor intervjuet blir styrt av forskeren (Flick, 2018). Samtalen ved slike intervjuer er både planlagt og fleksibel. Det vil si at jeg hadde forberedt spørsmål, som

for det meste var åpne, men som skulle styre intervjuet og deltakeren i en retning. Nedenfor skal jeg fortelle hvordan gjennomføringen av intervjuguiden og selve intervjuene foregikk.

### 3.6.1 Utforming av intervjuguide

En intervjuguide bør være strukturert, men samtidig åpen nok til at det er mulig å gjøre endringer underveis og stille oppfølgingsspørsmål under intervjuet. Dette er viktig for å gi rom til at deltakernes perspektiv og tema kommer fram i intervjuet (Flick, 2018, s.207). Intervjuguiden min bestod av syv ulike hovedspørsmål med tilhørende underspørsmål. Spørsmålene i intervjuguiden ble laget ut ifra hva jeg ønsket å vite mer om i studien min. Intervjuguiden består blant annet av spørsmål om hvordan deltakerne opplevde celleprøven, hva de vet om livmorhalsprogrammet fra før av, hva som gjorde at de tok testen, forventninger og hva som er det viktigste for deltakerne når de deltar i livmorhalsprogrammet. Disse spørsmålene ble valgt på bakgrunn av interessante funn i tidligere forskning og operasjonalisering av intervjuguiden. Jeg sørget for en fleksibel intervjuguide ved å stille oppfølgingsspørsmål ut ifra deltakerens svar.

For å forberede meg til intervjuene testet jeg intervjuguiden ut på noen medstudenter og fikk tilbakemelding fra dem i etterkant. Dette gjorde meg oppmerksom på hvordan jeg kunne gjøre intervjuet bedre, og hva som eventuelt manglet i intervjuguiden. Videre snakket jeg med flere medstudenter som hadde intervjuet før meg om hvilke utfordringer de hadde, og hva som kunne være lurt å tenke på. Blant annet snakket vi om hvordan vi skulle takle spørsmål underveis, samt hvordan vi skulle bygge videre på svarene vi fikk fra deltakerne. Etter å ha startet med intervjuer opplevde jeg at det manglet et spørsmål som fokuserte på hva deltakerne mener er viktig når de deltar i livmorhalsprogrammet. Derfor la jeg til et spørsmål på slutten av intervjuguiden som handlet om hva de ser på som viktig ved deltakelse i livmorhalsprogrammet. Spørsmålene er blitt utarbeidet slik at de skal være mest mulig åpne og gi mulighet for refleksjon.

### 3.6.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i perioden oktober 2022 – desember 2022. Intervjuene varte imellom 17 minutter og 30 minutter, hvor seks av dem varte mellom 25-29 minutter. I forkant av intervjuene forberedte jeg meg ved å gå over intervjuguiden flere ganger og tenke på eventuelle oppfølgingsspørsmål eller temaer som kunne komme opp.

Det var forskjellig hvor og når intervjuene tok plass. Fire av intervjuene ble gjennomført digitalt og de fire andre ble gjennomført fysisk. De digitale intervjuene ble gjennomført over Zoom og Teams. De fysiske intervjuene ble gjennomført på grupperom eller møterom på universitetet. Selv opplevde jeg lite forskjell på å ha intervju fysisk eller digitalt. Under de digitale intervjuene opplevde jeg at jeg var noe mer avslappet og komfortabelt, men samtidig var jeg mer stresset for at noe av det tekniske skulle gå galt. Under et av intervjuene mistet deltakeren nett en liten periode, men vi kom raskt inn i samtalen igjen, så dette gikk helt fint.

Før intervjuene startet fikk deltakerne lese gjennom samtykkeskjemaet og ble igjen spurt om de samtykket til å delta i studien og at samtalen ble tatt opp. Jeg startet med å si at



jeg nå skruer på lydopptakeren. Deretter spurte jeg om de kunne fortelle litt om seg selv, slik som navn, alder og studie eller jobb. Videre stilte jeg de andre spørsmålene fra intervjuguiden, med noen oppfølgingsspørsmål der det var relevant. Til slutt spurte jeg om det var noe de ønsket jeg skulle spørre om og de hadde noen spørsmål. Deretter takket jeg for at de deltok i studien og slo av lydopptakeren.

I etterkant av intervjuene reflekterte jeg over hvordan jeg opplevde intervjuene og min rolle som forsker. Det gjorde jeg blant annet ved å snakke med medstudenter og ved å skrive ned mine tanker etter intervjuene. I starten opplevde jeg å være ganske opptatt av å følge intervjuguiden, noe jeg ikke ønsket å være i like stor grad. Derfor forsøkte jeg å løsrive meg mer fra intervjuguiden etter hvert som jeg hadde flere intervjuet. Jeg følte det var lettere å ha en mer åpen tilnærming til spørsmålene og stille flere oppfølgingsspørsmål når jeg var mindre avhengig av intervjuguiden. Samtidig ble jeg mer trygg på min rolle som forsker etter hvert som jeg hadde flere intervjuer. Dette førte til at jeg kunne være mer rolig og komfortabel under de siste intervjuene, da jeg hadde tilegnet meg noe erfaring fra slike situasjoner.

### 3.7 Analyse

For å svare best mulig på problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av tematisk analyse i min oppgave. Tematisk analyse er en metode for å utvikle, analysere og tolke mønstre i et kvalitativt datasett (Braun & Clarke, 2022, s.4). Ved hjelp av dette har datamateriale blitt kodet og ulike temaer har blitt utarbeidet, noe som er formålet med den tematiske analysen. Jeg benyttet tematisk analyse da det egner seg godt for å undersøke hva en bestemt gruppe vet om et tema, og hvilke erfaringer de har på et felt (Braun & Clarke, 2022, s.4). Da denne masteroppgaven handler om hva unge kvinner har erfart i sitt møte med livmorhalsprogrammet mener jeg at tematisk analyse passer godt.

I en tematisk analyse har forskeren en sentral og aktiv rolle når det skal vurderes hvilke temaer og mønstre som er interessante. Det er viktig å være klar over og anerkjenne den rollen forskeren har da temaene i oppgaven formes og fremstilles av forskeren selv (Braun & Clarke, 2006). Det har vært viktig for meg å se helheten i datamateriale, noe som kan være utfordrende når det er mye ulikt materiale. På bakgrunn av dette har jeg lest og bearbeidet materiale gjentatte ganger for å sikre at jeg fanget opp alle de ulike meningene som kommer frem.

Ifølge Braun & Clarke (2006) er det seks steg som skal følges når man gjennomfører en tematisk analyse. Steg en går ut på å gjøre seg kjent med datamaterialet. Dette ble gjort ved å transkribere intervjuene, og deretter lese gjennom det transkriberte materiale gjentatte ganger. I steg to dannes kodene ved å organisere datamateriale på en meningsfull og systematisk måte. Etter at all dataen var kodet grupperte jeg den slik at det ble enklere å finne tema. Det er ingen faste regler for hva tema kan være. Tema blir bestemt ut ifra hvor viktig innholdet er. Da temaene var bestemt gikk jeg over til steg fire. I dette steget gikk jeg igjennom temaene jeg kom fram til i det forrige steget. Dette ble gjort for å undersøke om temaene passet til kodene og helheten. I dette steget så jeg også om noen av temaene overlappet og kunne bli slått sammen. I steg fem definerte jeg temaene. Her ble både hoved- og undertemaene gjennomgått grundig. Temanavnene

ble konkretisert ytterligere, noe som var en lang prosess med mange endringer av navn. I sjette, og siste, fase skrev jeg resultatene jeg kom fram til ved hjelp av de tidligere stegene i den tematiske analysen (Braun & Clarke, 2006).

## 3.8 Forskningsetikk

Forskningsetikk har som hensikt å belyse de etiske problemstillingene som kan oppstå ved moderne forskning Samfunnsforskning bør være til fordel for vitenskapen og mennesker, både de som deltar i forskningen og de som kan bli berørt av resultatene (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 96). Dette kan både være som følge av resultatene av forskning så vel som forskningsprosessen. Forskningsetikk handler blant annet om lover og regelverk, uredelighet, holdninger og om god vitenskapelig praksis. Refleksjon rundt forskningsetikk er viktig, fordi det gir forskningen legitimitet og bidrar til å kvalitetssikre studien. Det er tre former for etiske standarder jeg vil gjøre rede for, som er viktig og nyttig å tenke gjennom både før og under datainnsamling til en studie. Disse etiske standardene har jeg tenkt nøye gjennom og tatt hensyn til i min masterstudie. De tre etiske standardene er formell etikk, relasjonell etikk og rapporteringsetikk.

### 3.8.1 Formell etikk

Helseforskningsloven har som formål å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008, §1). I denne loven stilles det krav til å legge frem en prosjektbeskrivelse som må bli godkjent av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Helseforskningsloven, 2008, §9-12). I samarbeid med veileder vurderte vi at det ikke var nødvendig å søke forhåndsvurdering ved regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Derfor søkte jeg, i samarbeid med min veileder, godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), som nå har byttet navn til Sikt (se vedlegg 1). Dette gjøres for å sørge for at datamaterialet kan hentes inn, bearbeides, lagres og deles trygt og lovlig (Sikt, u.å). Masterstudien ble godkjent av NSD (NSD, ref. Kode 379161).

I Helseforskningsloven §13 «Hovedregel om samtykke» står det at det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov (Helseforskningsloven, 2008, §13). Ifølge Kvale og Brinkmann (2021) innebærer informert samtykke at deltakerne blir informert om formålet og hovedtrekkene ved studien, og eventuelle risikoer eller fordeler ved å delta. Denne informasjonen fikk deltakerne i denne studien gjennom et informasjonsskriv (se vedlegg 2). På det samme skjemaet ble det også spurt om samtykke fra deltakerne hvor de måtte signere. Informert samtykke er viktig for individuell autonomi og respekterer individets evne til å ta beslutninger (Kvale & Brinkmann, 2021, s.104). De som ønsket å delta i studien ga samtykke til meg ved å sende signert skjema på mail og ved å gi det fysisk til meg før intervjuene. Alle deltakerne samtykket til å delta i studien. Fire kvinner sendte samtykke over mail, og fire kvinner ga samtykke fysisk. Informert samtykke sikrer at deltakerne i studien deltar frivillig og gir informasjon om at de har rett til å trekke seg ut av studien når som helst. Det var viktig for meg at ingen av deltakerne skulle føle seg presset til å delta i studien, og derfor kunne de trekke tilbake samtykke sitt når som helst og uten noen negative konsekvenser for dem.

### 3.8.2 Relasjonell etikk

Relasjonell etikk ble tatt i betraktning i datainnsamlingen til min oppgave (Tracy, 2010, s.847). Det var viktig for meg å vise respekt til deltakerne gjennom å lytte og behandle dem på en god måte. For å gjøre dette ga jeg deltakerne god informasjon og tilstrekkelig med tid under intervjuet, men ikke slik at jeg sløste unødvendig med tiden deres gjennom prosjektet. Ved intervju av studenter tok jeg hensyn til at det kunne være kvinner jeg kjente til eller hadde flere bekjentskap med som meldte seg til å delta i studien. Dermed reflekterte jeg over hva som kan være mulige ulemper ved å ha bekjente som deltar i studien, blant annet ved at det kunne være mer utfordrende å utgi sensitiv informasjon under intervju.

### 3.8.3 Rapporteringsetikk

Til slutt er det viktig å tenke på rapporteringsetikk (Tracy, 2010, s.847). Her er det snakk om å presentere resultatene anonymt og vise intervjuobjektet respekt ved å ikke dømme, latterliggjøre eller skade det som har kommet fram under intervjuet. Dette har jeg gjort ved å ha et åpent sinn til alt som har blitt sagt under intervju. Av hensyn til personvern ble informasjon som kunne gjøre kvinnene gjenkjennbare, slik som navn, sted og fødselsdato, fjernet under transkribering. Videre har jeg forsøkt å analysere intervjuene så nøytralt som mulig ved å gå gjennom datamateriale nøye og mange ganger. Ved sitater som er vist i oppgaven har jeg tatt bort noen gjentakende ord, slik som «hmm» og «ehh». Dette har jeg gjort for å unngå å latterliggjøre deltakernes utsagn.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Celleprøve blir prioritert i en hektisk hverdag

Kvinnene synes det var krevende, men samtidig viktig å prioritere celleprøve. Det var vanskelig å finne tid til det i en hektisk hverdag, men det var flere faktorer som gjorde det lettere å prioritere celleprøven. Blant annet var brevet med påminnelsen om celleprøve, redselen for å få kreft og ønsket om å forebygge et viktig tema hos kvinnene. Til slutt presenteres kvinnene sine tanker rundt å delta i livmorhalsprogrammet.

#### 4.1.1 Å ta seg tid til celleprøve

Ifølge flere deltakere var det vanskelig å få tid til et legebesøk i en hektisk hverdag, da de hadde mye annet å gjøre. Som følge av lite tid i hverdagen ble det å bestille time til celleprøve utsatt, og noen opplevde det som et styr. Spesielt nevnte en deltaker at det ble en ekstra omgang da hun først måtte til fastlegen og så til gynekologen. Til tross for lite tid i hverdagen fortalte flere deltakere at de bare måtte prioritere livmorhalscreening:

*“Det var jo liksom en ekstra omgang. Måtte først gå til fastlegen også til gynekolog. Men, ja det gikk fint. Man må bare prioritere det.” (D1).*

Det var spesielt noen faktorer som gjorde det lettere å prioritere livmorhalscreening for deltakerne. Blant annet var det lettvisst å bestille time, da noen deltakere kun trengte å henvende seg til fastlegen. Digital booking av legetime, over nett eller gjennom en app, ble også trukket frem som noe positivt og gjorde det lettere å bestille time til celleprøve. Dette gjorde timebestilling for å ta celleprøve enkelt og tilgjengelige for kvinnene. Sitatet nedenfor viser en av kvinnene sitt svar på hva som gjorde at hun tok testen for første gang: *“Og, at det var enkelt og tilgjengelig. Og, at det var. Ja, det var bare å si ifra til fastlegen at jeg ville gjøre det så. Så var det gjort.” (D2).*

Kvinnene slo ofte celleprøven sammen med et annet besøk hos fastlegen som de uansett måtte på, noe som gjorde terskelen for å delta i livmorhalsprogrammet lavere: *“Livmorhalsprogrammet var kjempelett å hoppe på for det var. Jeg kunne ta det på legetimer jeg uansett skulle til. Og, da blir terskelen for å gjennomføre mye lavere. Og, det tror jeg er veldig viktig.” (D2).* Det gjaldt spesielt ved andre underlivsundersøkelser eller innsetting av spiral. Dette gjorde at celleprøven ble mer tilgjengelig, noe kvinnene opplevde som viktig for å bestille time. Det viste seg at ved å ta celleprøven samtidig med andre prøver eller undersøkelser hos lege eller gynekolog tar kvinnene celleprøven oftere enn de ellers ville gjort.

Livmorhalsprogrammet ble beskrevet som lett å delta i, i motsetning til for eksempel blodgivning. Blodgivning ble sett på som en lang prosess, med mye prøver og tidkrevende. En deltaker opplevde det som viktig at det ikke blir sånn når kvinner skal delta i livmorhalsprogrammet. Celleprøven tok ifølge kvinnene kort tid: *“Selve undersøkelsen tok jo bare tretti sekunder liksom.” (D1).* Dette ble høyt verdsatt, da det gjorde deltakelsen enklere og tilgjengelig da den ikke er så tidkrevende.

Deltakerne satte pris på at alle kvinner får muligheten til å delta i livmorhalsprogrammet. Programmet ble sett på som et godt forebyggende tiltak. En av kvinnene følte at det ikke var noe god grunn til å ikke delta, spesielt siden det ikke kostet noe ekstra. En annen deltaker mente det var et såpass bra tilbud at alle burde delta på det. I tillegg var livmorhalsprogrammet blitt en helt naturlig del av helsesjekken for flere av kvinnene, og det følte derfor ut som en rutine: *"Jeg synes det var helt greit. Jeg jeg vet ikke, jeg har tenkt at det var helt, veldig naturlig å på en måte delta på det. Så det følte ikke ut som noe annet enn en sånn rutinekontroll."* (D2). Siden programmet var blitt en rutine for flere av kvinnene var det ikke en stor avgjørelse om de skulle delta i livmorhalsprogrammet eller ikke.

#### 4.1.2 Brev fra Livmorhalsprogrammet er viktig for deltakelse

Det året deltakerne fylte 25 år skal de ha fått et brev med påminnelse til livmorhalscreening. Kvinnene opplevde at dette brevet kom gjennom posten, Digipost eller begge deler. Flere av kvinnene visste at dette var et brev de skulle få når de ble 25 år. Noen deltakere var usikre på om de hadde fått brevet og husket ikke hvor de eventuelt hadde fått det. En deltaker husket å ha fått brevet, men opplevde at det ikke passet å ta celleprøven da siden hun var gravid. Derfor måtte hun ta ansvaret for å huske på dette selv ved en senere anledning, etter fødselen. En annen deltaker opplevde å vente på brevet og fikk det senere enn hun forventet. Ved spørsmål om hun tenkte på å ta kontakt for å bestille time til celleprøve svarte hun:

*"Ja, jeg tenkte faktisk litt på det fordi jeg tror jeg fikk den sånn, det brevet mot slutten av da jeg fylte 25 eller skulle fylle 26. Så jeg gikk jo og tenkte på om jeg bare skulle selv ta kontakt om time."* (D1)

Brevet inneholdt litt kort og enkel informasjon, og ble av flere opplevd som tilstrekkelig. Samtidig som brevet ble omtalt som enkelt var det ifølge deltakerne også informativt, oversiktlig og en god forberedelse til celleprøven for flere. Deltakerne opplevde informasjonen som lett å forstå og de fleste satt ikke igjen med noen spørsmål etterpå. Det ble også sett på som en fordel at brevet ikke var lenger, da det kunne ført til at deltakerne ikke gadd å lese det. Link til mer informasjon i brevet ble også nevnt som noe positivt. Det kom frem at noen fikk brevet senere enn de trodde de skulle få det, og dermed ventet litt på det og vurderte å ta kontakt angående celleprøve selv. Kvinnene opplevde brevet som viktig, spesielt for å huske å bestille time til celleprøve. Deltakerne fortalte at det var lett å glemme å bestille time til screening i hverdagen, og brevet fra livmorhalsprogrammet derfor kunne bidra til å øke deltakelsen i livmorhalscreening. I tillegg til å være viktig for å huske celleprøven, var brevet en god kilde til informasjon som forberedte kvinnene på hva de kunne forvente av livmorhalsprogrammet. Nedenfor er et utdrag fra et intervju hvor det er snakk om viktigheten av dette brevet.

*"Det er jo veldig viktig å få den innkallinga eller påminnelsen da. Sånn at en husker å gjøre det. For det er fort gjort å glemme det. Fordi at når en bare lever sitt vanlige liv og sånn så er ikke det noe en tenker på, på en måte. Jeg tror det er veldig mange som hadde, hadde ikke gjort det eller hadde glemt det hvis de ikke hadde fått en påminnelse på det."* (D6)

Samtidig som brevet ble verdsatt og sett på som en viktig påminnelse for å bestille time til celleprøve, mente en av kvinnene at det kunne forbedres. Hun var selv usikker på om hun hadde fått en innkallelse eller en påminnelse om å delta i programmet, men mente å huske at hun kun hadde fått en påminnelse. Videre foreslå hun at kvinnene burde få en innkalling, da de nå kun får en påminnelse: *“De burde, kunne vel kanskje begynt med å kalle inn. Nå vet jeg ikke om de, om det blir gjort. Men, sånn som jeg husker det da så, så kom det vel bare en påminnelse.”* (D7). Hun var ikke helt sikker på om dette var blitt gjort tidligere, men mente at dette ville gjøre livmorhalscreeningen bedre.

#### 4.1.3 Redsel for å få kreft

Redsel for å ha celleforandringer og utvikle livmorhalskreft var en viktig faktor for at deltakerne ønsket å ta celleprøve. Deltakerne ville gjerne gjøre det de kunne for å unngå å få kreft eller å oppdage det tidlig. I tillegg ser de på screening som å ta vare på sin egen helse, noe kvinnene mente var viktig for dem. På bakgrunn av dette opplevde de screening som verdifullt. Kvinnene verdsatte tryggheten som et negativt screeningsresultat kunne gi og det beroliget dem. Det kom også fram at det var greit å sjekke seg fordi livmorhalskreft er en krefttype som rammer unge kvinner. Blant annet nevner en deltaker at hun vet det er høy risiko blant unge kvinner i Norge og ønsker derfor å være føre var. Ved spørsmål om hva som er det viktigste for at hun deltar i livmorhalsprogrammet svarte hun dette:

*“Få tidlig svar på ting og på en måte vite at alt er greit da. For jeg vet det er jo høy risiko blant unge kvinner i Norge. Så jeg tenkte det er hvert fall greit å være på en måte litt i forveien da, i så fall hvis noe skulle skje.”* (D8)

Livmorhalsprogrammet ble sett som viktig for å bidra til færre dødsfall fra livmorhalskreft. Kvinnene fortalte at de heller ønsket å bli undersøkt en gang for mye enn for lite. En av kvinnene fortalte at hun heller ville ta alle prøver som gikk an å ta for å være forsikret om at hun unngikk å få kreft. Kvinnene mente det var viktig med celleprøven for å kunne fange opp celleforandringer eller livmorhalskreft, slik at flere kan unngå å få kreft:

*“Mine tanker om det er hvert fall at jeg vil mye heller bli undersøkt mer enn mindre. På en måte. Og jeg synes det allikevel veldig viktig at en heller undersøker, alle eller mange, ofte for å fange opp sånn at færre folk slipper å få kreft da. Enn at noen kanskje blir behandla mer enn, enn hva jeg skal si, nødvendig i hermetegn.”* (D6)

Flere fortalte også at en viktig grunn til at de tok celleprøve var at livmorhalskreft er en skummel sykdom som kan føre til død: *«I hvert fall den første testen var viktig på en måte. Også opprettholde det da. Så. Nei, det var jo egentlig mer sånn det hadde vært nice å ikke dø type ting.»* (D5). Spesielt opplevdes den første testen som viktig, da kvinnene hadde gått i mange år uten å sjekke seg på grunn av at de ikke kommer inn i programmet før de er 25 år.

#### 4.1.4 Videre deltakelse i Livmorhalsprogrammet

Livmorhalsprogrammet opplevdes som et godt tilbud som bidro til at kvinnene kunne ta vare på egen helse. Flere kvinner opplevde at livmorhalsprogrammet var et bra tilbud, og stilte seg positive til å delta. Kvinnene forteller om flere gode opplevelser av livmorhalsprogrammet, samtidig som de hadde varierende erfaringer. På den positive siden erfarte kvinnene livmorhalsprogrammet som et nyttig tilbud som fungerte godt. De positive erfaringene gjorde at de ønsket å fortsette å delta i programmet. En av kvinnene har hatt utelukkende positive erfaringer med programmet, og fortalte at hun kommer til å fortsette å delta:

*"Altså sånn for å si liksom erfaringer og sånt, og holdninger rundt det. Jeg har jo utelukkende positive erfaringer med det. Og kommer til å fortsette å delta i programmet. Og synes det er viktig å gjøre det også." (D2)*

Kvinnene opplevde å ha god tillit til myndighetene og de helserådene som kommer derfra. Til tross for denne tilliten ønsket noen av kvinnene å sjekke seg både tidligere og oftere enn anbefalt, fordi tre år oppleves som lenge og kvinnene var usikre på om det var for lenge å vente. Kvinnen nedenfor hadde opplevd å få påvist alvorlig grad av celleforandring.

*"Ja nå, fra nå av så er jeg egentlig tilbake på hvert tredje år. Men, jeg har liksom bestemt meg for at jeg ønsker å sjekke meg hvert år. Så det kommer jeg til å gjøre uansett, selv om anbefalingen er hvert tredje år." (D7)*

Ved spørsmål om hvorfor hun ønsket å teste seg hvert år istedenfor de anbefalte tre årene svarte hun følgende: *"For jeg tenker at det, det er en lett test og det er lett å få gjort det. Tre år er ganske lenge tenker jeg." (D7)*. En annen kvinnene fikk ulik informasjon fra ulike kilder. Hun fortalte at myndighetene anbefalte fem år mellom hver celleprøve, men hun hadde hørt andre anbefale tre år. Hun fortalte da at hun var godtroende til myndighetene og at hun ikke hadde noen grunn til å mistro de helserådene vi får. Derfor vil hun mest sannsynligvis følge rådet til myndighetene og ta en ny celleprøve etter fem år:

*"Ja, for sjøl om de anbefaler fem så blir man sånn, når en del sier ja men du burde ta tre så. Men, jeg er jo. Jeg vet ikke, jeg er liksom litt mer sånn godtroende til. Jeg tror på de helserådene jeg får fra myndighetene. Jeg tenker det er en grunn til at vi får dem og det er ikke noe grunn til å mistro dem. Så mest sannsynlig så blir det sikkert ved fem år at jeg kommer til å ta en ny." (D2)*

Noen opplevde anbefalingen om å starte med celleprøve ved fylte 25 år som for sent og ønsket å teste seg tidligere, og hadde erfart at dette var noe flere leger ikke ønsker å gjøre. Disse kvinnene hadde et ønske om at det skulle bli greit å teste seg før 25 år. Blant annet mente en av kvinnene at 25 år kan være for sent for noen, og at denne aldersanbefalingen muligens burde endres: *"Og jeg tenker at det å ta, begynne kanskje tidligere burde vært vurdert. At 25 år er kanskje litt høyt for noen da." (D7)*. Selv hadde hun blødninger og smerter i underlivet, og etterspurte en celleprøve to år før hun deltok i livmorhalsprogrammet. Da fikk hun beskjed om at det ikke var nødvendig fordi hun var ung: *"Jeg ba jo om å få ta en celleprøve, men det var liksom sånn "nei, det er ikke*

*nødvendig for du er alt for ung til at det kan, at det kan ha noe å si.” (D7). Samtidig fikk hun beskjed om at blødningene var fra prevensjon eller fordi det er vanlig å ha regelmessige blødninger, til tross for at hun fikk påvist alvorlige celleforandringer to år senere.*

Kvinnene hadde en positiv opplevelse av celleprøven, til tross for at noen opplevde ubehag og smerter. Noen forteller at de så vidt kjente noe og følte prøven var smertefri. På en annen side opplevde noen at celleprøven var veldig vond, og de fikk store smerter underveis. De store smertene ble ikke sett på som et stort problem eller hindring for videre deltakelse i programmet, da det gikk fort over. En deltaker forteller at selv om det gjorde vondt å ta celleprøven så er det greit å få tatt prøven og få det overstått. På bakgrunn av dette ser vi at disse kvinnene ikke ser på ubehag under celleprøven som en hindring for videre deltakelse.

Å ha tatt HPV-vaksinen hadde ikke betydning for hvor ofte kvinnene deltok i livmorhalsprogrammet, eller om de kom til å slutte å delta. En deltaker fortalte at hun hadde tatt HPV-vaksinen som student. Hun hadde ikke tenkt noe spesielt over sammenhengen mellom vaksinen og livmorhalscreening, og fortalte at hun fortsatte å gå til screening selv om hun hadde tatt vaksinen. Hun nevnte også at hun ville ha vært med i screening hvis hun hadde fått vaksinen da hun var yngre, da hun mente at man aldri kunne vite sikkert om man har celleforandringer eller ikke.

## 4.2 Relasjoner til familie og venner bidrar til deltakelse i livmorhalsprogrammet

Relasjoner og god kontakt med andre var et tema som kom opp mye under intervjuene. Det gjaldt samtaler med venner og jevnaldrende som viste seg å være viktig for å økt kunnskap om livmorhalsprogrammet og valget om å ta celleprøve. Videre var påvirkning fra familie en faktor for deltakelse i livmorhalsprogrammet, spesielt hvis familiemedlemmer hadde fått påvist kreft tidligere.

### 4.2.1 Å dele erfaringer med venner er nyttig

Kvinnene delte erfaringer og kunnskap om livmorhalsprogrammet med venner og jevnaldrende. Kvinnene opplevde det å dele erfaringer med venner og jevnaldrende som en viktig faktor for å ta celleprøven. Deltakerne opplevde at det var fokus på livmorhalskreft i vennegjengen og at de fleste av deres venner valgte å ta celleprøve. Gjennom samtaler med venner tilegnet kvinnene seg økt kunnskap om livmorhalsprogrammet og andre sine erfaringer med programmet. Det viste seg å være litt varierende hva deltakerne snakket om når de snakket om livmorhalscreening med venner. Noen fortalte også at vennegjengen sammen søkte etter mer informasjon om livmorhalsprogrammet, da de selv ikke har hatt så mye kunnskap om det. Flere spør eller blir spurt om de har husket å sjekke seg eller hvor lenge det er siden sist av vennene deres. Ofte var det ikke et direkte spørsmål, men heller en samtale om erfaringen deres eller at de hadde bestilt seg time til celleprøve. Samtidig fortalte en av kvinnene at hun hadde fått direkte spørsmål fra venner om hun har sjekket seg:



*«Jeg opplever mange av mine venner. I mine relasjoner så er det. Så velger de aller fleste å gjøre det. Det er liksom en sånn, ja har du huska å sjekke deg. Har til og med blitt spurt sånn, har du tatt celleprøve liksom.» (D2)*

Slike samtaler med venner kunne bidra til åpenhet og kunnskap om livmorhalsprogrammet, og bidra til at flere valgte å sjekke seg. Å snakke med venner om livmorhalsprogrammet ble for det meste sett på som veldig positivt. Blant annet har en deltaker sagt at hun syntes det var utelukkende positivt å snakke om livmorhalskreft og at hun tror det har bidratt til at flere sjekker seg: *«Når jeg har snakka med folk så synes jeg det er utelukkende positivt. For jeg tror det bidrar til at flere folk velger å sjekke seg.» (D2)*. Mange opplevde at de fleste i vennekretsen var opptatt av livmorhalsprogrammet og valgte selv å sjekke seg. Kvinnene ble påvirket av hva vennene deres sa og gjorde, og erfarte at det kunne ha en betydning for om de selv valgte å ta celleprøve. Flere deltakere fortalte at de valgte å ta celleprøve på grunn av at de hadde venninner som gjorde det. De følte da at de også burde gjøre det, og ville ikke være den eneste i vennegjengen som ikke testet seg:

*«Jeg tror at første gangen jeg tok celleprøve. Det var jo på grunn av jeg hadde venninner som hadde gjort det. Og da ble jeg og, ja, da følte jeg at jeg burde gjøre det jeg og. Sant. Fordi at man har jo ikke lyst til å være den personen som ikke har gjort det.» (D3)*

Gjennom å snakke med venner og høre deres erfaringer har flere av deltakerne sett betydningen av å ta celleprøve. Blant annet har det å høre om kvinner som har fått påvist celleforandringer og gått videre til konisering understreket betydningen av å sjekke seg for livmorhalskreft:

*«Ja, jeg har hørt om folk som har hatt celleforandringer og som har tatt sånn konisering og sånne her ting. Så har jeg jo og forstått betydningen av det. Så da føler jeg at det har hjulpet på at jeg har forstått at, å ja man bør virkelig gjøre det. Så, ja. Jeg tror helt klart jeg har blitt påvirket av andre.» (D3)*

Det kom også frem at det var viktig for deltakerne å snakke med jevnaldrende som stod i samme situasjon som dem selv. Med samme situasjon menes det venner som også skal delta i livmorhalsprogrammet i det samme tidsrommet. Blant annet kunne det føre til at kvinnene følte seg mindre alene og som en del av et fellesskap: *«Det er jo litt artig. Eller, å ha noen man deler opplevelsen med. Det blir liksom ikke. Ja, det er på en måte fellesskap, at, at man ikke er den eneste som gjør det.» (D1)*. Som vist i sitatet mente kvinnen at det til og med var fint å delta i livmorhalsprogrammet når hun hadde noen å dele den opplevelsen med.

Samtidig som mange av kvinnene opplevde det som positivt å dele erfaringer med venner, kunne det også påvirke negativt:

*«Så jeg føler kanskje man danner seg ofte et litt mer negativt bilde av hvordan det egentlig er å ta celleprøve. Fordi at folk ja. Jeg føler generelt når folk skal snakke om opplevelser de selv har hatt så er det jo av og til litt sånn skremsels,*

*propaganda hvis jeg kan si det. Så jeg føler jo ofte at man blir mer skremt enn det man trenger å være.» (D3).*

Å høre skremmende historier fra venner som forteller om egne opplevelser med livmorhalsprogrammet kunne påvirke kvinnene negativt. Blant annet kunne det danne et negativt bilde av celleprøven, og føre til at kvinner kunne bli skremt for å ta celleprøven. Selv opplevde kvinnene ikke å bli skremt av slike erfaringer, men uttrykte at de vet at flere kvinner blir skremt av andre sine dårlige erfaringer fra livmorhalscreening.

#### 4.2.2 Påvirkning fra familien kan være en pådriver for at kvinner tar celleprøve

Kreft i familien påvirket kvinnene i valget om å delta i livmorhalsprogrammet. Kvinnene med kreft i familien ønsket å gjøre det de kunne for å unngå kreft og det var derfor en av grunnene til at de valgte å sjekke seg for livmorhalskreft. Hvilken krefttype familiemedlemmene hadde fått påvist hadde ikke en betydning for kvinnenens ønske om å delta i livmorhalsprogrammet. En av kvinnene hadde besteforeldre med kreft og til tross for at ingen av dem hadde fått livmorhalskreft ønsket hun å unngå kreft, eller i det minste oppdage sykdommen i tidlig:

*«Sånn som i min familie da, vi har. Alle mine besteforeldre har hatt forskjellige kreftformer. Ingen av dem har hatt HPV. Men, jeg har sånn, kanskje følt at det. Ja, hvis det er noe man kan gjøre for å unngå å få kreft så, eller oppdage det tidlig så. Daa ja. Kjør på.» (D2)*

Celleforandringer i nær familie var også en pådriver for at kvinnene bestilte time til celleprøve. En av kvinnene fortalte at moren hennes var streng på at hun skulle ta celleprøve, fordi hun selv fikk celleforandringer som ung. Derfor var moren redd for at datteren skulle få det og var hard på at datteren måtte ta celleprøven. Nedenfor er et utdrag fra intervjuet med denne deltakeren.

*«Moren min har vært veldig hard på at jeg må ta denne her testen da. Fordi at ho. Når ho var 25 år så fikk hun endring da. Så hun var veldig redd og jeg er eneste datteren hennes. Så hun har vært litt sånn hard på at jeg må velge å ta den.» (D4)*

En annen kvinne hadde en søster som fikk påvist celleforandringer som førte til at hun måtte fjerne livmorhalstappen. Dette påvirket henne til å tenke litt ekstra over livmorhalsprogrammet. Spørsmålet om hvem som får livmorhalskreft er genetisk eller helt tilfeldig var også noe hun tenkte på.

### 4.3 Informasjon på internett bidrar til kunnskap om livmorhalsprogrammet

En stor del av denne studien er deltakernes erfaringer med informasjonen de har fått om livmorhalsprogrammet og hvor de har fått den fra. For å få fram hva slags informasjon deltakerne har fått og hvordan det har bidratt til oppmerksomhet rundt livmorhalsprogrammet har det blitt et eget tema. Sosiale medier og egen

kunnskapsinnhenting har vært viktige kilder til informasjon om livmorhalsprogrammet. Til slutt presenteres det kvinnene erfarte at manglet av informasjon om programmet.

#### 4.3.1 Sosiale medier øker oppmerksomheten rundt livmorhalsprogrammet

Mye av informasjonen kvinnene fikk om livmorhalsprogrammet har de siste årene kommet gjennom sosiale medier, da spesielt gjennom plattformene Facebook og Instagram. Blant annet har #sjekkedeg kampanjen i sosiale medier ført til større oppmerksomhet om livmorhalsprogrammet blant kvinner. Kampanjen har også hatt betydning for at kvinnene prioriterte celleprøven. Sosiale medier har hatt stor påvirkning på kvinnene og har økt deres oppmerksomhet rundt livmorhalsprogrammet. Kvinnene opplevde sosiale medier som en viktig del av å delta i livmorhalsprogrammet, da de ble mer bevisst på programmet og ble gjennom sosiale medier minnet på å ta ansvar for å sjekke seg. Blant annet fortalte en deltaker at det var gjennom sosiale medier hun ble mest bevisst på livmorhalsprogrammet. På spørsmål om hun hadde sett eller hørt om livmorhalsprogrammet i sosiale medier svarte hun: «Ja. Veldig mye. Det er vel der på en måte jeg blir mest bevisst på det. Og mest minna på det og ja. Til at en tar ansvar selv da tenker jeg» (D7). Den store mediedekningen rundt livmorhalsprogrammet har også bidratt til at det for flere føles naturlig å ta celleprøve.

*«Jeg visste godt om det fra før av da. Fordi det har vært mye mediedekning rundt det og mye snakk om det. Hvert fall i kanaler som jeg har vært i, i forkant. Så, det å ta celleprøve når du fyller 25 var liksom naturlig.» (D2)*

De siste årene har deltakerne sett en større åpenhet rundt livmorhalsprogrammet, spesielt i sosiale medier. Flere jenter snakker om sine personlige erfaringer på sosiale medier, både erfaringer med celleforandringer og med å få livmorhalskreft. Kvinnene synes det er fint at det er mer snakk om unormale celleprøver som ikke er så alvorlige, slik at de får vite at om du får celleforandringer så trenger det ikke å være kreft. Blant annet kan det bidra til å senke redselen rundt celleprøven og celleforandringer. På bakgrunn av dette mener deltakerne at det er bra at folk snakker om deres erfaringer med livmorhalsprogrammet og celleforandringer på sosiale medier. Det kan vise at til tross for unormalt svar på prøven kan det fortsatt gå fint og ikke være farlig. Deltakerne mener at denne åpenheten kan bidra til at flere sjekker seg for livmorhalskreft:

*«For man kan jo kanskje bli litt sånn redd for at oi enn hvis jeg tar det også får jeg et negativt svar og da er livet mitt over. Altså at man, hvis man er litt sånn krisemaksimerer. Så det er fint at folk også er ute og snakker om de situasjonene der man ser forandringer. Okei, her var det noe unormalt, men at det går bra. Det trenger ikke å være farlig. Og, det tror jeg også kan bidra til at flere faktisk, når de får høre det mange nok ganger, går og sjekker seg.» (D2)*

Det viste seg også at informasjon om livmorhalsprogrammet i sosiale medier kunne påvirke både positivt og negativt. Samtidig som det kunne være fint å få en påminnelse i sosiale medier om å ta celleprøve, kunne det også oppleves som stressende for noen deltakere: «Jeg blir jo litt sånn "å gud har jeg, når var sist jeg sjekket". Altså jeg får en liten sånn, ja, påminnelse på en måte. Også kan jeg bli litt sånn stresset av det også.» (D5). Kvinnen opplevde at oppmerksomhet rundt livmorhalsprogrammet i sosiale medier kunne føre til at hun begynte å tenke på når de sist sjekket seg og som en følge av det

ble stresset. Kvinnene opplevde få negative sider ved å høre om livmorhalsprogrammet i sosiale medier, og opplevde ikke at det påvirket dem til å tenke på det hele tiden eller å være redde. Samtidig anerkjente dem at noen føler det påvirker de negativt, men det er fortsatt viktig at det er mye informasjon om livmorhalsprogrammet på sosiale medier.

#### 4.3.2 Egen kunnskapsinnhenting bidrar til økt kunnskap om livmorhalsprogrammet

Kvinnene har søkt opp informasjon på nettet for å forberede seg til å ta celleprøven og for å øke egen kunnskap om livmorhalsprogrammet. Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet (FHI) og Norges helseinformatikk (NHI) var de stedene kvinnene søkte etter informasjon. Dette opplevdes som sikre kilder, som kvinnene stolte på. Det varierte hva slags informasjon de søkte opp. Noen googlet hva celleforandringer egentlig betydde, da dette var uklart for dem. Andre leste om tallene på hvor mange som ble smittet med HPV-virus og fant ut av at mange blir smittet, men ikke alle utvikler kreft. I tillegg til de sikre kildene ble Google brukt som en kilde til informasjon, for eksempel ved å lese om andre sine erfaringer: *«Jeg googla og leste om andre sine erfaringer, altså tips og triks. Det var ikke noe skummelt å lese det. Det var bedre å gjøre det og være mer informert enn å ikke vite hva man går til.»* (D1).

Å lese andre sine erfaringer på nettet viste seg å kunne ha både positiv og negativ påvirkning på deltakerne. For det meste opplevde kvinnene at det var positivt å lese informasjon på nettet, men på en annen side kunne det også ha negativ påvirkning. En deltaker opplevde at uansett hva hun søkte opp på google, spesielt om kvinner kunne virke skremmende. En annen kvinne undersøkte andre sine erfaringer med livmorhalsprogrammet på Google, og synes det var positivt da hun fikk mer kunnskap om hva hun skulle gå til når hun skulle ta celleprøve.

Flere av deltakerne tilegnet seg også informasjon om livmorhalsprogrammet gjennom en dokumentar om Thea Steen som fikk livmorhalskreft. Gjennom å se på denne dokumentaren lærte de mer om livmorhalskreft og hvorfor det var viktig å sjekke seg. I ettertid opplevde deltakerne økt fokus på #sjekk deg kampanjen, noe som ga kvinnene et større innblikk i livmorhalsprogrammet. Dokumentaren gjorde inntrykk på deltakerne og flere opplevde at den påvirket de til å ta celleprøven. Ifølge deltakerne har dokumentaren satt lys på viktigheten av livmorhalsprogrammet, slik som man kan se i eksempelet under.

*«Ikke at det handler kanskje om livmorhalsprogrammet, men jeg følte jeg lærte litt om livmorhalskreft og viktigheten av å sjekke seg og sånt da når jeg så den dokumentaren til hun Thea Steen. Så der kommer det jo veldig tydelig fram dette med sjekk deg. Og jeg følte egentlig etter den dokumentaren at det ble mye fokus på dette her med den kampanjen. Så da fikk jeg jo litt mer, ja, innblikk i dette med celleprøve og viktigheten av det.»* (D3)

Kvinnene opplevde at informasjonen de fikk kunne vært bedre, og søkte derfor selv opp informasjon for å vite hva de kan forvente. Samtidig fortalte en av kvinnene at hun selv jobber som sykepleier og syntes at livmorhalsprogrammet var veldig interessant og derfor undersøkte hun mye selv:

*«Altså det og kunne sikkert vært litt bedre. Men, jeg er jo litt sånn når, jeg jobber nå som sykepleier og synes jo ting er veldig sånn interessant så jeg undersøker veldig mye selv da. Så det. Jeg følte at den informasjonen jeg var trygg på var vel egentlig den informasjonen som jeg fant selv. Og det, det blir jo litt feil det og. For det er jo ikke alle som, som gjør det. Så det er nok veldig mange som tenker at de kunne fått mye bedre informasjon, både før og underveis også» (D7)*

Hun opplevde at den informasjonen hun var trygg på var den hun fant selv. Dette mente hun kunne være litt problematisk da det ikke er alle som søker opp informasjon om livmorhalsprogrammet på egenhånd og hun mente at kvinner burde få bedre informasjon.

#### 4.3.3 Mangel på god informasjon fører til usikkerhet i møte med livmorhalsprogrammet

Flere deltakere opplevde at de ikke hadde nok kunnskap om livmorhalsprogrammet og var litt usikre på hva det gikk ut på. De hadde et felles ønske om å vite mer om programmet, selv om informasjonen de ønsket mer av varierte. Spesielt opplevde kvinnene et behov for mer informasjon om hva en celleprøve egentlig er. Begrepet virket å være godt kjent, og mange snakket om at de skulle ta celleprøve og at det er viktig. Samtidig opplevde deltakerne at de selv var usikre på hva begrepet betyr og hva en celleprøve går ut på. Blant annet kom det frem at det mangler informasjon om dette generelt i samfunnet:

*«Men, jeg føler kanskje at det mangler litt informasjon sånn generelt da i samfunnet holdt jeg på å si. Om hva, hva er egentlig en celleprøve. Hva er det det gjør og hva er det man skal finne ut av.» (D3)*

For å øke kunnskapen rundt hva en celleprøve er ønsket kvinnene mer informasjon som de kunne finne frem til selv, og mente at den informasjonen bør være lett tilgjengelig. Det kom frem at deltakerne også ønsket mer og tidligere informasjon om livmorhalsprogrammet. Blant annet foreslo en av kvinnene at det burde komme informasjon fra helsesøster, da helsesøster har oversikt over mange av barna i barne- og ungdomskolen.

### 4.4 Helsepersonellet har en viktig rolle i livmorhalsprogrammet

Kvinnene i studien snakket mye om helsepersonellets rolle i livmorhalsprogrammet og dette er derfor blitt et eget tema. I denne hovedkategorien presenteres funn som omhandler informasjonen fra helsepersonellet før, under og etter celleprøven. Videre presenteres hva deltakerne opplevde som trygghet hos helsepersonellet og hvordan dette påvirket deres opplevelse. Til slutt kommer det frem hvordan deltakerne med positivt svar på celleprøven opplevde oppfølgingen.

#### 4.4.1 Helsepersonell har betydning for at kvinner bestiller time til celleprøve

Følelser av redsel og å grue seg til å ta celleprøve førte til at flere deltakere utsatte å bestille time til prøven. Det var redsel for både å ta selve prøven og for resultatet. Blant

annet hadde en deltaker redsel for å få flashbacks under prøven, som en følge av tidligere traumer. Det hjalp da at legen hadde en lengre samtale om at det var lurt å ta celleprøven og at hun ikke burde utsette den mer.

På enn annen side kom det frem at flere av deltakerne ikke gruet seg til celleprøven, og tenkte lite over celleprøven i forkant. Spesielt kunne gode erfaringer hos legen minske følelsen av redsel i forkant av celleprøven. Det kunne blant annet være å ha vært hos legen før for underlivsundersøkelser og ha sittet i gynekologstolen, slik at det ikke var noe helt nytt: *«Jeg har jo vært inne og tatt forskjellige undersøkelser tidligere. Hos legen, hvor man må sitte i gynekologstol. Så akkurat det var jeg ikke så redd for.»* (D3). Kvinnen hadde tatt flere underlivsundersøkelser tidligere, og syntes derfor ikke at det var så skummelt eller flaut. Flere visste at underlivsundersøkelser ikke var noe de så på som vanskelig eller utfordrende, og mente at det burde gå fint å ta celleprøve. Å ha erfaring med celleprøve fra tidligere påvirker også tanker rundt å bestille time til prøven. Positive erfaringer med celleprøven var viktig for ønsket om å fortsette å delta i livmorhalsprogrammet.

Relasjonen med helsepersonell spilte en stor rolle i opplevelsen av å delta i livmorhalsprogrammet. En av kvinnene fortalte at god kontakt med fastlegen var helt sentralt for henne, da hun ikke hadde tatt celleprøve hvis det hadde vært en ukjent fastlege: *«Jeg hadde, jeg hadde ikke dratt i det hele tatt hadde det vært noen ukjente.»* (D4). En annen kvinne fortalte at hun tok celleprøven hos en gynekolog fremfor hos fastlegen, fordi det var en vikar som var i LIS-1 turnus og det var i tillegg en mann.

Samtidig som kvinnene opplevde tilstrekkelig informasjon hadde noen et ønske om ytterligere informasjon. En deltaker fortalte at hun ikke helt forstod hva som skulle sjekkes, og at hun har vært dårlig på å ta kontakt med legen for å høre om hva celleprøve egentlig er. En av kvinnene mente at fastlegen har ansvar for å gi informasjon om livmorhalsprogrammet til de som skal ta celleprøve. Hun opplevde selv at det ikke var informasjonsflyt når hun deltok i programmet: *«Men, det er jo fastlegen sin oppgave å ha kunnskapen om det og. Men, jeg føler jo at det liksom ikke er så veldig mye sånn informasjonsflyt. Det er bare liksom å få gjort det også.»* (D7).

#### 4.4.2 Kontroll under celleprøven er viktig for at kvinner skal føle seg trygge

Kvinnene erfarte at å ha kontroll over situasjonen var viktig for deres opplevelse av livmorhalsprogrammet. En av kvinnene opplevde det som skummelt å miste kontroll over kroppen sin, spesielt når hun ikke kunne se hva som skjedde: *«For det, det er skummelt og miste kontroll over kropp og sånt. Ja, det. Hvert fall når du ikke ser det.»* (D4). En god relasjon med helsepersonell var viktig for at kvinnene skulle føle seg trygge og komfortable under celleprøven, noe som ble høyt verdsatt. Blant annet opplevde noen at celleprøven gikk helt fint, fordi de hadde godt kontakt med fastlegen. En deltaker fortalte at hun hadde hatt samme fastlegen hele livet og derfor hadde veldig god tillitt til legen.

En lege som er dyktig i jobben sin og visste hva han eller hun holder på med var viktig for kvinnene. Kvinnene opplevde at å ha en lege som er flink i jobben sin gjorde opplevelsen av celleprøven bedre også når det i utgangspunktet ble opplevd som skummelt.

*«Og når jeg gikk der så var ho veldig, ja, jeg opplevde det som veldig behagelig. Så behagelig det kan bli da. For hun fortalte hele tiden hva som skulle skje til enhver tid og passa på så det gikk bra da.» (D4)*

Kvinnene trodde det hadde vært en veldig annerledes opplevelse hvis det var en dårlig lege som utførte celleprøven. Spesielt hvis legen ikke hadde gitt informasjon om hva som skulle skje og hva som ble gjort under celleprøven.

*«Ja, det var jo det (skummelt). Men da hjalp det jo å ha på en måte at det var en flink person som gjorde det. Jeg tror at det hadde vært veldig annerledes hvis det var noe dårlig lege eller. Som ikke ga informasjon underveis eller ikke forklarte hva hun gjorde.» (D1)*

Blant annet opplevdes det som trygt å ha en fastlege som var vant med å ta celleprøve og har hatt mange pasienter som tidligere har gjort det samme. En av kvinnene fortalte at hun var veldig fornøyd med legen sin da hun er flink på gynekologiske undersøkelser, og fikk mange unge kvinner henvist til seg. Hvordan legen tilrettelegger har også mye å si for deltakerne slik at det blir så behagelig som mulig å ta celleprøven. Kvinnene gruet seg når de satt i gynekologstolen. De opplevde at de var i en sårbar posisjon når de satt der med spredte bein. Da hjalp det med en rolig og flink lege, som samtidig jobber for å gjøre situasjonen så behagelig som mulig. Blant annet opplevde en av deltakerne at gynekologstolen hos legen hennes var godt skjult, noe hun satt pris på:

*«Og hun er veldig rolig og flink. Og ja, gjør liksom ingenting kleint eller flaut eller noen ting sånn. Og, man må jo sette seg i en sånn gynekologstol. Men, den. Inne på kontoret hennes så er det veldig godt skjult føler jeg.» (D3)*

For å oppnå kontroll mente kvinnene at helsepersonellet som utfører celleprøven burde bli flinkere på å gi informasjon. Kvinnene så på det som spesielt viktig å få beskjed om hva som skjer under celleprøven, og noen ønsket mer informasjon under celleprøven enn det som var gitt. En av kvinnene opplevde at hun selv hadde kontroll på hvor hun kunne finne riktig informasjon, men at hun vet det er mange andre som ikke vet hvor de skal finne informasjon. På spørsmål om hva som var det viktigste for henne når hun deltok i livmorhalsprogrammet svarte hun:

*«Kontroll egentlig. Altså at jeg har. At jeg føler at det er under kontroll. Så derfor tenker jeg jo litt sånn at jeg tror nok at de som utfører celleprøvene bør bli flinkere på informasjonen. Både på en måte hva i forkant, hva som påvirker det og føler jo det der med at de ønsker liksom ikke å gå i detaljer på hva som kan ha gjort det, alle disse HPV-virusene, hva betyr det og. At det liksom. Sånn, for å si jeg føler jo at jeg har kontroll på hvor finner jeg riktig informasjon. Men, jeg vet jo at det er mange som ikke vet hvor de henter inn. Så jeg synes nok de burde bli flinkere på det. Med informasjon og ja trygge alle.» (D7)*

Det var ulikt om kvinnene opplevde informasjonen fra helsepersonellet som tilstrekkelig. God informasjon var for kvinnene nøye forklaringer på hva som ble gjort underveis i celleprøven. Det var spesielt viktig med grundig informasjon fra helsepersonell fordi

gynekologiske undersøkelser er ifølge kvinnene noe de fleste gjør sjeldent. Blant annet opplevde en av kvinnene at hun ikke visste hva som var normalt under en celleprøve og om det kom til å gjøre vondt. Når hun da fikk god informasjon fra legen opplevde hun det som betryggende. En annen deltaker fortalte at hun opplevde tilstrekkelig informasjon av legen, men samtidig visste hun ikke hvor ofte hun skulle ta celleprøven. Da fikk hun med en lapp fra legen. Hun fortalte videre at celleprøve var noe hun ikke visste om før hun fikk beskjed om å velge å ta eller ikke ta prøven.

#### 4.4.3 Tydelig informasjon fra helsepersonell gjør det lettere å vente på svar

Etter celleprøven ventet alle deltakerne på prøvesvar. Det varierte hvor lang tid de husket at de måtte vente på svar, men de fleste mente å ha ventet et par uker. Det var ulikt hvor mye deltakerne tenkte på prøveresultatene i etterkant av celleprøven. Flesteparten forventet at prøveresultatet skulle være negativt, da de ikke hadde noen grunn til å tro at de hadde celleforandringer. Samtidig var flere bekymret for at noe skulle være galt og at de skulle få påvist celleforandringer. Blant annet var det en deltaker som tenkte på det hele tiden frem til hun fikk svar: *«Ja, ja man blir veldig nervøs. Tenkte på det hele tiden helt til jeg fikk svar. Om det var noe feil eller.»* (D1). Derfor kunne det å vente på svar på celleprøven oppleves som skummelt, og flere fortalte at de ble nervøse i etterkant av prøven.

God informasjon fra legen viste seg å være viktig for å ikke bekymre seg så mye når de ventet på svar etter celleprøven. *«Man blir jo litt sånn gående å vente på svar. Så jeg tror det at fastlegen min var litt sånn tydelig på hvor lang tid jeg kunne forvente at det tok. Det var veldig fint.»* (D2). Som vist i dette sitatet opplevde kvinnene det som fint at fastlegen var tydelig og ga god informasjon. Dette gjaldt spesielt informasjon om hva de kunne forvente og hva som var normalt, spesielt hvis de begynte å blø etter testen. De ble da roligere av at legen fortalte de at dette var helt normalt. Videre var også informasjon om hvor lang tid kvinnene kunne forvente at det tok før de fikk svar på celleprøven sett på som viktig

#### 4.4.4 Et positivt prøvesvar gir behov for oppfølging

Seks av kvinnene fikk negativt svar på celleprøven, som tilsvarer en normal celleprøve. Det varierte hva kvinnene husket av oppfølging etter dette. Etter svar på celleprøven var det noen som fikk oppfølging, mens andre fortalte at de ikke fikk noe særlig informasjon. Det var varierende hva deltakerne husket angående oppfølging, noen husket ikke om de hadde fått noe oppfølging samtidig som andre husket godt hva de hadde fått. Deltakerne som ikke hadde celleforandringer opplevde ikke mye oppfølging i etterkant av celleprøven utenom svar på prøven. Kvinnene opplevde heller ikke noe behov for oppfølging i etterkant av celleprøven, da de ikke hadde celleforandringer. Samtidig fortalte deltakerne at de ville ha tatt kontakt med fastlegen om det var behov for mer oppfølging i etterkant av celleprøven:

*«Jeg har jo ikke fått noe oppfølging etter det. Men, det har jo heller ikke vært noe behov for det. Og, jeg har ikke hatt behov for det. Men, jeg tror at hvis jeg hadde hatt spørsmål, så tror jeg ikke jeg hadde, jeg hadde ikke nølt med å ta kontakt med fastlegen da for å spørre. Det tror jeg jeg ville gjort.»* (D2)



To av kvinnene fikk påvist alvorlige celleforandringer, og fikk dermed oppfølging. Kvinnene opplevde videre undersøkelse etter positivt svar på celleprøven som smertefullt. Celleprøven opplevdes som vesentlig mindre smertefull og grei i forhold til undersøkelsene ved videre oppfølging. En deltaker forteller om opplevelsen med å ta vevsprøve, og opplevde dette som mer ubehagelig enn celleprøven: «Den første prøven var jo helt, helt grei. Det var vel den på en måte utvidet, den biopsien, som, som var litt mer smertefull for å si det sånn. Men, men den vanlige gikk jo helt fint.» (D7). Hun fortalte at hun da fikk bedøvelse, samtidig som hun synes det var vondere og forteller at de klippet av en bit inni skjeden. I ettertid har hun ikke opplevd noen smerter.

Ved påviste celleforandringer opplevde kvinnene et stort behov for oppfølging i etterkant av celleprøven. Kvinnene fikk begge informasjon om at de hadde fått påvist celleforandringer i Helsenorge. En av kvinnene fortalte at hun satt pris på å få informasjon fra legen med svar på undersøkelsen, og at hun hadde blitt bekymret hvis hun ikke hadde hørt noe. Samtidig opplevde hun å få litt dårlig informasjon. Hun visste ikke hva det betydde at hun hadde fått påvist alvorlige celleforandringer og var usikker på hvor nære hun var å få kreft. Kvinnen opplevde det som vanskelig å vite hva en slik celleforandring ville si for framtiden hennes. Videre savnet hun informasjon om hvor mye som ble tatt under operasjonen og hvor stor sjanse det er for å hun får alvorlige celleforandringer igjen.

*«Det står her at jeg har alvorlig grad nummer tre. Men, hva betyr det liksom. Er det rett før jeg får kreft eller? Det var litt sånn der vanskelig å skjønne liksom hvor lå jeg i, i rute da på en måte og hva betyr det for framtida. Og det tenker jeg litt nå og, sånn jeg har ikke akkurat fått noe beskjed sånn hvor stor sjanse det er for at jeg på en måte får det igjen og. Og hvor mye de tok og ja. Så det, det er jo kanskje litt dårlig informasjon. Men, så kunne jeg jo sikkert spurt litt mer og da.» (D7).*

Etter å få beskjed om celleforandringene gjennom Helsenorge opplevde kvinnen det som noe forvirrende å ha fått denne informasjonen. Hun lurte på om det kunne være tilfeldig. Litt senere samme dag ringte legen hennes for å informere om at hun hadde celleforandringer, og hadde blitt henvist videre. Videre forteller kvinnen at hun helst skulle fått telefonen fra legen før hun fikk informasjonen på Helsenorge. Spesielt siden hun ikke visste hva det som stod der betydde. Hun så at det stod alvorlig celleforandring og hvilken grad, men visste ikke hva det betydde og lurte da på hva som skulle skje videre.

Kvinnene opplevde oppfølgingen etter påvist celleforandringer som grei. De fikk henvisning til videre undersøkelser av celleforandringene. Denne henvisningen ble sett på som noe positivt, da kvinnene slapp å gjøre dette selv. Videre opplevde en av kvinnene at overføring av informasjon fra tidligere undersøkelse var positivt slik at det ble god flyt i helsetjenesten. Nedenfor er utdrag fra et sitat hvor deltakeren snakket om oppfølging etter celleforandringer.

*«Altså, jeg synes jo at det var ganske grei oppfølging sånn sett etterpå. Det var jo bare dette med at jeg måtte bestille time eller hun hadde visst henvist meg til den kvinneklinikken på sykehuset. Og, det var veldig greit å slippe å gjøre noe*

*selv. At du slapp å bestille time på egenhånd og sånt.» (D3)*

I etterkant av konisering fortalte deltakerne at de fikk informasjon med svar på testen og en anbefaling om hva de skulle gjøre videre. En av kvinnene opplevde at ansvaret falt på hun selv etter dette og at man selv er ansvarlig for å følge opp dette videre. Kvinnene lærte en del av å få påvist celleforandringer selv. De satt seg mer inn i betydning en av det. Blant annet opplevde en av kvinnene at celleforandringer ikke er like komplisert som det virker å være, og at det ikke må bety at en står i fare for å få kreft.

## 5.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke kvinner mellom 25-29 år sine erfaringer i møte med livmorhalsprogrammet. Resultatene i denne studien viste hvilke faktorer som bidrar til at kvinner deltar i livmorhalsprogrammet og hvordan kvinner erfarer å delta i livmorhalsprogrammet. Faktorer som førte til deltakelse i livmorhalsprogrammet var god informasjon, blant annet gjennom brevet fra Kreftregisteret, helsepersonell, sosiale medier, venner og familie. Videre var redselen for å få kreft og tilgjengelighet viktige faktorer for deltakelse i livmorhalscreening. Erfaringene med celleprøven var svært preget av kommunikasjon med helsepersonell, hvor spesielt grundig informasjon ble verdsatt. Til slutt opplevde kvinnene som fikk påvist celleforandringer et stort behov for oppfølging. Resultatene viste at livmorhalsprogrammet i all hovedsak ble sett på som et positivt tiltak fra myndighetene, og kvinnene satt igjen med flest gode erfaringer, samtidig som kvinnene ønsket noen forbedringer.

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere funnene mine opp mot tidligere forskning. Først skal jeg diskutere hva som bidrar til at kvinner deltar i livmorhalsprogrammet, ved å se på hvor kvinner får informasjon om livmorhalsprogrammet fra og hvordan denne informasjonen påvirker de. Deretter vil jeg diskutere hvordan kvinnenes ønske om å ikke få kreft påvirker deltakelsen i screening, etterfulgt av viktigheten av tilgjengelighet for å bestille time til celleprøve. Videre diskuteres kvinnene sine erfaringer med celleprøven, hvor kvinnenes kommunikasjon med helsepersonell blir drøftet. Til slutt presenteres metodediskusjon hvor studiens reliabilitet, overførbarhet og validitet diskuteres.

### 5.1 Hva bidrar til at kvinner deltar i livmorhalsprogrammet?

#### 5.1.1 Invitasjon til livmorhalscreening

Når kvinner i Norge fyller 25 år får de et brev i posten med en påminnelse om å delta i Livmorhalsprogrammet (Kreftforeningen, u.å.). Kvinnene i denne studien fikk brevet gjennom posten, digipost eller begge deler. Samtidig var flere av kvinnene usikre på om de hadde fått brevet eller ikke husket hvor de hadde fått det. Etter at kvinnene har fått brevet fra Kreftregisteret må de selv bestille legetime (Kreftforeningen, u.å.). Dette brevet var ifølge kvinnene i denne studien viktig for deltakelse i livmorhalsprogrammet, spesielt siden kvinnene erfarte at det var lett å glemme å bestille time til celleprøve i en hektisk hverdag. Viktigheten av at kvinner får brev med invitasjon til livmorhalscreening for deltakelse i screening ser vi også i tidligere forskning (Forss et al., 2001; Ryan et al., 2019). I studien til Forss et al. (2001) opplevde kvinnene det som positivt å få brevet da det er en påminnelse til å ta celleprøve, og kvinnene ser en moral ved brevet som gjør de motivert til å delta. En av kvinnene i denne studien ventet med å bestille seg time til celleprøve, da hun ventet på brevet fra Kreftregisteret som kom senere enn hun forventet. Samtidig som brevet med invitasjon til celleprøve kan bidra til økt deltakelse i livmorhalscreening hjelper det ikke alle kvinner å huske å bestille time (Ryan et al., 2019).

I denne masterstudien ble innkalling til livmorhalsprogrammet etterspurt og en av kvinnene mente at innkalling til celleprøve fremfor en påminnelse vil kunne forbedre livmorhalsprogrammet. Studien til Lönnberg et al. (2016) viser at innkallelse til screening

øker deltakelsen i livmorhalsprogrammet sammenlignet med påminnelse til screening. Blant annet viser det seg at finske kommuner som benytter innkalling oppnår dobbelt så høy screeningdeltakelse etter den andre påminnelsen sammenlignet med kommuner som bruker invitasjon til screening (Lönnberg et al., 2016). Lönnberg et al. (2016) mener at en organisert og populasjonsbasert tilnærming til screening sannsynligvis vil inkludere elementer som senker terskelen for å delta og forbedrer rettferdig kreftforebygging. Samtidig er det viktig å ta i betraktning at kvinnene i studien til Lönnberg et al. (2016) ikke hadde tatt celleprøve tidligere, men hadde allerede fått en invitasjon til screening. Da dette ikke var første gang de fikk invitasjon til celleprøve er det mulig at innkalling ikke vil være like effektivt hos kvinner som får invitasjon for første gang. På bakgrunn av tidligere forskning og funn fra denne studien kan det være en idé å innføre innkalling til celleprøve i Norge for å øke deltakelsen i livmorhalsprogrammet.

Tilbudet av et screeningsprogram blir tolket som en anbefaling og kan ses på som dulting, noe Hofmann og Stanak (2018) stiller seg kritiske til. De mener at dulting kan ha negative konsekvenser hvis det ikke tar hensyn til behovene og preferansene til personer som deltar i screeningsprogram. Blant annet mener Hofmann og Stanak (2018) at det er viktig å se på hvor subtil dultingen er, og i hvilken grad folk opplever at dulting påvirker deres autonomi. Hvis folk føler seg dyttet til å ta bedre valg kan screening være mer hensiktsmessig. På en annen side blir bruken av dulting kritisert for å gå på bekostning av den indre motivasjonen for å delta i screening, som ofte er drevet av en forståelse rundt nytten av screening (Hofmann og Stanak, 2018). Dette kan ha vært tilfelle i denne studien, hvor flere av kvinnene deltok på grunn av invitasjonsbrevet og ikke var helt sikre på hvorfor de skulle ta celleprøve. Det kan være vanskelig å tilby screening på en objektiv eller nøytral måte som ikke påvirker folks valg (Hofmann og Stanak, 2018). Derfor vil det være viktig å se på hvordan vi kan informere og rekruttere til screening på en etisk god måte. På bakgrunn av stadig nye fremskritt innen teknologi må beslutningstakere innen folkehelse være oppdatert på kunnskapen som finnes på feltet og kontinuerlig justere screeningsprogrammene deres deretter, inkludert deres dulte strategi (Hofmann og Stanak, 2018).

### 5.1.2 Sosiale medier og individuell helsekompetanse

Resultatene fra denne studien viser at kvinnene først og fremst søkte helseinformasjon fra helsepersonell, venner og slektninger, og sosiale medier. Spesielt var informasjon fra helsepersonell betydningsfullt for at kvinnene skulle føle seg trygge og komfortable, også gjennom celleprøven. Disse funnene viser likhet med en studie fra USA (Cudjoe et al., 2021), som viser at helsepersonell, kvinnelige venner og internett var de kildene som kvinnene benyttet mest til helseinformasjon, etterfulgt av kvinnelige slektninger og sosiale medier. Samtidig er kvinnene i studien til Cudjoe et al. (2021) afrikanske immigranter, som vil si at de er i en annen situasjon og derfor kan ha nytte av andre kilder til informasjon enn kvinnene i denne masterstudien. Kvinnene opplevde at kunnskapen og kompetansen til helsepersonell gjorde dem til en mer troverdig kilde til helseinformasjon enn internett og personer i nettverket deres (Cudjoe et al., 2021). I denne masterstudien opplevde ikke kvinnene helsepersonell som like viktig for å delta i livmorhalsprogrammet, men heller for å føle seg trygg og informert under celleprøvetakingen.

Vi blir stadig eksponert for påstander og informasjon om kropp og helse av varierende kvalitet gjennom media, reklame og sosiale medier (Helsedirektoratet, 2021). Dette kan også sees i denne studien hvor kvinnene opplevde internettet som en viktig kilde hvor de tilegnet seg kunnskap om livmorhalsprogrammet. Ifølge Lyson et al. (2019) kan sosiale medier fremme bevissthet om livmorhalskreft, gjennom tilgjengelighet til helseinformasjon noe som gjør det mulig for brukere av å finne og dele nødvendig informasjon for å kunne ta helserelaterte beslutninger. Sosiale medier bidrar også til å koble mennesker sammen og øke kunnskap om personlige erfaringer rundt helsetemaer, slik som livmorhalskreft (Lyson et al., 2019). På bakgrunn av dette kan det tenkes at folkehelseorganisasjoner kan benytte sosiale medier som et effektivt verktøy for å øke bevisstheten om helseinformasjon. Samtidig som det kan være hensiktsmessig med informasjon gjennom sosiale medier er det også viktig å være kritisk til det man leser og ha evnen til å vurdere om informasjonen er riktig og relevant (Helsedirektoratet, 2021). Å øke kvinners helsekompetanse kan være første skritt mot å fremme livmorhalscreening og øke deltakelsen i screening (Galvin et al., 2021).

Det kan være vanskelig å navigere seg i mylderet av helseinformasjon fra ulike aktører med ulike interesser (Helsedirektoratet, 2021). På bakgrunn av dette blir også individets digitale helsekompetanse viktigere enn noen gang før. Dette gjelder blant annet å kunne søke opp, forstå og vurdere informasjon om livmorhalskreft og screening i sosiale medier (Helsedirektoratet, 2021). Ved å benytte sosiale medier for å øke bevisstheten rundt livmorhalsprogrammet vil det være viktig å velge riktig plattform for mest mulig effektiv helseforebygging (Park et al., 2020). Ifølge Lenoir et al. (2017) viser Twitter seg å være godt egnet for kampanjer. På en annen side var det ingen av kvinnene i denne masterstudien som nevnte Twitter som en kilde de brukte for å tilegne seg informasjon om livmorhalsprogrammet. Det kan tenkes at Twitter ikke er like populært å bruke i Norge eller blant denne aldersgruppen, og at det derfor ikke vil være hensiktsmessig å bruke denne plattformen for å fremme livmorhalsprogrammet som i andre land hvor Twitter benyttes i større grad. På en annen side forteller kvinnene i denne studien om andre plattformer de bruker for å tilegne seg informasjon, blant annet Facebook og Instagram. På disse plattformene får kvinnene informasjon om andre sine erfaringer og viktigheten av å delta i livmorhalsprogrammet. På bakgrunn av dette kan det diskuteres at det er ved bruk av disse plattformene vil kunne bidra til økt kunnskap om livmorhalsprogrammet.

### 5.1.3 Tillit til myndighetene

Ifølge Iyer et al. (2019) foretrekker kvinner å motta informasjon om screening fra kvalifiserte kilder, slik som Kreftregisteret. Dette kom også fram i studien min hvor kvinnene fortalte at de søkte opp informasjon på sider de opplevde som sikre, altså at de var til å stole på. Helsedirektoratet, FHI og NHI var kilder som kvinnene i denne masterstudien stolte på. Videre ser vi i tidligere forskning at de fleste nordmenn støtter Kreftregisterets rolle i gjennomføringen av Livmorhalsprogrammet. Flere foretrakk også å få informasjon fra Kreftregisteret fremfor fra fastlegen eller gynekologen (Iyer et al., 2019). Videre er Norge en velferdsstat, noe som flere nordmenn ser på som gunstig med tanke på livmorhalsprogrammet (Iyer et al., 2019). Høy tillit til livmorhalsprogrammet kan forklare hvorfor kvinner overvurderer risikoen for livmorhalskreft og deres intensjoner om å følge anbefalingene (Iyer et al., 2019). Samtidig ser vi i denne masterstudien at ikke alle kvinnene ønsket eller hadde en intensjon om å følge

anbefalingene fra myndighetene. Blant annet sjekket de to kvinnene som fikk påvist celleforandringer seg oftere enn anbefalt. Det ble også ytret et ønske om å starte med screening i en tidligere alder, eller at det hvert fall skulle være akseptert å ta celleprøve før fylte 25 år. I forhold til det vi ser i tidligere forskning kan det tyde på at tilliten til myndighetene blir svekket ved påviste celleforandringer, da det er bekymringer for egen helse (Iyer et al., 2019).

På bakgrunn av at flesteparten av nordmenn har høy tillit til myndighetene er det viktig at informasjonen som blir gitt er tydelig og korrekt (Iyer et al., 2019). Blant annet opplevde en av kvinnene i denne masterstudien at hun ville følge rådet til myndighetene, men hun trodde det var hvert femte år istedenfor hvert tredje år. Det kan tenkes at slik misforståelse kan føre til usikkerhet da hun selv hadde hørt ulike anbefalinger, hvor hun opplevde at vennene anbefalte tre år mens myndighetene anbefalte fem år mellom hver celleprøve. På bakgrunn av dette vil det være viktig at myndighetene er tydelig på hvor det finnes informasjon om anbefalingene for å unngå misforståelser.

#### 5.1.4 Ønsket om å ikke få kreft

Den største motivasjonen for å delta i livmorhalsprogrammet har vist seg både i denne studien og i tidligere forskning å være et stort ønske om å ikke få livmorhalskreft (Forss et al., 2001; Wilding et al., 2020; Chorley et al., 2017; Arabaci & Ozsoy, 2012). I studien til Wilding et al. (2020) er frykten for kreft en stor motivasjon for at kvinner oppdager mulige celleforandringer eller kreft på et tidlig stadium. Samtidig var kvinnene i denne studien opptatt av å gjøre det de kunne for å forebygge kreft eller å oppdage det tidlig, spesielt siden redsel for å kreft var en viktig og gjentakende faktor for at kvinnene tok celleprøve. Forss et al. (2001) viser også at kvinner ser på det som viktig å få bekreftelse fra legen om at de ikke har livmorhalskreft. Blant annet kunne dette også bli sett i denne masterstudien hvor flere kvinner ønsket å ta celleprøve tidligere og oftere enn anbefalt for å være på den sikre siden. Ifølge Chorley et al. (2017) kunne et negativt svar på celleprøven oppleves som trygt og beroligende. På bakgrunn av at kvinner blir beroliget av et negativt prøvesvar kan det tenkes at det er en av grunnene til at noen kvinner ønsker å teste seg oftere eller tidligere enn anbefalt fra myndighetene.

#### 5.1.5 Tilgjengelighet

Livmorhalsprogrammet ble sett på som lett å delta i blant kvinnene i denne studien, og ble beskrevet som mindre krevende enn for eksempel blodgivning. Flere av kvinnene opplevde tilgjengelighet som viktig for deltakelse i livmorhalsprogrammet, spesielt at det var lett å bestille time. Dette bidrar til å gjøre livmorhalsscreening mer tilgjengelig. At tilgjengeligheten øker deltakelse i livmorhalsscreening har man også sett i studien til Waller et al. (2011). Møen et al. (2017) viser at høyere inntekt var en faktor som bidro positivt til deltakelse i livmorhalsscreening. Dette stemmer overens med resultatene fra denne masterstudien da flere av kvinnene gikk eller hadde gått høyere utdanning, samtidig som ingen av kvinnene stod utenfor skole eller arbeidslivet. Hvis man ønsker å øke deltakelsen i livmorhalsscreening ser jeg de som viktig å gjøre screening så tilgjengelig som mulig ved at det blir lett å delta i programmet.

Samtidig som kvinner ønsker å delta i livmorhalsscreening, føler flere seg hindret av praktiske barrierer (Chorley et al., 2017; Waller et al., 2011; Wilding et al., 2020). Disse barrierene er ofte knyttet til kvinnene sin livssituasjon og ressurser de har tilgjengelig.

Screening krever bruk av tid og konkurrerer med daglige oppgaver som arbeid og barnepass, noe som blir prioritert høyere (Waller et al., 2011). Waller et al. (2011) påpeker at spesielt yngre kvinner er opptatt og dermed ikke har tid til å ta celleprøve. Kvinnene i denne studien opplevde også tid som en utfordring i en hektisk hverdag, men de fant tid til å delta da celleprøven var noe de prioriterte. I studiene til Waller et al. (2011) og Wilding et al. (2020) var arbeid en barriere for deltakelse, da de måtte ta fri fra jobben for å delta. Wilding et al. (2020) nevner at dette kan gjelde England spesielt da det er vanskelig å få til screening utenom jobb. Ifølge studien til Waller et al. (2011) kan utvidete åpningstider bidra til økt deltakelse i livmorhalsprogrammet, da flere kvinner kan screene seg utenom arbeidstiden. På bakgrunn av at tid og arbeid ikke var en vesentlig barriere for kvinnene i denne studien kan det tenkes at det er lettere å få fri fra jobb i Norge enn i England for å benytte seg av helsetjenester. Samtidig var fire av deltakerne i denne masterstudien studenter, noe som ofte gir mer fleksibilitet i hverdagen. Å ha barn var også å være en barriere for å delta i screening for kvinner (Waller et al., 2011; Wilding et al., 2020). Samtidig kom det fram i studien til Waller et al. (2011) at andre mener kvinner oftere besøker fastlegen og dermed har større sjanse for å screene seg. I denne studien kom det fram under datainnsamlingen at to av kvinnene hadde barn. En av kvinnene med barn opplevde at hun ikke kunne delta i screening ved invitasjon fra livmorhalsprogrammet, men hun fikk gjort dette ved en sjekk etter graviditeten. På bakgrunn av dette kan det å ha barn bli sett på som både en barriere for å delta i livmorhalsprogrammet, samtidig som det kan føre til at flere sjekker seg.

## 5.2 Erfaringer med å delta i livmorhalsprogrammet

### 5.2.1 Kommunikasjon med helsepersonell

I denne studien var helsepersonell en viktig del av kvinnenes opplevelse av livmorhalsprogrammet, blant annet ved å gi god informasjon. Kvinnene i denne studien opplevde at de fikk god informasjon fra helsepersonell under celleprøven, noe som var betryggende og beroligende for kvinnene. Dette ser vi også i Chorley et al. (2017) sin studie hvor kvinners opplevelse av screening ofte ble formet av kvaliteten på deres samhandling med helsepersonell som utførte celleprøven. Kvinner uttrykte ønske om forklaring om celleprøvetakingen etterhvert som den gjennomføres og muligheten til å stille spørsmål (Chorley et al., 2017). Ifølge kvinnene i denne studien gikk det å få god informasjon ut på å få nøye forklaringer på hva som blir gjort under celleprøvetakingen. Flere av kvinnene i denne studien foretok sjeldent gynekologiske undersøkelser og visste ikke hva de kunne forvente, noe som var en av grunnene til at de ønsket grundig informasjon fra helsepersonell. Studien Arabaci & Ozsoy (2012) viser at tilstrekkelig informasjon under celleprøven viktig for at kvinnene skulle få en god erfaring av celleprøven.

Samtidig som flere opplevde positive møter med helsepersonell, er det en del kvinner som rapporterer om negative møter (Chorley et al., 2017). Ifølge Chorley et al. (2017) så dårlig kommunikasjon med helsepersonell ut til å forverre tapet av kontroll som noen kvinner opplevde ved screening. I denne masterstudien var det få som hadde en dårlig opplevelse av møtet med helsepersonell under celleprøvetakingen. Samtidig nevnte kvinnene at opplevelsen under prøvetakingen kunne vært annerledes hvis det var en mindre dyktig lege som utførte celleprøven. På bakgrunn av dette kan det tenkes at opplevelsen i stor grad blir påvirket av samhandlingen med helsepersonell og at god

samhandling kan føre til at kvinner fortsetter å delta i livmorhalsprogrammet. Blant annet viser studien til Møen et al. (2017) at å ha en kvinnelig fastlege var en positiv faktor for deltakelse i livmorhalscreening. Kvinnelige helsepersonell ville ifølge studien til Chorley et al. (2017) ha større sannsynlighet for å være mer sympatiske for kvinnelige helseproblemer, spesielt hvis de selv har tatt celleprøve. Et ønske om kvinnelig helsepersonell fantes også i denne masterstudien, da de foretrakk en kvinnelig lege eller gynekolog fremfor en mann. Blant annet tok en av kvinnene celleprøven hos en gynekolog da hun hadde en mannlig fastlege. Samtidig kom det ikke fram hva som var grunnen til at kvinnene i studien ønsket kvinnelig helsepersonell. Sett opp imot tidligere forskning (Møen et al., 2017; Chorley et al., 2017) kan det derimot tenkes at det var viktig for kvinnene i studien min at helsepersonellet som foretok celleprøven kunne relatere til kvinnelige helseutfordringer.

### 5.3 Metodediskusjon – styrker og svakheter ved studien

Validitet, reliabilitet og overførbarhet er viktige begreper innen forskning og beskrives som regel studiens troverdighet, styrke og overførbarhet (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 272). For å styrke kvaliteten på studien min har jeg reflektert over de metodiske valgene som jeg har gjort. I dette delkapittelet skal jeg se på styrker og svakheter ved studien min med utgangspunkt i validitet, reliabilitet og overførbarhet. Kvale og Brinkmann (2021) skriver om reliabilitet og validitet i intervjuforskningen, og har valgt å benytte begrepene gyldighet og pålitelighet (s. 275). Da jeg tar utgangspunkt i Kvale og Brinkmann (2021) for å diskutere styrker og svakheter ved studien vil begrepene gyldighet og pålitelighet bli brukt gjennom dette delkapittelet (s. 275).

#### 5.3.1 Gyldighet

Kvale og Brinkmann (2021) forklarer gyldighet, også kalt validitet, som i hvilken grad forskningsprosjektet svarer på studiens problemstilling (s.272). For å svare på forskningsspørsmålet i denne studien har jeg ansett kvalitativ forskningsmetode som mest hensiktsmessig, da jeg var ute etter hvilke erfaringer kvinnene har hatt. Semistrukturert intervju kan også være styrkende for studien da det i fokusgruppeintervju kan være vanskeligere å snakke om personlige erfaringer, spesielt innenfor helse. At metoden er godt egnet til studien vurderer jeg som styrkende for studiens gyldighet. Gyldighet bør kontrolleres gjennom alle stadier i en forskningsstudie, og allerede ved tematisering (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 278). Studiens gyldighet bygger blant annet på den teoretiske bakgrunnen for forskningsspørsmålet. For å styrke oppgavens gyldighet har jeg tatt utgangspunkt i teori om livmorhalskreft, livmorhalscreening, Livmorhalsprogrammet og vist deres sammenheng med folkehelse. Videre har jeg sammenlignet og begrunnet mine funn med tidligere forskning. Denne sammenligningen har blitt gjort for å vise hva som allerede finnes på forskningsfeltet, hvorfor akkurat dette forskningsspørsmålet er relevant og hvordan det kan knyttes opp mot kunnskap i bakgrunnen og mine funn.

Som forsker er det ifølge Kvale og Brinkmann (2021) viktig å forstå hvilke fordommer man har og skrive om dem i forskningsprosjektet hvis det er nødvendig. For å styrke studiens validitet har jeg skrevet om min forforståelse i metodekapittelet, hvor jeg også har skrevet om hvilke fordommer jeg hadde. Samtidig egner kvalitative intervjuer seg godt for å gi informantene mulighet til å protestere mot forutsetningene for forskerens



spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2021, s.275). Gyldighet under intervjuene handler også om forskerens troverdighet og kvaliteten på intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 278). Et intervju av god kvalitet bør ha en omfattende utspørring om meningen bak det som blir sagt, i tillegg til kontinuerlig kontroll av at det informantene sier blir oppfattet riktig.

Videre stiller Kvale og Brinkmann (2021) spørsmål til om kunnskap som er produsert ved bruk av intervju kan være objektiv. Objektivitet blir av Kvale og Brinkmann (2021) definert som «pålitelig kunnskap som er etterprøvable og kontrollert, upåvirket av personlige holdninger og fordommer» (s.273). Objektivitet som forsker kan også innebære å la objektet snakke og forholde seg adekvat til den eller det som undersøkes (s.273). For å styrke studiens gyldighet forsøkte jeg under intervjuene i denne masterstudien å være en god lytter da informantene snakket, ved å ikke avbryte de og vise interesse med bruk av kroppsspråket mitt. Samtidig forsøkte jeg å skape en avslappet og åpen samtale, hvor informantene følte seg velkomne og verdsatte. Blant annet startet jeg med å fortelle informantene at ingen svar er feil og at jeg setter pris på å høre deres egne erfaringer.

### 5.3.2 Pålitelighet

Kvale og Brinkmann (2021) forklarer pålitelighet, også kalt reliabilitet, som forskningsresultatens konsistens og troverdighet (s. 276). Pålitelighet handler om i hvilken grad forskningsresultatene kan reproduseres i ettertid og føre til at andre forskere får de samme resultatene. Blant annet undersøker det om informantene ville hatt samme svar i andre intervjuer om det hadde vært en annen forsker. Til tross for en intervjuguide som kan brukes igjen vil ulike personer også gi ulike svar. Det vil være vanskelig å sikre likhet i intervjuer da et intervju blir påvirket av ikke bare informanten, men også intervjueren. For å sikre reliabilitet i studien har jeg sørget for å beskrive datainnsamlingen nøye. Videre har jeg prøvd å unngå ledende spørsmål under datainnsamlingen da det kan påvirke resultatene og true studiens reliabilitet (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 276). Ledende spørsmål kan påvirke resultatene ved at informantene svarer det de tror jeg ønsker å høre. Videre ønsket jeg å tydeliggjøre at ingen svar er feil og understreket derfor at alle erfaringer blir satt pris på og det er de selv som sitter på fasiten på sine erfaringer. Jeg forsøkte også å gi informantene god tid til å tenke før de svarte og hastet derfor ikke med å omformulere eller gå videre til neste spørsmål. Dette var noe jeg først opplevde som ukomfortabelt da det kunne bli lange pauser, men jeg vil se på det som styrkende for studiens reliabilitet.

Samtidig som det er ønskelig med høy pålitelighet i studien for å motvirke subjektivitet, kan for mye fokus på pålitelighet hindre kreativitet og variasjon (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 276). Kreativitet og variasjon kommer ifølge Kvale og Brinkmann (2021) bedre frem når forskere følger sin egen intervjustil, hvor det er mulig å improvisere underveis og komme med oppfølgingsspørsmål (s. 276). I denne studien tenkte jeg på forhånd ut mulige oppfølgingsspørsmål, som jeg også har skrevet inn i intervjuguiden (vedlegg 3). Samtidig lærte jeg mer om hvilke oppfølgingsspørsmål jeg kunne benytte etterhvert som jeg hadde flere intervju. Disse oppfølgingsspørsmålene som ble stilt, ser jeg på som en styrke ved studien da de gir et bedre innblikk i meningen bak deltakernes erfaringer. På en annen side merket jeg etter å ha gjennomført intervjuene og ved gjennomgang av datamateriale at jeg med fordel kunne ha stilt flere oppfølgingsspørsmål, som kan være

en mulig svakhet i denne studien. Ved å stille flere oppfølgingsspørsmål ville jeg kunne fått en dypere forståelse av erfaringene til kvinnene og muligens fått en oppklaring i noe av det kvinnene har sagt. Fordelen som flere oppfølgingsspørsmål kunne gitt meg merket jeg spesielt da deltakerne hadde blitt feilinformert eller husket feil, da det hadde vært fint å få en oppklaring i hvor denne informasjonen kom fra.

Det ble benyttet strategisk rekruttering av deltakere til denne studien. Deltakerne deltok i livmorhalsprogrammet og var innenfor en viss aldersgruppe. Ved rekruttering av deltakere til studien opplevde jeg noen utfordringer med å få tak i deltakere. Dette førte til at jeg utvidet aldersgruppen fra 1995-1997 til kvinner født i 1995-1992. Dette gjorde at jeg gikk bort i fra kun kvinner som hadde fått sin første innkallelse til livmorhalsprogrammet. Istedenfor ble det kvinner i en alder hvor det var registrert lavere deltakelse enn i andre aldersgrupper. På grunn av begrenset tid på masteroppgaven kunne jeg ikke bruke lenger tid på å få tak i deltakere, og det ble åtte deltakere som en følge av tiden, ikke en metning. Dette vil jeg se på som en mulig svakhet ved denne studien.

I denne studien var det kun kvinner som hadde deltatt i livmorhalsprogrammet som ble inkludert. På bakgrunn av dette kunne funnene i studien blitt annerledes hvis kvinner som ikke har deltatt i livmorhalsprogrammet ble inkludert. Deltakerne meldte seg frivillig opp til denne studien, og det kan derfor diskuteres at de har andre erfaringer med livmorhalsprogrammet enn kvinner som ikke ønsket å delta i studien. Det kan være de har sterke meninger om dette som de gjerne ville få frem eller er mer positiv til livmorhalsprogrammet enn resten av befolkningen. Alle deltakerne har utdanning, og minst fem av de studerer eller har studert en master. Flesteparten har derfor høy utdannelse, noe som kan gjøre at de har større tilgang på ressurser slik som informasjon og har høyere helsekompetanse. Videre studerte og jobbet tre av deltakerne innen helse, noe som kan tyde på at de er mer informerte og interesserte enn de som ikke har tilknytning til helsesektoren.

### 5.3.3 Overførbarhet

Overførbarhet handler om at studien også er gjeldene på andre områder og i andre settinger (Kvale og Brinkmann, 2021). Kvalitative intervju har få informanter og det kan dermed stilles spørsmål ved om det kan være generaliserbart. Denne studien er fra Norge og siden ikke alle land har likt helsesystem vil den ikke være så generaliserbar til andre land, utenom de med tilnærmede like helsesystemer. Derimot vil det kunne være overførbart i den grad andre land har screeningprogram, da mange av opplevelsene vil være noe flere kvinner kan kjenne seg igjen i. Kvinnene i denne studien har ulik bakgrunn, men alle har studert eller studerer, noe som gjør gruppen mer homogen. Det kan derfor være vanskelig å si om utdanningsnivå kan påvirke hvilke resultater denne studien ville fått. På en annen side anser jeg denne studien som generaliserbar for andre kvinner som deltar i livmorhalsprogrammet i Norge da deltakerne i denne studien er et utvalg fra ulike steder i Norge, noe som viser at funnene ikke bare er relevante for Trondheim. Kvinnene i denne studien var mellom 25-29 år og er derfor i den yngste aldersgruppen av de som blir innkalt til livmorhalssscreening. At det er denne aldersgruppen som blir benyttet kan påvirke generaliserbarheten til eldre kvinner som deltar i livmorhalsprogrammet, blant annet ved at færre har født barn og kanskje ikke har startet en familie enda. Samtidig kan det også ha betydning for erfaringer med

sosiale medier, da det kan være skiller mellom hvilke sosiale plattformer som blir brukt av yngre versus eldre kvinner.

## 6.0 Konklusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hva som bidrar til at kvinner mellom 25-29 år deltar, og hvordan de erfarer å delta i livmorhalsprogrammet. Tidligere forskning viser at det er mye som spiller inn på kvinner sin deltakelse i livmorhalsprogrammet. Spesielt er informasjon og kunnskap om livmorhalsprogrammet viktig for at kvinner skal delta og ha gode erfaringer med programmet. Dette gjelder blant annet informasjon fra helsepersonell, sosiale medier, venner og slektning og statlige organisasjoner slik som Kreftregisteret, Helsedirektoratet og FHI. Samtidig som kvinnene i denne studien opplevde tilstrekkelig informasjon om livmorhalsprogrammet på flere områder, forteller de om et behov for ytterligere informasjon, spesielt for de kvinnene som ikke finner så mye informasjon på egenhånd. Kvinnene opplevde celleprøven som enkel og lite tidskrevende. Spesielt kommunikasjon med helsepersonell var en viktig del av deres erfaringer med programmet. Tydelig og grundig informasjon, tillit og tilrettelegging bidro til at kvinnene følte en viss kontroll over situasjonen og hadde positive erfaringer med celleprøven. Til tross for at Norge er en velferdsstat der flestparten av nordmenn har høy tillit til myndighetene, var det flere av kvinnene i denne studien som ikke fulgte anbefalingene fra livmorhalsprogrammet. Blant annet gjaldt det ønsket om å starte livmorhalscreening før dagens nedre screeningalder på 25 år for å kunne oppdage livmorhalskreft enda tidligere. Samlet sett har denne studien bidratt til ytterligere forskning på feltet, samtidig som den har støttet opp under funn fra tidligere forskning.

### 6.1 Videre forskning

I denne studien kom det fram at kvinnene tilegnet seg en god del informasjon om livmorhalsprogrammet gjennom sosiale medier og at det var en faktor som bidrar til økt deltakelse i livmorhalscreening. Samtidig reflekterte de lite over hvordan de avgjorde om denne informasjonen var riktig eller feil. På bakgrunn av dette kunne det vært interessant å undersøke hvordan kvinner opplever kildekritikk av informasjon om livmorhalsprogrammet på nettet. Dette kan være viktig for å øke kunnskapen om individets helsekompetanse i møte med helseinformasjon på nettet. Deretter kan det være mulig å øke kunnskapen om livmorhalsprogrammet, slik at flere kvinner kan ta informerte valg om å delta eller ikke delta i screening. Videre har denne masteroppgaven så vidt vært innom tanker rundt HPV-vaksinen og livmorhalscreening. Derfor vil det være interessant å undersøke hvordan kvinner som er HPV-vaksinert ser på nødvendigheten av screening. I denne masterstudien var kommunikasjon og informasjon fra helsepersonell viktig under celleprøve, men vi får ikke vite noe om helsepersonellet sine tanker rundt deres rolle ved celleprøvetaking. På bakgrunn av den sentrale rollen helsepersonell har under celleprøven for kvinner i denne studien vil det være interessant og undersøke hvordan helsepersonell i Norge ser på sin rolle ved prøvetaking og i å øke deltakelsen i livmorhalscreening.

## 7.0 Referanser

- Aasbø, G., Solbrække, K.N., Waller, J., Tropé, A., Nygård, M. & Hansen, B.T. (2019). Perspectives of non-attenders for cervical cancer screening in Norway: a qualitative focus group study. *BMJ Open*, 9(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029505>
- 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>
- Baccolini, V., Isonne, C., Salerno, C., Giffi, M., Migliara, G., Mazzali, E., Turatto, F., Sinopoli, A., Rosso, A., De Vito, C., Marzuillo, C. & Villari, P. (2022). The association between adherence to cancer screening programs and health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Elsevier*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743521005004?via%3Dihub>
- Bennett, K, F., Waller, J., Ryan, M., Bailey, J, V., & Marlow, L, A, V. The psychosexual impact of testing positive for high-risk cervical human papillomavirus (HPV): A systematic review. *Psychooncology*, 28(10), 1959-1970. [10.1002/pon.5198](https://doi.org/10.1002/pon.5198)
- 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–E20. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181f70f83>
- Blomberg, T, C., Ternstedt, B.-M., Törnberg, S., Levál, A., & Widmark, C. (2011). How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in Stockholm, Sweden. *Acta Oncologica*, 50(1), 112–120. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.528790>
- Bowyer, H, L., Marlow, L, A., Hibbitts, S., Pollock, K, G., & Waller, J. (2012). Knowledge and awareness of HPV and the HPV vaccine among young women in the first routinely vaccinated cohort in England. *Vaccine*. 4;31(7), 1051-6. [10.1016/j.vaccine.2012.12.038](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.12.038)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Chan, C, K., Aimagambetova, G., Ukybassova, T., Kongrtay, K. & Azizan, A. (2019). Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer: Epidemiology, Screening, and Vaccination-Review of Current Perspectives. *Journal of Oncology*, 2019. [10.1155/2019/3257939](https://doi.org/10.1155/2019/3257939)
- 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>
- Cudjoe, J., Gallo, J. J., Sharps, P., Budhathoki, C., Roter, D & Han, H. (2021). The Role of Sources and Types of Health Information in Shaping Health Literacy in Cervical Cancer Screening Among African Immigrant Women: A Mixed-Methods Study. *Health Literacy Research and Practice*, 5(2), 96-108. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34251922/>
- Engesæter, B., Groeneveld, L. F., Skare, G. B., & Tropé, A. (Mai, 2022). *Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet (Årsrapport 2020)*. Kreftregisteret. [https://www.kreftregisteret.no/globalassets/livmorhalsprogrammet/rapporter/arsrapport-lp/arsrapport2020\\_final.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/livmorhalsprogrammet/rapporter/arsrapport-lp/arsrapport2020_final.pdf)
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (Sixth edition.). SAGE.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- 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://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11180579/>
- Galvin, A. M., Garg, A., Matthes, S. & Thompson, E. L. (2021). Utilizing a Multidimensional Health Literacy Framework to Assess Cervical Cancer Screening Nonadherence. *Health Education & Behavior*. 48(5), 710-718. <https://doi.org/10.1177/10901981211001851>
- Gray, N. M., Sharp, L., Cotton, S. C., Masson, L. F., Little, J., Walker, L. G., Avis, M., Philips, Z., Russell, I., Whynes, D., Cruickshank, M. & Woolley, C. M. Psychological effects of a low-grade abnormal cervical smear test result: anxiety and associated factors. *British Journal of Cancer*, 94(9):1253-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16622462/>
- Helsedirektoratet. (2014, 27. november). *Screeningprogram for kreft*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/screeningprogram-for-kreft#:~:text=Programmet%20anbefaler%20kvinner%20mellom%2025,i%20aldren%2025%2D69%20%C3%A5r>.
- Helsedirektoratet. (2021, 20.januar). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling>

[g.pdf/ /attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf)

Helsedirektoratet. (2018b). *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20\(NCD\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf) /attachment/inline/fdeec3bc-0b2f-4370-9ed64dcbcd8dbe35:4b883ef837ea70e2dfd217c287163f2d1bc0d1b3/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2020-12-04-133). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helsenorge. (2022, 27.mai). *Vaksine mot HPV* (humant papillomavirus). <https://www.helsenorge.no/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/hpv-vaksine/>

Hofmann, B. & Stanak, M. (2018). Nudging in screening: Literature review and ethical guidance. *Patient Education and Counseling*, 101 (9). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399118301253?via%3Dihub#section-cited-by>

Iyer, A, L., Bundorf, M, K., Gyrd-Hansen, D., Goldhaber-Fiebert, J, D., Cyr, P, R. & Kristiansen, I, S. (2019). How does information on the harms and benefits of cervical cancer screening alter the intention to be screened?: a randomized survey of Norwegian women. *Eur J Cancer Prev*, 28(2), 87-95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29595751/>

Korda, H. & Itani, Z. (2013). Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change. *Health Promotion Practice*, 14(1), 15-23. [10.1177/1524839911405850](https://doi.org/10.1177/1524839911405850)

Kreftforeningen. (2022, 20. september). *Livmorhalskreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>

Kreftforeningen. (u.å). *Livmorhalsprogrammet – screening mot livmorhalskreft*. <https://kreftforeningen.no/forebygging/screening-og-masseundersokelser/livmorhalsprogrammet/>

Kreftregisteret (2023, 7.februar). *Fordeler og ulemper ved screening*. <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Fordeler-og-ulemper-ved-screening1/>

Kreftregisteret. (2023, 10.mai). *Livmorhalskreft*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>

- Kreftregisteret. (u.å). *Hva er HPV?*.  
<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/oftestiltsporsmal/HPV1/#:~:text=HPV%20er%20den%20vanligste%20seksuelt,ufarlige%20og%20gir%20ingen%20symptomer.>
- Kreftregisteret. (2022, 21. juni). *Livmorhalskreft*.  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Gyldendal.
- Kyounghae, K. & Hae-Ra, H. (2015). Potential links between health literacy and cervical cancer screening behaviors: a systematic review. *Psychooncology*, 25(2).  
<https://doi.org/10.1002/pon.3883>
- Lenoir, P., Moulahi, B., Azé, J., Bringay, S., Mercier, G. & Carbonnel, F. (2017). Raising Awareness About Cervical Cancer Using Twitter: Content Analysis of the 2015 #SmearForSmear Campaign. *J Med Internet Res*, 16;19(10).  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29038096/>
- Lyson, C, H., Le, G, M., Zhang, J., Rivadeneira, N., Lyles, C., Radcliffe, K., Pasick, R, J., Sawaya, G., Sarkar, U & Centola, D. (2019). Social Media as a Tool to Promote Health Awareness: Results from an Online Cervical Cancer Prevention Study. *Journal of Cancer Education*, 34(2019), 819-822.  
<https://doi.org/10.1007/s13187-018-1379-8>
- Lönnerberg, S., Andreassen, T., Engesæter, B., Lilleng, R., Kleven, C., Skare, A., Johansson, K., Fredheim, C, S. & Tropé, A. (2016). Impact of scheduled appointments on cervical screening participation in Norway: a randomised intervention. *BMJ Open*, 6. [10.1136/bmjopen-2016-013728](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013728)
- Mæland, J, G. (2021). *Forebyggende helsearbeid* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Møen, K, A., Terragni, L., Kumar, B. & Diaz, E. (2017). Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study. *Eur J Cancer Prev*, 26(6), 521-527.  
<https://doi.org/10.1097%2FCEJ.0000000000000311>
- NHI. (2021, 15. september). *Livmorhalskreft*.  
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorhalskreft/?page=1>
- NHI. (2023, 3. januar). *Livmorhalskreft*.  
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorhalskreft/?page=1>
- Nylenna, M. (2017, 19. januar). *Nudging på norsk: dulting*. Tidsskriftet: Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2017/01/sprakspalten/nudging-pa-norsk-dulting>



Sikt. (u.å.). *Forskningsdata*. <https://sikt.no/omrade/forskningsdata>

Park, H, G., Kim, Y., Huh, W, K. & Bae, S. (2020). The association between social media use for health related information and compliance with breast and cervical cancer screenings. *Res Rep (Montgomery, Ala.)*, 4, 1-14.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8281882/>

Petersen, G, B., Damhus, C, S., Jønsson, A, B, R. & Brodersen, J. (2020). The perception gap: how the benefits and harms of cervical cancer screening are understood in information material focusing on informed choice. *HealthR, Risk & Society*, 22(2), 177-196. <https://doi.org/10.1080/13698575.2020.1778645>

Plackett, R., Kaushal, A., Kassianos, A., Cross, A., Lewins, D., Sheringham, J., Waller, J. & Wagner, C, V. Use of Social Media to Promote Cancer Screening and Early Diagnosis: Scoping Review. *J Med Internet Res*, 9;22(11).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33164907/>

Ryan, M., Waller, J. & Marlow, L, A, V. (2019). Could changing invitation and booking processes help women translate their cervical screening intentions into action? A population-based survey of women 's preferences in Great Britain. *BMJ Open*, 9(7). [10.1136/bmjopen-2018-028134](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028134)

Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.

<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

Waller, J., Jackowska, M., Marlow, L. & Wardle, J. (2011). Exploring age differences in reasons for nonattendance for cervical screening: a qualitative study. *An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119, 26-32.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21668764/>

WHO. (2022, 17.November). *#TealTalk: Cervical cancer elimination day of action*.

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/cervical-cancer/social-media-toolkit-cervical-cancer-day-2022.pdf?sfvrsn=c73cf725\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/cervical-cancer/social-media-toolkit-cervical-cancer-day-2022.pdf?sfvrsn=c73cf725_5&download=true)

WHO. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

Wilding, S., Wighton, S., Halligan, D., West, R., Conner, M., & O'Connor, D, B. (2020) What factors are most influential in increasing cervical cancer screening attendance? An online study of UK-based women. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1):314-328.

<https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1798239>

## Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide

# Vedlegg 1:



[Meldeskjema](#) / [Livmorhalscreening: hvilke holdninger har unge kvinner som er første...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

379161

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

10.08.2022

**Prosjekttittel**

Livmorhalscreening: hvilke holdninger har unge kvinner som er førstegangsdeltakere til livmorhalscreening?

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

**Prosjektansvarlig**

Marit Solbjør

**Student**

Iren Harstad

**Prosjektperiode**

01.08.2022 - 01.09.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

Særlige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.09.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 1.9.2023.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Lasse Raas

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 2:

### **Vil du delta i forskningsprosjektet ” Hvilke erfaringer har unge kvinner som er førstegangsdeltakere i livmorhalsprogrammet”?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke unge kvinner sine erfaringer med deltakelse i HPV-programmet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

I dette prosjektet vil vi undersøke hvordan unge kvinner som er født mellom 1992 - 1997 erfarer det å delta i screeningprogrammet for livmorhalskreft. Dette prosjektet er en masteroppgave på master i folkehelse, NTNU.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta i prosjektet fordi du er en kvinne født mellom 1992 og 1997 som har deltatt i livmorhalsprogrammet. Forskerne har ikke opplysninger om deg før du melder deg til prosjektet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltakelse i forskningsprosjektet innebærer å delta i et forskningsintervju som vil vare i rundt en time. Et forskningsintervju er en samtale der forsker/masterstudent stiller deg spørsmål om dine erfaringer med og meninger om livmorhalsprogrammet. Du vil blant annet få spørsmål om hvordan du opplevde selve livmorhalsundersøkelsen og hva som gjorde at du tok undersøkelsen første gang. Opplysningene vil samles inn gjennom lydopptak.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet, så fremt de ikke er anonymisert og inngår i analyser. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Vi vil ikke dele din informasjon med andre. Det er bare masterstudent Iren Harstad og veileder Marit Solbjør som har tilgang til informasjonen. For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene skal navnelisten oppbevares på et helt annet sted enn øvrig data. Datamaterialet lagres i den sikre lagringsløsningen NICE-1 for å sikre lagring av materialet. Lydopptak fra intervjuet og listen med deltakernes navn vil bli slettet når masterprosjektet er avsluttet. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publisering av resultater fra studien. Studien følger loven om personvern.

#### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent, innen 1.9.2023. Da vil all informasjon om din deltakelse i studien bli slettet.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, kan du ta kontakt med:

- Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie under NTNU ved masterstudent Iren Harstad, tlf: 41854141 eller Professor Marit Solbjør, tlf: 73590220.
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, tlf: 93079038.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Marit Solbjør  
Professor, NTNU  
Masterstudent

Iren Harstad

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [Livmorhalsscreening: hvilke erfaringer har unge kvinner som er førstegangsdeltakere med livmorhalsscreening?], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju
- At opplysninger jeg gir i intervjuet brukes i studien

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3:

### **Intervjuguide – deltakelse i livmorhalscreening**

Start med litt uformell prat

#### **Informasjon**

- Forklare tema og formål med masteroppgaven
- Konfidensialitet: forklare taushetsplikt, anonymitet og samtykke (mulighet for å trekke seg)
- Forklare at det ikke finnes noen riktige eller gale svar
- Fortelle at jeg som intervjuer kommer til å ha en passiv rolle
- Har deltakeren noen spørsmål?
- Informere om opptak og sikre samtykke til opptak
  
- Start opptak og be deltakeren si litt om seg selv (navn, alder, bosted, jobb/utdanning, familie/barn)

#### **Hovedspørsmål**

##### **1. Kan du fortelle om da du deltok i livmorhalsprogrammet?**

- Hvor mange ganger har du vært med?
- Hvor lenge er det siden du var på screening?
- Hvordan går du frem når du skal til livmorhalsundersøkelse?
- Har du fått et brev om at du burde bestille time?
- Hvordan opplevde du besøket?
- Evt. tidligere erfaringer med gynekolog

##### **2. Hvordan opplevde du selve livmorhalsundersøkelsen/celleprøven?**

- Var det smertefullt?
- Opplevde du at du fikk tilstrekkelig informasjon

##### **3. Hva vet du om livmorhalsprogrammet fra før av?**

- Hvor har du fått informasjon om dette?
- Har fastlegen tatt det opp?
- Har du sett eller hørt om det på sosiale medier?
- Tenker du at du vet mer nå enn før du gikk til undersøkelse?
- Tenker du at du vet mer nå enn før du meldte deg på masterstudien?

##### **4. Hva gjorde at du tok testen første gangen?**

## **5. Hvilke forventinger har du til livmorhalscreening?**

- Hva tenker du om "tiden etter prøven"?
- Hvordan opplevde du det å vente på svar?
- Hvordan fikk du svar?
- Hvordan har du opplevd oppfølging og informasjon etter svar på screening?

## **6. Er livmorhalskreft og screening noe du snakker med andre om?**

- Isåfall hvem?
- Hva snakker dere om da?
- Snakker dere om å delta i livmorhalsprogrammet?
- Påminner dere hverandre om å ta celleprøve?
- Bli du påvirket av andre sine erfaringer og meninger om livmorhalsprogrammet?

## **7. Hva er det viktigste for deg når du deltar i livmorhalsprogrammet?**

### **Oppsummering**

- Er det noe du håpet jeg skulle spørre om?
- Er det noe annet du har lyst til å dele?
- Har du noen spørsmål?



## Sammendrag

Denne masterstudien handler om Livmorhalsprogrammet i Norge og kvinners erfaringer med å delta. Hensikten med studien var å undersøke hvilke faktorer som bidrar til screeningdeltakelse, og hvilke erfaringer kvinner har med å delta i Livmorhalsprogrammet. Problemstillingen er følgende: "Hvilke faktorer påvirker kvinner i alderen 25-29 år til å delta i Livmorhalsprogrammet og hvilke erfaringer har de med å delta?" For å besvare problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode ved å gjennomføre åtte semistrukturerte individuelle intervju med kvinner fra ulike steder i Norge. Utvalget har bestått av kvinner mellom 25-29 år som har deltatt i Livmorhalsprogrammet. Tematisk analyse har blitt benyttet for å analysere datamaterialet i denne studien.

Tidligere forskning viser at faktorer til deltakelse i livmorhalsprogrammet er brev med påminnelse fra Kreftregisteret, tidligere erfaringer, muligheten til å oppdage kreft. Videre viser tidligere forskning at mye av informasjonen om livmorhalscreening kommer fra helsepersonell, venner og familie, og sosiale medier. Erfaringer med celleprøven var preget av kommunikasjonen med helsepersonell. Det er mye forskning på feltet som handler om barrierer ved deltakelse i livmorhalscreening, da spesielt smerte, frykt, en følelse av at livmorhalscreening ikke er så viktig og praktiske barrierer.

Hovedfunnene i denne studien viste at kvinner i all hovedsak har gode erfaringer med livmorhalsprogrammet, og det blir for det meste omtalt som et positivt tiltak. Faktorer som bidro til deltakelse i Livmorhalsprogrammet var brev med påminnelse om screening, redselen for å få kreft, informasjon på internett og påvirkning fra familie og venner. Erfaringene med å delta i Livmorhalsprogrammet var svært preget av kommunikasjonen mellom kvinnene som deltok og helsepersonellet under celleprøvetaking, spesielt ved god informasjon og en opplevelse av trygghet. Videre opplevde kvinnene som fikk påvist alvorlige celleforandringer et stort behov for oppfølging. De fleste kvinnene i denne studien stilte seg positive til å fortsette å delta i Livmorhalsprogrammet, til tross for at de ønsket noen endringer. Endringene gikk ut på at det skulle være lettere å ta celleprøven tidligere enn anbefalt og å starte med innkalling Livmorhalsprogrammet ved en tidligere alder enn 25 år.

# Abstract

This master's thesis focus on the cervical cancer screening program in Norway og womens experiences with participating. The purpose of the thesis was to investigate which factors contribute to screening participation, and which experiences women have with participating in the Norwegian Cervical Cancer Program. The objective of this study is to investigate the following: «Which factors influence women aged 25-29 to participate in the Cervical Program and what experiences do they have with participating?» To answer the objective I chose to collect data using qualitative data through eighth semi-structured individual interviews with women from various places in Norway. The participants has consisted of women between the ages of 25-29 who have taken part in the Cervical Program. Thematic analyses has been used to analyze the data in this study.

Previous research shows that factors for participation in the cervix program are reminder letters from the Cancer Registry, previous experiences and the opportunity to detect cancer. Furthermore, previous research shows that much of the information about cervical screening comes from healthcare professionals, friends and family, and social media. Experiences with the pap smear were characterized by communication with healthcare personnel. There is a lot of research in the field about barriers to participation in cervical screening, especially pain, fear, a feeling that cervical screening is not that important and practical barriers.

The main findings in this study showed that women generally have good experiences with the Cervical Program, and it is mostly referred to as a positive initiative. Factors that contributed to participation in the Cervical Cancer Program were letters with a reminder about screening, the fear of getting cancer, information on the internet and influence from family and friends. The experiences of participating in the Cervical Program were very much characterized by the communication between the women who participated and the healthcare professionals during cell sampling, especially by good information and a sense of security. Furthermore, the women who were diagnosed with serious cell changes experienced a great need for follow-up. Most of the women in this study were positive about continuing to participate in the Cervical Program, despite wanting some changes. The changes meant that it should be easier to take the pap smear earlier than recommended and to start the Cervical Cancer Program by calling at an earlier age than 25.

# Forord

Det er mange som fortjener en stor takk for sitt bidrag til denne masteren! Aller først vil jeg vise min takknemlighet ovenfor kvinnene som har deltatt i studien – uten dere hadde det ikke blitt noen masteroppgave. Jeg er takknemlig for at de ønsket å dele sine erfaringer med meg.

Nå nærmer det seg slutten på epoken som student, hvertfall for denne gang. Denne masteren har gitt meg mye, både utfordringer, mestring, glede, irritasjon, økt forståelse, nye interesser og nye vennskap, for å nevne noe. Å skrive en master har vært veldig lærerikt, både på godt og ondt. Jeg har lært mye om meg selv, og føler jeg har vokst både faglig og som person. Samtidig har jeg lært at ting ikke alltid går slik man først tror, men det går faktisk fint det også.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder Marit Solbjør, som har gitt meg gode tilbakemeldinger og kommentarer gjennom hele prosessen. Du har vært en støtte for meg når ting har følt tungt, og jeg har alltid gått ut av kontoret ditt inspirert og med ny motivasjon. Videre vil jeg takke min medveileder Ingrid Baasland, som har bidratt med sin kompetanse om livmorhalskreft og screening. Tusen takk for gode og konkrete tilbakemeldinger.

Videre vil jeg takke mine gode venner for støtte gjennom skriving av oppgaven. Jeg har satt stor pris på alt det morsomme vi har gjort sammen. Spesielt vil jeg takke min gode venninne Kristina Robertsen Lihaug for korrekturlesing og gode tilbakemeldinger. Jeg vil også rette en stor takk til familien min som har heiet på meg hele veien – dere er best! Til sist, men ikke minst, vil jeg takke min kjæreste, William Vågenes Andersen, som har vært min største støttespiller gjennom denne tiden. Takk for at du har tatt deg tid til å gi meg gode tilbakemeldinger og korrekturlese oppgaven min.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 Innledning .....	1
1.2 Bakgrunn .....	2
1.2.1 Livmorhalskreft og HPV .....	2
1.2.2 Livmorhalsprogrammet .....	2
1.3 Folkehelse og livmorhalskreftscreening .....	3
1.4 Problemstilling .....	4
<b>2.0 Tidligere forskning</b> .....	<b>5</b>
2.1 Deltakelse i livmorhalsscreening .....	5
2.1.1 Brev med invitasjon til å ta celleprøve .....	5
2.1.2 Tidligere erfaringer .....	6
2.1.3 Muligheten til å oppdage kreft .....	6
2.2 Kunnskap om livmorhalskreft og screening .....	6
2.3 Informasjon om livmorhalsscreening .....	7
2.3.1 Informasjon fra helsepersonell .....	7
2.3.2 Kommunikasjon med venner og familie .....	7
2.3.3 Sosiale medier som en kilde til helseinformasjon .....	7
2.3.4 Helsekompetanse .....	8
2.3.5 Det norske helsevesenet som informasjonskilde .....	9
2.4 Erfaringer med celleprøven .....	9
2.4.1 Celleprøven .....	9
2.4.2 Kommunikasjon med helsepersonell .....	9
2.5 Følger etter positivt svar på livmorhalsscreening .....	10
2.6 Mangel på deltakelse i livmorhalsprogrammet .....	11
2.6.1 Smerte og ubehag/Frykt .....	11
2.6.2 Relevansen av å delta i livmorhalsscreening .....	11
2.6.3 Praktiske barrierer .....	12
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1 Kvalitativ metode .....	13
3.2 Forforståelse .....	13
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	14
3.4 Rekruttering .....	14
3.5 Utvalg .....	14
3.6 Intervjuene i praksis .....	14
3.6.1 Utforming av intervjuguide .....	15
3.6.2 Gjennomføring av intervju .....	15
3.7 Analyse .....	16
3.8 Forskningsetikk .....	17
3.8.1 Formell etikk .....	17
3.8.2 Relasjonell etikk .....	18
3.8.3 Rapporteringsetikk .....	18

<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>19</b>
4.1 <i>Celleprøve blir prioritert i en hektisk hverdag</i> .....	19
4.1.1 Å ta seg tid til celleprøve.....	19
4.1.2 Brev fra Livmorhalsprogrammet er viktig for deltakelse .....	20
4.1.3 Redsel for å få kreft.....	21
4.1.4 Videre deltakelse i Livmorhalsprogrammet.....	22
4.2 <i>Relasjoner til familie og venner bidrar til deltakelse i livmorhalsprogrammet</i> .....	23
4.2.1 Å dele erfaringer med venner er nyttig .....	23
4.2.2 Påvirkning fra familien kan være en pådriver for at kvinner tar celleprøve.....	25
4.3 <i>Informasjon på internett bidrar til kunnskap om livmorhalsprogrammet</i> .....	25
4.3.1 Sosiale medier øker oppmerksomheten rundt livmorhalsprogrammet .....	26
4.3.2 Egen kunnskapsinnhenting bidrar til økt kunnskap om livmorhalsprogrammet .....	27
4.3.3 Mangel på god informasjon fører til usikkerhet i møte med livmorhalsprogrammet .....	28
4.4 <i>Helsepersonellet har en viktig rolle i livmorhalsprogrammet</i> .....	28
4.4.1 Helsepersonell har betydning for at kvinner bestiller time til celleprøve .....	28
4.4.2 Kontroll under celleprøven er viktig for at kvinner skal føle seg trygge.....	29
4.4.3 Tydelig informasjon fra helsepersonell gjør det lettere å vente på svar .....	31
4.4.4 Et positivt prøvesvar gir behov for oppfølging .....	31
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>34</b>
5.1 <i>Hva bidrar til at kvinner deltar i livmorhalsprogrammet?</i> .....	34
5.1.1 Invitasjon til livmorhalscreening .....	34
5.1.2 Sosiale medier og individuell helsekompetanse.....	35
5.1.3 Tillit til myndighetene .....	36
5.1.4 Ønsket om å ikke få kreft .....	37
5.1.5 Tilgjengelighet .....	37
5.2 <i>Erfaringer med å delta i livmorhalsprogrammet</i> .....	38
5.2.1 Kommunikasjon med helsepersonell.....	38
5.3 <i>Metodediskusjon – styrker og svakheter ved studien</i> .....	39
5.3.1 Gyldighet .....	39
5.3.2 Pålitelighet .....	40
5.3.3 Overførbarhet .....	41
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>43</b>
6.1 <i>Videre forskning</i> .....	43
<b>7.0 Referanser</b> .....	<b>44</b>

# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Innledning

Hvert andre minutt dør en kvinne av livmorhalskreft, til tross for at sykdommen kan forebygges, oppdages, behandles, og kureres (WHO, 2022, s. 4) Livmorhalskreft er den fjerde mest vanlige kreftformen hos kvinner i verden (NHI, 2021). Dette er en kreftsykdom som for det meste rammer unge kvinner, spesielt mellom 30 og 40 år (Kreftforeningen, 2022). I over 99 prosent av tilfellene av livmorhalskreft er årsaken langvarig infeksjon med humant papillomavirus (HPV) (Kreftforeningen, 2022). Viruset er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen i verden i dag. I 2022 fikk 302 kvinner påvist livmorhalskreft i Norge, og 38% av disse oppdaget sykdommen gjennom screening i Livmorhalsprogrammet (Kreftregisteret, 2023). I 2021 døde 79 kvinner av livmorhalskreft i Norge (Kreftregisteret, 2023).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har som mål at livmorhalskreft skal elimineres som folkehelseproblem (WHO, 2020, s. 9). Dette er første gang de har satt seg et så konkret mål - å eliminere en krefttype. Ifølge WHO (2020) regnes eliminering som mindre enn fire nye tilfeller per 100 000 kvinner i året (s. 9). For å redusere antallet som får påvist livmorhalskreft har Kreftregisteret implementert et nasjonalt screeningsprogram mot livmorhalskreft, Livmorhalsprogrammet (Helsedirektoratet, 2014). Hensikten med programmet er å redusere antall tilfeller av og dødeligheten av livmorhalskreft. På bakgrunn av dette anbefales kvinner i alderen 25 til 69 år å ta celleprøver av livmorhalsen regelmessig, for å avdekke forstadiene til livmorhalskreft (Helsedirektoratet, 2014). Ifølge Kreftregisteret (2023) behandles mellom 6000 og 7000 kvinner hvert år for alvorlige celleforandringer for å forebygge utvikling av livmorhalskreft. Det viser seg at mer enn halvparten av dem som får påvist livmorhalskreft, ikke har fulgt anbefalingene fra Livmorhalsprogrammet (Kreftregisteret, 2023).

Livmorhalskreft er en av de mest vanlige kreftformene blant kvinner i Norge (Kreftregisteret, 2022). Tall viser at det er over 200 000 kvinner i aldersgruppen 25 til 69 år som anbefales å følge Livmorhalsprogrammet som ikke har sjekket seg på ti år eller mer (Kreftregisteret, 2022). Antallet kvinner som får livmorhalskreft kan reduseres med screening, og dette ligger til grunn for at jeg ønsker å hvilke erfaringer kvinner har rundt deltakelse i Livmorhalsprogrammet. Med tanke på viktigheten av livmorhalscreening for å forebygge livmorhalskreft vil det være interessant å få innblikk i hva som bidrar til at kvinner deltar i Livmorhalsprogrammet og hvilke erfaringer de har med å delta. En årsrapport publisert av Kreftregisteret (2022) viser at andelen som har en registrert livmorhalsprøve etter påminnelse er lavere i aldersgruppen 25-29 enn i andre aldersgrupper (Engesæter, 2022, s. 14). På bakgrunn av dette ønsker jeg å undersøke denne spesifikke aldersgruppen nærmere ved å se på hvordan kvinner i denne alderen opplever å delta i Livmorhalsprogrammet. Det vil være viktig for å få innblikk i hvordan Livmorhalsprogrammet i Norge oppleves av dem som deltar, og hva som blir oppfattet som styrkende og begrensende faktorer ved programmet. Kunnskap om disse faktorene kan bidra til å vise hvordan Livmorhalsprogrammet kan forbedres og få enda flere kvinner til å delta.

## 1.2 Bakgrunn

I dette delkapittelet skal jeg redegjøre for bakgrunnen for problemstillingen min. Dette gjøres gjennom grundig forklaring av livmorhalskreft, HPV og Livmorhalsprogrammet.

### 1.2.1 Livmorhalskreft og HPV

Livmorhalsen, også kalt cervix, er den nedre delen av livmoren og forbinder skjede og livmor (NHI, u.å.). Skjeden og livmoren har to ulike typer slimhinner, og det er ytterst i livmorhalskanalen hvor overgangen mellom de to typene av slimhinner hvor livmorhalskreft vanligvis oppstår (NHI, u.å.). HPV er en gruppe virus bestående av omtrent 200 ulike typer (NHI, 2022). Cirka 40 av disse typene forekommer i slimhinnen i underlivet og smitter gjennom seksuell kontakt. Flesteparten av disse er ufarlige, og de fleste smittede vet ikke at de har fått en infeksjon (Kreftregisteret, u.å.). Derimot kan andre virustyper forårsake kjønnsvorter og celleforandringer i livmorhalsen, noe som kan gå tilbake av seg selv eller behandles. Blant disse virustypene er det også noen høyrisiko HPV-typer, som kan forårsake kreft (Kreftregisteret, u.å.).

HPV er svært smittomt. Unge under 25 år, som er seksuelt aktive og har hyppig partnerskifte, har størst risiko for smitte (Kreftregisteret, u.å.). Det er beregnet at over 70% av seksuelt aktive kvinner blir smittet av HPV en eller flere ganger i løpet av livet. Smitte forekommer hovedsakelig ved seksuell kontakt. Det er flest kvinner som får påvist HPV-infeksjon da de undersøkes regelmessig ved bruk av celleprøve. Samtidig antas det at menn får HPV like hyppig som kvinner, men dette er ikke påvist (Kreftregisteret, u.å.). Symptomer på livmorhalskreft kan være unormal blødning, uvanlig utflod eller smerter fra underlivet (NHI, u.å.). I tillegg kan symptomer som bekken- eller rygg smerter, hevelse og blodpropp og redusert allmenntilstand forekomme ved langtkommen kreft (NHI, u.å.).

Siden 2009 har HPV-vaksine vært et tilbud til alle jenter i 7.klasse. Først i 2018 fikk gutter tilbud om HPV-vaksine (Helsenorge, 2022). Vaksinen blir satt i overarmen og gis i to doser, med minst seks måneder mellom dosene. Denne vaksinen er forebyggende og beskytter mot HPV-relaterte sykdommer. På bakgrunn av dette gir vaksinen best beskyttelse når den gis til unge i god tid før gjennomsnittlig seksuell debut. Hos jenter og kvinner som tar vaksinen før de utsettes for HPV-smitte gir den mer enn 90 prosent beskyttelse mot forstadier til livmorhalskreft. Beskyttelsen fra HPV-vaksinen varer i mer enn 13 år etter vaksinasjon, og foreløpig er det ikke noe som tilsier at effekten svekkes med tiden (Helsenorge, 2022).

### 1.2.2 Livmorhalsprogrammet

Livmorhalsprogrammet sender invitasjon til alle kvinner i den anbefalte aldersgruppen når det er tid for å ta celleprøve (Kreftforeningen, u.å.). Deretter må kvinnene selv bestille legetime og betale en egenandel. Selve undersøkelsen tar bare noen få minutter. Dette blir gjort ved hjelp av en liten børste som samler opp overflateceller fra livmorhalsen. Videre undersøkes prøven for celleforandringer ved å mikroskopere cellene. Hvis prøven er normal, vil neste påminnelse være om tre år igjen (Kreftforeningen, u.å.). Kvinner som får påvist lette celleforandringer, anbefales ofte å vente for å se om forandringene forsvinner av seg selv (NHI, 2023). Ved funn av alvorlige celleforandringer

i livmorhalsprøven eller mulige kreftforandringer ved gynekologisk undersøkelse blir kvinnen henvist til gynekolog. Gynekologen vil benytte seg av et forstørrelsesglass (såkalt kolposkop) for å undersøke livmorhalsen og se etter celleforandringer eller kreft. Videre vil gynekologen ta vevsprøver (biopsier) først og fremst fra områdene på livmorhalsen som er forandret, men også fra områder som ser normale ut dersom man ikke ser noe galt. Dersom disse vevsprøvene påviser moderate eller alvorlige celleforandringer, henvises kvinnene til konisering. Ved en konisering fjernes det ytterste delen av livmorhalsen- der celleforandringene er lokalisert. Dette sendes til laboratoriet for videre undersøkelse. Ved påvist livmorhalskreft vil det være viktig å undersøke om kreften har spredt seg ved gynekologisk undersøkelse i narkose, MR og CT (NHI, 2023). Behandlingen av livmorhalskreft er kirurgi i tidligere stadier hvor enten deler av livmortappen fjernes eller fjerning av livmor og lymfeknuter i området, avhengig av alvorlighetsgrad. Ved mer avansert sykdom, spredning eller om kirurgi ikke er mulig vil kvinner bli tilbudt strålebehandling (NHI, 2023). Prognosen ved livmorhalskreft er avhengig av svulstens størrelse og hvor mye kreften har utbredt seg. 95 prosent av kvinnene blir helbredet ved behandling i tidlige stadiet av sykdommen. Ved spredning er sjansen for å bli frisk betydelig dårligere (NHI, 2023).

### 1.3 Folkehelse og livmorhalskreftscreening

Folkehelse og folkehelsearbeid kan ifølge Helsedirektoratet (2018a) forklares og brukes på mange ulike måter (s.12). Blant annet i folkehelseloven er folkehelse definert som "befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i en befolkning" (Folkehelseloven, 2012, §3). Folkehelseloven har et formål om å bidra til å fremme folkehelsen i samfunnet og videre utjevne sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011, §1). Videre skal folkehelsearbeidet bidra til å fremme befolkningens helse og trivsel og gode miljømessige forhold, samtidig som det forebygger sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2011, §1). Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er blant organisasjonene som har et stort ansvar for å bidra til fremme god helse i befolkningen (Folkehelseloven, 2011, §24 - §25).

Ved sykdommer som utvikler seg langsomt gjennom forstadier kan det være nyttig med systematiske befolkningsundersøkelser, da for å påvise forstadier av en sykdom kan være viktig for å forebygge (Mæland, 2021, s. 103). Livmorhalskreft er en av sykdommene som ofte utvikler seg over tid og der forstadier kan påvises gjennom prøver fra livmorhalsen (Mæland, 2021, s.106). Samtidig vil ingen slike undersøkelsesmetoder være 100% sensitive og 100% spesifikke, noe som betyr at disse undersøkelsene vil overse noen tilfeller eller gi en falsk positiv diagnose. Ved diagnostisering er livmorhalskreft en av de mest vellykkede behandlingsformene for kreft (WHO, 2020, s.19). Dette gjelder så lenge kreften oppdages tidlig og behandles effektivt. WHO har som nevnt tidligere et ønske om å eliminere livmorhalskreft. For å oppnå dette ambisiøse målet som WHO har satt, er det blant annet viktig at de høye dekningsmålene for livmorhalscreening nås innen 2030 og opprettholdes i årene etter (WHO, 2020, s.19).

Ifølge Mæland (2021) har cirka 90% av befolkningen minst en kontakt med helsetjenestene i løpet av en treårsperiode (s.99). På bakgrunn av dette er helsetjenestene viktig for forebyggende arbeid på individnivå. Det er få forebyggende medisinske prosedyrer som blir benyttet i helsetjenestene, da det stilles vitenskapelige



krav for å få gjennom slike prosedyrer. På bakgrunn av dette må mange prosedyrer på større grupper som blir foreslått vurderes nøye før de blir tatt i bruk, spesielt blant en stor del av befolkningen (Mæland, 2021, s.99). Blant annet har Helsedirektoratet (2018b) sett på nytten versus ulempene ved screening for å vurdere om screening skal anbefales (s.85). Screening sparer liv ved en signifikant reduksjon i forekomst, sykkelighet og dødelighet av sykdommen hos de som screener seg (Helsedirektoratet, 2018b, s.85). På en annen side viser det seg at ulempene ved å delta i screening kan være ubehag og mulige komplikasjoner, uro, angst og tidsbruk (Mæland, 2021, s.104). Ifølge Kreftregisteret (2023) oppdager screening mange tilfeller av celleforandringer, men allikevel er det noen kvinner som får påvist livmorhalskreft, til tross for at de deltar som anbefalt i Livmorhalsprogrammet og har fått negativt prøvesvar. Ifølge Mæland (2021) er en annen ulempe med screening mulighetene for overdiagnostikk og overbehandling, noe som er spesielt alvorlig når friske personer blir invitert til undersøkelser (s.104). Blant annet opplever flere kvinner den gynekologiske undersøkelsen som ubehagelig og flere opplever engstelse ved celleforandringer som kun krever å følges opp med ny livmorhalsprøve etter 1-2 år (Kreftregisteret, 2023). Videre utredning vil også kunne føre til blødninger, noe som kan være ubehagelig og vondt for kvinnene (Kreftregisteret, 2023). Ved å se på de ulike flere ulike sider ved livmorhalscreening viser det seg at nytten av screening er større enn ulempene (Helsedirektoratet, 2018b, s.85).

## 1.4 Problemstilling

“Hvilke faktorer påvirker kvinner i alderen 25-29 år til å delta i Livmorhalsprogrammet og hvilke erfaringer har de med å delta?”

## 2.0 Tidligere forskning

I dette kapittelet er det skrevet om tidligere forskning som har blitt gjort om livmorhalskreft og screening. Databasene som har blitt benyttet er «PubMed», «Web of Science», «Oria» og «Google scholar». Ved søk i disse databasene har jeg brukt ulike søkeord, både på norsk og engelsk. Søkeordene som ble brukt på norsk var for eksempel «livmorhalskreft», «screening», «deltakelse», «erfaringer» og «kunnskap». På engelsk var det for eksempel disse søkeordene som ble brukt; «cervical cancer screening», «cervical cancer», «participation», «experiences» og «screening». For å få mest mulig tidsrelevant forskning avgrenset jeg søkene til de ti siste årene. Samtidig er noen av de valgte artiklene eldre enn ti år da de ble funnet gjennom andre artikler og har bidratt med relevant kunnskap. Jeg valgte også å ekskludere forskning fra land som har veldig ulikt helsevesen enn i Norge, da det ikke vil være overførbart. Dette kapittelet er delt opp i følgende hovedtemaer: 1) Deltakelse i livmorhalsscreening, 2) Kunnskap om livmorhalskreft og screening, 3) Informasjon om livmorhalsscreening, 4) Erfaringer med celleprøven, 5) Følger etter positivt svar på celleprøven, og 6) Mangel på deltakelse i livmorhalsscreening.

### 2.1 Deltakelse i livmorhalsscreening

Tidligere forskning viser at det er flere faktorer som påvirker deltakelse i Livmorhalsprogrammet. Brev med invitasjon til å ta celleprøve er en viktig faktor for kvinners deltakelse. Videre er tidligere erfaringer, slik som kreft i familien og opplevelser med celleforandringer en faktor som påvirker deltakelse i Livmorhalsprogrammet. Muligheten til å forebygge eller oppdage kreft tidlig er også en stor faktor for deltakelse i livmorhalsscreening.

#### 2.1.1 Brev med invitasjon til å ta celleprøve

Ifølge studien til Forss et al. (2001) er brevet med invitasjon til livmorhalsscreening en faktor for at kvinner deltar i screening. Brevet fungerer som en påminnelse for kvinnen, noe som fører til at flere bestiller time til celleprøve. Det blir sett på som positivt og et godt initiativ å få brevet. Kvinner opplever at invitasjonsbrevet har en moral ved seg som gjør dem mer motivert til å delta (Forss et al., 2001). Tilbudet om et screeningsprogram blir tolket som en anbefaling og kan ses på som «nudging» (Hofmann & Stanak, 2018). «Nudging» blir på norsk omtalt som dulting, og er små og uformelle virkemidler som kan påvirke atferd til det bedre (Nylenna, 2017). Formålet med dulting er hovedsakelig å sikre høy deltakelse, for eksempel ved livmorhalsscreening (Hofmann & Stanak, 2018). Det finnes flere ulike måter å benytte dulting på, blant annet ved bruk av personlige brev og påminnelser på telefonen. I denne sammenheng har det å appellere til folks ansvarsfølelse, solidaritet og plikt blitt påpekt som faktorer for å øke deltakelse (Hofmann & Stanak, 2018). Studien til Ryan et al. (2019) støtter opp om dette. Det er gode bevis på at skriftlige påminnelser, slik som brev med invitasjon til celleprøve, øker deltakelsen i livmorhalskreftscreening (Ryan et al., 2019). Samtidig ser det ikke ut til at slike påminnelser hjelper alle kvinner med å huske å bestille time. Fremtidig forskning kan utforske metoder for å øke deltakelse blant de inviterte. Blant annet har bruken av tekstmeldingspåminnelser vist seg å være lovende i andre screeningsammenhenger

(Ryan et al., 2019). Ifølge Lönnberg et al. (2016) øker innkallelse til screening deltakelsen i livmorhalskreftscreening sammenlignet med påminnelse til screening.

### 2.1.2 Tidligere erfaringer

Tidligere erfaringer, inkludert generelle erfaringer med helsevesenet, så vel som mer spesifikke erfaringer med screening påvirker kvinners deltakelse i livmorhalscreening (Chorley et al., 2017). Erfaringer fra helsetjenester utenom screening, spesielt gynekologiske undersøkelser, påvirket kvinners ønske om å delta i livmorhalscreening. En negativ opplevelse av en gynekologisk undersøkelse kan føre til at kvinner unngår screening. Tidligere screeningserfaringer påvirker kvinner på ulike måter. Negative resultater på første screening ble av noen tolket som at de ikke lenger trengte å sjekke seg. Til tross for at screening ble sett på som relevant hos mange kvinner, var det noen som ikke ønsker å fortsette screeningen på grunn av dårlige opplevelser forrige gang (Chorley et al., 2017).

### 2.1.3 Muligheten til å oppdage kreft

En stor motivasjon for å delta i livmorhalscreening er muligheten til å oppdage celleforandringer eller kreft på et tidlig stadie (Forss et al., 2001). Kvinner ble motivert av muligheten til å forebygge livmorhalskreft ved hjelp av tidlig diagnostikk og mente at screening var verdifullt da det ga muligheten til å oppdage kreft tidlig (Chorley et al., 2017; Arabaci & Ozsoy, 2012). Frykt for kreft eller forebygging av alvorlig sykdom bidrar til at kvinner deltar i Livmorhalsprogrammet (Wilding et al., 2020).

I artikkelen til Forss et al. (2001) fortalte også kvinnene at det er viktig for dem å få bekreftelse fra legen om at de ikke har livmorhalskreft. Kvinnene verdsatte tryggheten som et negativt screeningsresultat kunne gi, og det beroliget dem (Chorley et al., 2017). Det var derimot noen som ikke forstod begrensningene ved screening og trodde at et negativt testresultat garanterte at de var helt fri for kreft (Chorley et al., 2017). Screening ble også verdsatt, fordi det ga kvinner kunnskap om helsen til en del av kroppen som er skjult (Chorley et al., 2017).

## 2.2 Kunnskap om livmorhalskreft og screening

En artikkel fra 2012 utforsket kunnskap og bevissthet rundt HPV og HPV vaksinasjon hos kvinner som er førstegangsdeltakere i livmorhalscreening i England (Bowyer et al., 2012). Artikkelen viser at en femtedel av kvinnene var uvitende om HPV-infeksjon. Hos kvinnene som var bevisst på infeksjonen viste det seg at de hadde relativt lav kunnskap om det. Den informasjonen som kom fram i artikkelen, er interessant da det viser til at det trengs mer informasjon om HPV-infeksjon og screening (Bowyer et al., 2012). Videre har en artikkel fra 2019 (Chan et al., 2019) skrevet generelt om HPV og livmorhalskreft i verden, og dens sammenheng med død, i tillegg til hvordan livmorhalscreening fungerer i ulike land. I artikkelen kommer det fram at å øke offentlig bevissthet rundt årsaksfaktorer burde være en prioritet for screeningsprogrammer (Chan et al., 2019).

## 2.3 Informasjon om livmorhalscreening

Ifølge Cudjoe et al. (2021) var helsepersonell (78%), kvinnelige venner (46%) og internett (45%) de vanligste kildene til helseinformasjon brukt av afrikanske innvandrerkvinner i USA. Videre var kvinnelige slektninger (32%), TV (22%), sosiale medier (17%) og kirken (16%) andre kilder til informasjon for kvinnene. Helsepersonell ble vurdert som den mest troverdige kilden til informasjon, samtidig som personlige erfaringer fra familie og venner gjorde helseinformasjonen mer relaterbar (Cudjoe et al., 2021).

### 2.3.1 Informasjon fra helsepersonell

Kvinner blir påvirket av ulike kilder til informasjon, spesielt av helsepersonell som har anbefalt celleprøve (Arabaci & Ozsoy, 2012). Blant annet har kvinner fortalt at helsepersonell var den kilden til informasjon som påvirket dem til å ta celleprøve. I den samme artikkelen fortalte en kvinne at det var råd fra legen som fikk henne til å ta celleprøven. Hun fortalte at legen tok det opp under en legetime (Arabaci & Ozsoy, 2012).

En artikkel fra 2018 (Møen et al., 2017) handler om fastlegers perspektiv på livmorhalscreening blant innvandrerkvinner i Norge. Det kom fram at fastlegene sjeldent inviterte eller påminnte pasienter om å ta celleprøve. Ved konsultasjoner relatert til prevensjon, graviditet eller rutinemessige postpartumkontroller var det derimot flere fastleger som tok opp temaet. Noen fastleger mener at det ikke er deres ansvar å informere kvinnelige pasienter om livmorhalskreft og screening. Fastlegene mente at dette er pasientene sitt ansvar da de får påminnelsesbrev fra Kreftregisteret (Møen et al., 2017). Samtidig viser en studie av Waller et al. (2011) at helsepersonell tror at yngre kvinner er dårlig informert om livmorhalskreft og hensikten med screening. Flere nevnte at å øke oppmerksomheten rundt livmorhalskreft vil øke antallet kvinner som går til livmorhalscreening (Waller et al., 2011).

### 2.3.2 Kommunikasjon med venner og familie

Andre sine erfaringer påvirker kvinner som deltar i livmorhalsprogrammet (Chorley et al., 2017; Forss et al., 2001). Blant annet er andre sine opplevelser med å ha fått påvist celleforandringer en faktor for at kvinner tar celleprøve. En studie fra 2012 (Arabaci & Ozsoy) viser at kvinner velger å ta celleprøve fordi venner har gjort det tidligere. Ifølge Chorley et al. (2017) så kvinnene ut til å bli påvirket av historier om andre sine ubehagelige opplevelser, spesielt kvinner som selv ikke hadde deltatt på screening. Blant annet ble familiehistorie ofte identifisert som en risikofaktor for livmorhalskreft, og kvinner tolket fraværet av kreft i familien som en indikasjon på at screening var mindre viktig for dem (Chorley et al., 2017). På bakgrunn av dette var personlig historie slik som venner og familie som har overlevd eller dødd av kreft en motivasjon til å delta i livmorhalsprogrammet (Forss et al., 2001)

### 2.3.3 Sosiale medier som en kilde til helseinformasjon

Sosiale medier har blitt en populær kilde for å søke etter kreftrelatert informasjon (Park et al., 2020). Bakgrunnen for dette er økt tilgjengelighet til folkehelseinformasjon, noe som gjør det mulig for brukere å finne og dele nødvendig informasjon for å ta

helserelaterte beslutninger (Park et al., 2020). Sosiale medier kan fremme bevissthet om ulike helsetemaer, slik som livmorhalskreft, gjennom å koble mennesker sammen, informasjon fra organisasjoner og personlige erfaringer (Lyson et al., 2019). En annen artikkel viste også at noen typer intervensjoner i sosiale medier kan forbedre engasjement på høyt nivå, for eksempel tiltenkt og faktisk deltakelse i screening (Plackett et al., 2020). Å gi sosial støtte og å vektlegge konsekvensene av kreft ble brukt for å engasjere brukerne av sosiale medier (Plackett et al., 2020). En studie undersøkte effekten av å dele skreddersydde meldinger i en sosial medieplattform for å øke kunnskap og bevissthet om, samt atferd relatert til HPV og forebygging av livmorhalskreft (Lyson et al., 2019). Funnene tyder på at sosiale medier kan øke helseinformasjon. På bakgrunn av dette kan folkehelseorganisasjoner benytte sosiale medier som et effektivt verktøy for å øke bevisstheten om helseinformasjon gjennom formidling av korte meldinger til målgrupper (Lyson et al., 2019).

Ved å velge riktige sosiale medieplattformer kan helseforebyggingen fremmes (Park et al., 2020). Dette kommer blant annet frem i en studie om bevisstgjøring av livmorhalskreft som viste hvor godt Twitter var egnet for kampanjer (Lenoir et al., 2017). Å holde seg oppdatert på trendene som former sosiale medier er avgjørende for effektiv bruk av teknologien (Korda & Itani, 2013). Nye teknologier introduseres og tas i bruk i et raskt tempo, etter hvert som eldre tilnærminger skifter popularitet blant brukerne av sosiale medier. En forståelse av målgrupper og deres informasjonspreferanser, utvikle skreddersydde meldinger er viktig for at sosiale medier kan bli benyttet på en helsefremmende måte (Korda & Itani, 2013). Helsefremmende aktiviteter i sosiale medier kan oppmuntre brukere til å generere og dele innhold selv, noe som ifølge Korda & Itani (2013) er nøkkelen til å nå ut på sosiale medier. Fordelene med å benytte sosiale medier er at det er rimelig og har en bred rekkevidde. Samtidig kan helseinformasjon på sosiale medier føre til informasjonsoverbelastning (Korda & Itani, 2013). Mer forskning er i midlertidig nødvendig for å utforske hvordan sosiale medier kan benyttes til å forbedre helsekunnskap (Lyson et al., 2019).

#### 2.3.4 Helsekompetanse

Ifølge Baccolini et al. (2022) kan helsekompetanse defineres som individets evne til å til å foreta vurderinger og beslutninger vedrørende helsetjenester, sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid for å opprettholde eller forbedre livskvaliteten. Ifølge Helsedirektoratet (2021) er helsekompetanse blant annet evnen til å forstå og bruke helsevesenet og finne relevant helseinformasjon slik at det kan tas informerte valg. Å sikre informerte valg er en utfordring for pasienter, leger og offentlige helsemyndigheter. Individets helsekompetanse varierer, og mange mangler ferdigheten som trengs for å tolke tilgjengelig helseinformasjon (Iyer et al., 2019). Ifølge Galvin et al. (2021) er helsekompetanse en faktor som kan forbedre screeningdeltakelse (Galvin et al., 2021). Lav helsekompetanse har blant annet vært assosiert med lavere deltakelse i forebyggende intervensjoner, inkludert kreftscreeningsprogrammer (Baccolini et al., 2022). En studie fra 2015 (Kyoungahae et al., 2015) viser at det er en positiv sammenheng mellom helsekompetanse og mottatt celleprøve på tvers av ulike etniske grupper, samtidig som det var begrenset med bevis på hvordan helsekompetanse faktisk påvirker livmorhalsscreeningdeltakelse. En studie fra Danmark (Petersen et al., 2020) har forsket på hvordan fordelene og ulempene med livmorhalsscreening blir forstått når kvinner får et brev med fokus på informert valg. Informasjonsskrivet viste seg å støtte

deltakernes forståelse og bruk av visualisering ble sett på som hjelpsomt. Det viste seg også at deltakerne fikk økt kunnskap om livmorhalskreft og screening, samtidig som de ble bevisst på informasjonen om potensielle ulemper ved screening (Petersen et al., 2020).

### 2.3.5 Det norske helsevesenet som informasjonskilde

En norsk studie (Iyer et al., 2019) viser at kvinner foretrakk å motta screeningsrelatert informasjon fra kvalifiserte folkehelse- og medisinske kilder, slik som Kreftregisteret, fastleger, en gynekolog eller annen spesialist. Den samme studien viser at utvidelse av skade-nytte-informasjon gitt i invitasjonsbrevene ikke reduserer kvinners uttalte intensjon om å delta i livmorhalscreening eller oppfølging ved positive resultater. Kvinner støtter i stor grad tilbudet av utvidet informasjon om livmorhalscreening. Det viser seg at kvinner deltar i mindre grad i screening hvis de mottar mer informasjon om ulempene som livmorhalscreening kan føre til (Iyer et al., 2019). De fleste nordmenn støtter Kreftregisterets rolle i gjennomføringen av screeningsprogrammet for livmorhalskreft og foretrakk å motta informasjon fra registeret fremfor fra fastlegen eller spesialist (Iyer et al., 2019). Tidligere studier om screeningsprogrammet i Norge har trukket frem at nordmenn ser på velferdsstaten, og en paternalistisk tilnærming til screening, i et gunstig lys. Den relativt høye mediedekningen av livmorhalskreft sammenlignet med andre kreftsykdommer og tillitten til livmorhalsprogrammet kan forklare hvorfor kvinner overvurderer risikoen for livmorhalskreft og deres intensjoner om å følge anbefalingene i invitasjonsbrevet (Iyer et al., 2019).

## 2.4 Erfaringer med celleprøven

### 2.4.1 Celleprøven

Selve celleprøven ble ofte sett på som viktig både fysisk og psykisk (Chorley et al., 2017). For noen kvinner ble livmorhalscreening sett på som bare enda en helsesjekk som måtte gjøres. Selv om det ikke var behagelig, ble det ikke sett på som noe problem. Andre kvinner beskrev testen som ukomfortabel og smertefull. Noen opplevde bivirkninger av celleprøven, slik som blødninger og vedvarende smerter. Kvinner opplevde en sterk emosjonell reaksjon på celleprøven, blant annet flauhet, skam og sårbarhet (Chorley et al., 2017). Noen opplevde prøven som nedverdiggende og beskrev tap av kontroll over situasjonen. Mange av de negative følelsene kvinner beskrev stammet fra sosiale normer rundt nakenhet blir brutt. Bekymringer om nakenhet og seksuelle konnotasjoner resulterte i et ønske på tvers av studier om kvinnelig helsepersonell under celleprøven. Noen kvinner mente at kvinnelig helsepersonell ville være mer sympatisk for kvinners helseproblem, spesielt etter å ha opplevd celleprøvetaking selv. Kvinnene som hadde mannlig helsepersonell fortalte om mer alvorlige negative følelsesmessige reaksjoner. Å oppleve negative følelser under celleprøven kunne også forverre situasjonen gjennom økende spenning. Noen kvinner beskrev hvordan det å få en invitasjon resulterte i angst og at det var nødvendig å «psyke seg opp» før møtet (Chorley et al., 2017).

### 2.4.2 Kommunikasjon med helsepersonell

Kvinnens opplevelse av screening ble ofte formet av kvaliteten på deres samhandling med helsepersonell som utførte celleprøven (Chorley et al., 2017). Under celleprøven var

det viktig for kvinner at helsepersonellet hadde en positiv holdning, ga tilstrekkelig informasjon om celleprøven og tok hensyn til personvern (Arabaci & Ozsoy, 2012). Noen kvinner nevnte også legens kjønn som viktig for en positiv opplevelse av celleprøven, da med et ønske om en kvinnelig lege. Blant annet nevner en kvinne at sykepleieren var interessert og ga henne moralsk støtte, noe som gjorde at hun kunne slappe av (Arabaci & Ozsoy, 2012).

På en annen side rapporterte flere kvinner om negative møter, spesielt som en følge av dårlig kommunikasjon (Chorley et al., 2017). Kvinner uttrykte et ønske om forklaring under celleprøvetakingen og muligheten til å stille spørsmål, men mange rapporterte om dårlige opplevelser hvor dette ønske ikke ble oppfylt. Dårlig kommunikasjon så ut til å forverre tapet av kontroll som noen kvinner opplevde under screening. Samtidig hadde kvinner som fikk god informasjon mye mer tilfredsstillende opplevelser. Flere kvinner har foreslått spesialisert opplæring for å bedre opplevelsen av celleprøvetakingen (Chorley et al., 2017). I tillegg til en kvinnelig prøvetaker uttrykte kvinner andre preferanser som de håpet ville forbedre deres opplevelse av livmorhalscreening. Noen ønsket et tillitsfullt forhold med prøvetakeren, som vanligvis innebar et kontinuerlig helsetilbud. Andre foretrakk den relative anonymiteten ved å få livmorhalscreening utført av ukjent helsepersonell. Få kvinner uttrykte preferanser angående yrkesbakgrunn (Chorley et al., 2017).

## 2.5 Følger etter positivt svar på livmorhalscreening

Det er gjort noe forskning på de psykologiske følgene etter positivt testresultat på livmorhalscreening. En artikkel fra Gray et al. (2006) skriver om de psykiske følgene et unormalt testresultat ved HPV-screening har på en gruppe kvinner. Studien viser at et betydelig antall kvinner kan pådra seg negative psykologiske og psykososiale konsekvenser av screening. Det ble blant annet funnet en høy forekomst av angst blant kvinner som fikk en unormal screeningprøve. De som viste seg å ha høyest risiko for angst, var yngre kvinner, de som hadde barn, de som røykte, og de som hadde høyere fysisk aktivitet. De overnevnte kan være spesielt sårbare grupper for screening (Gray et al., 2006). Andre opplevde at ventetiden på resultater eller muligheten for et positivt resultat gjorde dem engstelige (Chorley et al., 2017). Det er tydelig at det kan forekomme negative konsekvenser av screening, men det er ikke like mye kunnskap om hva grunnen til dette er.

Bennett et al. (2019) har gjennomgått litteraturen om den psykoseksuelle effekten av å teste positivt på høyrisiko HPV etter screening. Artikkelen konkluderer med at innvirkningen det har på det psykoseksuelle er uklar, og at gjennomgangen av artiklene fremhever behovet for ytterligere forskning i sammenheng med livmorhalscreening. Det er viktig å forstå kvinners respons på positivt svar etter livmorhalscreening for å minimere negativ psykoseksuell påvirkning (Bennett et al., 2019).

## 2.6 Mangel på deltakelse i livmorhalsprogrammet

### 2.6.1 Smerte og ubehag/Frykt

Smerte og ubehag eller redsel for smerte og ubehag er en av barrierene kvinner møter på når de skal ta celleprøve (Wilding et al., 2020; Waller et al., 2011). Redsel og smerte ble ifølge Waller et al. (2011) nevnt som en mulig barriere hos yngre kvinner, noe som begrunnes med at de unge muligens ikke har tatt celleprøve før. Frykt og angst for å få livmorhalskreft var relatert til ideer om smerte og død, samt bekymringer om innvirkningen på fertilitet blant yngre kvinner (Chorley et al., 2017). For noen kvinner ble også screening ansett som skadelig, fordi det kunne føre til unødvendig behandling eller utredning. En utbredt bekymring var at screening kunne føre til dårlig helse ved å øke angst og bekymring eller få individer til å bekymre seg for kreft (Chorley et al., 2017).

### 2.6.2 Relevansen av å delta i livmorhalscreening

I en samlestudie av Chorley et al. (2017) blir det diskuterte hvem som føler et behov for å screene seg. Flere kvinner trodde livmorhalskreft ikke rammet dem og så derfor på livmorhalskreft som usannsynlig. Dermed var ikke livmorhalskreft en bekymring for dem, og de tenkte lite på screening i fremtiden (Chorley et al., 2017). I en studie av Waller et al. (2011) forteller kvinner at de tror en grunn til at yngre kvinner ikke deltar i livmorhalscreening er at de unge ikke tror det er en risiko for at de får livmorhalskreft, noe som stemmer overens med det kvinnene som ikke deltar, rapporterer. Kvinnene forteller videre at de føler at helse ikke blir prioritert hos yngre kvinner. Ifølge Chorley et al. (2017) mente mange kvinner at deres alder og generelle dødelighetsfølelse var en indikator for screening. For noen ble også mangel på symptomer oppgitt som en årsak til manglende oppmøte. Noen kvinner fortalte også at de begynte å tenke mer over livmorhalscreening når de begynte å vurdere å få barn (Chorley et al., 2017). I en norsk studie rapporterte et flertall av kvinnene at de ikke var bekymret for å få livmorhalskreft, og de anså seg heller ikke å ha en høy risiko for sykdommen (Iyer et al., 2019). Aasbø (2019) sin studie støtter dette der det kommer frem at kvinner mener at det må være nødvendig for at de skal delta i livmorhalsprogrammet (Aasbø et al., 2019).

Diskusjonen om hvem som trenger å screene seg, var sterkt påvirket av meninger om årsakene til livmorhalskreft (Chorley et al., 2017). Spesielt var det flere diskusjoner om antall sexpartnere og oppfatninger av promiskuitet. Kvinner relaterte ofte risikoen for livmorhalskreft med deres nåværende seksuelle atferd og la ofte vekt på stabiliteten og lengden av deres nåværende forhold, og så derfor på seg selv som lavrisiko som ikke trengte screening (Chorley et al., 2017). Dette underbygges av studien til Waller et al. (2011) hvor en sykepleier nevner at hun tror at noen yngre kvinner ikke tar celleprøve, fordi de ikke er seksuelt aktive og føler at de har lav risiko for å få livmorhalskreft. Dette blir bekreftet av flere unge kvinner som ikke er seksuelt aktive og forteller at de derfor ikke ser vitsen med å delta på livmorhalscreening. Samtidig uttrykte noen kvinner at de har en intensjon om å begynne med livmorhalscreening når de blir seksuelt aktive (Waller et al., 2011).



### 2.6.3 Praktiske barrierer

Kvinner har rapportert om en rekke praktiske barrierer for å delta i livmorhalscreening, som ofte var knyttet til livssituasjonen deres og hvilke ressurser de hadde tilgjengelig (Chorley et al., 2017). Noen av disse kvinnene ønsket å delta på livmorhalscreening, men følte seg hindret av praktiske barrierer. Kvinner beskrev hvordan screening var enda et krav som tok tiden deres og konkurrerte med daglige oppgaver som arbeid og barnepass, noe som ble prioritert høyere. Ifølge en studie fra Storbritannia var tid en av de vanligste barrierene og ble vurdert som svært innflytelsesrik på beslutningen om å delta på livmorhalscreening eller ikke (Wilding et al., 2020). I en norsk studie fra 2019 (Aasbø et al., 2019) kommer det frem at kvinner synes det er lett å glemme livmorhalscreening, spesielt når de må bestille time selv (Aasbø et al., 2019). Å utsette bestilling av time til celleprøve var noe som gikk igjen hos kvinnene. Det var blant annet på grunn av at andre aktiviteter i hverdagen ble prioritert først, slik som arbeid og familieliv (Aasbø et al., 2019). En annen studie (Waller et al., 2011) påpeker at spesielt yngre kvinner er opptatt og dermed ikke har tid til å ta celleprøve. Noen mener det hjelper med utvidete åpningstider, mens andre kvinner mener det utgjør liten forskjell.

Samtidig kan det også oppleves som en ydmykende situasjon for flere kvinner, som for noen er en barriere for å bestille time (Aasbø et al., 2019). For andre ble screening sett på som utilgjengelig på grunn av funksjoner ved klinikken som upraktisk plassering av avtaletider (Chorley et al., 2017). På en annen side kunne også praktiske faktorer bidra til deltakelse i livmorhalscreening ved at det er lettvis å lage avtaler (Wilding et al., 2020). Videre kom kvinnene med forslag til forbedringen av screeningsprogrammet, som kan gjøre det enklere å delta. Dette gjaldt blant annet fleksibilitet av screeningsteder for å passe inn i hverdagen (Wilding et al., 2020).

I en artikkel fra Norge (Møen et al., 2017) kommer det fram at det er lavere deltakelse i livmorhalsprogrammet blant innvandrere sammenlignet med ikke-innvandrere. Høyere inntekt, bosted på landsbygda og å ha en kvinnelig fastlege var positivt assosiert med celleprøve for kvinner i Norge. Videre var også yngre alder positivt assosiert med celleprøve (Møen et al., 2017).

## 3.0 Metode

### 3.1 Kvalitativ metode

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode. Kvalitativ metode egner seg best når man vil gå i dybden på et tema og skal samle inn opplevelser eller erfaringer (Flick, 2018, s.3-4). Gjennom et kvalitativt forskningsintervju kan man få fram betydningen av folks erfaringer og deres opplevelse av verden (Kvale & Brinkmann, 2021, s.20). Hensikten med masteroppgaven er å få innsikt i hvilke erfaringer kvinner født i 1992-1997 har med livmorhalsprogrammet. Da målet er å finne kvinnenenes erfaringer ser jeg det hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode for å best mulig få frem deres erfaringer.

### 3.2 Forforståelse

Ifølge Malterud (2017) er min forforståelse det jeg bringer med meg inn masterprosjektet. Den forforståelsen jeg bringer med meg inn i prosjektet påvirker både datainnsamlingen og hvordan jeg tolker meningsinnholdet i datamaterialet. På bakgrunn av dette er det viktig at jeg er bevisst på min forforståelse. Jeg er selv for ung til å delta i livmorhalsprogrammet, og har derfor ikke egne erfaringer med å delta. Derfor kommer min forforståelse fra studiebakgrunnen min, hva jeg har hørt om livmorhalsprogrammet fra jevnaldrende og det jeg har sett på sosiale medier. Jeg har alltid hatt stor interesse for helse, noe som førte til valget om å studere ergoterapi og folkehelse. På bakgrunn av denne interessen har jeg fulgt mye med på helse relaterte temaer i sosiale medier, deriblant livmorhalsprogrammet. På sosiale medier har jeg sett flere influensere snakke om at de har fått celleforandringer og hvordan dette har påvirket de. Dette har ført til at jeg har forstått viktigheten av å teste seg og gitt meg innblikk i hvordan det kan være å ta celleprøve og å få vite at man har celleforandringer. På studiet har vi lært om ulike screeningsprogrammer og viktigheten av disse. Gjennom forelesninger og lesing har jeg lært mer om hvordan livmorhalsprogrammet fungerer, hvor mange som deltar og hvor mange som utvikler livmorhalskreft eller dør hvert år. Det var spesielt informasjonen om hvor mange som dør av livmorhalskreft og at flere av disse er kvinner som ikke deltar i livmorhalsprogrammet som gjorde meg interessert og motivert til å skrive denne studien.

Som en følge av min forforståelse hadde jeg noen forventninger før jeg startet å intervju deltakerne. Jeg forventet at deltakerne var nervøse i forkant av celleprøven, da jeg både har hørt fra familie og venner, og sett på sosiale medier at flere gruer seg til å ta prøven. Videre forventet jeg at påminnelsesbrevet fra Kreftregisteret kom til deltakerne i riktig tid og at det var tilstrekkelig med informasjon i dette, da jeg har lest om dette på Kreftregisteret sine egne sider. Jeg forventet og at deltakerne snakket med familie og venner om livmorhalskreft, da det er noe jeg er vant med selv. Selv har jeg opplevd at den yngre generasjonen er flinkere til å snakke om livmorhalskreft og viktigheten av å sjekke seg. Dette er noe jeg trodde også ville komme fram under deltakernes intervjuer. Utover dette hadde jeg ikke andre forventninger. Til tross for min forforståelse har jeg hatt fokus på å være objektiv gjennom hele studien, samt legge bort egne fordommer. Dette har vært viktig slik at brukernes erfaringer og opplevelser blir framstilt på en etisk måte.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Da jeg valgte deltakerne var jeg nødt til å avgrense ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Alle kvinnene som deltok måtte ha tatt minst en celleprøve, da det er grunnlaget for studien. En årsrapport publisert av Kreftregisteret (2022) viser at andelen som har en registrert livmorhalsprøve er lavere i aldersgruppen 25-29 enn i andre aldersgrupper (Engesæter, 2022, s.14). På bakgrunn av dette inkluderte jeg unge kvinner født mellom 1997-1992 i denne studien. Først inkluderte jeg kun kvinner født mellom 1997-1995, men det ble utfordrende å få tak i deltakere. Dermed utvidet jeg aldersgruppen til 1997-1992. Videre inkluderte jeg kun kvinner som snakket norsk, for å sikre minst mulig språklige misforståelser.

### 3.4 Rekruttering

Rekruttering av deltakere ble gjort både ved oppheng av plakater, deling på sosiale medier og snøballmetoden. I samarbeid med en medstudent laget vi en plakat hvor vi etterlyste deltakere til våre masterprosjekt. På plakatene var det informasjon om prosjektet og kontaktinformasjonen til min medstudent og meg slik at de kunne få mer informasjon om prosjektet tilsendt. Disse plakatene hengte vi opp på ulike campus ved NTNU. Vi delte også plakatene på sosiale medier, hvor venner delte videre til sine venner igjen. I starten var det lite respons å få på plakatene og delingen på sosiale medier. Som en følge av lite respons benyttet jeg meg av snøballmetoden, for å få tak i flere deltakere. Samtidig ble det forsøkt rekruttert deltakere på en klinikk som tilbyr gynekologisk undersøkelse, veiledning og behandling. Etter dette begynte flere å kontakte meg med å ønske om å delta i studien eller å få mer informasjon. Deltakerne har kontaktet meg via mail og SMS. Ved kontakt har deltakerne fått mer informasjon om studien og blitt tilsendt informasjonsskrivet. De har da fått informasjon om hensikten med studien, personvern og hvordan intervjuet foregår.

### 3.5 Utvalg

I dette masterprosjektet var det til sammen åtte deltakere. Det var en blanding av deltakere som var studenter og deltakere som var i jobb. Fire av deltakerne var studenter, hvor tre av disse gikk et masterstudium. Blant disse var det en deltaker som gikk et helserelatert studium. Videre var de fire resterende deltakerne i yrkeslivet. Av disse fire har to stykk jobb innenfor helsesektoren, hvor en også jobber med kreft. Alle som har deltatt i masterstudien passet med inklusjonskriteriene som var satt. Deltakerne var alle kvinner født mellom 1992–1997. Alle som deltok i studien hadde tatt celleprøve. To av deltakerne hadde fått utslag på celleprøven og fikk videre utredning. To av deltakerne hadde barn da de tok celleprøven.

### 3.6 Intervjuene i praksis

Datamateriale har blitt samlet inn gjennom semistrukturerte intervju med et lite utvalg deltakere. Semistrukturert intervju kan beskrives som en samtale mellom forskeren og en deltaker, hvor intervjuet blir styrt av forskeren (Flick, 2018). Samtalen ved slike intervjuer er både planlagt og fleksibel. Det vil si at jeg hadde forberedt spørsmål, som

for det meste var åpne, men som skulle styre intervjuet og deltakeren i en retning. Nedenfor skal jeg fortelle hvordan gjennomføringen av intervjuguiden og selve intervjuene foregikk.

### 3.6.1 Utforming av intervjuguide

En intervjuguide bør være strukturert, men samtidig åpen nok til at det er mulig å gjøre endringer underveis og stille oppfølgingsspørsmål under intervjuet. Dette er viktig for å gi rom til at deltakernes perspektiv og tema kommer fram i intervjuet (Flick, 2018, s.207). Intervjuguiden min bestod av syv ulike hovedspørsmål med tilhørende underspørsmål. Spørsmålene i intervjuguiden ble laget ut ifra hva jeg ønsket å vite mer om i studien min. Intervjuguiden består blant annet av spørsmål om hvordan deltakerne opplevde celleprøven, hva de vet om livmorhalsprogrammet fra før av, hva som gjorde at de tok testen, forventninger og hva som er det viktigste for deltakerne når de deltar i livmorhalsprogrammet. Disse spørsmålene ble valgt på bakgrunn av interessante funn i tidligere forskning og operasjonalisering av intervjuguiden. Jeg sørget for en fleksibel intervjuguide ved å stille oppfølgingsspørsmål ut ifra deltakerens svar.

For å forberede meg til intervjuene testet jeg intervjuguiden ut på noen medstudenter og fikk tilbakemelding fra dem i etterkant. Dette gjorde meg oppmerksom på hvordan jeg kunne gjøre intervjuet bedre, og hva som eventuelt manglet i intervjuguiden. Videre snakket jeg med flere medstudenter som hadde intervjuet før meg om hvilke utfordringer de hadde, og hva som kunne være lurt å tenke på. Blant annet snakket vi om hvordan vi skulle takle spørsmål underveis, samt hvordan vi skulle bygge videre på svarene vi fikk fra deltakerne. Etter å ha startet med intervjuer opplevde jeg at det manglet et spørsmål som fokuserte på hva deltakerne mener er viktig når de deltar i livmorhalsprogrammet. Derfor la jeg til et spørsmål på slutten av intervjuguiden som handlet om hva de ser på som viktig ved deltakelse i livmorhalsprogrammet. Spørsmålene er blitt utarbeidet slik at de skal være mest mulig åpne og gi mulighet for refleksjon.

### 3.6.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i perioden oktober 2022 – desember 2022. Intervjuene varte imellom 17 minutter og 30 minutter, hvor seks av dem varte mellom 25-29 minutter. I forkant av intervjuene forberedte jeg meg ved å gå over intervjuguiden flere ganger og tenke på eventuelle oppfølgingsspørsmål eller temaer som kunne komme opp.

Det var forskjellig hvor og når intervjuene tok plass. Fire av intervjuene ble gjennomført digitalt og de fire andre ble gjennomført fysisk. De digitale intervjuene ble gjennomført over Zoom og Teams. De fysiske intervjuene ble gjennomført på grupperom eller møterom på universitetet. Selv opplevde jeg lite forskjell på å ha intervju fysisk eller digitalt. Under de digitale intervjuene opplevde jeg at jeg var noe mer avslappet og komfortabelt, men samtidig var jeg mer stresset for at noe av det tekniske skulle gå galt. Under et av intervjuene mistet deltakeren nett en liten periode, men vi kom raskt inn i samtalen igjen, så dette gikk helt fint.

Før intervjuene startet fikk deltakerne lese gjennom samtykkeskjemaet og ble igjen spurt om de samtykket til å delta i studien og at samtalen ble tatt opp. Jeg startet med å si at

jeg nå skruer på lydopptakeren. Deretter spurte jeg om de kunne fortelle litt om seg selv, slik som navn, alder og studie eller jobb. Videre stilte jeg de andre spørsmålene fra intervjuguiden, med noen oppfølgingsspørsmål der det var relevant. Til slutt spurte jeg om det var noe de ønsket jeg skulle spørre om og de hadde noen spørsmål. Deretter takket jeg for at de deltok i studien og slo av lydopptakeren.

I etterkant av intervjuene reflekterte jeg over hvordan jeg opplevde intervjuene og min rolle som forsker. Det gjorde jeg blant annet ved å snakke med medstudenter og ved å skrive ned mine tanker etter intervjuene. I starten opplevde jeg å være ganske opptatt av å følge intervjuguiden, noe jeg ikke ønsket å være i like stor grad. Derfor forsøkte jeg å løsrive meg mer fra intervjuguiden etter hvert som jeg hadde flere intervjuet. Jeg følte det var lettere å ha en mer åpen tilnærming til spørsmålene og stille flere oppfølgingsspørsmål når jeg var mindre avhengig av intervjuguiden. Samtidig ble jeg mer trygg på min rolle som forsker etter hvert som jeg hadde flere intervjuer. Dette førte til at jeg kunne være mer rolig og komfortabel under de siste intervjuene, da jeg hadde tilegnet meg noe erfaring fra slike situasjoner.

### 3.7 Analyse

For å svare best mulig på problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av tematisk analyse i min oppgave. Tematisk analyse er en metode for å utvikle, analysere og tolke mønstre i et kvalitativt datasett (Braun & Clarke, 2022, s.4). Ved hjelp av dette har datamateriale blitt kodet og ulike temaer har blitt utarbeidet, noe som er formålet med den tematiske analysen. Jeg benyttet tematisk analyse da det egner seg godt for å undersøke hva en bestemt gruppe vet om et tema, og hvilke erfaringer de har på et felt (Braun & Clarke, 2022, s.4). Da denne masteroppgaven handler om hva unge kvinner har erfart i sitt møte med livmorhalsprogrammet mener jeg at tematisk analyse passer godt.

I en tematisk analyse har forskeren en sentral og aktiv rolle når det skal vurderes hvilke temaer og mønstre som er interessante. Det er viktig å være klar over og anerkjenne den rollen forskeren har da temaene i oppgaven formes og fremstilles av forskeren selv (Braun & Clarke, 2006). Det har vært viktig for meg å se helheten i datamateriale, noe som kan være utfordrende når det er mye ulikt materiale. På bakgrunn av dette har jeg lest og bearbeidet materiale gjentatte ganger for å sikre at jeg fanget opp alle de ulike meningene som kommer frem.

Ifølge Braun & Clarke (2006) er det seks steg som skal følges når man gjennomfører en tematisk analyse. Steg en går ut på å gjøre seg kjent med datamaterialet. Dette ble gjort ved å transkribere intervjuene, og deretter lese gjennom det transkriberte materiale gjentatte ganger. I steg to dannes kodene ved å organisere datamateriale på en meningsfull og systematisk måte. Etter at all dataen var kodet grupperte jeg den slik at det ble enklere å finne tema. Det er ingen faste regler for hva tema kan være. Tema blir bestemt ut ifra hvor viktig innholdet er. Da temaene var bestemt gikk jeg over til steg fire. I dette steget gikk jeg igjennom temaene jeg kom fram til i det forrige steget. Dette ble gjort for å undersøke om temaene passet til kodene og helheten. I dette steget så jeg også om noen av temaene overlappet og kunne bli slått sammen. I steg fem definerte jeg temaene. Her ble både hoved- og undertemaene gjennomgått grundig. Temanavnene

ble konkretisert ytterligere, noe som var en lang prosess med mange endringer av navn. I sjette, og siste, fase skrev jeg resultatene jeg kom fram til ved hjelp av de tidligere stegene i den tematiske analysen (Braun & Clarke, 2006).

## 3.8 Forskningsetikk

Forskningsetikk har som hensikt å belyse de etiske problemstillingene som kan oppstå ved moderne forskning. Samfunnsforskning bør være til fordel for vitenskapen og mennesker, både de som deltar i forskningen og de som kan bli berørt av resultatene (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 96). Dette kan både være som følge av resultatene av forskning så vel som forskningsprosessen. Forskningsetikk handler blant annet om lover og regelverk, uredelighet, holdninger og om god vitenskapelig praksis. Refleksjon rundt forskningsetikk er viktig, fordi det gir forskningen legitimitet og bidrar til å kvalitetssikre studien. Det er tre former for etiske standarder jeg vil gjøre rede for, som er viktig og nyttig å tenke gjennom både før og under datainnsamling til en studie. Disse etiske standardene har jeg tenkt nøye gjennom og tatt hensyn til i min masterstudie. De tre etiske standardene er formell etikk, relasjonell etikk og rapporteringsetikk.

### 3.8.1 Formell etikk

Helseforskningsloven har som formål å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008, §1). I denne loven stilles det krav til å legge frem en prosjektbeskrivelse som må bli godkjent av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Helseforskningsloven, 2008, §9-12). I samarbeid med veileder vurderte vi at det ikke var nødvendig å søke forhåndsvurdering ved regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Derfor søkte jeg, i samarbeid med min veileder, godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), som nå har byttet navn til Sikt (se vedlegg 1). Dette gjøres for å sørge for at datamaterialet kan hentes inn, bearbeides, lagres og deles trygt og lovlig (Sikt, u.å). Masterstudien ble godkjent av NSD (NSD, ref. Kode 379161).

I Helseforskningsloven §13 «Hovedregel om samtykke» står det at det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov (Helseforskningsloven, 2008, §13). Ifølge Kvale og Brinkmann (2021) innebærer informert samtykke at deltakerne blir informert om formålet og hovedtrekkene ved studien, og eventuelle risikoer eller fordeler ved å delta. Denne informasjonen fikk deltakerne i denne studien gjennom et informasjonsskriv (se vedlegg 2). På det samme skjemaet ble det også spurt om samtykke fra deltakerne hvor de måtte signere. Informert samtykke er viktig for individuell autonomi og respekterer individets evne til å ta beslutninger (Kvale & Brinkmann, 2021, s.104). De som ønsket å delta i studien ga samtykke til meg ved å sende signert skjema på mail og ved å gi det fysisk til meg før intervjuene. Alle deltakerne samtykket til å delta i studien. Fire kvinner sendte samtykke over mail, og fire kvinner ga samtykke fysisk. Informert samtykke sikrer at deltakerne i studien deltar frivillig og gir informasjon om at de har rett til å trekke seg ut av studien når som helst. Det var viktig for meg at ingen av deltakerne skulle føle seg presset til å delta i studien, og derfor kunne de trekke tilbake samtykke sitt når som helst og uten noen negative konsekvenser for dem.

### 3.8.2 Relasjonell etikk

Relasjonell etikk ble tatt i betraktning i datainnsamlingen til min oppgave (Tracy, 2010, s.847). Det var viktig for meg å vise respekt til deltakerne gjennom å lytte og behandle dem på en god måte. For å gjøre dette ga jeg deltakerne god informasjon og tilstrekkelig med tid under intervjuet, men ikke slik at jeg sløste unødvendig med tiden deres gjennom prosjektet. Ved intervju av studenter tok jeg hensyn til at det kunne være kvinner jeg kjente til eller hadde flere bekjentskap med som meldte seg til å delta i studien. Dermed reflekterte jeg over hva som kan være mulige ulemper ved å ha bekjente som deltar i studien, blant annet ved at det kunne være mer utfordrende å utgi sensitiv informasjon under intervju.

### 3.8.3 Rapporteringsetikk

Til slutt er det viktig å tenke på rapporteringsetikk (Tracy, 2010, s.847). Her er det snakk om å presentere resultatene anonymt og vise intervjuobjektet respekt ved å ikke dømme, latterliggjøre eller skade det som har kommet fram under intervjuet. Dette har jeg gjort ved å ha et åpent sinn til alt som har blitt sagt under intervju. Av hensyn til personvern ble informasjon som kunne gjøre kvinnene gjenkjennbare, slik som navn, sted og fødselsdato, fjernet under transkribering. Videre har jeg forsøkt å analysere intervjuene så nøytralt som mulig ved å gå gjennom datamateriale nøye og mange ganger. Ved sitater som er vist i oppgaven har jeg tatt bort noen gjentakende ord, slik som «hmm» og «ehh». Dette har jeg gjort for å unngå å latterliggjøre deltakernes utsagn.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Celleprøve blir prioritert i en hektisk hverdag

Kvinnene synes det var krevende, men samtidig viktig å prioritere celleprøve. Det var vanskelig å finne tid til det i en hektisk hverdag, men det var flere faktorer som gjorde det lettere å prioritere celleprøven. Blant annet var brevet med påminnelsen om celleprøve, redselen for å få kreft og ønsket om å forebygge et viktig tema hos kvinnene. Til slutt presenteres kvinnene sine tanker rundt å delta i livmorhalsprogrammet.

#### 4.1.1 Å ta seg tid til celleprøve

Ifølge flere deltakere var det vanskelig å få tid til et legebesøk i en hektisk hverdag, da de hadde mye annet å gjøre. Som følge av lite tid i hverdagen ble det å bestille time til celleprøve utsatt, og noen opplevde det som et styr. Spesielt nevnte en deltaker at det ble en ekstra omgang da hun først måtte til fastlegen og så til gynekologen. Til tross for lite tid i hverdagen fortalte flere deltakere at de bare måtte prioritere livmorhalscreening:

*“Det var jo liksom en ekstra omgang. Måtte først gå til fastlegen også til gynekolog. Men, ja det gikk fint. Man må bare prioritere det.” (D1).*

Det var spesielt noen faktorer som gjorde det lettere å prioritere livmorhalscreening for deltakerne. Blant annet var det lettvisst å bestille time, da noen deltakere kun trengte å henvende seg til fastlegen. Digital booking av legetime, over nett eller gjennom en app, ble også trukket frem som noe positivt og gjorde det lettere å bestille time til celleprøve. Dette gjorde timebestilling for å ta celleprøve enkelt og tilgjengelige for kvinnene. Sitatet nedenfor viser en av kvinnene sitt svar på hva som gjorde at hun tok testen for første gang: *“Og, at det var enkelt og tilgjengelig. Og, at det var. Ja, det var bare å si ifra til fastlegen at jeg ville gjøre det så. Så var det gjort.” (D2).*

Kvinnene slo ofte celleprøven sammen med et annet besøk hos fastlegen som de uansett måtte på, noe som gjorde terskelen for å delta i livmorhalsprogrammet lavere: *“Livmorhalsprogrammet var kjempelett å hoppe på for det var. Jeg kunne ta det på legetimer jeg uansett skulle til. Og, da blir terskelen for å gjennomføre mye lavere. Og, det tror jeg er veldig viktig.” (D2).* Det gjaldt spesielt ved andre underlivsundersøkelser eller innsetting av spiral. Dette gjorde at celleprøven ble mer tilgjengelig, noe kvinnene opplevde som viktig for å bestille time. Det viste seg at ved å ta celleprøven samtidig med andre prøver eller undersøkelser hos lege eller gynekolog tar kvinnene celleprøven oftere enn de ellers ville gjort.

Livmorhalsprogrammet ble beskrevet som lett å delta i, i motsetning til for eksempel blodgivning. Blodgivning ble sett på som en lang prosess, med mye prøver og tidkrevende. En deltaker opplevde det som viktig at det ikke blir sånn når kvinner skal delta i livmorhalsprogrammet. Celleprøven tok ifølge kvinnene kort tid: *“Selve undersøkelsen tok jo bare tretti sekunder liksom.” (D1).* Dette ble høyt verdsatt, da det gjorde deltakelsen enklere og tilgjengelig da den ikke er så tidkrevende.



Deltakerne satte pris på at alle kvinner får muligheten til å delta i livmorhalsprogrammet. Programmet ble sett på som et godt forebyggende tiltak. En av kvinnene følte at det ikke var noe god grunn til å ikke delta, spesielt siden det ikke kostet noe ekstra. En annen deltaker mente det var et såpass bra tilbud at alle burde delta på det. I tillegg var livmorhalsprogrammet blitt en helt naturlig del av helsesjekken for flere av kvinnene, og det følte derfor ut som en rutine: *“Jeg synes det var helt greit. Jeg jeg vet ikke, jeg har tenkt at det var helt, veldig naturlig å på en måte delta på det. Så det følte ikke ut som noe annet enn en sånn rutinekontroll.”* (D2). Siden programmet var blitt en rutine for flere av kvinnene var det ikke en stor avgjørelse om de skulle delta i livmorhalsprogrammet eller ikke.

#### 4.1.2 Brev fra Livmorhalsprogrammet er viktig for deltakelse

Det året deltakerne fylte 25 år skal de ha fått et brev med påminnelse til livmorhalscreening. Kvinnene opplevde at dette brevet kom gjennom posten, Digipost eller begge deler. Flere av kvinnene visste at dette var et brev de skulle få når de ble 25 år. Noen deltakere var usikre på om de hadde fått brevet og husket ikke hvor de eventuelt hadde fått det. En deltaker husket å ha fått brevet, men opplevde at det ikke passet å ta celleprøven da siden hun var gravid. Derfor måtte hun ta ansvaret for å huske på dette selv ved en senere anledning, etter fødselen. En annen deltaker opplevde å vente på brevet og fikk det senere enn hun forventet. Ved spørsmål om hun tenkte på å ta kontakt for å bestille time til celleprøve svarte hun:

*“Ja, jeg tenkte faktisk litt på det fordi jeg tror jeg fikk den sånn, det brevet mot slutten av da jeg fylte 25 eller skulle fylle 26. Så jeg gikk jo og tenkte på om jeg bare skulle selv ta kontakt om time.”* (D1)

Brevet inneholdt litt kort og enkel informasjon, og ble av flere opplevd som tilstrekkelig. Samtidig som brevet ble omtalt som enkelt var det ifølge deltakerne også informativt, oversiktlig og en god forberedelse til celleprøven for flere. Deltakerne opplevde informasjonen som lett å forstå og de fleste satt ikke igjen med noen spørsmål etterpå. Det ble også sett på som en fordel at brevet ikke var lenger, da det kunne ført til at deltakerne ikke gadd å lese det. Link til mer informasjon i brevet ble også nevnt som noe positivt. Det kom frem at noen fikk brevet senere enn de trodde de skulle få det, og dermed ventet litt på det og vurderte å ta kontakt angående celleprøve selv. Kvinnene opplevde brevet som viktig, spesielt for å huske å bestille time til celleprøve. Deltakerne fortalte at det var lett å glemme å bestille time til screening i hverdagen, og brevet fra livmorhalsprogrammet derfor kunne bidra til å øke deltakelsen i livmorhalscreening. I tillegg til å være viktig for å huske celleprøven, var brevet en god kilde til informasjon som forberedte kvinnene på hva de kunne forvente av livmorhalsprogrammet. Nedenfor er et utdrag fra et intervju hvor det er snakk om viktigheten av dette brevet.

*“Det er jo veldig viktig å få den innkallinga eller påminnelsen da. Sånn at en husker å gjøre det. For det er fort gjort å glemme det. Fordi at når en bare lever sitt vanlige liv og sånn så er ikke det noe en tenker på, på en måte. Jeg tror det er veldig mange som hadde, hadde ikke gjort det eller hadde glemt det hvis de ikke hadde fått en påminnelse på det.”* (D6)

Samtidig som brevet ble verdsatt og sett på som en viktig påminnelse for å bestille time til celleprøve, mente en av kvinnene at det kunne forbedres. Hun var selv usikker på om hun hadde fått en innkallelse eller en påminnelse om å delta i programmet, men mente å huske at hun kun hadde fått en påminnelse. Videre foreslå hun at kvinnene burde få en innkalling, da de nå kun får en påminnelse: *“De burde, kunne vel kanskje begynt med å kalle inn. Nå vet jeg ikke om de, om det blir gjort. Men, sånn som jeg husker det da så, så kom det vel bare en påminnelse.”* (D7). Hun var ikke helt sikker på om dette var blitt gjort tidligere, men mente at dette ville gjøre livmorhalscreeningen bedre.

#### 4.1.3 Redsel for å få kreft

Redsel for å ha celleforandringer og utvikle livmorhalskreft var en viktig faktor for at deltakerne ønsket å ta celleprøve. Deltakerne ville gjerne gjøre det de kunne for å unngå å få kreft eller å oppdage det tidlig. I tillegg ser de på screening som å ta vare på sin egen helse, noe kvinnene mente var viktig for dem. På bakgrunn av dette opplevde de screening som verdifullt. Kvinnene verdsatte tryggheten som et negativt screeningsresultat kunne gi og det beroliget dem. Det kom også fram at det var greit å sjekke seg fordi livmorhalskreft er en krefttype som rammer unge kvinner. Blant annet nevner en deltaker at hun vet det er høy risiko blant unge kvinner i Norge og ønsker derfor å være føre var. Ved spørsmål om hva som er det viktigste for at hun deltar i livmorhalsprogrammet svarte hun dette:

*“Få tidlig svar på ting og på en måte vite at alt er greit da. For jeg vet det er jo høy risiko blant unge kvinner i Norge. Så jeg tenkte det er hvert fall greit å være på en måte litt i forveien da, i så fall hvis noe skulle skje.”* (D8)

Livmorhalsprogrammet ble sett som viktig for å bidra til færre dødsfall fra livmorhalskreft. Kvinnene fortalte at de heller ønsket å bli undersøkt en gang for mye enn for lite. En av kvinnene fortalte at hun heller ville ta alle prøver som gikk an å ta for å være forsikret om at hun unngikk å få kreft. Kvinnene mente det var viktig med celleprøven for å kunne fange opp celleforandringer eller livmorhalskreft, slik at flere kan unngå å få kreft:

*“Mine tanker om det er hvert fall at jeg vil mye heller bli undersøkt mer enn mindre. På en måte. Og jeg synes det allikevel veldig viktig at en heller undersøker, alle eller mange, ofte for å fange opp sånn at færre folk slipper å få kreft da. Enn at noen kanskje blir behandla mer enn, enn hva jeg skal si, nødvendig i hermetegn.”* (D6)

Flere fortalte også at en viktig grunn til at de tok celleprøve var at livmorhalskreft er en skummel sykdom som kan føre til død: *«I hvert fall den første testen var viktig på en måte. Også opprettholde det da. Så. Nei, det var jo egentlig mer sånn det hadde vært nice å ikke dø type ting.»* (D5). Spesielt opplevdes den første testen som viktig, da kvinnene hadde gått i mange år uten å sjekke seg på grunn av at de ikke kommer inn i programmet før de er 25 år.

#### 4.1.4 Videre deltakelse i Livmorhalsprogrammet

Livmorhalsprogrammet opplevdes som et godt tilbud som bidro til at kvinnene kunne ta vare på egen helse. Flere kvinner opplevde at livmorhalsprogrammet var et bra tilbud, og stilte seg positive til å delta. Kvinnene forteller om flere gode opplevelser av livmorhalsprogrammet, samtidig som de hadde varierende erfaringer. På den positive siden erfarte kvinnene livmorhalsprogrammet som et nyttig tilbud som fungerte godt. De positive erfaringene gjorde at de ønsket å fortsette å delta i programmet. En av kvinnene har hatt utelukkende positive erfaringer med programmet, og fortalte at hun kommer til å fortsette å delta:

*"Altså sånn for å si liksom erfaringer og sånt, og holdninger rundt det. Jeg har jo utelukkende positive erfaringer med det. Og kommer til å fortsette å delta i programmet. Og synes det er viktig å gjøre det også." (D2)*

Kvinnene opplevde å ha god tillit til myndighetene og de helserådene som kommer derfra. Til tross for denne tilliten ønsket noen av kvinnene å sjekke seg både tidligere og oftere enn anbefalt, fordi tre år oppleves som lenge og kvinnene var usikre på om det var for lenge å vente. Kvinnen nedenfor hadde opplevd å få påvist alvorlig grad av celleforandring.

*"Ja nå, fra nå av så er jeg egentlig tilbake på hvert tredje år. Men, jeg har liksom bestemt meg for at jeg ønsker å sjekke meg hvert år. Så det kommer jeg til å gjøre uansett, selv om anbefalingen er hvert tredje år." (D7)*

Ved spørsmål om hvorfor hun ønsket å teste seg hvert år istedenfor de anbefalte tre årene svarte hun følgende: *"For jeg tenker at det, det er en lett test og det er lett å få gjort det. Tre år er ganske lenge tenker jeg."* (D7). En annen kvinnene fikk ulik informasjon fra ulike kilder. Hun fortalte at myndighetene anbefalte fem år mellom hver celleprøve, men hun hadde hørt andre anbefale tre år. Hun fortalte da at hun var godtroende til myndighetene og at hun ikke hadde noen grunn til å mistro de helserådene vi får. Derfor vil hun mest sannsynligvis følge rådet til myndighetene og ta en ny celleprøve etter fem år:

*"Ja, for sjøl om de anbefaler fem så blir man sånn, når en del sier ja men du burde ta tre så. Men, jeg er jo. Jeg vet ikke, jeg er liksom litt mer sånn godtroende til. Jeg tror på de helserådene jeg får fra myndighetene. Jeg tenker det er en grunn til at vi får dem og det er ikke noe grunn til å mistro dem. Så mest sannsynlig så blir det sikkert ved fem år at jeg kommer til å ta en ny." (D2)*

Noen opplevde anbefalingen om å starte med celleprøve ved fylte 25 år som for sent og ønsket å teste seg tidligere, og hadde erfart at dette var noe flere leger ikke ønsker å gjøre. Disse kvinnene hadde et ønske om at det skulle bli greit å teste seg før 25 år. Blant annet mente en av kvinnene at 25 år kan være for sent for noen, og at denne aldersanbefalingen muligens burde endres: *"Og jeg tenker at det å ta, begynne kanskje tidligere burde vært vurdert. At 25 år er kanskje litt høyt for noen da."* (D7). Selv hadde hun blødninger og smerter i underlivet, og etterspurte en celleprøve to år før hun deltok i livmorhalsprogrammet. Da fikk hun beskjed om at det ikke var nødvendig fordi hun var ung: *"Jeg ba jo om å få ta en celleprøve, men det var liksom sånn "nei, det er ikke*

*nødvendig for du er alt for ung til at det kan, at det kan ha noe å si.” (D7). Samtidig fikk hun beskjed om at blødningene var fra prevensjon eller fordi det er vanlig å ha regelmessige blødninger, til tross for at hun fikk påvist alvorlige celleforandringer to år senere.*

Kvinnene hadde en positiv opplevelse av celleprøven, til tross for at noen opplevde ubehag og smerter. Noen forteller at de så vidt kjente noe og følte prøven var smertefri. På en annen side opplevde noen at celleprøven var veldig vond, og de fikk store smerter underveis. De store smertene ble ikke sett på som et stort problem eller hindring for videre deltakelse i programmet, da det gikk fort over. En deltaker forteller at selv om det gjorde vondt å ta celleprøven så er det greit å få tatt prøven og få det overstått. På bakgrunn av dette ser vi at disse kvinnene ikke ser på ubehag under celleprøven som en hindring for videre deltakelse.

Å ha tatt HPV-vaksinen hadde ikke betydning for hvor ofte kvinnene deltok i livmorhalsprogrammet, eller om de kom til å slutte å delta. En deltaker fortalte at hun hadde tatt HPV-vaksinen som student. Hun hadde ikke tenkt noe spesielt over sammenhengen mellom vaksinen og livmorhalscreening, og fortalte at hun fortsatte å gå til screening selv om hun hadde tatt vaksinen. Hun nevnte også at hun ville ha vært med i screening hvis hun hadde fått vaksinen da hun var yngre, da hun mente at man aldri kunne vite sikkert om man har celleforandringer eller ikke.

## 4.2 Relasjoner til familie og venner bidrar til deltakelse i livmorhalsprogrammet

Relasjoner og god kontakt med andre var et tema som kom opp mye under intervjuene. Det gjaldt samtaler med venner og jevnaldrende som viste seg å være viktig for å økt kunnskap om livmorhalsprogrammet og valget om å ta celleprøve. Videre var påvirkning fra familie en faktor for deltakelse i livmorhalsprogrammet, spesielt hvis familiemedlemmer hadde fått påvist kreft tidligere.

### 4.2.1 Å dele erfaringer med venner er nyttig

Kvinnene delte erfaringer og kunnskap om livmorhalsprogrammet med venner og jevnaldrende. Kvinnene opplevde det å dele erfaringer med venner og jevnaldrende som en viktig faktor for å ta celleprøven. Deltakerne opplevde at det var fokus på livmorhalskreft i vennegjengen og at de fleste av deres venner valgte å ta celleprøve. Gjennom samtaler med venner tilegnet kvinnene seg økt kunnskap om livmorhalsprogrammet og andre sine erfaringer med programmet. Det viste seg å være litt varierende hva deltakerne snakket om når de snakket om livmorhalscreening med venner. Noen fortalte også at vennegjengen sammen søkte etter mer informasjon om livmorhalsprogrammet, da de selv ikke har hatt så mye kunnskap om det. Flere spør eller blir spurt om de har husket å sjekke seg eller hvor lenge det er siden sist av vennene deres. Ofte var det ikke et direkte spørsmål, men heller en samtale om erfaringen deres eller at de hadde bestilt seg time til celleprøve. Samtidig fortalte en av kvinnene at hun hadde fått direkte spørsmål fra venner om hun har sjekket seg:

*«Jeg opplever mange av mine venner. I mine relasjoner så er det. Så velger de aller fleste å gjøre det. Det er liksom en sånn, ja har du huska å sjekke deg. Har til og med blitt spurt sånn, har du tatt celleprøve liksom.» (D2)*

Slike samtaler med venner kunne bidra til åpenhet og kunnskap om livmorhalsprogrammet, og bidra til at flere valgte å sjekke seg. Å snakke med venner om livmorhalsprogrammet ble for det meste sett på som veldig positivt. Blant annet har en deltaker sagt at hun syntes det var utelukkende positivt å snakke om livmorhalskreft og at hun tror det har bidratt til at flere sjekker seg: *«Når jeg har snakka med folk så synes jeg det er utelukkende positivt. For jeg tror det bidrar til at flere folk velger å sjekke seg.» (D2)*. Mange opplevde at de fleste i vennekretsen var opptatt av livmorhalsprogrammet og valgte selv å sjekke seg. Kvinnene ble påvirket av hva vennene deres sa og gjorde, og erfarte at det kunne ha en betydning for om de selv valgte å ta celleprøve. Flere deltakere fortalte at de valgte å ta celleprøve på grunn av at de hadde venninner som gjorde det. De følte da at de også burde gjøre det, og ville ikke være den eneste i vennegjengen som ikke testet seg:

*«Jeg tror at første gangen jeg tok celleprøve. Det var jo på grunn av jeg hadde venninner som hadde gjort det. Og da ble jeg og, ja, da følte jeg at jeg burde gjøre det jeg og. Sant. Fordi at man har jo ikke lyst til å være den personen som ikke har gjort det.» (D3)*

Gjennom å snakke med venner og høre deres erfaringer har flere av deltakerne sett betydningen av å ta celleprøve. Blant annet har det å høre om kvinner som har fått påvist celleforandringer og gått videre til konisering understreket betydningen av å sjekke seg for livmorhalskreft:

*«Ja, jeg har hørt om folk som har hatt celleforandringer og som har tatt sånn konisering og sånne her ting. Så har jeg jo og forstått betydningen av det. Så da føler jeg at det har hjulpet på at jeg har forstått at, å ja man bør virkelig gjøre det. Så, ja. Jeg tror helt klart jeg har blitt påvirket av andre.» (D3)*

Det kom også frem at det var viktig for deltakerne å snakke med jevnaldrende som stod i samme situasjon som dem selv. Med samme situasjon menes det venner som også skal delta i livmorhalsprogrammet i det samme tidsrommet. Blant annet kunne det føre til at kvinnene følte seg mindre alene og som en del av et fellesskap: *«Det er jo litt artig. Eller, å ha noen man deler opplevelsen med. Det blir liksom ikke. Ja, det er på en måte fellesskap, at, at man ikke er den eneste som gjør det.» (D1)*. Som vist i sitatet mente kvinnen at det til og med var fint å delta i livmorhalsprogrammet når hun hadde noen å dele den opplevelsen med.

Samtidig som mange av kvinnene opplevde det som positivt å dele erfaringer med venner, kunne det også påvirke negativt:

*«Så jeg føler kanskje man danner seg ofte et litt mer negativt bilde av hvordan det egentlig er å ta celleprøve. Fordi at folk ja. Jeg føler generelt når folk skal snakke om opplevelser de selv har hatt så er det jo av og til litt sånn skremsels,*

*propaganda hvis jeg kan si det. Så jeg føler jo ofte at man blir mer skremt enn det man trenger å være.» (D3).*

Å høre skremmende historier fra venner som forteller om egne opplevelser med livmorhalsprogrammet kunne påvirke kvinnene negativt. Blant annet kunne det danne et negativt bilde av celleprøven, og føre til at kvinner kunne bli skremt for å ta celleprøven. Selv opplevde kvinnene ikke å bli skremt av slike erfaringer, men uttrykte at de vet at flere kvinner blir skremt av andre sine dårlige erfaringer fra livmorhalscreening.

#### 4.2.2 Påvirkning fra familien kan være en pådriver for at kvinner tar celleprøve

Kreft i familien påvirket kvinnene i valget om å delta i livmorhalsprogrammet. Kvinnene med kreft i familien ønsket å gjøre det de kunne for å unngå kreft og det var derfor en av grunnene til at de valgte å sjekke seg for livmorhalskreft. Hvilken krefttype familiemedlemmene hadde fått påvist hadde ikke en betydning for kvinnenens ønske om å delta i livmorhalsprogrammet. En av kvinnene hadde besteforeldre med kreft og til tross for at ingen av dem hadde fått livmorhalskreft ønsket hun å unngå kreft, eller i det minste oppdage sykdommen i tidlig:

*«Sånn som i min familie da, vi har. Alle mine besteforeldre har hatt forskjellige kreftformer. Ingen av dem har hatt HPV. Men, jeg har sånn, kanskje følt at det. Ja, hvis det er noe man kan gjøre for å unngå å få kreft så, eller oppdage det tidlig så. Daa ja. Kjør på.» (D2)*

Celleforandringer i nær familie var også en pådriver for at kvinnene bestilte time til celleprøve. En av kvinnene fortalte at moren hennes var streng på at hun skulle ta celleprøve, fordi hun selv fikk celleforandringer som ung. Derfor var moren redd for at datteren skulle få det og var hard på at datteren måtte ta celleprøven. Nedenfor er et utdrag fra intervjuet med denne deltakeren.

*«Moren min har vært veldig hard på at jeg må ta denne her testen da. Fordi at ho. Når ho var 25 år så fikk hun endring da. Så hun var veldig redd og jeg er eneste datteren hennes. Så hun har vært litt sånn hard på at jeg må velge å ta den.» (D4)*

En annen kvinne hadde en søster som fikk påvist celleforandringer som førte til at hun måtte fjerne livmorhalsstappen. Dette påvirket henne til å tenke litt ekstra over livmorhalsprogrammet. Spørsmålet om hvem som får livmorhalskreft er genetisk eller helt tilfeldig var også noe hun tenkte på.

### 4.3 Informasjon på internett bidrar til kunnskap om livmorhalsprogrammet

En stor del av denne studien er deltakernes erfaringer med informasjonen de har fått om livmorhalsprogrammet og hvor de har fått den fra. For å få fram hva slags informasjon deltakerne har fått og hvordan det har bidratt til oppmerksomhet rundt livmorhalsprogrammet har det blitt et eget tema. Sosiale medier og egen

kunnskapsinnhenting har vært viktige kilder til informasjon om livmorhalsprogrammet. Til slutt presenteres det kvinnene erfarte at manglet av informasjon om programmet.

#### 4.3.1 Sosiale medier øker oppmerksomheten rundt livmorhalsprogrammet

Mye av informasjonen kvinnene fikk om livmorhalsprogrammet har de siste årene kommet gjennom sosiale medier, da spesielt gjennom plattformene Facebook og Instagram. Blant annet har #sjekkdeg kampanjen i sosiale medier ført til større oppmerksomhet om livmorhalsprogrammet blant kvinner. Kampanjen har også hatt betydning for at kvinnene prioriterte celleprøven. Sosiale medier har hatt stor påvirkning på kvinnene og har økt deres oppmerksomhet rundt livmorhalsprogrammet. Kvinnene opplevde sosiale medier som en viktig del av å delta i livmorhalsprogrammet, da de ble mer bevisst på programmet og ble gjennom sosiale medier minnet på å ta ansvar for å sjekke seg. Blant annet fortalte en deltaker at det var gjennom sosiale medier hun ble mest bevisst på livmorhalsprogrammet. På spørsmål om hun hadde sett eller hørt om livmorhalsprogrammet i sosiale medier svarte hun: «Ja. Veldig mye. Det er vel der på en måte jeg blir mest bevisst på det. Og mest minna på det og ja. Til at en tar ansvar selv da tenker jeg» (D7). Den store mediedekningen rundt livmorhalsprogrammet har også bidratt til at det for flere føles naturlig å ta celleprøve.

*«Jeg visste godt om det fra før av da. Fordi det har vært mye mediedekning rundt det og mye snakk om det. Hvert fall i kanaler som jeg har vært i, i forkant. Så, det å ta celleprøve når du fyller 25 var liksom naturlig.» (D2)*

De siste årene har deltakerne sett en større åpenhet rundt livmorhalsprogrammet, spesielt i sosiale medier. Flere jenter snakker om sine personlige erfaringer på sosiale medier, både erfaringer med celleforandringer og med å få livmorhalskreft. Kvinnene synes det er fint at det er mer snakk om unormale celleprøver som ikke er så alvorlige, slik at de får vite at om du får celleforandringer så trenger det ikke å være kreft. Blant annet kan det bidra til å senke redselen rundt celleprøven og celleforandringer. På bakgrunn av dette mener deltakerne at det er bra at folk snakker om deres erfaringer med livmorhalsprogrammet og celleforandringer på sosiale medier. Det kan vise at til tross for unormalt svar på prøven kan det fortsatt gå fint og ikke være farlig. Deltakerne mener at denne åpenheten kan bidra til at flere sjekker seg for livmorhalskreft:

*«For man kan jo kanskje bli litt sånn redd for at oi enn hvis jeg tar det også får jeg et negativt svar og da er livet mitt over. Altså at man, hvis man er litt sånn krisemaksimerer. Så det er fint at folk også er ute og snakker om de situasjonene der man ser forandringer. Okei, her var det noe unormalt, men at det går bra. Det trenger ikke å være farlig. Og, det tror jeg også kan bidra til at flere faktisk, når de får høre det mange nok ganger, går og sjekker seg.» (D2)*

Det viste seg også at informasjon om livmorhalsprogrammet i sosiale medier kunne påvirke både positivt og negativt. Samtidig som det kunne være fint å få en påminnelse i sosiale medier om å ta celleprøve, kunne det også oppleves som stressende for noen deltakere: «Jeg blir jo litt sånn "å gud har jeg, når var sist jeg sjekket". Altså jeg får en liten sånn, ja, påminnelse på en måte. Også kan jeg bli litt sånn stresset av det også.» (D5). Kvinnen opplevde at oppmerksomhet rundt livmorhalsprogrammet i sosiale medier kunne føre til at hun begynte å tenke på når de sist sjekket seg og som en følge av det

ble stresset. Kvinnene opplevde få negative sider ved å høre om livmorhalsprogrammet i sosiale medier, og opplevde ikke at det påvirket dem til å tenke på det hele tiden eller å være redde. Samtidig anerkjente dem at noen føler det påvirker de negativt, men det er fortsatt viktig at det er mye informasjon om livmorhalsprogrammet på sosiale medier.

#### 4.3.2 Egen kunnskapsinnhenting bidrar til økt kunnskap om livmorhalsprogrammet

Kvinnene har søkt opp informasjon på nettet for å forberede seg til å ta celleprøven og for å øke egen kunnskap om livmorhalsprogrammet. Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet (FHI) og Norges helseinformatikk (NHI) var de stedene kvinnene søkte etter informasjon. Dette opplevdes som sikre kilder, som kvinnene stolte på. Det varierte hva slags informasjon de søkte opp. Noen googlet hva celleforandringer egentlig betydde, da dette var uklart for dem. Andre leste om tallene på hvor mange som ble smittet med HPV-virus og fant ut av at mange blir smittet, men ikke alle utvikler kreft. I tillegg til de sikre kildene ble Google brukt som en kilde til informasjon, for eksempel ved å lese om andre sine erfaringer: *«Jeg googla og leste om andre sine erfaringer, altså tips og triks. Det var ikke noe skummelt å lese det. Det var bedre å gjøre det og være mer informert enn å ikke vite hva man går til.»* (D1).

Å lese andre sine erfaringer på nettet viste seg å kunne ha både positiv og negativ påvirkning på deltakerne. For det meste opplevde kvinnene at det var positivt å lese informasjon på nettet, men på en annen side kunne det også ha negativ påvirkning. En deltaker opplevde at uansett hva hun søkte opp på google, spesielt om kvinner kunne virke skremmende. En annen kvinne undersøkte andre sine erfaringer med livmorhalsprogrammet på Google, og synes det var positivt da hun fikk mer kunnskap om hva hun skulle gå til når hun skulle ta celleprøve.

Flere av deltakerne tilegnet seg også informasjon om livmorhalsprogrammet gjennom en dokumentar om Thea Steen som fikk livmorhalskreft. Gjennom å se på denne dokumentaren lærte de mer om livmorhalskreft og hvorfor det var viktig å sjekke seg. I ettertid opplevde deltakerne økt fokus på #sjekk deg kampanjen, noe som ga kvinnene et større innblikk i livmorhalsprogrammet. Dokumentaren gjorde inntrykk på deltakerne og flere opplevde at den påvirket de til å ta celleprøven. Ifølge deltakerne har dokumentaren satt lys på viktigheten av livmorhalsprogrammet, slik som man kan se i eksempelet under.

*«Ikke at det handler kanskje om livmorhalsprogrammet, men jeg følte jeg lærte litt om livmorhalskreft og viktigheten av å sjekke seg og sånt da når jeg så den dokumentaren til hun Thea Steen. Så der kommer det jo veldig tydelig fram dette med sjekk deg. Og jeg følte egentlig etter den dokumentaren at det ble mye fokus på dette her med den kampanjen. Så da fikk jeg jo litt mer, ja, innblikk i dette med celleprøve og viktigheten av det.»* (D3)

Kvinnene opplevde at informasjonen de fikk kunne vært bedre, og søkte derfor selv opp informasjon for å vite hva de kan forvente. Samtidig fortalte en av kvinnene at hun selv jobber som sykepleier og syntes at livmorhalsprogrammet var veldig interessant og derfor undersøkte hun mye selv:



*«Altså det og kunne sikkert vært litt bedre. Men, jeg er jo litt sånn når, jeg jobber nå som sykepleier og synes jo ting er veldig sånn interessant så jeg undersøker veldig mye selv da. Så det. Jeg følte at den informasjonen jeg var trygg på var vel egentlig den informasjonen som jeg fant selv. Og det, det blir jo litt feil det og. For det er jo ikke alle som, som gjør det. Så det er nok veldig mange som tenker at de kunne fått mye bedre informasjon, både før og underveis også» (D7)*

Hun opplevde at den informasjonen hun var trygg på var den hun fant selv. Dette mente hun kunne være litt problematisk da det ikke er alle som søker opp informasjon om livmorhalsprogrammet på egenhånd og hun mente at kvinner burde få bedre informasjon.

#### 4.3.3 Mangel på god informasjon fører til usikkerhet i møte med livmorhalsprogrammet

Flere deltakere opplevde at de ikke hadde nok kunnskap om livmorhalsprogrammet og var litt usikre på hva det gikk ut på. De hadde et felles ønske om å vite mer om programmet, selv om informasjonen de ønsket mer av varierte. Spesielt opplevde kvinnene et behov for mer informasjon om hva en celleprøve egentlig er. Begrepet virket å være godt kjent, og mange snakket om at de skulle ta celleprøve og at det er viktig. Samtidig opplevde deltakerne at de selv var usikre på hva begrepet betyr og hva en celleprøve går ut på. Blant annet kom det frem at det mangler informasjon om dette generelt i samfunnet:

*«Men, jeg føler kanskje at det mangler litt informasjon sånn generelt da i samfunnet holdt jeg på å si. Om hva, hva er egentlig en celleprøve. Hva er det det gjør og hva er det man skal finne ut av.» (D3)*

For å øke kunnskapen rundt hva en celleprøve er ønsket kvinnene mer informasjon som de kunne finne frem til selv, og mente at den informasjonen bør være lett tilgjengelig. Det kom frem at deltakerne også ønsket mer og tidligere informasjon om livmorhalsprogrammet. Blant annet foreslo en av kvinnene at det burde komme informasjon fra helsesøster, da helsesøster har oversikt over mange av barna i barne- og ungdomskolen.

### 4.4 Helsepersonellet har en viktig rolle i livmorhalsprogrammet

Kvinnene i studien snakket mye om helsepersonellens rolle i livmorhalsprogrammet og dette er derfor blitt et eget tema. I denne hovedkategorien presenteres funn som omhandler informasjonen fra helsepersonellet før, under og etter celleprøven. Videre presenteres hva deltakerne opplevde som trygghet hos helsepersonellet og hvordan dette påvirket deres opplevelse. Til slutt kommer det frem hvordan deltakerne med positivt svar på celleprøven opplevde oppfølgingen.

#### 4.4.1 Helsepersonell har betydning for at kvinner bestiller time til celleprøve

Følelser av redsel og å grue seg til å ta celleprøve førte til at flere deltakere utsatte å bestille time til prøven. Det var redsel for både å ta selve prøven og for resultatet. Blant

annet hadde en deltaker redsel for å få flashbacks under prøven, som en følge av tidligere traumer. Det hjalp da at legen hadde en lengre samtale om at det var lurt å ta celleprøven og at hun ikke burde utsette den mer.

På enn annen side kom det frem at flere av deltakerne ikke gruet seg til celleprøven, og tenkte lite over celleprøven i forkant. Spesielt kunne gode erfaringer hos legen minske følelsen av redsel i forkant av celleprøven. Det kunne blant annet være å ha vært hos legen før for underlivsundersøkelser og ha sittet i gynekologstolen, slik at det ikke var noe helt nytt: *«Jeg har jo vært inne og tatt forskjellige undersøkelser tidligere. Hos legen, hvor man må sitte i gynekologstol. Så akkurat det var jeg ikke så redd for.»* (D3). Kvinnen hadde tatt flere underlivsundersøkelser tidligere, og syntes derfor ikke at det var så skummelt eller flaut. Flere visste at underlivsundersøkelser ikke var noe de så på som vanskelig eller utfordrende, og mente at det burde gå fint å ta celleprøve. Å ha erfaring med celleprøve fra tidligere påvirker også tanker rundt å bestille time til prøven. Positive erfaringer med celleprøven var viktig for ønsket om å fortsette å delta i livmorhalsprogrammet.

Relasjonen med helsepersonell spilte en stor rolle i opplevelsen av å delta i livmorhalsprogrammet. En av kvinnene fortalte at god kontakt med fastlegen var helt sentralt for henne, da hun ikke hadde tatt celleprøve hvis det hadde vært en ukjent fastlege: *«Jeg hadde, jeg hadde ikke dratt i det hele tatt hadde det vært noen ukjente.»* (D4). En annen kvinne fortalte at hun tok celleprøven hos en gynekolog fremfor hos fastlegen, fordi det var en vikar som var i LIS-1 turnus og det var i tillegg en mann.

Samtidig som kvinnene opplevde tilstrekkelig informasjon hadde noen et ønske om ytterligere informasjon. En deltaker fortalte at hun ikke helt forstod hva som skulle sjekkes, og at hun har vært dårlig på å ta kontakt med legen for å høre om hva celleprøve egentlig er. En av kvinnene mente at fastlegen har ansvar for å gi informasjon om livmorhalsprogrammet til de som skal ta celleprøve. Hun opplevde selv at det ikke var informasjonsflyt når hun deltok i programmet: *«Men, det er jo fastlegen sin oppgave å ha kunnskapen om det og. Men, jeg føler jo at det liksom ikke er så veldig mye sånn informasjonsflyt. Det er bare liksom å få gjort det også.»* (D7).

#### 4.4.2 Kontroll under celleprøven er viktig for at kvinner skal føle seg trygge

Kvinnene erfarte at å ha kontroll over situasjonen var viktig for deres opplevelse av livmorhalsprogrammet. En av kvinnene opplevde det som skummelt å miste kontroll over kroppen sin, spesielt når hun ikke kunne se hva som skjedde: *«For det, det er skummelt og miste kontroll over kropp og sånt. Ja, det. Hvert fall når du ikke ser det.»* (D4). En god relasjon med helsepersonell var viktig for at kvinnene skulle føle seg trygge og komfortable under celleprøven, noe som ble høyt verdsatt. Blant annet opplevde noen at celleprøven gikk helt fint, fordi de hadde godt kontakt med fastlegen. En deltaker fortalte at hun hadde hatt samme fastlegen hele livet og derfor hadde veldig god tillitt til legen.

En lege som er dyktig i jobben sin og visste hva han eller hun holder på med var viktig for kvinnene. Kvinnene opplevde at å ha en lege som er flink i jobben sin gjorde opplevelsen av celleprøven bedre også når det i utgangspunktet ble opplevd som skummelt.

*«Og når jeg gikk der så var ho veldig, ja, jeg opplevde det som veldig behagelig. Så behagelig det kan bli da. For hun fortalte hele tiden hva som skulle skje til enhver tid og passa på så det gikk bra da.» (D4)*

Kvinnene trodde det hadde vært en veldig annerledes opplevelse hvis det var en dårlig lege som utførte celleprøven. Spesielt hvis legen ikke hadde gitt informasjon om hva som skulle skje og hva som ble gjort under celleprøven.

*«Ja, det var jo det (skummelt). Men da hjalp det jo å ha på en måte at det var en flink person som gjorde det. Jeg tror at det hadde vært veldig annerledes hvis det var noe dårlig lege eller. Som ikke ga informasjon underveis eller ikke forklarte hva hun gjorde.» (D1)*

Blant annet opplevdes det som trygt å ha en fastlege som var vant med å ta celleprøve og har hatt mange pasienter som tidligere har gjort det samme. En av kvinnene fortalte at hun var veldig fornøyd med legen sin da hun er flink på gynekologiske undersøkelser, og fikk mange unge kvinner henvist til seg. Hvordan legen tilrettelegger har også mye å si for deltakerne slik at det blir så behagelig som mulig å ta celleprøven. Kvinnene gruet seg når de satt i gynekologstolen. De opplevde at de var i en sårbar posisjon når de satt der med spredte bein. Da hjalp det med en rolig og flink lege, som samtidig jobber for å gjøre situasjonen så behagelig som mulig. Blant annet opplevde en av deltakerne at gynekologstolen hos legen hennes var godt skjult, noe hun satt pris på:

*«Og hun er veldig rolig og flink. Og ja, gjør liksom ingenting kleint eller flaut eller noen ting sånn. Og, man må jo sette seg i en sånn gynekologstol. Men, den. Inne på kontoret hennes så er det veldig godt skjult føler jeg.» (D3)*

For å oppnå kontroll mente kvinnene at helsepersonellet som utfører celleprøven burde bli flinkere på å gi informasjon. Kvinnene så på det som spesielt viktig å få beskjed om hva som skjer under celleprøven, og noen ønsket mer informasjon under celleprøven enn det som var gitt. En av kvinnene opplevde at hun selv hadde kontroll på hvor hun kunne finne riktig informasjon, men at hun vet det er mange andre som ikke vet hvor de skal finne informasjon. På spørsmål om hva som var det viktigste for henne når hun deltok i livmorhalsprogrammet svarte hun:

*«Kontroll egentlig. Altså at jeg har. At jeg føler at det er under kontroll. Så derfor tenker jeg jo litt sånn at jeg tror nok at de som utfører celleprøvene bør bli flinkere på informasjonen. Både på en måte hva i forkant, hva som påvirker det og føler jo det der med at de ønsker liksom ikke å gå i detaljer på hva som kan ha gjort det, alle disse HPV-virusene, hva betyr det og. At det liksom. Sånn, for å si jeg føler jo at jeg har kontroll på hvor finner jeg riktig informasjon. Men, jeg vet jo at det er mange som ikke vet hvor de henter inn. Så jeg synes nok de burde bli flinkere på det. Med informasjon og ja trygge alle.» (D7)*

Det var ulikt om kvinnene opplevde informasjonen fra helsepersonellet som tilstrekkelig. God informasjon var for kvinnene nøye forklaringer på hva som ble gjort underveis i celleprøven. Det var spesielt viktig med grundig informasjon fra helsepersonell fordi

gynekologiske undersøkelser er ifølge kvinnene noe de fleste gjør sjeldent. Blant annet opplevde en av kvinnene at hun ikke visste hva som var normalt under en celleprøve og om det kom til å gjøre vondt. Når hun da fikk god informasjon fra legen opplevde hun det som betryggende. En annen deltaker fortalte at hun opplevde tilstrekkelig informasjon av legen, men samtidig visste hun ikke hvor ofte hun skulle ta celleprøven. Da fikk hun med en lapp fra legen. Hun fortalte videre at celleprøve var noe hun ikke visste om før hun fikk beskjed om å velge å ta eller ikke ta prøven.

#### 4.4.3 Tydelig informasjon fra helsepersonell gjør det lettere å vente på svar

Etter celleprøven ventet alle deltakerne på prøvesvar. Det varierte hvor lang tid de husket at de måtte vente på svar, men de fleste mente å ha ventet et par uker. Det var ulikt hvor mye deltakerne tenkte på prøveresultatene i etterkant av celleprøven. Flesteparten forventet at prøveresultatet skulle være negativt, da de ikke hadde noen grunn til å tro at de hadde celleforandringer. Samtidig var flere bekymret for at noe skulle være galt og at de skulle få påvist celleforandringer. Blant annet var det en deltaker som tenkte på det hele tiden frem til hun fikk svar: *«Ja, ja man blir veldig nervøs. Tenkte på det hele tiden helt til jeg fikk svar. Om det var noe feil eller.»* (D1). Derfor kunne det å vente på svar på celleprøven oppleves som skummelt, og flere fortalte at de ble nervøse i etterkant av prøven.

God informasjon fra legen viste seg å være viktig for å ikke bekymre seg så mye når de ventet på svar etter celleprøven. *«Man blir jo litt sånn gående å vente på svar. Så jeg tror det at fastlegen min var litt sånn tydelig på hvor lang tid jeg kunne forvente at det tok. Det var veldig fint.»* (D2). Som vist i dette sitatet opplevde kvinnene det som fint at fastlegen var tydelig og ga god informasjon. Dette gjaldt spesielt informasjon om hva de kunne forvente og hva som var normalt, spesielt hvis de begynte å blø etter testen. De ble da roligere av at legen fortalte de at dette var helt normalt. Videre var også informasjon om hvor lang tid kvinnene kunne forvente at det tok før de fikk svar på celleprøven sett på som viktig

#### 4.4.4 Et positivt prøvesvar gir behov for oppfølging

Seks av kvinnene fikk negativt svar på celleprøven, som tilsvarer en normal celleprøve. Det varierte hva kvinnene husket av oppfølging etter dette. Etter svar på celleprøven var det noen som fikk oppfølging, mens andre fortalte at de ikke fikk noe særlig informasjon. Det var varierende hva deltakerne husket angående oppfølging, noen husket ikke om de hadde fått noe oppfølging samtidig som andre husket godt hva de hadde fått. Deltakerne som ikke hadde celleforandringer opplevde ikke mye oppfølging i etterkant av celleprøven utenom svar på prøven. Kvinnene opplevde heller ikke noe behov for oppfølging i etterkant av celleprøven, da de ikke hadde celleforandringer. Samtidig fortalte deltakerne at de ville ha tatt kontakt med fastlegen om det var behov for mer oppfølging i etterkant av celleprøven:

*«Jeg har jo ikke fått noe oppfølging etter det. Men, det har jo heller ikke vært noe behov for det. Og, jeg har ikke hatt behov for det. Men, jeg tror at hvis jeg hadde hatt spørsmål, så tror jeg ikke jeg hadde, jeg hadde ikke nølt med å ta kontakt med fastlegen da for å spørre. Det tror jeg jeg ville gjort.»* (D2)

To av kvinnene fikk påvist alvorlige celleforandringer, og fikk dermed oppfølging. Kvinnene opplevde videre undersøkelse etter positivt svar på celleprøven som smertefullt. Celleprøven opplevdes som vesentlig mindre smertefull og grei i forhold til undersøkelsene ved videre oppfølging. En deltaker forteller om opplevelsen med å ta vevsprøve, og opplevde dette som mer ubehagelig enn celleprøven: «Den første prøven var jo helt, helt grei. Det var vel den på en måte utvidet, den biopsien, som, som var litt mer smertefull for å si det sånn. Men, men den vanlige gikk jo helt fint.» (D7). Hun fortalte at hun da fikk bedøvelse, samtidig som hun synes det var vondere og forteller at de klippet av en bit inni skjeden. I ettertid har hun ikke opplevd noen smerter.

Ved påviste celleforandringer opplevde kvinnene et stort behov for oppfølging i etterkant av celleprøven. Kvinnene fikk begge informasjon om at de hadde fått påvist celleforandringer i Helsenorge. En av kvinnene fortalte at hun satt pris på å få informasjon fra legen med svar på undersøkelsen, og at hun hadde blitt bekymret hvis hun ikke hadde hørt noe. Samtidig opplevde hun å få litt dårlig informasjon. Hun visste ikke hva det betydde at hun hadde fått påvist alvorlige celleforandringer og var usikker på hvor nære hun var å få kreft. Kvinnen opplevde det som vanskelig å vite hva en slik celleforandring ville si for framtiden hennes. Videre savnet hun informasjon om hvor mye som ble tatt under operasjonen og hvor stor sjanse det er for å hun får alvorlige celleforandringer igjen.

*«Det står her at jeg har alvorlig grad nummer tre. Men, hva betyr det liksom. Er det rett før jeg får kreft eller? Det var litt sånn der vanskelig å skjønne liksom hvor lå jeg i, i rute da på en måte og hva betyr det for framtida. Og det tenker jeg litt nå og, sånn jeg har ikke akkurat fått noe beskjed sånn hvor stor sjanse det er for at jeg på en måte får det igjen og. Og hvor mye de tok og ja. Så det, det er jo kanskje litt dårlig informasjon. Men, så kunne jeg jo sikkert spurt litt mer og da.» (D7).*

Etter å få beskjed om celleforandringene gjennom Helsenorge opplevde kvinnen det som noe forvirrende å ha fått denne informasjonen. Hun lurte på om det kunne være tilfeldig. Litt senere samme dag ringte legen hennes for å informere om at hun hadde celleforandringer, og hadde blitt henvist videre. Videre forteller kvinnen at hun helst skulle fått telefonen fra legen før hun fikk informasjonen på Helsenorge. Spesielt siden hun ikke visste hva det som stod der betydde. Hun så at det stod alvorlig celleforandring og hvilken grad, men visste ikke hva det betydde og lurte da på hva som skulle skje videre.

Kvinnene opplevde oppfølgingen etter påvist celleforandringer som grei. De fikk henvisning til videre undersøkelser av celleforandringene. Denne henvisningen ble sett på som noe positivt, da kvinnene slapp å gjøre dette selv. Videre opplevde en av kvinnene at overføring av informasjon fra tidligere undersøkelse var positivt slik at det ble god flyt i helsetjenesten. Nedenfor er utdrag fra et sitat hvor deltakeren snakket om oppfølging etter celleforandringer.

*«Altså, jeg synes jo at det var ganske grei oppfølging sånn sett etterpå. Det var jo bare dette med at jeg måtte bestille time eller hun hadde visst henvist meg til den kvinneklinikken på sykehuset. Og, det var veldig greit å slippe å gjøre noe*

*selv. At du slapp å bestille time på egenhånd og sånt.» (D3)*

I etterkant av konisering fortalte deltakerne at de fikk informasjon med svar på testen og en anbefaling om hva de skulle gjøre videre. En av kvinnene opplevde at ansvaret falt på hun selv etter dette og at man selv er ansvarlig for å følge opp dette videre. Kvinnene lærte en del av å få påvist celleforandringer selv. De satt seg mer inn i betydning en av det. Blant annet opplevde en av kvinnene at celleforandringer ikke er like komplisert som det virker å være, og at det ikke må bety at en står i fare for å få kreft.

## 5.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke kvinner mellom 25-29 år sine erfaringer i møte med livmorhalsprogrammet. Resultatene i denne studien viste hvilke faktorer som bidrar til at kvinner deltar i livmorhalsprogrammet og hvordan kvinner erfarer å delta i livmorhalsprogrammet. Faktorer som førte til deltakelse i livmorhalsprogrammet var god informasjon, blant annet gjennom brevet fra Kreftregisteret, helsepersonell, sosiale medier, venner og familie. Videre var redselen for å få kreft og tilgjengelighet viktige faktorer for deltakelse i livmorhalscreening. Erfaringene med celleprøven var svært preget av kommunikasjon med helsepersonell, hvor spesielt grundig informasjon ble verdsatt. Til slutt opplevde kvinnene som fikk påvist celleforandringer et stort behov for oppfølging. Resultatene viste at livmorhalsprogrammet i all hovedsak ble sett på som et positivt tiltak fra myndighetene, og kvinnene satt igjen med flest gode erfaringer, samtidig som kvinnene ønsket noen forbedringer.

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere funnene mine opp mot tidligere forskning. Først skal jeg diskutere hva som bidrar til at kvinner deltar i livmorhalsprogrammet, ved å se på hvor kvinner får informasjon om livmorhalsprogrammet fra og hvordan denne informasjonen påvirker de. Deretter vil jeg diskutere hvordan kvinnenes ønske om å ikke få kreft påvirker deltakelsen i screening, etterfulgt av viktigheten av tilgjengelighet for å bestille time til celleprøve. Videre diskuteres kvinnene sine erfaringer med celleprøven, hvor kvinnenes kommunikasjon med helsepersonell blir drøftet. Til slutt presenteres metodediskusjon hvor studiens reliabilitet, overførbarhet og validitet diskuteres.

### 5.1 Hva bidrar til at kvinner deltar i livmorhalsprogrammet?

#### 5.1.1 Invitasjon til livmorhalscreening

Når kvinner i Norge fyller 25 år får de et brev i posten med en påminnelse om å delta i Livmorhalsprogrammet (Kreftforeningen, u.å.). Kvinnene i denne studien fikk brevet gjennom posten, digipost eller begge deler. Samtidig var flere av kvinnene usikre på om de hadde fått brevet eller ikke husket hvor de hadde fått det. Etter at kvinnene har fått brevet fra Kreftregisteret må de selv bestille legetime (Kreftforeningen, u.å.). Dette brevet var ifølge kvinnene i denne studien viktig for deltakelse i livmorhalsprogrammet, spesielt siden kvinnene erfarte at det var lett å glemme å bestille time til celleprøve i en hektisk hverdag. Viktigheten av at kvinner får brev med invitasjon til livmorhalscreening for deltakelse i screening ser vi også i tidligere forskning (Forss et al., 2001; Ryan et al., 2019). I studien til Forss et al. (2001) opplevde kvinnene det som positivt å få brevet da det er en påminnelse til å ta celleprøve, og kvinnene ser en moral ved brevet som gjør de motivert til å delta. En av kvinnene i denne studien ventet med å bestille seg time til celleprøve, da hun ventet på brevet fra Kreftregisteret som kom senere enn hun forventet. Samtidig som brevet med invitasjon til celleprøve kan bidra til økt deltakelse i livmorhalscreening hjelper det ikke alle kvinner å huske å bestille time (Ryan et al., 2019).

I denne masterstudien ble innkalling til livmorhalsprogrammet etterspurt og en av kvinnene mente at innkalling til celleprøve fremfor en påminnelse vil kunne forbedre livmorhalsprogrammet. Studien til Lönnberg et al. (2016) viser at innkallelse til screening

øker deltakelsen i livmorhalsprogrammet sammenlignet med påminnelse til screening. Blant annet viser det seg at finske kommuner som benytter innkalling oppnår dobbelt så høy screeningdeltakelse etter den andre påminnelsen sammenlignet med kommuner som bruker invitasjon til screening (Lönnberg et al., 2016). Lönnberg et al. (2016) mener at en organisert og populasjonsbasert tilnærming til screening sannsynligvis vil inkludere elementer som senker terskelen for å delta og forbedrer rettferdig kreftforebygging. Samtidig er det viktig å ta i betraktning at kvinnene i studien til Lönnberg et al. (2016) ikke hadde tatt celleprøve tidligere, men hadde allerede fått en invitasjon til screening. Da dette ikke var første gang de fikk invitasjon til celleprøve er det mulig at innkalling ikke vil være like effektivt hos kvinner som får invitasjon for første gang. På bakgrunn av tidligere forskning og funn fra denne studien kan det være en idé å innføre innkalling til celleprøve i Norge for å øke deltakelsen i livmorhalsprogrammet.

Tilbudet av et screeningsprogram blir tolket som en anbefaling og kan ses på som dulting, noe Hofmann og Stanak (2018) stiller seg kritiske til. De mener at dulting kan ha negative konsekvenser hvis det ikke tar hensyn til behovene og preferansene til personer som deltar i screeningsprogram. Blant annet mener Hofmann og Stanak (2018) at det er viktig å se på hvor subtil dultingen er, og i hvilken grad folk opplever at dulting påvirker deres autonomi. Hvis folk føler seg dyttet til å ta bedre valg kan screening være mer hensiktsmessig. På en annen side blir bruken av dulting kritisert for å gå på bekostning av den indre motivasjonen for å delta i screening, som ofte er drevet av en forståelse rundt nytten av screening (Hofmann og Stanak, 2018). Dette kan ha vært tilfelle i denne studien, hvor flere av kvinnene deltok på grunn av invitasjonsbrevet og ikke var helt sikre på hvorfor de skulle ta celleprøve. Det kan være vanskelig å tilby screening på en objektiv eller nøytral måte som ikke påvirker folks valg (Hofmann og Stanak, 2018). Derfor vil det være viktig å se på hvordan vi kan informere og rekruttere til screening på en etisk god måte. På bakgrunn av stadig nye fremskritt innen teknologi må beslutningstakere innen folkehelse være oppdatert på kunnskapen som finnes på feltet og kontinuerlig justere screeningsprogrammene deres deretter, inkludert deres dulte strategi (Hofmann og Stanak, 2018).

### 5.1.2 Sosiale medier og individuell helsekompetanse

Resultatene fra denne studien viser at kvinnene først og fremst søkte helseinformasjon fra helsepersonell, venner og slektninger, og sosiale medier. Spesielt var informasjon fra helsepersonell betydningsfullt for at kvinnene skulle føle seg trygge og komfortable, også gjennom celleprøven. Disse funnene viser likhet med en studie fra USA (Cudjoe et al., 2021), som viser at helsepersonell, kvinnelige venner og internett var de kildene som kvinnene benyttet mest til helseinformasjon, etterfulgt av kvinnelige slektninger og sosiale medier. Samtidig er kvinnene i studien til Cudjoe et al. (2021) afrikanske immigranter, som vil si at de er i en annen situasjon og derfor kan ha nytte av andre kilder til informasjon enn kvinnene i denne masterstudien. Kvinnene opplevde at kunnskapen og kompetansen til helsepersonell gjorde dem til en mer troverdig kilde til helseinformasjon enn internett og personer i nettverket deres (Cudjoe et al., 2021). I denne masterstudien opplevde ikke kvinnene helsepersonell som like viktig for å delta i livmorhalsprogrammet, men heller for å føle seg trygg og informert under celleprøvetakingen.



Vi blir stadig eksponert for påstander og informasjon om kropp og helse av varierende kvalitet gjennom media, reklame og sosiale medier (Helsedirektoratet, 2021). Dette kan også sees i denne studien hvor kvinnene opplevde internettet som en viktig kilde hvor de tilegnet seg kunnskap om livmorhalsprogrammet. Ifølge Lyson et al. (2019) kan sosiale medier fremme bevissthet om livmorhalskreft, gjennom tilgjengelighet til helseinformasjon noe som gjør det mulig for brukere av å finne og dele nødvendig informasjon for å kunne ta helserelaterte beslutninger. Sosiale medier bidrar også til å koble mennesker sammen og øke kunnskap om personlige erfaringer rundt helsetemaer, slik som livmorhalskreft (Lyson et al., 2019). På bakgrunn av dette kan det tenkes at folkehelseorganisasjoner kan benytte sosiale medier som et effektivt verktøy for å øke bevisstheten om helseinformasjon. Samtidig som det kan være hensiktsmessig med informasjon gjennom sosiale medier er det også viktig å være kritisk til det man leser og ha evnen til å vurdere om informasjonen er riktig og relevant (Helsedirektoratet, 2021). Å øke kvinners helsekompetanse kan være første skritt mot å fremme livmorhalscreening og øke deltakelsen i screening (Galvin et al., 2021).

Det kan være vanskelig å navigere seg i mylderet av helseinformasjon fra ulike aktører med ulike interesser (Helsedirektoratet, 2021). På bakgrunn av dette blir også individets digitale helsekompetanse viktigere enn noen gang før. Dette gjelder blant annet å kunne søke opp, forstå og vurdere informasjon om livmorhalskreft og screening i sosiale medier (Helsedirektoratet, 2021). Ved å benytte sosiale medier for å øke bevisstheten rundt livmorhalsprogrammet vil det være viktig å velge riktig plattform for mest mulig effektiv helseforebygging (Park et al., 2020). Ifølge Lenoir et al. (2017) viser Twitter seg å være godt egnet for kampanjer. På en annen side var det ingen av kvinnene i denne masterstudien som nevnte Twitter som en kilde de brukte for å tilegne seg informasjon om livmorhalsprogrammet. Det kan tenkes at Twitter ikke er like populært å bruke i Norge eller blant denne aldersgruppen, og at det derfor ikke vil være hensiktsmessig å bruke denne plattformen for å fremme livmorhalsprogrammet som i andre land hvor Twitter benyttes i større grad. På en annen side forteller kvinnene i denne studien om andre plattformer de bruker for å tilegne seg informasjon, blant annet Facebook og Instagram. På disse plattformene får kvinnene informasjon om andre sine erfaringer og viktigheten av å delta i livmorhalsprogrammet. På bakgrunn av dette kan det diskuteres at det er ved bruk av disse plattformene vil kunne bidra til økt kunnskap om livmorhalsprogrammet.

### 5.1.3 Tillit til myndighetene

Ifølge Iyer et al. (2019) foretrekker kvinner å motta informasjon om screening fra kvalifiserte kilder, slik som Kreftregisteret. Dette kom også fram i studien min hvor kvinnene fortalte at de søkte opp informasjon på sider de opplevde som sikre, altså at de var til å stole på. Helsedirektoratet, FHI og NHI var kilder som kvinnene i denne masterstudien stolte på. Videre ser vi i tidligere forskning at de fleste nordmenn støtter Kreftregisterets rolle i gjennomføringen av Livmorhalsprogrammet. Flere foretrakk også å få informasjon fra Kreftregisteret fremfor fra fastlegen eller gynekologen (Iyer et al., 2019). Videre er Norge en velferdsstat, noe som flere nordmenn ser på som gunstig med tanke på livmorhalsprogrammet (Iyer et al., 2019). Høy tillit til livmorhalsprogrammet kan forklare hvorfor kvinner overvurderer risikoen for livmorhalskreft og deres intensjoner om å følge anbefalingene (Iyer et al., 2019). Samtidig ser vi i denne masterstudien at ikke alle kvinnene ønsket eller hadde en intensjon om å følge

anbefalingene fra myndighetene. Blant annet sjekket de to kvinnene som fikk påvist celleforandringer seg oftere enn anbefalt. Det ble også ytret et ønske om å starte med screening i en tidligere alder, eller at det hvert fall skulle være akseptert å ta celleprøve før fylte 25 år. I forhold til det vi ser i tidligere forskning kan det tyde på at tilliten til myndighetene blir svekket ved påviste celleforandringer, da det er bekymringer for egen helse (Iyer et al., 2019).

På bakgrunn av at flesteparten av nordmenn har høy tillit til myndighetene er det viktig at informasjonen som blir gitt er tydelig og korrekt (Iyer et al., 2019). Blant annet opplevde en av kvinnene i denne masterstudien at hun ville følge rådet til myndighetene, men hun trodde det var hvert femte år istedenfor hvert tredje år. Det kan tenkes at slik misforståelse kan føre til usikkerhet da hun selv hadde hørt ulike anbefalinger, hvor hun opplevde at vennene anbefalte tre år mens myndighetene anbefalte fem år mellom hver celleprøve. På bakgrunn av dette vil det være viktig at myndighetene er tydelig på hvor det finnes informasjon om anbefalingene for å unngå misforståelser.

#### 5.1.4 Ønsket om å ikke få kreft

Den største motivasjonen for å delta i livmorhalsprogrammet har vist seg både i denne studien og i tidligere forskning å være et stort ønske om å ikke få livmorhalskreft (Forss et al., 2001; Wilding et al., 2020; Chorley et al., 2017; Arabaci & Ozsoy, 2012). I studien til Wilding et al. (2020) er frykten for kreft en stor motivasjon for at kvinner oppdager mulige celleforandringer eller kreft på et tidlig stadium. Samtidig var kvinnene i denne studien opptatt av å gjøre det de kunne for å forebygge kreft eller å oppdage det tidlig, spesielt siden redsel for å kreft var en viktig og gjentakende faktor for at kvinnene tok celleprøve. Forss et al. (2001) viser også at kvinner ser på det som viktig å få bekreftelse fra legen om at de ikke har livmorhalskreft. Blant annet kunne dette også bli sett i denne masterstudien hvor flere kvinner ønsket å ta celleprøve tidligere og oftere enn anbefalt for å være på den sikre siden. Ifølge Chorley et al. (2017) kunne et negativt svar på celleprøven oppleves som trygt og beroligende. På bakgrunn av at kvinner blir beroliget av et negativt prøvesvar kan det tenkes at det er en av grunnene til at noen kvinner ønsker å teste seg oftere eller tidligere enn anbefalt fra myndighetene.

#### 5.1.5 Tilgjengelighet

Livmorhalsprogrammet ble sett på som lett å delta i blant kvinnene i denne studien, og ble beskrevet som mindre krevende enn for eksempel blodgivning. Flere av kvinnene opplevde tilgjengelighet som viktig for deltakelse i livmorhalsprogrammet, spesielt at det var lett å bestille time. Dette bidrar til å gjøre livmorhalsscreening mer tilgjengelig. At tilgjengeligheten øker deltakelse i livmorhalsscreening har man også sett i studien til Waller et al. (2011). Møen et al. (2017) viser at høyere inntekt var en faktor som bidro positivt til deltakelse i livmorhalsscreening. Dette stemmer overens med resultatene fra denne masterstudien da flere av kvinnene gikk eller hadde gått høyere utdanning, samtidig som ingen av kvinnene stod utenfor skole eller arbeidslivet. Hvis man ønsker å øke deltakelsen i livmorhalsscreening ser jeg de som viktig å gjøre screening så tilgjengelig som mulig ved at det blir lett å delta i programmet.

Samtidig som kvinner ønsker å delta i livmorhalsscreening, føler flere seg hindret av praktiske barrierer (Chorley et al., 2017; Waller et al., 2011; Wilding et al., 2020). Disse barrierene er ofte knyttet til kvinnene sin livssituasjon og ressurser de har tilgjengelig.

Screening krever bruk av tid og konkurrerer med daglige oppgaver som arbeid og barnepass, noe som blir prioritert høyere (Waller et al., 2011). Waller et al. (2011) påpeker at spesielt yngre kvinner er opptatt og dermed ikke har tid til å ta celleprøve. Kvinnene i denne studien opplevde også tid som en utfordring i en hektisk hverdag, men de fant tid til å delta da celleprøven var noe de prioriterte. I studiene til Waller et al. (2011) og Wilding et al. (2020) var arbeid en barriere for deltakelse, da de måtte ta fri fra jobben for å delta. Wilding et al. (2020) nevner at dette kan gjelde England spesielt da det er vanskelig å få til screening utenom jobb. Ifølge studien til Waller et al. (2011) kan utvidete åpningstider bidra til økt deltakelse i livmorhalsprogrammet, da flere kvinner kan screene seg utenom arbeidstiden. På bakgrunn av at tid og arbeid ikke var en vesentlig barriere for kvinnene i denne studien kan det tenkes at det er lettere å få fri fra jobb i Norge enn i England for å benytte seg av helsetjenester. Samtidig var fire av deltakerne i denne masterstudien studenter, noe som ofte gir mer fleksibilitet i hverdagen. Å ha barn var også å være en barriere for å delta i screening for kvinner (Waller et al., 2011; Wilding et al., 2020). Samtidig kom det fram i studien til Waller et al. (2011) at andre mener kvinner oftere besøker fastlegen og dermed har større sjanse for å screene seg. I denne studien kom det fram under datainnsamlingen at to av kvinnene hadde barn. En av kvinnene med barn opplevde at hun ikke kunne delta i screening ved invitasjon fra livmorhalsprogrammet, men hun fikk gjort dette ved en sjekk etter graviditeten. På bakgrunn av dette kan det å ha barn bli sett på som både en barriere for å delta i livmorhalsprogrammet, samtidig som det kan føre til at flere sjekker seg.

## 5.2 Erfaringer med å delta i livmorhalsprogrammet

### 5.2.1 Kommunikasjon med helsepersonell

I denne studien var helsepersonell en viktig del av kvinnenens opplevelse av livmorhalsprogrammet, blant annet ved å gi god informasjon. Kvinnene i denne studien opplevde at de fikk god informasjon fra helsepersonell under celleprøven, noe som var betryggende og beroligende for kvinnene. Dette ser vi også i Chorley et al. (2017) sin studie hvor kvinners opplevelse av screening ofte ble formet av kvaliteten på deres samhandling med helsepersonell som utførte celleprøven. Kvinner uttrykte ønske om forklaring om celleprøvetakingen etterhvert som den gjennomføres og muligheten til å stille spørsmål (Chorley et al., 2017). Ifølge kvinnene i denne studien gikk det å få god informasjon ut på å få nøye forklaringer på hva som blir gjort under celleprøvetakingen. Flere av kvinnene i denne studien foretok sjeldent gynekologiske undersøkelser og visste ikke hva de kunne forvente, noe som var en av grunnene til at de ønsket grundig informasjon fra helsepersonell. Studien Arabaci & Ozsoy (2012) viser at tilstrekkelig informasjon under celleprøven viktig for at kvinnene skulle få en god erfaring av celleprøven.

Samtidig som flere opplevde positive møter med helsepersonell, er det en del kvinner som rapporterer om negative møter (Chorley et al., 2017). Ifølge Chorley et al. (2017) så dårlig kommunikasjon med helsepersonell ut til å forverre tapet av kontroll som noen kvinner opplevde ved screening. I denne masterstudien var det få som hadde en dårlig opplevelse av møtet med helsepersonell under celleprøvetakingen. Samtidig nevnte kvinnene at opplevelsen under prøvetakingen kunne vært annerledes hvis det var en mindre dyktig lege som utførte celleprøven. På bakgrunn av dette kan det tenkes at opplevelsen i stor grad blir påvirket av samhandlingen med helsepersonell og at god

samhandling kan føre til at kvinner fortsetter å delta i livmorhalsprogrammet. Blant annet viser studien til Møen et al. (2017) at å ha en kvinnelig fastlege var en positiv faktor for deltakelse i livmorhalscreening. Kvinnelige helsepersonell ville ifølge studien til Chorley et al. (2017) ha større sannsynlighet for å være mer sympatiske for kvinnelige helseproblemer, spesielt hvis de selv har tatt celleprøve. Et ønske om kvinnelig helsepersonell fantes også i denne masterstudien, da de foretrakk en kvinnelig lege eller gynekolog fremfor en mann. Blant annet tok en av kvinnene celleprøven hos en gynekolog da hun hadde en mannlig fastlege. Samtidig kom det ikke fram hva som var grunnen til at kvinnene i studien ønsket kvinnelig helsepersonell. Sett opp imot tidligere forskning (Møen et al., 2017; Chorley et al., 2017) kan det derimot tenkes at det var viktig for kvinnene i studien min at helsepersonellet som foretok celleprøven kunne relatere til kvinnelige helseutfordringer.

### 5.3 Metodediskusjon – styrker og svakheter ved studien

Validitet, reliabilitet og overførbarhet er viktige begreper innen forskning og beskrives som regel studiens troverdighet, styrke og overførbarhet (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 272). For å styrke kvaliteten på studien min har jeg reflektert over de metodiske valgene som jeg har gjort. I dette delkapittelet skal jeg se på styrker og svakheter ved studien min med utgangspunkt i validitet, reliabilitet og overførbarhet. Kvale og Brinkmann (2021) skriver om reliabilitet og validitet i intervjuforskningen, og har valgt å benytte begrepene gyldighet og pålitelighet (s. 275). Da jeg tar utgangspunkt i Kvale og Brinkmann (2021) for å diskutere styrker og svakheter ved studien vil begrepene gyldighet og pålitelighet bli brukt gjennom dette delkapittelet (s. 275).

#### 5.3.1 Gyldighet

Kvale og Brinkmann (2021) forklarer gyldighet, også kalt validitet, som i hvilken grad forskningsprosjektet svarer på studiens problemstilling (s.272). For å svare på forskningsspørsmålet i denne studien har jeg ansett kvalitativ forskningsmetode som mest hensiktsmessig, da jeg var ute etter hvilke erfaringer kvinnene har hatt. Semistrukturert intervju kan også være styrkende for studien da det i fokusgruppeintervju kan være vanskeligere å snakke om personlige erfaringer, spesielt innenfor helse. At metoden er godt egnet til studien vurderer jeg som styrkende for studiens gyldighet. Gyldighet bør kontrolleres gjennom alle stadier i en forskningsstudie, og allerede ved tematisering (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 278). Studiens gyldighet bygger blant annet på den teoretiske bakgrunnen for forskningsspørsmålet. For å styrke oppgavens gyldighet har jeg tatt utgangspunkt i teori om livmorhalskreft, livmorhalscreening, Livmorhalsprogrammet og vist deres sammenheng med folkehelse. Videre har jeg sammenlignet og begrunnet mine funn med tidligere forskning. Denne sammenligningen har blitt gjort for å vise hva som allerede finnes på forskningsfeltet, hvorfor akkurat dette forskningsspørsmålet er relevant og hvordan det kan knyttes opp mot kunnskap i bakgrunnen og mine funn.

Som forsker er det ifølge Kvale og Brinkmann (2021) viktig å forstå hvilke fordommer man har og skrive om dem i forskningsprosjektet hvis det er nødvendig. For å styrke studiens validitet har jeg skrevet om min forforståelse i metodekapittelet, hvor jeg også har skrevet om hvilke fordommer jeg hadde. Samtidig egner kvalitative intervjuer seg godt for å gi informantene mulighet til å protestere mot forutsetningene for forskerens

spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2021, s.275). Gyldighet under intervjuene handler også om forskerens troverdighet og kvaliteten på intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 278). Et intervju av god kvalitet bør ha en omfattende utspørring om meningen bak det som blir sagt, i tillegg til kontinuerlig kontroll av at det informantene sier blir oppfattet riktig.

Videre stiller Kvale og Brinkmann (2021) spørsmål til om kunnskap som er produsert ved bruk av intervju kan være objektiv. Objektivitet blir av Kvale og Brinkmann (2021) definert som «pålitelig kunnskap som er etterprøvable og kontrollert, upåvirket av personlige holdninger og fordommer» (s.273). Objektivitet som forsker kan også innebære å la objektet snakke og forholde seg adekvat til den eller det som undersøkes (s.273). For å styrke studiens gyldighet forsøkte jeg under intervjuene i denne masterstudien å være en god lytter da informantene snakket, ved å ikke avbryte de og vise interesse med bruk av kroppsspråket mitt. Samtidig forsøkte jeg å skape en avslappet og åpen samtale, hvor informantene følte seg velkomne og verdsatte. Blant annet startet jeg med å fortelle informantene at ingen svar er feil og at jeg setter pris på å høre deres egne erfaringer.

### 5.3.2 Pålitelighet

Kvale og Brinkmann (2021) forklarer pålitelighet, også kalt reliabilitet, som forskningsresultatens konsistens og troverdighet (s. 276). Pålitelighet handler om i hvilken grad forskningsresultatene kan reproduseres i ettertid og føre til at andre forskere får de samme resultatene. Blant annet undersøker det om informantene ville hatt samme svar i andre intervjuer om det hadde vært en annen forsker. Til tross for en intervjuguide som kan brukes igjen vil ulike personer også gi ulike svar. Det vil være vanskelig å sikre likhet i intervjuer da et intervju blir påvirket av ikke bare informanten, men også intervjueren. For å sikre reliabilitet i studien har jeg sørget for å beskrive datainnsamlingen nøye. Videre har jeg prøvd å unngå ledende spørsmål under datainnsamlingen da det kan påvirke resultatene og true studiens reliabilitet (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 276). Ledende spørsmål kan påvirke resultatene ved at informantene svarer det de tror jeg ønsker å høre. Videre ønsket jeg å tydeliggjøre at ingen svar er feil og understreket derfor at alle erfaringer blir satt pris på og det er de selv som sitter på fasiten på sine erfaringer. Jeg forsøkte også å gi informantene god tid til å tenke før de svarte og hastet derfor ikke med å omformulere eller gå videre til neste spørsmål. Dette var noe jeg først opplevde som ukomfortabelt da det kunne bli lange pauser, men jeg vil se på det som styrkende for studiens reliabilitet.

Samtidig som det er ønskelig med høy pålitelighet i studien for å motvirke subjektivitet, kan for mye fokus på pålitelighet hindre kreativitet og variasjon (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 276). Kreativitet og variasjon kommer ifølge Kvale og Brinkmann (2021) bedre frem når forskere følger sin egen intervjustil, hvor det er mulig å improvisere underveis og komme med oppfølgingsspørsmål (s. 276). I denne studien tenkte jeg på forhånd ut mulige oppfølgingsspørsmål, som jeg også har skrevet inn i intervjuguiden (vedlegg 3). Samtidig lærte jeg mer om hvilke oppfølgingsspørsmål jeg kunne benytte etterhvert som jeg hadde flere intervju. Disse oppfølgingsspørsmålene som ble stilt, ser jeg på som en styrke ved studien da de gir et bedre innblikk i meningen bak deltakernes erfaringer. På en annen side merket jeg etter å ha gjennomført intervjuene og ved gjennomgang av datamateriale at jeg med fordel kunne ha stilt flere oppfølgingsspørsmål, som kan være

en mulig svakhet i denne studien. Ved å stille flere oppfølgingsspørsmål ville jeg kunne fått en dypere forståelse av erfaringene til kvinnene og muligens fått en oppklaring i noe av det kvinnene har sagt. Fordelen som flere oppfølgingsspørsmål kunne gitt meg merket jeg spesielt da deltakerne hadde blitt feilinformert eller husket feil, da det hadde vært fint å få en oppklaring i hvor denne informasjonen kom fra.

Det ble benyttet strategisk rekruttering av deltakere til denne studien. Deltakerne deltok i livmorhalsprogrammet og var innenfor en viss aldersgruppe. Ved rekruttering av deltakere til studien opplevde jeg noen utfordringer med å få tak i deltakere. Dette førte til at jeg utvidet aldersgruppen fra 1995-1997 til kvinner født i 1995-1992. Dette gjorde at jeg gikk bort i fra kun kvinner som hadde fått sin første innkallelse til livmorhalsprogrammet. Istedenfor ble det kvinner i en alder hvor det var registrert lavere deltakelse enn i andre aldersgrupper. På grunn av begrenset tid på masteroppgaven kunne jeg ikke bruke lenger tid på å få tak i deltakere, og det ble åtte deltakere som en følge av tiden, ikke en metning. Dette vil jeg se på som en mulig svakhet ved denne studien.

I denne studien var det kun kvinner som hadde deltatt i livmorhalsprogrammet som ble inkludert. På bakgrunn av dette kunne funnene i studien blitt annerledes hvis kvinner som ikke har deltatt i livmorhalsprogrammet ble inkludert. Deltakerne meldte seg frivillig opp til denne studien, og det kan derfor diskuteres at de har andre erfaringer med livmorhalsprogrammet enn kvinner som ikke ønsket å delta i studien. Det kan være de har sterke meninger om dette som de gjerne ville få frem eller er mer positiv til livmorhalsprogrammet enn resten av befolkningen. Alle deltakerne har utdanning, og minst fem av de studerer eller har studert en master. Flesteparten har derfor høy utdannelse, noe som kan gjøre at de har større tilgang på ressurser slik som informasjon og har høyere helsekompetanse. Videre studerte og jobbet tre av deltakerne innen helse, noe som kan tyde på at de er mer informerte og interesserte enn de som ikke har tilknytning til helsesektoren.

### 5.3.3 Overførbarhet

Overførbarhet handler om at studien også er gjeldene på andre områder og i andre settinger (Kvale og Brinkmann, 2021). Kvalitative intervju har få informanter og det kan dermed stilles spørsmål ved om det kan være generaliserbart. Denne studien er fra Norge og siden ikke alle land har likt helsesystem vil den ikke være så generaliserbar til andre land, utenom de med tilnærmede like helsesystemer. Derimot vil det kunne være overførbart i den grad andre land har screeningprogram, da mange av opplevelsene vil være noe flere kvinner kan kjenne seg igjen i. Kvinnene i denne studien har ulik bakgrunn, men alle har studert eller studerer, noe som gjør gruppen mer homogen. Det kan derfor være vanskelig å si om utdanningsnivå kan påvirke hvilke resultater denne studien ville fått. På en annen side anser jeg denne studien som generaliserbar for andre kvinner som deltar i livmorhalsprogrammet i Norge da deltakerne i denne studien er et utvalg fra ulike steder i Norge, noe som viser at funnene ikke bare er relevante for Trondheim. Kvinnene i denne studien var mellom 25-29 år og er derfor i den yngste aldersgruppen av de som blir innkalt til livmorhalssscreening. At det er denne aldersgruppen som blir benyttet kan påvirke generaliserbarheten til eldre kvinner som deltar i livmorhalsprogrammet, blant annet ved at færre har født barn og kanskje ikke har startet en familie enda. Samtidig kan det også ha betydning for erfaringer med

sosiale medier, da det kan være skiller mellom hvilke sosiale plattformer som blir brukt av yngre versus eldre kvinner.

## 6.0 Konklusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hva som bidrar til at kvinner mellom 25-29 år deltar, og hvordan de erfarer å delta i livmorhalsprogrammet. Tidligere forskning viser at det er mye som spiller inn på kvinner sin deltakelse i livmorhalsprogrammet. Spesielt er informasjon og kunnskap om livmorhalsprogrammet viktig for at kvinner skal delta og ha gode erfaringer med programmet. Dette gjelder blant annet informasjon fra helsepersonell, sosiale medier, venner og slektning og statlige organisasjoner slik som Kreftregisteret, Helsedirektoratet og FHI. Samtidig som kvinnene i denne studien opplevde tilstrekkelig informasjon om livmorhalsprogrammet på flere områder, forteller de om et behov for ytterligere informasjon, spesielt for de kvinnene som ikke finner så mye informasjon på egenhånd. Kvinnene opplevde celleprøven som enkel og lite tidskrevende. Spesielt kommunikasjon med helsepersonell var en viktig del av deres erfaringer med programmet. Tydelig og grundig informasjon, tillit og tilrettelegging bidro til at kvinnene følte en viss kontroll over situasjonen og hadde positive erfaringer med celleprøven. Til tross for at Norge er en velferdsstat der flestparten av nordmenn har høy tillit til myndighetene, var det flere av kvinnene i denne studien som ikke fulgte anbefalingene fra livmorhalsprogrammet. Blant annet gjaldt det ønsket om å starte livmorhalscreening før dagens nedre screeningalder på 25 år for å kunne oppdage livmorhalskreft enda tidligere. Samlet sett har denne studien bidratt til ytterligere forskning på feltet, samtidig som den har støttet opp under funn fra tidligere forskning.

### 6.1 Videre forskning

I denne studien kom det fram at kvinnene tilegnet seg en god del informasjon om livmorhalsprogrammet gjennom sosiale medier og at det var en faktor som bidrar til økt deltakelse i livmorhalscreening. Samtidig reflekterte de lite over hvordan de avgjorde om denne informasjonen var riktig eller feil. På bakgrunn av dette kunne det vært interessant å undersøke hvordan kvinner opplever kildekritikk av informasjon om livmorhalsprogrammet på nettet. Dette kan være viktig for å øke kunnskapen om individets helsekompetanse i møte med helseinformasjon på nettet. Deretter kan det være mulig å øke kunnskapen om livmorhalsprogrammet, slik at flere kvinner kan ta informerte valg om å delta eller ikke delta i screening. Videre har denne masteroppgaven så vidt vært innom tanker rundt HPV-vaksinen og livmorhalscreening. Derfor vil det være interessant å undersøke hvordan kvinner som er HPV-vaksinert ser på nødvendigheten av screening. I denne masterstudien var kommunikasjon og informasjon fra helsepersonell viktig under celleprøve, men vi får ikke vite noe om helsepersonellet sine tanker rundt deres rolle ved celleprøvetaking. På bakgrunn av den sentrale rollen helsepersonell har under celleprøven for kvinner i denne studien vil det være interessant og undersøke hvordan helsepersonell i Norge ser på sin rolle ved prøvetaking og i å øke deltakelsen i livmorhalscreening.



## 7.0 Referanser

- Aasbø, G., Solbrække, K.N., Waller, J., Tropé, A., Nygård, M. & Hansen, B.T. (2019). Perspectives of non-attenders for cervical cancer screening in Norway: a qualitative focus group study. *BMJ Open*, 9(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029505>
- 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>
- Baccolini, V., Isonne, C., Salerno, C., Giffi, M., Migliara, G., Mazzali, E., Turatto, F., Sinopoli, A., Rosso, A., De Vito, C., Marzuillo, C. & Villari, P. (2022). The association between adherence to cancer screening programs and health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Elsevier*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743521005004?via%3Dihub>
- Bennett, K, F., Waller, J., Ryan, M., Bailey, J, V., & Marlow, L, A, V. The psychosexual impact of testing positive for high-risk cervical human papillomavirus (HPV): A systematic review. *Psychooncology*, 28(10), 1959-1970. [10.1002/pon.5198](https://doi.org/10.1002/pon.5198)
- 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–E20. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181f70f83>
- Blomberg, T, C., Ternstedt, B.-M., Törnberg, S., Levál, A., & Widmark, C. (2011). How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in Stockholm, Sweden. *Acta Oncologica*, 50(1), 112–120. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.528790>
- Bowyer, H, L., Marlow, L, A., Hibbitts, S., Pollock, K, G., & Waller, J. (2012). Knowledge and awareness of HPV and the HPV vaccine among young women in the first routinely vaccinated cohort in England. *Vaccine*. 4;31(7), 1051-6. [10.1016/j.vaccine.2012.12.038](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.12.038)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Chan, C, K., Aimagambetova, G., Ukybassova, T., Kongrtay, K. & Azizan, A. (2019). Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer: Epidemiology, Screening, and Vaccination-Review of Current Perspectives. *Journal of Oncology*, 2019. [10.1155/2019/3257939](https://doi.org/10.1155/2019/3257939)
- 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>
- Cudjoe, J., Gallo, J. J., Sharps, P., Budhathoki, C., Roter, D & Han, H. (2021). The Role of Sources and Types of Health Information in Shaping Health Literacy in Cervical Cancer Screening Among African Immigrant Women: A Mixed-Methods Study. *Health Literacy Research and Practice*, 5(2), 96-108. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34251922/>
- Engesæter, B., Groeneveld, L. F., Skare, G. B., & Tropé, A. (Mai, 2022). *Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet (Årsrapport 2020)*. Kreftregisteret. [https://www.kreftregisteret.no/globalassets/livmorhalsprogrammet/rapporter/arsrapport-lp/arsrapport2020\\_final.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/livmorhalsprogrammet/rapporter/arsrapport-lp/arsrapport2020_final.pdf)
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (Sixth edition.). SAGE.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- 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://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11180579/>
- Galvin, A. M., Garg, A., Matthes, S. & Thompson, E. L. (2021). Utilizing a Multidimensional Health Literacy Framework to Assess Cervical Cancer Screening Nonadherence. *Health Education & Behavior*. 48(5), 710-718. <https://doi.org/10.1177/10901981211001851>
- Gray, N. M., Sharp, L., Cotton, S. C., Masson, L. F., Little, J., Walker, L. G., Avis, M., Philips, Z., Russell, I., Whynes, D., Cruickshank, M. & Woolley, C. M. Psychological effects of a low-grade abnormal cervical smear test result: anxiety and associated factors. *British Journal of Cancer*, 94(9):1253-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16622462/>
- Helsedirektoratet. (2014, 27. november). *Screeningprogram for kreft*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/screeningprogram-for-kreft#:~:text=Programmet%20anbefaler%20kvinner%20mellom%2025,i%20aldren%2025%2D69%20%C3%A5r>.
- Helsedirektoratet. (2021, 20.januar). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling>

[g.pdf/ /attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf)

Helsedirektoratet. (2018b). *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20\(NCD\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf) /attachment/inline/fdeec3bc-0b2f-4370-9ed64dcbcd8dbe35:4b883ef837ea70e2dfd217c287163f2d1bc0d1b3/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2020-12-04-133). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helsenorge. (2022, 27.mai). *Vaksine mot HPV* (humant papillomavirus). <https://www.helsenorge.no/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/hpv-vaksine/>

Hofmann, B. & Stanak, M. (2018). Nudging in screening: Literature review and ethical guidance. *Patient Education and Counseling*, 101 (9). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399118301253?via%3Dihub#section-cited-by>

Iyer, A, L., Bundorf, M, K., Gyrd-Hansen, D., Goldhaber-Fiebert, J, D., Cyr, P, R. & Kristiansen, I, S. (2019). How does information on the harms and benefits of cervical cancer screening alter the intention to be screened?: a randomized survey of Norwegian women. *Eur J Cancer Prev*, 28(2), 87-95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29595751/>

Korda, H. & Itani, Z. (2013). Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change. *Health Promotion Practice*, 14(1), 15-23. [10.1177/1524839911405850](https://doi.org/10.1177/1524839911405850)

Kreftforeningen. (2022, 20. september). *Livmorhalskreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>

Kreftforeningen. (u.å). *Livmorhalsprogrammet – screening mot livmorhalskreft*. <https://kreftforeningen.no/forebygging/screening-og-masseundersokelser/livmorhalsprogrammet/>

Kreftregisteret (2023, 7.februar). *Fordeler og ulemper ved screening*. <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Fordeler-og-ulemper-ved-screening1/>

Kreftregisteret. (2023, 10.mai). *Livmorhalskreft*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>

- Kreftregisteret. (u.å). *Hva er HPV?*.  
<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/oftestiltesporsmal/HPV1/#:~:text=HPV%20er%20den%20vanligste%20seksuelt,ufarlige%20og%20gir%20ingen%20symptomer.>
- Kreftregisteret. (2022, 21. juni). *Livmorhalskreft*.  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Gyldendal.
- Kyounghae, K. & Hae-Ra, H. (2015). Potential links between health literacy and cervical cancer screening behaviors: a systematic review. *Psychooncology*, 25(2).  
<https://doi.org/10.1002/pon.3883>
- Lenoir, P., Moulahi, B., Azé, J., Bringay, S., Mercier, G. & Carbonnel, F. (2017). Raising Awareness About Cervical Cancer Using Twitter: Content Analysis of the 2015 #SmearForSmear Campaign. *J Med Internet Res*, 16;19(10).  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29038096/>
- Lyson, C, H., Le, G, M., Zhang, J., Rivadeneira, N., Lyles, C., Radcliffe, K., Pasick, R, J., Sawaya, G., Sarkar, U & Centola, D. (2019). Social Media as a Tool to Promote Health Awareness: Results from an Online Cervical Cancer Prevention Study. *Journal of Cancer Education*, 34(2019), 819-822.  
<https://doi.org/10.1007/s13187-018-1379-8>
- Lönnerberg, S., Andreassen, T., Engesæter, B., Lilleng, R., Kleven, C., Skare, A., Johansson, K., Fredheim, C, S. & Tropé, A. (2016). Impact of scheduled appointments on cervical screening participation in Norway: a randomised intervention. *BMJ Open*, 6. [10.1136/bmjopen-2016-013728](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013728)
- Mæland, J, G. (2021). *Forebyggende helsearbeid* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Møen, K, A., Terragni, L., Kumar, B. & Diaz, E. (2017). Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study. *Eur J Cancer Prev*, 26(6), 521-527.  
<https://doi.org/10.1097%2FCEJ.0000000000000311>
- NHI. (2021, 15. september). *Livmorhalskreft*.  
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorhalskreft/?page=1>
- NHI. (2023, 3. januar). *Livmorhalskreft*.  
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorhalskreft/?page=1>
- Nylenna, M. (2017, 19. januar). *Nudging på norsk: dulting*. Tidsskriftet: Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2017/01/sprakspalten/nudging-pa-norsk-dulting>

Sikt. (u.å.). *Forskningsdata*. <https://sikt.no/omrade/forskningsdata>

Park, H, G., Kim, Y., Huh, W, K. & Bae, S. (2020). The association between social media use for health related information and compliance with breast and cervical cancer screenings. *Res Rep (Montgomery, Ala.)*, 4, 1-14.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8281882/>

Petersen, G, B., Damhus, C, S., Jønsson, A, B, R. & Brodersen, J. (2020). The perception gap: how the benefits and harms of cervical cancer screening are understood in information material focusing on informed choice. *HealthR, Risk & Society*, 22(2), 177-196. <https://doi.org/10.1080/13698575.2020.1778645>

Plackett, R., Kaushal, A., Kassianos, A., Cross, A., Lewins, D., Sheringham, J., Waller, J. & Wagner, C, V. Use of Social Media to Promote Cancer Screening and Early Diagnosis: Scoping Review. *J Med Internet Res*, 9;22(11).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33164907/>

Ryan, M., Waller, J. & Marlow, L, A, V. (2019). Could changing invitation and booking processes help women translate their cervical screening intentions into action? A population-based survey of women 's preferences in Great Britain. *BMJ Open*, 9(7). [10.1136/bmjopen-2018-028134](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028134)

Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.

<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

Waller, J., Jackowska, M., Marlow, L. & Wardle, J. (2011). Exploring age differences in reasons for nonattendance for cervical screening: a qualitative study. *An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119, 26-32.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21668764/>

WHO. (2022, 17.November). #TealTalk: Cervical cancer elimination day of action.

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/cervical-cancer/social-media-toolkit-cervical-cancer-day-2022.pdf?sfvrsn=c73cf725\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/cervical-cancer/social-media-toolkit-cervical-cancer-day-2022.pdf?sfvrsn=c73cf725_5&download=true)

WHO. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

Wilding, S., Wighton, S., Halligan, D., West, R., Conner, M., & O'Connor, D, B. (2020) What factors are most influential in increasing cervical cancer screening attendance? An online study of UK-based women. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1):314-328.

<https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1798239>

## Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide

# Vedlegg 1:



[Meldeskjema](#) / [Livmorhalscreening: hvilke holdninger har unge kvinner som er første...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

379161

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

10.08.2022

**Prosjekttittel**

Livmorhalscreening: hvilke holdninger har unge kvinner som er førstegangsdeltakere til livmorhalscreening?

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

**Prosjektansvarlig**

Marit Solbjør

**Student**

Iren Harstad

**Prosjektperiode**

01.08.2022 - 01.09.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

Særlige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.09.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 1.9.2023.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Lasse Raas

Lykke til med prosjektet!



## Vedlegg 2:

### **Vil du delta i forskningsprosjektet ” Hvilke erfaringer har unge kvinner som er førstegangsdeltakere i livmorhalsprogrammet”?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke unge kvinner sine erfaringer med deltakelse i HPV-programmet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

I dette prosjektet vil vi undersøke hvordan unge kvinner som er født mellom 1992 - 1997 erfarer det å delta i screeningprogrammet for livmorhalskreft. Dette prosjektet er en masteroppgave på master i folkehelse, NTNU.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta i prosjektet fordi du er en kvinne født mellom 1992 og 1997 som har deltatt i livmorhalsprogrammet. Forskerne har ikke opplysninger om deg før du melder deg til prosjektet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltakelse i forskningsprosjektet innebærer å delta i et forskningsintervju som vil vare i rundt en time. Et forskningsintervju er en samtale der forsker/masterstudent stiller deg spørsmål om dine erfaringer med og meninger om livmorhalsprogrammet. Du vil blant annet få spørsmål om hvordan du opplevde selve livmorhalsundersøkelsen og hva som gjorde at du tok undersøkelsen første gang. Opplysningene vil samles inn gjennom lydopptak.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet, så fremt de ikke er anonymisert og inngår i analyser. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Vi vil ikke dele din informasjon med andre. Det er bare masterstudent Iren Harstad og veileder Marit Solbjør som har tilgang til informasjonen. For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene skal navnelisten oppbevares på et helt annet sted enn øvrig data. Datamaterialet lagres i den sikre lagringsløsningen NICE-1 for å sikre lagring av materialet. Lydopptak fra intervjuet og listen med deltakernes navn vil bli slettet når masterprosjektet er avsluttet. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publisering av resultater fra studien. Studien følger loven om personvern.

#### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent, innen 1.9.2023. Da vil all informasjon om din deltakelse i studien bli slettet.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, kan du ta kontakt med:

- Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie under NTNU ved masterstudent Iren Harstad, tlf: 41854141 eller Professor Marit Solbjør, tlf: 73590220.
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, tlf: 93079038.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Marit Solbjør  
Professor, NTNU  
Masterstudent

Iren Harstad

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [Livmorhalsscreening: hvilke erfaringer har unge kvinner som er førstegangsdeltakere med livmorhalsscreening?], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju
- At opplysninger jeg gir i intervjuet brukes i studien

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3:

### **Intervjuguide – deltakelse i livmorhalscreening**

Start med litt uformell prat

#### **Informasjon**

- Forklare tema og formål med masteroppgaven
- Konfidensialitet: forklare taushetsplikt, anonymitet og samtykke (mulighet for å trekke seg)
- Forklare at det ikke finnes noen riktige eller gale svar
- Fortelle at jeg som intervjuer kommer til å ha en passiv rolle
- Har deltakeren noen spørsmål?
- Informere om opptak og sikre samtykke til opptak
  
- Start opptak og be deltakeren si litt om seg selv (navn, alder, bosted, jobb/utdanning, familie/barn)

#### **Hovedspørsmål**

##### **1. Kan du fortelle om da du deltok i livmorhalsprogrammet?**

- Hvor mange ganger har du vært med?
- Hvor lenge er det siden du var på screening?
- Hvordan går du frem når du skal til livmorhalsundersøkelse?
- Har du fått et brev om at du burde bestille time?
- Hvordan opplevde du besøket?
- Evt. tidligere erfaringer med gynekolog

##### **2. Hvordan opplevde du selve livmorhalsundersøkelsen/celleprøven?**

- Var det smertefullt?
- Opplevde du at du fikk tilstrekkelig informasjon

##### **3. Hva vet du om livmorhalsprogrammet fra før av?**

- Hvor har du fått informasjon om dette?
- Har fastlegen tatt det opp?
- Har du sett eller hørt om det på sosiale medier?
- Tenker du at du vet mer nå enn før du gikk til undersøkelse?
- Tenker du at du vet mer nå enn før du meldte deg på masterstudien?

##### **4. Hva gjorde at du tok testen første gangen?**

## **5. Hvilke forventinger har du til livmorhalscreening?**

- Hva tenker du om "tiden etter prøven"?
- Hvordan opplevde du det å vente på svar?
- Hvordan fikk du svar?
- Hvordan har du opplevd oppfølging og informasjon etter svar på screening?

## **6. Er livmorhalskreft og screening noe du snakker med andre om?**

- Isåfall hvem?
- Hva snakker dere om da?
- Snakker dere om å delta i livmorhalsprogrammet?
- Påminner dere hverandre om å ta celleprøve?
- Bli du påvirket av andre sine erfaringer og meninger om livmorhalsprogrammet?

## **7. Hva er det viktigste for deg når du deltar i livmorhalsprogrammet?**

### **Oppsummering**

- Er det noe du håpet jeg skulle spørre om?
- Er det noe annet du har lyst til å dele?
- Har du noen spørsmål?

