

Marthe Hagen

Hvordan opplever HPV-vaksinerte kvinner livmorhalsscreening, når de for første gang inviteres til screeningprogrammet?

Masteroppgave i Folkehelse

Veileder: Marit Solbjør

Medveileder: Ingrid Baasland

Juli 2023

Marthe Hagen

Hvordan opplever HPV-vaksinerte kvinner livmorhalsscreening, når de for første gang inviteres til screeningprogrammet?

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

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Introduksjon: Livmorhalskreft utgjør et folkehelseproblem, ettersom det i 2021 var 340 kvinner som fikk diagnosen og 79 kvinner som døde av sykdommen i Norge. Vesentlige faktorer for å forebygge krefttypen er humant papillomavirus (HPV)-vaksinasjonsprogrammet og Livmorhalsprogrammet. De første kvinnene i Norge som ble vaksinert gjennom barnevaksinasjonsprogrammet ble, i 2022, for første gang invitert til å delta i livmorhalscreening. Det er vist at HPV-vaksinens beskyttelse mot livmorhalskreft er sterk, men det er lite forskning som viser hva de HPV-vaksinerte kvinnene selv tenker om sammenhengen mellom vaksinen og livmorhalscreening. I tillegg var aldersgruppen 25-33 år gruppen med lavest dekningsgrad i Livmorhalsprogrammet i 2021. Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvordan de HPV-vaksinerte kvinnene opplevde livmorhalscreening, når de for første gang ble invitert til screeningprogrammet.

Metode: Studien var en kvalitativ intervjustudie, med semi-strukturerte intervju. Utvalget ble rekruttert ved bruk av snøballmetoden og besto av ti HPV-vaksinerte kvinner, født i 1997. Det ble gjennomført en tematisk analyse av datamaterialet.

Resultater: Studiens resultater viste at studiedeltakernes tillit til myndighetenes anbefalinger var bakgrunnen for hvorfor de var HPV-vaksinerte, hvorfor de hadde deltatt, eller ønsket å delta i livmorhalscreening. Selv om tilliten var sterk skapte organiseringen av Livmorhalsprogrammet usikkerhet omkring dets viktighet. HPV-vaksinen medførte en trygghet om at de var friske, selv om kvinnene var usikre på dens dokumenterte effekt. Kvinnene ville derfor uavhengig av vaksinen deltatt i Livmorhalsprogrammet. Prøvetakerens kjønn og kompetanse hadde stor betydning for hvordan kvinnene opplevde screeningprogrammets troverdighet. Kvinnenes innhenting av informasjon på området var gjennom sosiale medier og samtaler med venner. Studien viste variasjon blant studiedeltakerne om deres synspunkter på informasjonen fra sosiale medier. Dette fordi flere oppfattet informasjonen som uetisk, fordi informasjonen opplevdes skremmende. Motsatt oppfattet noen av studiedeltakerne informasjonen som en fornuftig måte å øke deltakelsen i screeningprogrammet på.

Konklusjon: Studien viste at studiedeltakerne opplevde livmorhalscreening som viktig, og viktigheten var forankret i deres tillit til at myndighetenes anbefalinger var for deres beste. HPV-vaksinen var en av flere grunner til hvorfor kvinnene ønsket å delta i livmorhalscreening, ettersom de var usikre på vaksinens dokumenterte effekt. Samtidig var kvinnene usikre på Livmorhalsprogrammets viktighet, fordi de opplevde at informasjonen de innhentet appellerte til følelsene deres, og dermed ikke ble presentert på en riktig måte.

Abstract

Introduction: Cervical cancer is a public health problem, as in 2021 there were 340 women who were diagnosed and 79 women who died of the disease in Norway. Essential factors for preventing this type of cancer are the human papillomavirus (HPV) vaccination program and the Cervical Cancer Program. The first women in Norway who were vaccinated through the child vaccination program were, in 2022, invited for the first time to participate in cervical screening. It has been shown that the HPV vaccine's protection against cervical cancer is strong, but there is limited research showing what HPV vaccinated women think about the connection between the vaccine and cervical screening. Additionally, the age group 25-33 years was the group with the lowest coverage rate in the Cervical Program in 2021. Therefore, the purpose of this study was to investigate how HPV vaccinated women experienced cervical cancer screening when they were invited for the first time to the screening program.

Method: The study was a qualitative interview study, with semi-structured interviews. The sample was recruited using the snowball method and consisted of ten HPV-vaccinated women born in 1997. A thematic analysis of the data material was conducted.

Results: The study's results showed that the study participants' trust in the authorities' recommendations was the reason why they were HPV vaccinated, why they had participated, or wanted to participate in cervical screening. Although the trust was strong, the organization of the Cervical Cancer Program created uncertainty about its importance. The HPV vaccine brought reassurance that they were healthy, even though the women were unsure of its documented effect. Therefore, the women would have participated in the Cervical Cancer Program regardless of the vaccine. The gender and competence of the sample taker significantly influenced how the women perceived the credibility of the screening program. The women gathered information on the subject through social media and conversations with friends. The study showed variation among the study participants regarding their views on the information from social media. This was because some perceived the information as unethical, because the information was perceived as frightening. Conversely, some of the study participants perceived the information as a sensible way to increase participation in the screening program.

Conclusion: The study showed that the participants perceived cervical cancer screening as important, and the importance was rooted in their trust that the authorities' recommendations were in their best interest. The HPV vaccine was one of several reasons why the women wanted to participate in cervical cancer screening, as they were uncertain about the vaccine's documented effect. At the same time, the women were unsure about the significance of the Cervical Cancer Screening Program because they felt that the information they gathered played on their emotions and therefore was not presented accurately.

Forord

Gjennomføringen av denne mastergraden har vært lærerik og til tider svært krevende. Nå som masteroppgaven er ferdig er det flere som fortjener oppmerksomhet.

Først ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder, Marit Solbjør. Tusen takk for støtte i krevende perioder, konstruktive tilbakemeldinger og latter. Din kunnskap er inspirerende og det har vært utrolig lærerikt for meg å ha deg som veileder det siste året. Jeg vil også takke medveileder og gynekolog, Ingrid Baasland.

Takk til de modige kvinnene som tok seg tid, var åpne og valgte å dele sine opplevelser tilknyttet et potensielt sårbart tema. Uten dere ville ikke denne studien blitt gjennomført, så tusen takk.

Jeg ønsker også å takke mine fantastiske medstudenter som har gjort skrivehverdagene bedre på alle måter, takk for støtte og motivasjon. Til slutt ønsker jeg også å takke familie og venner som har tatt seg tid til å diskutere og lese gjennom masteroppgaven.

Oslo, juli 2023
Marthe Hagen

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling.....	1
1.2 Oppgavens oppbygging og struktur.....	2
2.0 Bakgrunn.....	3
2.1 Humant Papillomavirus (HPV) og livmorhalskreft	3
2.2 HPV-vaksinasjonsprogrammet.....	3
2.3 Livmorhalscreening.....	3
3.0 Tidligere forskning	6
3.1 Deltakelse eller manglende deltakelse i livmorhalscreening	6
3.1.1 Årsaker til deltakelse og manglende deltakelse i livmorhalscreening	6
3.1.2 HPV-vaksinens påvirkning på deltakelse i livmorhalscreening.....	6
3.1.3 Invitasjonsbrevet	7
3.2 Opplevelser tilknyttet deltakelse i livmorhalscreening.....	7
3.2.1 Livmorhalscreening hos fastlege.....	7
3.2.2 Livmorhalscreening hos kvinnelig eller mannlig lege	7
3.2.3 Kommunikasjon mellom lege og pasient, under livmorhalscreening	7
3.2.4 Å vente på prøvesvar fra livmorhalsprøven	8
3.3 Kunnskapsdeling, en viktig kilde til informasjon om livmorhalscreening	8
3.3.1 Kunnskap og kunnskapsdeling om livmorhalscreening	8
3.3.2 Sosiale mediers betydning for deltakelse i livmorhalscreening.....	8
4.0 Metode	9
4.1 Studiedesign og individuelt intervju.....	9
4.2 Forforståelse.....	9
4.3 Datainnsamling	10
4.3.1 Rekruttering.....	10
4.3.2 Utvalg.....	10
4.3.3 Intervjuguide	11
4.3.4 Gjennomføring av intervju	11
4.4 Transkribering.....	12
4.5 Tematisk analyse.....	12
4.6 Forskningsetikk	14
5.0 Resultater.....	16
5.1 Tillit til anbefalinger fra myndighetene	16
5.1.1 Usikkerhet omkring vaksinenes effekt	17
5.1.2 Organiseringen av livmorhalscreening skapte usikkerhet om programmets viktighet.....	17
5.1.3 Tillit til myndighetene ga en antakelse om at andre også følger anbefalingene	18

5.2 Prøvetakerens kompetanse og kjønn har betydning for troverdigheten til livmorhalsscreening	19
5.3 Informasjonskilders betydning for opplevelsen av livmorhalsscreening	21
5.3.1 Sosiale medier er en sentral informasjonskilde	22
5.3.2 Venner er en kilde til kunnskapsdeling om livmorhalsscreening	23
6.0 Diskusjon	25
6.1 HPV-vaksinens påvirkning på deltakelse i livmorhalsscreening	25
6.2 Invitasjonsbrevets betydning for deltakelse i livmorhalsscreening	26
6.3 Bakgrunn for valg av prøvetaker.....	27
6.4 Opplevelsen av og kunnskap om livmorhalsscreening kan bli påvirket av sosiale medier og venner.....	28
6.5 Metodediskusjon.....	31
6.5.1 Validitet	31
6.5.2 Pålitelighet.....	32
6.5.3 Studiens overførbarhet	33
7.0 Konklusjon	34
7.1 Videre forskning	34
8.0 Litteraturliste	35
Vedlegg 1: Informasjonsskriv.....	38
Vedlegg 2: Intervjuguide	40
Vedlegg 3: Godkjennelse av NSD.....	41

1.0 Introduksjon

I 2021 fikk 340 kvinner diagnosen livmorhalskreft og 79 kvinner døde av sykdommen, i Norge (1). Tallene viser at selv med forebyggende tiltak, som vaksineringsprogram for humant papillomavirus (HPV) og livmorhalscreening, utgjør krefttypen stadig et folkehelseproblem (1,2). For å nå Folkehelseinstituttets (FHI) mål om nesten utryddelse av krefttypen i Norge innen 2039 (<4 tilfeller per 100 000 kvinner per år), er en av forutsetningene å øke deltakelse i de forebyggende tiltakene (3).

Siden 1995 har Livmorhalsprogrammet ved Kreftregisteret blitt tilbudt som et landsdekkende screeningprogram mot livmorhalskreft for kvinner mellom 25 og 69 år, der de blir oppfordret til å ta livmorhalsprøve jevnlig (1,2). Hensikten er å oppdage og fjerne behandlingstrengende celleforandringer i livmorhalsen tidlig, slik at eventuell utvikling av livmorhalskreft kan forhindres (2). For å øke forebygging av livmorhalskreft må dekningsgraden i screeningprogrammet økes, da den i 2021 var under anbefalte 80% (1).

HPV-vaksinasjon ble for første gang tilbudt i barnevaksinasjonsprogrammet skoleåret 2009/2010, til jenter født i 1997 (2). I 2022 ble kvinnene, som da var 25 år, for første gang invitert til å delta i livmorhalscreening. De var altså de første screeningdeltakerne i Norge som var HPV-vaksinerte gjennom barnevaksinasjonsprogrammet.

Selv om det tilbys to forebyggende tiltak mot livmorhalskreft, henholdsvis HPV-vaksinasjon og screening, betyr det ikke at det ene tiltaket utelukker behovet for det andre (3,4). Kvinner i alderen 25-33 år er den gruppen i Livmorhalsprogrammet med lavest dekningsgrad (1), og det vil derfor være interessant å vite hva unge HPV-vaksinerte kvinner tenker om viktigheten av screeningdeltakelse når de er vaksinert. I denne studien undersøkes hvordan de opplever Livmorhalsprogrammet, da det hovedsakelig er unge kvinner som rammes av krefttypen (2). Undersøkelse av dette kan være til hjelp for å forstå hvorfor unge kvinner velger å delta eller ikke delta slik at vi kan forhindre manglende screeningdeltakelse, med mål om å redusere livmorhalskreft og potensielt forhindre prematur død.

1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling

Masteroppgavens hensikt er å undersøke hvordan det første kullet som ble HPV-vaksinerte gjennom barnevaksinasjonsprogrammet opplever å være førstegangs inviterte til livmorhalscreening. Jeg vil undersøke hva kvinnene selv tenker om sammenhengen mellom vaksinen og screening, samt om HPV-vaksinasjonen kan ha spilt en rolle for hvorfor de eventuelt ønsker å delta i Livmorhalsprogrammet eller ikke ønsker å delta. Kartlegging av dette kan gi viktig informasjon om hva som potensielt kan bidra til å øke deltakelsen i fremtiden for denne aldersgruppen.

Det mangler forskning på dette området, ettersom det første kullet med HPV-vaksinerte kvinner gjennom barnevaksinasjonsprogrammet først nå (2022) er en del av Livmorhalsprogrammets målgruppe. Derfor vil masteroppgaven kunne gi nye og viktige innspill på temaet screening i en HPV-vaksinert ung populasjon, som kan danne basis for videre forskning.

Problemstillingen i masteroppgaven er som følger:

Hvordan opplever HPV-vaksinerte kvinner livmorhalscreening, når de for første gang inviteres til screeningprogrammet?

1.2 Oppgavens oppbygging og struktur

Etter introduksjonen følger bakgrunnskapittelet som består av informasjon om livmorhalskreft og de forebyggende tiltakene. Deretter følger kapittelet om tidligere forskning som danner basis for dagens kunnskapsstatus på området. I kapittel fire vil jeg redegjøre for metodevalg, gjennomføring av datainnsamling og analysemetode, samt mine etiske refleksjoner omkring oppgaven.

Funnene presenteres i resultatkapittelet. Deretter følger diskusjonskapitelet som omtaler betydningen av hovedfunnene sett i lys av tidligere forskning og teori på området, samt styrker og svakheter ved metoden. Avslutningsvis kommer konklusjon og videre forskning.

2.0 Bakgrunn

2.1 Humant Papillomavirus (HPV) og livmorhalskreft

Det finnes mer enn 200 forskjellige typer HPV og om lag 40 av de smitter ved seksuell kontakt (2,5). HPV er den vanligste seksuelle overførbare infeksjonen hos både kvinner og menn, og viruset er hyppigst blant den seksuelt aktive befolkningen under 30 år. De fleste som er smittet, vil ikke oppleve merkbare symptomer eller helseproblemer, og infeksjonen går hovedsakelig over av seg selv (2). Tall viser at om lag 70% av den seksuelt aktive befolkningen vil bli smittet en eller flere ganger i løpet av livet, og ca. 20% vil til enhver tid være smittet av viruset. De HPV-typerne med lav risiko for å utvikle kreft, kaller vi lavrisiko HPV-typer. De kan forårsake lette celleforandringer og kjønnsvorter. Høyrisiko-HPV er HPV-typer som ved lang infeksjon kan være assosiert med livmorhalskreft. HPV16 og HPV18 er hovedårsaken til livmorhalskreft, da 70% av krefttilfellene er forårsaket av disse typene (5). HPV-infeksjon kan også forårsake andre krefttyper som kreft i endetarm, munnhule og svelg, men den vanligste formen er livmorhalskreft. Sykdommen opptrer vanligst blant unge kvinner i 30- til 40-årsalderen (2).

2.2 HPV-vaksinasjonsprogrammet

I Norge får alle barn tilbud om å delta i barnevaksinasjonsprogrammet (4). Vaksinasjonsprogrammet tilbyr vaksiner som beskytter mot 12 ulike sykdommer, og HPV-infeksjon er en av dem. HPV-vaksinen gir beskyttelse mot flere HPV-relaterte kreftformer, inkludert livmorhalskreft (6). Vaksinen gir best beskyttelse før man utsettes for smitte, og det er derfor et mål å vaksinere unge før seksuell debut. Vaksinen blir derfor tilbudt på barneskolen, i 7. klasse. Jenter født i 1997 var det første kullet som ble tilbudt HPV-vaksinen i Norge, da den ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet skoleåret 2009/2010. Ni år senere, skoleåret 2018/2019, fikk også gutter tilbud om vaksinen.

Norge har en høy vaksinasjonsdekning (91%), sammenliknet med Island, Sverige, Danmark og Finland med henholdsvis 85%, 80%, 62% og 60% (3). Til nå er det vist at HPV-vaksinen gir kvinner mer enn 90% beskyttelse mot forstadier til kreft (6). I tillegg er det vist at beskyttelsen varer i mer enn 13 år etter vaksinasjon, og det er ingen tegn på at beskyttelsen minsker med tiden. Vaksinens effekt vises ytterligere i en norsk kohort-studie der de undersøkte forekomsten av HPV blant kvinner som mottok vaksinen, født i 1997, med eldre uvaksinerte kvinner (7). Resultatene viser en reduksjon på 42% av alle HPV-typer. I tillegg en reduksjon på 81% av HPV-typerne vaksinen spesifikt beskyttet mot, blant annet HPV16 og HPV18, i det vaksinerte 97-kullet, i forhold til de eldre kvinnene som ikke var vaksinerte. Studien underbygger viktigheten av HPV-vaksinasjon i barnevaksinasjonsprogrammet, men også tilbudet om innhentingsvaksinasjon for å forebygge HPV ytterligere (3,8). Innhentingsvaksinasjon ble i Norge tilbudt fra 2016-2019 for kvinner opp til 26 år, og er et viktig supplement i arbeidet for å eliminere livmorhalskreft (3). I lys av HPV-vaksinasjonens gode forebyggende effekt blir det desto mer interessant å utforske om dette kan påvirke deltakelsen i det andre forebyggende tiltaket for livmorhalskreft, Livmorhalsprogrammet.

2.3 Livmorhalscreening

Livmorhalsprogrammet organiseres av Kreftregisteret, og programmet tilbys kvinner mellom 25 og 69 år (1). Programmet er et av flere screeningprogram velferdsstaten

Norge tilbyr, og har til hensikt å undersøke symptomfrie personer for å avdekke risikofaktorer eller sykdom i tidlig fase (9). Målet med screeningprogrammene er å redusere forekomst og dødelighet av sykdom.

Livmorhalscreening innebærer en underlivsundersøkelse der fastlege eller gynekolog tar en livmorhalsprøve ved å skrape avstøtte overflateceller fra den ytterste delen av livmorhalsen med en børste (10). Undersøkelsen tar noen få minutter og kan for noen medføre ubehag. Livmorhalsprogrammet er todelt, hvor livmorhalsprøven hos de yngste kvinnene fra 25-33 år fram til 31.12.2022 ble undersøkt i mikroskop (cytologisk undersøkelse), mens kvinner fra 34 år og oppover blir testet for HPV (11). I november 2022 ble det vedtatt at HPV-test skal være gjeldende for alle deltakere i Livmorhalsprogrammet, og endringen skulle skje gradvis. Fra 01.01.2023 har kvinner fra 30 til 69 år blitt screenet for HPV, og fra 01.07.2023 vil alle kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet bli testet for HPV. Dette var ikke vedtatt da intervjuprosessen var i gang og vil følgelig ikke være i fokus i masteroppgaven.

I følge Kreftregisterets beregninger ville det vært omtrent tre ganger så høy forekomst av livmorhalskreft, dersom livmorhalscreening ikke ble tilbudt (12). Tall fra Livmorhalsprogrammets årsrapport fra 2021 viser at Norge ikke har oppnådd den ønskede dekningsgraden på 80%, anbefalt av Verdens helseorganisasjon (WHO) (1). Aldersgruppen 25-33 år hadde lavest dekningsgrad (69%) og tallene kan være en pekepinn på hvilke utfall som forekommer i 2022, hvilket er relevant for denne oppgaven.

Et av Kreftregisterets tiltak for å nå ut med informasjon til befolkningen om livmorhalscreening er informasjonsbrev (1). Informasjonsbrevene er ulike, men består hovedsakelig av introduksjonsbrev (invitasjonsbrev) og påminnelser, som blir utsendt til den gitte målgruppen. Invitasjonsbrevet, som blir utsendt til førstegangsdeltakere året kvinnene fyller 25 sendes ut i september i forbindelse med #sjekkdeg-kampanjen. Invitasjonsbrevet sendes uavhengig av om kvinnene har tatt livmorhalsprøve tidligere. Brevet formidler viktigheten av å ta prøven og informasjon om hvordan prøven tas, hvordan forberede seg og hvilke rettigheter deltakeren har. I invitasjonsbrevet beskrives viktigheten av deltakelse i livmorhalscreening selv om en er HPV-vaksinert, noe som er svært relevant da kullet er det første som trer inn i Livmorhalsprogrammet som vaksinert i barnevaksinasjonsprogrammet.

Kreftregisteret jobber kontinuerlig med å øke kunnskapen om livmorhalscreening, og et annet tiltak for å nå ut til befolkningen med informasjon er #sjekkdeg-kampanjen (1). Kampanjen startet i 2015 av Thea Steen, som selv ble rammet av livmorhalskreft (13). Kampanjen er i samarbeid med Kreftforeningen og bladet «Det nye». Kampanjens hensikt er å øke deltakelsen i livmorhalscreening ved blant annet å dele emneknaggen i sosiale medier for å spre kunnskap, informasjon, historier rundt temaet og oppfordring om å screene seg. Siden kampanjens start i 2015 har antall livmorhalsprøver økt, men fra 2020 så man en nedgang i dekningsgraden, noe som trolig kan være en konsekvens av pandemien (1,13).

En av flere målsettinger til Kreftregisteret er å tilby et likeverdig screeningtilbud, der målgruppen skal ha tilgang til informasjon om programmet, med både fordeler og ulemper for deltakelse (1). Ulempene tilknyttet screening omhandler blant annet at undersøkelsene, ved noen tilfeller, vil stille en falsk positiv diagnose og i andre tilfeller

overse unormale forandringer, noe som også er gjeldende for livmorhalscreening (9). Ytterligere kan behandlingen som gis til pasienter med alvorlige celleforandringer, medføre en økt risiko for prematur fødsel (12). Siden celleforandringer kan gå tilbake av seg selv, er det følgelig noen som behandles for celleforandringer selv om kreftutvikling ikke ville forekommet (overbehandling) (14).

3.0 Tidligere forskning

I dette kapitlet presenterer jeg tidligere forskning på området. Litteraturen er funnet ved søk i relevante databaser som «Oria», «Google scholar» og «Pubmed». Søkeordene som ble benyttet var «HPV-vaccination», «cervical screening», «patient experiences», «social media», og «nudging in screening». I tillegg ble ord som «or», «and», «not», «impact» og «effect» benyttet for at artiklene skulle ha mest mulig relevans for masteroppgaven. Ytterligere har jeg funnet tidligere forskning i samarbeid med veileder, samt brukt relevante artikler fra litteraturlisten til inkluderte artikler.

3.1 Deltakelse eller manglende deltakelse i livmorhalscreening

3.1.1 Årsaker til deltakelse og manglende deltakelse i livmorhalscreening

Flere studier viste at kvinners deltakelse i livmorhalscreening ble svært påvirket av familie og venner som tidligere hadde deltatt (15–18). I tillegg var det å kjenne noen som tidligere hadde vært gjennom et kreftforløp en motivasjon til å delta i programmet (15–18). Noen studier viste også at enkelte kvinner tenkte at screeningdeltakelse var en selvfølge (15–17). Tryggheten et negativt prøvesvar potensielt kunne gi, samt opplevelsen av kontroll over egen helse var også faktorer for screeningdeltakelse (15,18). Flere studier viste også at kvinner deltok i livmorhalscreening på oppfordring fra helsepersonell, samt at helsepersonell var deres primærkilde til informasjon på området (17,19).

Årsakene til hvorfor kvinner ikke deltar i livmorhalscreening inkluderer praktiske årsaker, fordi det var mye annet i livet som måtte prioriteres, som jobb og familie (16,18,20). I tillegg opplevdes oppmøtetidene som vanskelige, siden de hovedsakelig var på dagtid, så manglende deltakelse var derfor ikke nødvendigvis tilknyttet en negativ holdning til livmorhalscreening (20). Det viste seg også at noen kvinner ikke anså livmorhalscreening som viktig, fordi de ikke var i målgruppen for kreft og at de ellers var friske (18). De mente dermed at deres risiko for livmorhalskreft var liten. I tillegg viste en dansk studie at noen kvinner var usikre på formålet med livmorhalscreeningen (16).

3.1.2 HPV-vaksinens påvirkning på deltakelse i livmorhalscreening

En studie utført i Storbritannia konkluderte at fremtidige invitasjoner til livmorhalscreening burde belyse viktigheten av å delta i programmet uavhengig av vaksinasjonsstatus (21). Dette var viktig for å opprettholde deltakelsen i screeningprogrammet, da resultatene av studien avdekket at befolkningen var usikre på om det var nødvendig å delta i livmorhalscreening når man var HPV-vaksinert. Slike funn kan ses i likhet med en tidligere studie utført av Adams og Jasani (22) som påpekte en potensiell mulighet for at dekningsprosenten blant unge blir lav i livmorhalscreening på bakgrunn av misoppfatning om at HPV-vaksinasjon fjerner behovet for screening. En annen studie viste at HPV-vaksinerte kvinner ikke visste om sammenhengen mellom HPV-vaksinen og livmorhalscreening (16). Dermed anså de heller ikke screening som mindre viktig selv om de var HPV-vaksinert.

En tidligere studie viste at HPV-vaksinerte kvinner oppfattet risikoen for å få livmorhalskreft som høyere sammenliknet med uvaksinerte kvinner (23). I tillegg oppfattet de HPV-vaksinens effekt som bedre enn det de uvaksinerte kvinnene gjorde. Resultater fra en studie utført i Australia tydet på at færre HPV-vaksinerte kvinner ble screenet, sammenliknet med uvaksinerte kvinner (24). Derimot viste en studie utført i

Storbritannia det motsatte, ettersom at flere HPV-vaksinerte kvinner ble screenet, sammenliknet med uvaksinerte kvinner (25).

3.1.3 Invitasjonsbrevet

Flere studier viste at deltakelse i livmorhalscreening økte dersom kvinner mottok innkalling, med dato og tid for oppmøte, fremfor et invitasjonsbrev (26,27). En tidligere studie viste at flere kvinner ikke leste brevet og at noen var usikre på hva det inneholdt, men at kvinnene ville opplevd brevet mer relevant dersom det ble sendt og signert av deres fastlege (16). Forss et al (15) viste på sin side at invitasjonsbrevet var en motivator for å gjennomføre undersøkelsen for noen kvinner.

Tidligere forskning viste at noen kvinner opplevde screeningen som et manglende ansvar fra helsetjenesten siden de ikke ble innkalt, bare invitert, til oppmøte, slik at livmorhalscreening ble for avhengig av personlig initiativ (26). Dette samsvarer med resultatene fra en studie der studiedeltakerne opplevde livmorhalscreening som mindre viktig, siden det var valgfritt å delta (16). I tillegg viste en studie av Chorley et al (18) at flere kvinner forbandt invitasjonsbrevet med frykt og angst, da de allerede da begynte å bekymre seg for den gynekologiske undersøkelsen.

3.2 Opplevelser tilknyttet deltakelse i livmorhalscreening

3.2.1 Livmorhalscreening hos fastlege

Ifølge tidligere studier var det flere som ønsket at fastlegen skulle utføre livmorhalsprøven (16,28). Bakgrunnen for ønsket var tilliten som var opparbeidet gjennom flere år, også av familien da de hadde samme fastlege, som ville resultert i mindre ubehag ved utførelsen av prøven (28).

Kvinner med dårlige opplevelser fra tidligere kontakt med helsevesenet, ubehag ved tidligere undersøkelser, samt kvinner som hadde opplevd traumatiske hendelser ønsket et kjent ansikt til å utføre livmorhalsprøven (20). En annen studie viste variasjon blant studiedeltakerne, noen ønsket en lege de hadde kjennskap til og noen ønsket en de ikke kjente til å ta prøven (18).

3.2.2 Livmorhalscreening hos kvinnelig eller mannlig lege

Resultater fra tidligere studier viste et utbredt ønske om en kvinnelig lege til å utføre livmorhalsprøven (17,18,28,29). Bakgrunnen var oppfatningen om at kvinnelige leger hadde mer forståelse, da de trolig selv hadde blitt utsatt for det samme ubehaget som kan oppstå ved prøvetaking fra livmorhalsen (18). I tillegg ønsket kvinnene å ikke eksponere sine intime områder til en mannlig lege (17). En studie blant studenter avdekket at de syntes det var «pinlig» dersom de måtte ta livmorhalsprøve hos en mannlig lege (28). En annen studie viste at screeningdeltakelsen i alle aldersgrupper var større blant kvinner med kvinnelig enn med mannlig fastlege (29). Det er imidlertid vist i en tidligere studie at det var likegyldig om det var mannlig eller kvinnelig lege som utførte livmorhalsprøven (16).

3.2.3 Kommunikasjon mellom lege og pasient, under livmorhalscreening

Tidligere studier viste en felles opplevelse av ubehag under utførelsen av livmorhalsprøven (17,18). Frykt for smerte, lidelser og død var gjentakende følelser som fremsto i forbindelse med screening på bakgrunn av redselen for en livmorhalskreft diagnose (18). For å minske følelsen av ubehag var kommunikasjon mellom lege og

pasient essensielt for en god opplevelse av livmorhalscreening, og dermed en viktig faktor for å delta i screening senere i livet (17,18,28). Kommunikasjon om hva som skulle skje trinnvis i den gynekologiske undersøkelsen viste seg å være spesielt viktig for kvinnene, da de selv ikke så hva som skjedde under undersøkelsen, samt at undersøkelsen ikke var rutine, for dem slik det var for legen (18).

3.2.4 Å vente på prøvesvar fra livmorhalsprøven

Flere studier poengterte noen kvinners engstelse og bekymring i påvente av prøvesvar fra livmorhalsprøven (17,18). En av grunnene som skapte engstelse og bekymring var at flere hadde bekjente som tidligere har mottatt unormale prøvesvar (17). Studier viste også at noen kvinner forventet et negativt prøveresultat og var uforberedte på at testresultatene kunne være positive (30,31).

3.3 Kunnskapsdeling, en viktig kilde til informasjon om livmorhalscreening

3.3.1 Kunnskap og kunnskapsdeling om livmorhalscreening

Tidligere forskning viste at kunnskap var en faktor som kunne øke deltakelsen i livmorhalscreening, fordi kvinnene hadde kunnskap om at livmorhalskreft kunne være asymptomatisk i starten og derfor kun kunne fanges opp ved screeningprøve (18). Siden kunnskap var en motivasjon for deltakelse, var det viktig å spre denne kunnskapen til venner for å øke deltakelsen i screening (18,20). En tidligere studie viste imidlertid at kvinner som ikke hadde deltatt i livmorhalscreening tidligere, kunne bli ekstra påvirket av negativ omtale om prøvetakingen, fordi de ikke hadde personlige erfaringer fra en slik opplevelse og dermed fikk barrierer mot å delta (18).

Yngre kvinner med høyere utdanning hadde større sannsynlighet for å besitte kunnskap om HPV og livmorhalskreft, enn eldre med lavere utdanning (32). Dette viste tidligere forskning utført i Storbritannia, i 2008. En annen studie fant at kvinner med lavere utdanning var usikre på viktigheten av livmorhalscreening (18). Samtidig som kunnskap var en viktig årsak til hvorfor kvinner valgte å delta i screening eller ei, har en studie vist at unge kvinner overvurderte betydningen av livmorhalskreft som dødsårsak (33).

3.3.2 Sosiale mediers betydning for deltakelse i livmorhalscreening

Studier har vist at sosiale medier kunne bedre bevisstheten om kreft, fremme positive holdninger og dermed indirekte øke motivasjon for å delta i livmorhalscreening (19,34). Dette støttes også av en annen studie utført i Australia som viste at deltakelsen i livmorhalscreening økte med 27%, uavhengig av sosioøkonomisk status, på bakgrunn av en massemediakampanje (35). Resultatene fra en studie utført i Sverige viste at sosiale medier var å foretrekke for å nå de unge (20), noe som er relevant for denne masteroppgaven. Det er derfor viktig å se hvilken påvirkning kampanjer i massemedia kan ha på screeningdeltakelse, som studien til Wearn og Shepherd (36) har belyst. Studien viste at bruk av emosjonelle massemediakampanjer, basert på personlige opplevelser og erfaringer, kunne medført stigmatisering av kvinner som ikke deltok i screeningprogrammet (36).

4.0 Metode

4.1 Studiedesign og individuelt intervju

Den best egnede forskningsstrategien for å besvare problemstillingen til denne studien er kvalitativ metode, da metoden brukes til å utforske meninger, holdninger, erfaringer og opplevelser (37). I tillegg er metoden godt egnet til problemstillinger der man ikke vet på forhånd hva svarene fra studiedeltakerne vil inneholde, fordi kunnskapsgrunnlaget er tynt (38). Dette er tilfellet i min studie, siden temaet ikke tidligere er forsket på i Norge. I tillegg var det vanskelig å forutse i hvilken grad studiedeltakerne ønsket å dele erfaringer og opplevelser. Ved en kvalitativ tilnærming søkes informasjon om fenomenet som skal studeres, ved innhenting av data med tekstmateriale fra observasjoner eller ved ulike former for forskningsintervju (38). Kvalitative forskningsintervju ble den valgte tilnærmingen fordi jeg ville utforske HPV-vaksinerte kvinners opplevelser av livmorhalscreening fra deres livsverden, uten å måle eller tallfeste deres opplevelser, slik en vanligvis gjør ved bruk av kvantitativ metode (37,38).

Individuelle intervju ble valgt slik at jeg hadde en fleksibel mulighet til å utforske det uventede (38), samtidig som at det å dele personlige erfaringer om livmorhalscreening for noen kunne oppleves som ubehagelig. Jeg ønsket ikke at studiedeltakerne skulle kjenne på ytterligere ubehag ved at de også måtte dele personlige erfaringer med andre studiedeltakere. Gruppeintervju kunne resultere i et knappere datamateriale, fordi studiedeltakerne ikke ville dele disse erfaringene.

Ifølge Kvale og Brinkmann (39) skal semi-strukturerte intervju være tett opp mot den dagligdagse samtalen og sirkle innenfor bestemte temaer. Basert på dette var hensikten med valget av semi-strukturert intervju at det skulle medføre trygghet for studiedeltakerne, blant annet ved at intervjuformen skulle oppleves nært den dagligdagse samtalen.

4.2 Forforståelse

En forskningsprosess vil alltid bli påvirket av forskeren, uansett hvilken metode eller prosjekt som utføres (38). Jeg ønsker derfor å redegjøre for min forforståelse da det både kan ha beriket, men også begrenset datamaterialet. Forforståelsen min baserer seg på erfaringer jeg har opparbeidet meg og kunnskap jeg besitter om temaet.

Jeg ble selv vaksinert for HPV i barnevaksinasjonsprogrammet, skoleåret 2009/2010. Dette betyr at jeg, i likhet med målgruppen, i 2022 var i det første kullet som ble invitert til livmorhalscreening som HPV-vaksinert. I tillegg har jeg gjennom samtaler med familie og venner hørt om deres opplevelser og tanker tilknyttet tema, og jeg har også deltatt i livmorhalscreening. Kunnskapen jeg besitter om temaet er blant annet opparbeidet ved å lese forskningsartikler om temaet, lese på Kreftforeningen og Kreftregistrets nettsider. Jeg har også lært mye av samtaler med veileder, samt #sjekkdeg-kampanjen på sosiale medier.

På bakgrunn av mine erfaringer og opparbeidet kunnskap var forventningene mine til studiens funn at de førstegangsinviterte kvinnene brukte HPV-vaksinen som en unnskyldning for å ikke delta i Livmorhalsprogrammet. Dette for å unngå det potensielle ubehaget som kan oppstå før, under og etter en livmorhalsprøvetaking. Uten tanke på den eventuelle helsegevinsten som kan oppnås ved deltakelse i Livmorhalsprogrammet, dersom unormale forandringer i livmorhalsen oppdages tidlig (12).

4.3 Datainnsamling

4.3.1 Rekruttering

Deltakerne til studien ble rekruttert ved bruk av snøballmetoden (40). Metoden kjennetegnes ved at utvalget som trekkes ut er lite, og metoden var derfor hensiktsmessig til denne masteroppgaven. Snøballmetoden blir ifølge Halvorsen (40) brukt til studier der en søker personer som etter beste evne kan uttrykke seg for å oppnå rikelig med informasjon om et gitt tema. Opplevelser av livmorhalsscreening er ikke noe enhver person kan si noe om, fordi dette ikke er gjeldende for hele befolkningen. Snøballmetoden var derfor en egnet rekrutteringsmetode for å nå riktig målgruppe (40). Snøballmetodens fremgangsmåte er å informere om studien slik at de som hører om den, kan videreformidle informasjon om studien videre til andre personer, som potensielt kan bli studiedeltakere. Ved bruk av en slik utvalgsmetode er det viktig å være transparent i hvordan rekrutteringen er gjennomført.

Rekrutteringsprosessen startet ved bruk av det sosiale mediet Instagram. Mediet brukes til å dele bilder og videoer med «følgere», og er en digital interaksjonsplattform. Hensikten med å utføre rekrutteringen på denne plattformen var å nå relevante studiedeltakere i masteroppgavens begrensede tidsrom, da målgruppen statistisk sett er svært aktive på det sosiale mediet (41). Ettersom jeg er født i samme årskull som målgruppen var det ytterligere fordelaktig å bruke Instagram som rekrutteringsplattform, da majoriteten av mine «følgere» er på lik alder som ønsket utvalg. #Sjekkdeg-kampanjen sammenfalt med rekrutteringsprosessen til denne studien og jeg benyttet derfor sjansen til å informere om studien i september (2022), i samme tidsrom som kampanjen sirkulerte på sosiale medier (1).

Jeg publiserte en «story» på Instagram, et bilde som blir borte etter 24 timer, og oppmuntret mine «følgere» til å ta kontakt dersom de var i målgruppen og var interessert i å dele sine opplevelser av livmorhalsscreening som HPV-vaksinerte. Inklusjonskriteriene for utvalget i studien var at du var kvinne, født i 1997, HPV-vaksinert og snakket norsk. Det ville ikke være av betydning om studiedeltakerne hadde deltatt eller ikke i livmorhalsscreening. Inklusjonskriteriene sikret at studiedeltakerne var relevante for studien. Majoriteten som tok kontakt var venner og perifere bekjente. Jeg forklarte hvorfor mine venner ikke kunne delta i studien ettersom relasjonen ble for nære og kunne påvirket datamaterialets pålitelighet, men at de gjerne måtte informere om studien videre til deres venner, slik fremgangsmåten til snøballmetoden tilsier (40). Videre ga jeg epostadressen min slik at de potensielle studiedeltakerne kunne kontakte meg, i tillegg til at de kunne kontakte meg på sosiale medier. Da noen av de potensielle studiedeltakerne viste sin interesse sendte jeg dem mer informasjon via epost. De fikk tilsendt informasjonsskriv (se vedlegg 1), forslag til tid og sted for intervjuet. De fikk også informasjon om at de kunne trekke seg til enhver tid selv om de hadde vist interesse for studien. Ved flere intervju hadde studiedeltakerne venner som ønsket å stille til intervju og slik rekrutterte jeg ti studiedeltakere med bruk av snøballmetoden (40).

4.3.2 Utvalg

Ti kvinner født i 1997 deltok i studien. Informasjon om studiedeltakerne ble innsamlet ved intervjustart. Jeg stilte spørsmål til studiedeltakerne om hvor de kom fra, hvor de bodde, deres utdanning, samt om deres foreldre hadde gjennomført høyere utdanning. Utvalget består av ti HPV-vaksinerte kvinner. Seks av ti studiedeltakere hadde deltatt og fire hadde bestilt time eller ønsket å delta i livmorhalsscreening. Av de som hadde deltatt

i livmorhalscreening, hadde to gjennomført livmorhalsprøve hos fastlege og fire hos privat gynekolog.

Halvparten av studiedeltakerne hadde påbegynt mastergrad, og to var i slutfasen av et bachelorprogram. En studiedeltaker var i jobb etter videregående skole og to av kvinnene var i jobb etter endt høyere utdanning. Fire av kvinnene utdannet seg eller hadde utdanning innen helsefag. Seks av studiedeltakerne hadde en eller to foreldre med høyere utdanning. De resterende kvinnene opplyste at deres foreldre ikke hadde høyere utdanning, og samtlige kom fra storby eller tettsted i Sør-Norge.

4.3.3 Intervjuguide

En intervjuguide blir anvendt som et støtteverktøy under intervju for å belyse fenomenet forskeren skal utforske (39). Intervjuguiden for denne masteroppgaven inneholdt syv hovedspørsmål (se vedlegg 2). Under hvert hovedspørsmål ble det utviklet forslag til oppfølgingsspørsmål som ble utarbeidet som hjelp til både studiedeltakeren og meg dersom hovedspørsmålene ble utfordrende å svare på.

Jeg ønsket å undersøke hvordan HPV-vaksinerte kvinner opplevde å være førstegangsinviterte til livmorhalscreening. Derav hele opplevelsen omkring livmorhalscreening, ikke kun hvordan de eventuelt opplevde å være deltaker. Intervjuguiden inneholdt derfor hovedtemaer som omfavnet hele prosessen omkring deltakelse i HPV-vaksinasjonsprogrammet og Livmorhalsprogrammet. Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med veileder og inneholdt spørsmål om hva kvinnenes tanker var omkring livmorhalscreening, hvordan de innhentet informasjon om temaet og om hvordan forventningene eller opplevelsen var av livmorhalsprøvetakingen. Det ble også stilt spørsmål om opplevelsen fra vaksineringsperioden, om hvordan temaet ble snakket om blant venner og om HPV-vaksinens sammenheng med livmorhalscreening.

Jeg gjennomførte pilotintervju på tre bekjente før jeg intervjuet studiedeltakerne. Pilotintervjuene ga meg øvelse i intervjusituasjonen, fordi jeg ble bedre kjent med intervjuguiden og opparbeidet meg trening i hvordan jeg skulle opptre hvis samtalen fløt ut av hovedtemaene, eller dersom rekkefølgen på intervjuguiden ble annerledes, noe som førte til justeringer underveis. Jeg fikk også tid til å gjøre meg kjent med lydopptakeren som ble benyttet til opptak av data i intervjuene.

4.3.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført fra september 2022 til januar 2023. Fire av ti intervju ble utført fysisk, to på campus og to hjemme hos studiedeltakerne. Resten av intervjuene ble gjennomført digitalt via Teams. Intervjuenes lengde varierte fra 16 til 35 minutter og alle intervjuene ble tatt opp på lydopptaker. Ved startfasen i hvert intervju gikk jeg og studiedeltakerne gjennom informasjonsskrivet for å avdekke eventuelle spørsmål før intervjustart.

Intervjuguiden ble brukt veiledende, slik Malterud (38) beskriver at en intervjuguide skal benyttes. Dette for å sikre at hovedtemaene ble dekket. I tillegg ble intervjuene tilpasset studiedeltakerens respons på spørsmålene. For å oppnå dette ble det brukt ulik tilnærming til studiedeltakerne, ulike og ulikt antall oppfølgingsspørsmål, samt forskjellig rekkefølge på spørsmålene. Et eksempel var at jeg tilpasset meg ettersom studiedeltakeren snakket fritt eller var mer avhengig av konkrete spørsmål. Denne strukturen stilte større krav til meg som forsker for å holde samtalen innenfor de gitte

temaene og rammene som var satt. Samtidig som det ga intervjuene dybde i temaene studiedeltakerne følte seg komfortable å snakke mye om. Som forsker var det mitt ansvar å styre og kontrollere samtalen. Dette var viktig slik at samtalen ikke gikk utover de gitte temaene, men samtidig også sikre at studiedeltakerne tilsynelatende ikke følte seg presset til å svare på spørsmål de ikke var komfortable å prate om.

Jeg utviklet meg som intervjuer i løpet av disse månedene, noe som gjenspeiles i intervjuene og dermed datasettet. Intervjuene ble med tiden rikere på informasjon og dybde da jeg tilegnet meg mer kunnskap om studiedeltakernes opplevelse av å være førstegangsinvitert til livmorhalscreening. Jeg opparbeidet meg også bredere erfaring i intervjusituasjonen, og ble dermed tryggere i min rolle i løpet av perioden.

4.4 Transkribering

Transkribering er prosessen som transformerer tale til skrift, og databehandlingen gjør datamaterialet bedre egnet for analyse (39). Transkriberingene av intervjuene ble gjennomført kort tid etter at intervjuet fant sted, og intervjuene med dialekt ble oversatt til bokmål for å bevare anonymiteten. I tillegg ble utsagn som kunne identifisere hvor studiedeltakerne kom fra, utelatt transkripsjonen. Ved å transkribere fortløpende i intervjuprosessen, ble jeg mer bevisst over hvordan jeg opptrådte som intervjuer. Dette medførte små justeringer til neste intervju der det var grunnlag for forbedring.

For å skille mellom studiedeltakerne og meg selv ble det brukt D (studiedeltaker) og IN (intervjuer). Transkripsjonsdokumentene ble linjenummererte for å lettere finne tilbake til utsagn jeg hadde merket meg i intervjuene (se tabell 1).

4.5 Tematisk analyse

Hensikten med tematisk analyse er å utvikle, analysere og se ulike meningsmønstre på tvers av datasett (42). Metoden tar i bruk koding for å oppnå hovedmålet med analysemetoden, hvilket er å identifisere ulike temaer basert på deltakernes utsagn. Braun og Clarke (42) beskriver analysemetoden som godt egnet for forskning som søker forståelse av menneskers subjektive opplevelser eller perspektiver, dette gjenspeiler det oppgaven er ute etter da jeg ønsker å utforske unge kvinners opplevelser av livmorhalscreening som HPV-vaksinerte. I tillegg er metoden en naturlig og robust metode for nykommere innen forskning på et grunnleggende nivå (42), noe som også er passende til denne masteroppgaven. Som beskrevet tidligere er det mangelfull forskning på temaet i Norge og det kan derfor være hensiktsmessig med en fleksibel tilnærming til datasettet, slik tematisk analyse er.

Den analytiske prosessen inneholder seks steg der Braun og Clarke (42) presiserer at stegene ikke er regler som må følges slavisk, men at en heller skal se på metoden som en dynamisk prosess. Videre viser en kort beskrivelse av de ulike stegene, etterfulgt av min utførelse, samt en fremstilling av hvordan deler av analysen er utført (se tabell 1).

1. Gjøre seg kjent med datamaterialet (42). I dette steget skal en fordype seg og gjøre seg kjent med datamaterialet. For å oppnå dette leste jeg transkripsjonene gjentatte ganger, samt hørte på lydopptak fra intervjuene og notert bemerkninger underveis.

2. Koding (42). I denne fasen er hensikten å bearbeide datasettet systematisk for å identifisere det som anses som meningsfullt, relevant og interessant gjennom bruk av koding. Kodene er de minste enhetene og kan ses på som grunnmuren i analysen, kodene skal gjenspeile relevansen til problemstillingen. I denne fasen har jeg markert utsagn fra studiedeltakerne jeg har ansett som meningsfullt, bak hver markering har jeg skrevet en kode. Dette har jeg senere sortert under hverandre i en tabell, noe som tilslutt endte med ti tabeller med koder fra intervjuene. Med dette som utgangspunkt har jeg kodet datasettet grundig etter tema med forbehold om at problemstillingen kunne forandres.
3. Generere innledende tema (42). Etter at kodingen er gjennomført er målet å se på de ulike meningsmønstrene, på tvers av datasettene, ved å samle de ulike kodene som gir uttrykk for den eller de samme mening(ene). Jeg utførte dette ved å systematisk gjennomgå hver tabell og sette de ulike kodene (meningsmønstrene) under hverandre i en større tabell for å identifisere potensielle tema (se tabell 1). For en oversikt over hvilket intervju kodene og eventuelle sitater kom fra ble intervjuene fargekodet.
4. Utvikle og vurdere tema (42). I dette steget skal en utvikle og vurdere de ulike temaene som ble funnet i steg tre, om de er relevante og om temaene gjenspeiler datasettet. For å utvikle temaene begynte jeg å «skrive ut» hvert tema for å få en bredere oversikt og en dypere forståelse for hva temaene inneholdt. Videre vurderte jeg om noen temaer måtte deles opp og om jeg hadde forstått den virkelige meningen bak det studiedeltakerne uttrykte. Dette for å forsikre meg om at datamaterialet gjenspeilte det kvinnene hadde opplevd.
5. Gjenfinne, definere og navngi temaer (42). I dette trinnet er hensikten å finjustere analysen, forsikre seg om at temaene er gjensidig utelukkende og finne gode overskrifter som representerer helheten i de ulike temaene. For å oppnå dette ble det blant annet sendt flere utkast til veileder for diskusjon og tilbakemeldinger om den virkelige betydningen av studiedeltakernes opplevelser. I tillegg til dette tok jeg meg tid til å utvikle gode temanavn som gjenspeilte opplevelsene til studiedeltakerne. Jeg gikk også tilbake i datamaterialet og hørte gjentatte ganger på intervjuenes lydopptak for å forsikre meg om at jeg hadde forstått helheten av studiedeltakernes opplevelser av livmorhalscreening. I tillegg til å forsikre meg om at temaene var gjensidig utelukkende
6. Skrivning (42). Siste fase i tematisk analyse er å skrive et endelig resultat, som for mange begynner mye tidligere enn i fase seks. Jeg begynte å skrive fra fase fire og det var under dette steget jeg opplevde analysen som en dynamisk prosess, fremfor steg en skal følge slavisk. Redigering av resultatkapittelet var derfor en viktig del av denne fasen.

Tabell 1, eksempel på utførelsen av analysen:

Linjenummer	Intervju	Kode	Kategori	Tema
8-9	det er vel bare fordi de støtter det systemet og har tro på at når det blir anbefalt så er det lurt å gjøre det.	Foreldre med tillit til regjeringen.	Foreldre med tillit til myndighetene	Tillit til myndighetene
69-71	vet nå i etterkant at mamma har egentlig veldig tiltro til det som blir gitt og det som skal testes og at det er godt nok undersøkt så det var en selvfølge for henne	Mor som følger anbefalingene fra staten.	Foreldre med tillit til myndighetene	Tillit til myndighetene
36	Jeg stoler veldig på staten.	Tillit til regjeringen.	Tillit til myndighetene	Tillit til myndighetene
35-36	Jeg syntes det er viktig å følge de anbefalingene for når man skal ta de ulike screeningene	Viktig å følge anbefalingene til myndighetene.	Tillit til myndighetene	Tillit til myndighetene
133	nei, assa jeg har tiltro til staten og helsevesenet	Tillit til regjeringen og anbefaling av vaksinen.	Tillit til myndighetene	Tillit til myndighetene
12-13	det lurt å ta de vaksinene man blir anbefalt liksom med mindre det er stor risiko for bivirkninger.	Følger anbefalingene	Tillit til myndighetene	Tillit til myndighetene
129-130	jeg har veldig tillit til at når på en måte staten og alle sier at dette må dere gjøre for at det skal bli bedre også så bare gjør jeg det.	Tillit til staten	Tillit til myndighetene	Tillit til myndighetene

4.6 Forskningsetikk

Ettersom jeg innhentet personopplysninger til masteroppgaven, og det er utført lydopptak ble prosjektet meldt til NSD, sommeren 2022 (referansenummer: 503290). Søknaden ble administrert av veileder Marit Solbjør og ble godkjent 10.08.22 (se vedlegg 3).

Malterud (38) beskriver at det er viktig med skriftlig informasjon og et informert samtykke for at en forskningsfremgangsmåte skal være etisk forsvarlig. For å oppnå dette ble det på forhånd utsendt et informasjonsskriv (se vedlegg 1) bestående av formålet med studien, og hva det innebar for studiedeltakerne å delta. Informasjonsskrivet ble utsendt for å forsikre at studiedeltakerne hadde god innsikt i masteroppgavens formål. Informasjonsskrivet bidro til at de eventuelle studiedeltakerne kunne ta en informert beslutning, om de ønsket eller ikke ønsket å dele sine opplevelser fra livmorhalscreening (38). Vedlagt i informasjonsskrivet var et samtykkeskjema studiedeltakeren måtte signere, dersom vedkommende ønsket å delta. Det informerte samtykke ble innhentet i papirform eller med bilde av signatur sendt per mail. Før hvert intervju ble informasjonsskrivet gjennomgått nøye slik at kvinnene kunne stille spørsmål hvis noe var uklart. Videre forklarte jeg min rolle som intervjuer, at ingen svar eller spørsmål var feil, at de ville bli anonymisert og at spørsmålene var frivillig å svare på. I tillegg fikk studiedeltakerne informasjon om at de til enhver tid kunne trekke seg fra studien. Studiedeltakerne ble også informert om lagringen av datamaterialet. Der ble de forsikret om at ingen andre enn veileder og meg ville ha tilgang på lydopptakene fra intervjuet.

Jeg forklarte taushetsplikten min grundig til studiedeltakerne, noe jeg anså ekstra nødvendig fordi rekrutteringsprosessen ble gjennomført med bruk av snøballmetoden (40). Metoden økte behovet for taushetsplikt da studiedeltakerne og jeg, som forsker, hadde en eller flere felles bekjente. Jeg presiserte for studiedeltakerne at selv om noen av våre felles bekjente visste at vedkommende deltok i studien, kunne jeg ikke dele informasjon om deres deltakelse.

Datamaterialet ble lagret på Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet (NTNU) NICE-1, et fillagringsområde vurdert av NTNU til å håndtere data som krever høy sikkerhet (43). Studiedeltakerne ble kun registrert i datamaterialet som tall og navnelisten, samt samtykkeskjemaet ble oppbevart atskilt fra lydfilene slik at ingen kunne identifisere hvem studiedeltakerne var.

Intervjuene ble utført både fysisk og digitalt, via Teams, et digitalt verktøy godkjent av NTNU for innsamling av forskningsdata (43). Studiedeltakerne fikk selv velge om de ønsket intervjuet fysisk eller digitalt, dersom det var mulighet for begge deler. Ved oppstart av masteroppgaven tenkte jeg det var hensiktsmessig dersom jeg møtte studiedeltakerne fysisk, men en av studiedeltakerne fikk meg til å tenke annerledes på situasjonen. Hun fortalte at hun gjerne kunne tenke seg å ha intervjuet via Teams. Hun opplevde at det å sitte bak en skjerm ga en form for trygghet i en sårbar situasjon, kontra det å være fysisk til stede i et grupperom med meg og snakke om temaet. Kvinnen var en av de første studiedeltakerne og på bakgrunn av hennes opplevelse så jeg på valgmuligheten som en fordel, slik at kvinnene fikk velge den situasjonen de var mest komfortable med.

5.0 Resultater

Kapittelet som følger vil inneholde resultatene av endt analyse fordelt i tre hovedtemaer. «Tillit til anbefalinger fra myndighetene» som blant annet omhandlet begrunnelsen for hvorfor studiedeltakerne er HPV-vaksinerte, og har deltatt eller ønsket å delta i livmorhalsscreening. Videre følger «prøvetakerens kompetanse og troverdighet» der en får et innblikk i studiedeltakernes opplevelse av eller forventning til deltakelse i screeningprogrammet. Til slutt viser «informasjonskilders betydning for opplevelsen av livmorhalsscreening» blant annet hvor kvinnene innhentet informasjon om temaet.

Selv om ikke alle studiedeltakerne hadde deltatt i Livmorhalsprogrammet, viste synspunktene deres om de ulike temaene minimale forskjeller. Derfor vil det ikke bli gjort forskjell på de deltakende, eller ikke deltakende kvinnene i delkapitlene som følger.

5.1 Tillit til anbefalinger fra myndighetene

Bakgrunnen for at studiedeltakerne er HPV-vaksinerte og hadde deltatt, eller ønsket å delta, i livmorhalsscreening var tillit til myndighetenes anbefalinger. Tilliten handlet ikke bare om deres egen tillit, men også om hvordan de hadde tillit til foreldrenes vurderinger. Hvem tilliten var til, ble definert på ulike måter der myndighetene, som et samlet begrep ble betegnet som staten, de, helsevesenet, Helsedirektoratet og systemet. Uavhengig av hvordan studiedeltakerne betegnet hvem de eller foreldrene hadde tillit til, var det tilliten til myndighetene som var bakgrunnen til hvorfor de fulgte anbefalingene. Tilliten baserte seg på myndighetenes store ansvar overfor befolkningen, og troen på at deres anbefalinger er evidensbaserte og dermed til det beste for befolkningen. Tilliten bunnet i en antakelse om at HPV-vaksinen og Livmorhalsprogrammet var grundig undersøkt av kompetente fagfolk på området, før anbefalingene ble gitt.

«Jeg har veldig tillit til at når på en måte staten og alle sier at dette må dere gjøre for at det skal bli bedre og sånn, så bare gjør jeg det» (Studiedeltaker 7).

Studiedeltakernes tillit til myndighetene bygget på beskrivelsen av foreldrenes tillit. Fra foreldrenes perspektiv var HPV-vaksinen en av mange vaksiner deres barn skulle ta som en selvfølgelighet via barnevaksinasjonsprogrammet. Foreldrene hadde derfor ikke vært bekymret for at vaksinen skulle medføre senskader eller plager, da dette tidligere ikke hadde vært et problem i barnevaksinasjonsprogrammet.

«Mamma har egentlig veldig tiltro til det som blir gitt og det som skal testes, og at det er godt nok undersøkt så det var en selvfølge for henne» (Studiedeltaker 5).

Kvinnene begrunnet hvorfor foreldrene deres hadde besluttet at de skulle ta HPV-vaksinen på samme grunnlag som hvorfor de selv ønsket å delta i livmorhalsscreening. Kvinnene anså det som en selvfølge at de skulle gjøre det myndighetene anbefalte. Siden grunnlaget for valgene om å følge myndighetenes anbefalinger var likt hos studiedeltakerne og foreldrene kan det tyde på at studiedeltakerne også har tillit til foreldrenes valg, og dermed støttet seg på dette, i tillegg til myndighetenes anbefalinger. Ønsket om deltakelse i livmorhalsscreening ble av den grunn forsterket ytterligere av foreldrenes tillit til myndighetenes anbefalinger.

5.1.1 Usikkerhet omkring vaksinens effekt

Studiedeltakerne uttrykte takknemlighet for at de var det første hele kullet som deltok i HPV-vaksinasjonsprogrammet. For noen medførte vaksinen en form for trygghet, samt en forhåpning om at de var friske. Bakgrunnen for tryggheten og forhåpningen om at de var friske var myndighetenes evidensbaserte anbefalinger, noe som forsterket troen på at vaksinen hadde en positiv innvirkning på deres helse.

«Men da går jeg kanskje inn med en litt større trygghet om at ting kanskje er bra eller at det har hatt en innvirkning da, sånn i prosentandel om det er større sjanse for å få det uten eller med på en måte» (Studiedeltaker 4).

Samtidig som flere av kvinnene uttrykte tillit til HPV-vaksinens effekt basert på de nasjonale anbefalingene om HPV-vaksinasjon, hadde de selv ikke kunnskap om vaksinens dokumenterte effekt. Av den årsak ville de derfor uavhengig av vaksinen deltatt i livmorhalsscreening.

«Jeg aner ikke om den der vaksinen fungerer eller ikke. Så jeg må gjøre det, haha, men at jeg tenker eller har tenkt litt i hodet at det forhåpentligvis ikke er noe gærent da. Siden jeg har tatt den vaksinen, ja» (Studiedeltaker 5).

Noen av studiedeltakerne ville ikke tatt HPV-vaksinen i innhentingsvaksinasjonen, dersom de ikke ble tilbudt vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet. Begrunnelsen var at vaksinen ikke var noe de hadde tenkt over eller at de likevel kort tid etter skulle delta i livmorhalsscreening, og derfor ikke så nødvendigheten. Noen av studiedeltakerne ville imidlertid forhørt seg med leger og gynekologer for å avgjøre om vaksinen virkelig var nødvendig, før de tok en grundig beslutning dersom de ikke ble tilbudt vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet.

5.1.2 Organiseringen av livmorhalsscreening skapte usikkerhet om programmets viktighet

Organiseringen av Livmorhalsprogrammet skapte usikkerhet om programmets viktighet. Flere av studiedeltakerne opplevde livmorhalsscreening som mindre viktig fordi de hadde mottatt et invitasjonsbrev fra Kreftregisteret, fremfor en innkallelse. De opplevde invitasjonsbrevet som en indikasjon fra myndighetene om at livmorhalsscreening ikke var viktig, ettersom de hevdet innkallelse ble sendt i andre screeningprogram. Opplevelsen av livmorhalsscreening som mindre viktig, baserte seg på at myndighetene ikke kunne forsikre seg om at alle hadde mottatt invitasjonsbrevet og følgelig ikke fått tilstrekkelig med informasjon om screeningprogrammet.

«Nummer en så føler jeg at når det blir en påminnelse og ikke en innkallelse, så er det et hint fra myndighetene om at de ikke syntes det er like viktig. Hadde de syntes det var veldig viktig så hadde de fokusert på det mer og sendt en vanlig innkallelse sånn som alt annet. Og nummer to så tenker jeg at hver gang ting er en påminnelse og ingenting man blir bedt om å gjøre på en måte så er det (...). Så det viser jo bare at man ikke syntes det er dritviktig da (...）」 (Studiedeltaker 9).

Noen av studiedeltakerne opplevde invitasjonsbrevet som en påminnelse, men at det likevel var lett å glemme viktigheten av screeningprogrammet når brevet var det eneste de mottok. På den andre siden var noen av studiedeltakerne av den oppfatning at de

skulle motta innkallelse. Noen ble derfor overrasket da de forsto at brevet fra Kreftregisteret var en invitasjon.

« (...) og veldig fint at man blir innkalt, for det er veldig lett at det går i glemmeboken. At man ikke kanskje tenker på viktigheten av det heller. Ehm... men når det er satt inn i et system...» (Studiedeltaker 1).

Noen av kvinnene sa at invitasjonsbrevet ikke inneholdt viktig informasjon om deres HPV-vaksinering, noe som ifølge kvinnene burde vært vesentlig å inkludere i brevet. Med utgangspunkt i den opplevde mangelen i invitasjonsbrevet, oppfattet flere av kvinnene at deres invitasjonsbrev var en masseutsendelse fra myndighetene uten endring for kullets spesielle situasjon.

Flere av studiedeltakerne stilte seg også kritiske til at ressursene til å utføre livmorhalsprøven ikke samsvarte med oppfordringen om deltakelse fra myndighetene. Dette viste seg da flere opplevde at det var lange køer for å få time. En av kvinnene fikk beskjed av helsepersonell om at hun ble nedprioritert dersom det var pasienter som hadde mer behov for helsehjelp.

«(...) fikk jeg beskjed om at det kunne ta inntil tre måneder og hvis det kom noen som hadde mer alvorlige problemer så blir du skjøvet bakover i køen, og det synes jeg er litt synd med tanke på at man er så opptatt av at folk skal sjekke seg» (Studiedeltaker 2).

I oppfattelsen av knappe ressurser stilte en av kvinnene spørsmål til hvorfor ventetidene i storbyene var lenger enn ventetidene på landet. Hun opplevde den lange ventetiden som en indikasjon på at det var viktigere å sjekke befolkningen på landet, enn i storbyene. Opplevelsen av måten screeningprogrammet er organisert på viste seg å skape forvirring blant studiedeltakerne om programmets viktighet, selv om de har tillit til at myndighetenes anbefalinger er til det beste for befolkningen.

5.1.3 Tillit til myndighetene ga en antakelse om at andre også følger anbefalingene

Kvinnenes tillit til at myndighetenes anbefalinger medførte en positiv virkning for dem selv og resten av befolkningen, førte for enkelte til en antakelse og forventning om at kvinner i samme alder var HPV-vaksinerte og ønsket å delta i livmorhalscreening. Å følge anbefalingene ble beskrevet som «noe alle skal og må gjøre». Tilliten til myndighetenes anbefalinger viste seg dermed å medføre en holdning om at deltakelse i HPV-vaksinasjonsprogrammet og Livmorhalsprogrammet var å forvente av kvinner på deres alder.

«(...) , men ja, så ja jeg tror de fleste bare får den `jammen okei, da gjør jeg det, også gjør vennene mine det også sånn ja´. At det er et sånt `kollektivt ja´, på en måte at man bare, og hvis man heller ikke snakker om det så forventer man bare at andre har tatt det» (Studiedeltaker 3).

Denne type tankegang medførte for flere av kvinnene vanskeligheter med å forstå hvorfor venner takket nei til HPV-vaksinen, eller ikke ønsket å delta i livmorhalscreening. Særlig når venner heller ikke hadde en intensjon om å delta i programmet i fremtiden. Vanskeligheter med å forstå valget om å ikke følge

myndighetenes anbefalinger ble forsterket av at Livmorhalsprogrammet er en del av velferdsgodene i Norge og at de er privilegerte som har muligheten til å delta. I tillegg til at HPV-vaksinen medfører en positiv helseeffekt som gagnar flere enn dem selv. Deres tillit til myndighetens anbefalinger gjorde det vanskelig å forstå kvinner som velger å ikke følge anbefalingene.

«Og da tenker jeg jo, da blir det jo litt det samme som å vaksinere seg mot corona eller ikke. Og da blir det jo en helt annen sak da, tenker jeg. Da blir det jo mer at det handler like mye om eh hvordan andre som kan bli påvirket av det som deg selv. Og da vil jeg jo ... ja ... kanskje litt dumt å ikke gjøre det»
(Studiedeltaker 1).

Samtidig som noen av kvinnene uttrykte vanskeligheter med å forstå hvorfor andre ikke fulgte myndighetenes anbefalinger, var det på den annen side noen av studiedeltakerne som var av den oppfatning at HPV-vaksinering og livmorhalscreening var et tema som ble lite diskutert. Årsaken var at det var lenge siden vaksinen ble satt og at deltakelse i livmorhalscreening ikke ble snakket om. I tillegg sa noen av studiedeltakerne at det kun gikk utover en selv dersom de ikke fulgte myndighetenes anbefalinger.

«Men folk er litt sånn `selvfølgelig må du sjekke deg`, men jeg tror at den det går utover er jo i hovedsak deg selv hvis du velger å ikke gjøre det. Assa hvis du hadde valgt å ikke sjekke deg så går jo ikke det utover meg på en måte»
(Studiedeltaker 6).

En av studiedeltakerne hadde tatt et aktivt valg om å ikke delta i livmorhalscreening. Valget medførte negative holdninger og kritiske spørsmål til henne, om hvorfor, blant venner. For kvinnen opplevdes de negative holdningene verre blant kolleger i helsesektoren, sammenliknet med andre. Den manglende forståelsen for hvorfor hun ikke ønsket å delta i livmorhalscreening medførte at kvinnen vurderte å lyve om sin deltakelse, for å slippe å forsvare seg mot de negative meldingene. Fra kvinnens perspektiv var det beklagelig at HPV-vaksinasjon og deltakelse i livmorhalscreening ble omtalt som om det var gitt at hele befolkningen hadde fulgt anbefalingene fra myndighetene. Dette fordi det kan være mange årsaker til hvorfor enkelte velger å ikke delta.

5.2 Prøvetakerens kompetanse og kjønn har betydning for troverdigheten til livmorhalscreening

Studiedeltakerne var bekymret for hva fastlegens kompetanse på området ville bety for utførelsen av livmorhalsprøven. Dette medførte bekymring for en dårligere utførelse av prøven og at det potensielt ville bli mer smertefullt enn nødvendig, samt at dette kunne gi et upålitelig prøveresultat.

Usikkerheten for fastlegens kompetanse medførte at flere av kvinnene valgte eller ønsket å delta i livmorhalscreening hos privat gynekolog. En gynekologs kompetanse og erfaring medførte sikkerhet om at prøven ble korrekt utført, og dermed økt tro på et pålitelig prøvesvar. I tillegg fikk kvinnene mulighet for en full gynekologisk undersøkelse, der de også fikk sjekket andre tilstander de ikke ville fått tilbud om hos fastlegen.

«Siden det er så sjeldent, så er det heller noe jeg på en måte vil bruke penger på, og ja vite at det blir gjort riktig og få en full sjekk med det samme når jeg først er der» (Studiedeltaker 8).

Argumentene om en full gynekologisk undersøkelse var gjentakende blant flere av studiedeltakerne for valget om å foreta en livmorhalsprøve hos privat gynekolog. I tillegg oppfattet kvinnene at private gynekologer ville sette av mer tid til å informere og forklare underveis i underlivsundersøkelsen. Informasjonen ga ekstra trygghet for kvinnene, ettersom de til enhver tid ville være klar over hva som skulle skje i løpet av undersøkelsen. Kvinnenes betalingsvillighet for en privat konsultasjon var høy, ettersom en underlivsundersøkelse ble betraktet som noe de gjorde svært sjeldent. Noen av studiedeltakerne betalte selv og andre fikk hjelp av sine foreldre til å betale time hos privat gynekolog.

Flere av studiedeltakerne opplevde ubehag ved å kle av seg foran fastlegen. Opplevelsen oppsto på grunn av relasjonen både de og familien hadde til fastlegen gjennom mange år, og for noen hele livet. Det opplevdes derfor ubehagelig å kle av seg for noen de har kjent i mange år. Dette var et argument som mange av studiedeltakerne uttrykte som årsak til hvorfor de ikke ønsket å delta i livmorhalscreening hos fastlegen.

«Men sånn, min mannlige fastlege har jeg hatt i flere år og jeg syntes det hadde vært litt ubehagelig å sitte og strippet ned for han» (Studiedeltaker 8).

Dette skiller seg fra en av de andre studiedeltakerne som ønsket å ta livmorhalsprøve hos fastlegen på bakgrunn av relasjonen som var opparbeidet over tid. Tilliten og relasjonen til fastlegen medførte en trygghet om riktig utførelse av prøven, samt en forventning om et pålitelig prøvesvar. I tillegg var følelsen av å ikke «være en i mengden» noe kvinnen betraktet som en viktig årsak til hvorfor hun tok prøven hos fastlegen.

«Det føles trygt på en måte fordi fastlegen kan du jo på en måte bygge en liten relasjon til i forhold til, assa gynekologer føler jeg at man kan stole like mye på, men der kommer du bare til en `random` med mindre du kjenner til den gynekologen» (Studiedeltaker 4).

En annen studiedeltaker argumenterte for det motsatte. Hun ønsket nettopp å «være en i mengden» hos en gynekolog for å ha følelsen av å ikke skille seg ut. Hun mente at dersom hun hadde tatt livmorhalsprøve hos fastlegen, ville hun skilt seg ut ettersom fastlegen angivelig ikke utførte en livmorhalsprøve hver dag, slik en gynekolog gjør.

«(...) kontra om det er noen som jobber med dette hver dag og assa bare at jeg er en i mengden» (Studiedeltaker 8).

Flertallet av studiedeltakerne hadde et ønske om en kvinnelig lege til å utføre livmorhalsprøven. Årsaken til ønsket om kvinnelig lege var at både studiedeltaker og lege hadde felles utgangspunkt, samme anatomi. På bakgrunn av dette oppfattet studiedeltakerne at kvinnelige leger trolig besitter en større kunnskap på området enn mannlige leger, på bakgrunn av den like anatomien. En av studiedeltakerne opplevde derimot at det var likegyldig om det var mann eller kvinne som utførte prøven, men studiedeltakeren hadde bestilt time til livmorhalsprøve hos sin kvinnelige fastlege.

«Men akkurat når det kommer til underliv så blir man jo litt sånn og tenker at de som ja, har det samme som deg vet kanskje best eller tar det like mye på alvor» (Studiedeltaker 5).

I tillegg til mer kunnskap, opplevde studiedeltakerne at kvinnelige leger hadde en dypere forståelse for ubehaget som kan oppstå da de skal kle av seg og legge seg ned i en gynekologisk stol. Den dypere forståelsen ble beskrevet på bakgrunn av at legene selv er kvinner og trolig har deltatt i livmorhalscreening, og dermed kan relatere til ubehaget som kan oppstå. På den andre siden opplevde en av studiedeltakerne at det ikke var forskjell i kunnskap eller forståelse blant kjønn, men at ubehageligheten oppsto, fordi det er det motsatte kjønn hun tiltrekkes av.

«Bare mer ukomfortabelt og at det da hadde følt mer, ja, bare usikkert og rart. Fordi det er det motsatte kjønn jeg tiltrekkes av og i andre settinger så heh... er det ikke for å sjekke seg liksom» (Studiedeltaker 10).

Det var en forståelse om at kvinnelige leger ville håndtere situasjonen mer alvorlig enn mannlige leger, noe som virket forsterkende for studiedeltakernes troverdighet til kvinnelige leger, uten at studiedeltakerne klarte å forklare dette ytterligere.

5.3 Informasjonskilders betydning for opplevelsen av livmorhalscreening

Kreftregisterets invitasjonsbrev opplevdes som uinteressant blant flere av studiedeltakerne. Dette viste seg da flere ikke hadde åpnet brevet eller ikke var klar over hva brevet inneholdt. Flere var også usikre på om de hadde mottatt brevet. På den andre siden var enkelte klar over at de hadde mottatt invitasjonsbrevet på «Digipost», men valgte å ikke åpne det, fordi de allerede hadde deltatt eller hadde planlagt å delta i livmorhalscreening.

«Ja, det var noe greier jeg fikk på epost eller noe. Det med å dra å gjøre det» (Studiedeltaker 4).

Flere av kvinnene opplevde invitasjonsbrevet som skremmende og tok derfor et bevisst valg om å ikke åpne det. Da det for noen allerede var knyttet bekymring til å delta i livmorhalscreening, ville de ikke påføre seg selv ytterligere bekymring ved å lese brevet. På den andre siden opplevde en av studiedeltakerne brevet som lite troverdig og en følelse av at myndighetene forsøkte å lure henne til deltakelse i livmorhalscreening.

«Også står det også, jeg legger veldig godt merke til detaljer. 80% av kvinner og menn står det i skrevet du får, også går man inn på siden også står det 70% av kvinner, sant. Så det er litt sånn, okei de velger den statistikken som ser mest skremmende ut for å få oss til å være med i det her programmet» (Studiedeltaker 3).

Kvinnen følte seg lurert da statistikken på nettsiden viste en mindre skremmende statistikk enn statistikken som ble presentert i invitasjonsbrevet. Dette opplevdes som skremselspropaganda og som om myndighetene hadde en bevisst intensjon om å skremme kvinner til å delta, og etterfølgende frata kvinners informerte valg om

deltakelse. Dette fordi brevet ikke motiverte til å ta et aktivt valg, men heller forsøkte å skremme dem til deltakelse i livmorhalscreening.

I motsetning til studiedeltakerne som hadde mottatt invitasjonsbrevet fra Kreftregisteret, hevdet noen av studiedeltakerne at de ikke visste hva det var. De fortalte det var lett slike invitasjoner ble borte i mengden av alle forespørsler de får på mail av blant annet bachelor- og masterstudenter om å delta i ulike forskningsprosjekt. Ingen av studiedeltakerne hadde fått informasjon om Livmorhalsprogrammet fra fastlegen.

5.3.1 Sosiale medier er en sentral informasjonskilde

Samtlige studiedeltakere var aktive på sosiale medier, og mediet Instagram var en sentral informasjonskanal. #sjekkdeg-kampanjen var en viktig kilde for å innhente informasjon om livmorhalscreening. Kampanjen ble beskrevet som et ansikt på hva konsekvensene kan bli dersom noen velger å ikke delta i screeningprogrammet. Konsekvensene opplevdes på mediet som en konstant påminnelse om å delta i screeningprogrammet, da Instagram er noe de bruker aktivt hver dag. For flere var #sjekkdeg-kampanjen bakgrunnen for at de hadde tatt, eller ønsket å ta livmorhalsprøve.

Bekymring var en gjentakende følelse studiedeltakerne uttrykte om #sjekkdeg-kampanjen. Flere av kvinnene opplevde kampanjen som skremmende og stilte seg derfor kritiske til kampanjen. De mente kvinner skal delta i livmorhalscreening, fordi de selv ønsker det, og ikke fordi sosiale medier skisserer et bilde om at døden er konsekvensen dersom de ikke deltar. Kvinnene hadde enda til gode å se noen overlevende av livmorhalskreft i kampanjen, noe som forsterket kvinnenes opplevelse av #sjekkdeg som skremmende. I tillegg til noen av studiedeltakernes opplevelse av å bli skremt til deltakelse i livmorhalscreening, var #sjekkdeg en av årsakene til hvorfor kvinnene opplevde seg stresset i påvente av prøvesvar. Kvinnene var redde for at noe skulle være unormalt på prøveresultatet da det var det eneste utfallet de hadde sett på sosiale medier. En annen årsak til stresset var at de ikke hadde fått beskjed fra prøvetaker om hvor lang tid det tok før de mottok prøveresultatene.

«Så jeg blir redd når jeg leser mye om det, for det virker som om det på en måte er så stor sannsynlighet for at noe er gærent. Jeg syntes det frontes litt sånn jeg, eh» (Studiedeltaker 5).

Den lange ventetiden på prøvesvar medførte bekymring for at noe var galt. Dette vistes da en av studiedeltakerne trodde den lange ventetiden skyldtes at laboratoriet måtte sjekke prøven hennes grundigere fordi de hadde oppdaget kreft. Ut fra sosiale medier hadde de en oppfattelse av at det går fort fra du får positivt prøvesvar til du plutselig er død, noe som skapte ekstra bekymring for den lange ventetiden. Sosiale mediers innflytelse, i tillegg til mangelfull informasjon om prøvesvar blant prøvetakere resulterte i at flere av studiedeltakerne gruet seg mer til venteprosessen på prøvesvar, enn til selve livmorhalsprøven til kommende screeningrunder.

Samtidig som flere av kvinnene var kritiske til at #sjekkdeg-kampanjen var synonymt med en skremselskampanje var det på andre siden noen som mente kampanjen var for deres eget beste.

«assa det er jo, det ser jo kanskje litt brutalt ut og de viser hvor galt det kan gå, men samtidig så tenker jeg at det viser jo mer viktigheten av å sjekke seg og det er en god måte å få fram budskapet på da. Så jeg er egentlig veldig for det» (Studiedeltaker 8).

Noen av studiedeltakerne mente at skremselspropaganda var en fin måte å øke deltakelsen i screeningprogrammet, da det for noen får fram viktigheten av å sjekke seg. Selv om kampanjen brakte med seg følelser tilknyttet bekymring, medførte kampanjen for en av studiedeltakerne en følelse av å bli prioritert og hørt, noe hun opplevde som svært viktig for kvinnehelsen.

5.3.2 Venner er en kilde til kunnskapsdeling om livmorhalscreening

#Sjekkdeg-kampanjen ble beskrevet som en god samtalestarter om livmorhalscreening da temaet kunne oppleves som vanskelig eller ubehagelig å snakke om, for enkelte. Studiedeltakerne hadde ved flere anledninger snakket om temaet med venner på sosiale medier, fremfor i en fysisk sosial kontekst. I de digitale samtalene delte studiedeltakerne erfaringer og kunnskap, og oppfordret hverandre til å sjekke seg.

«Ja, man oppfordrer hverandre absolutt til å gjøre det» (Studiedeltaker 1).

Flere av kvinnene testet seg på bakgrunn av oppfordring blant venner, men også fordi noen hadde bekjente eller bekjente av bekjente som hadde dødd som følge av livmorhalskreft. De sørgelige historiene ble av noen beskrevet som den avgjørende årsaken til hvorfor de ønsket å delta i livmorhalscreening. I tillegg ønsket noen av kvinnene å ta livmorhalsprøve, så de kunne være «tro mot seg selv» om at de hadde gjort det de kunne for å ha kontroll på egen helse, i lys av de sørgelige historiene.

Flere av kvinnene hadde mye kunnskap om temaet. De viste til at det var kunnskapsdeling blant venner, i særdeleshet blant venner som studerte eller jobbet i helsetjenesten hvor deres kompetanse på temaet var viktig. Noen av studiedeltakerne mente de var heldige som hadde venner med mye kunnskap, og belyste problematikken rundt at ikke alle er i samme posisjon til å dele kunnskap og erfaringer med hverandre.

«(...) det er sikkert vanskeligere å forstå. For da må man på en måte oppsøke informasjon selv og ehm assa alle har jo forskjellige, hva skal jeg si, det kunne godt vært meg også hvis jeg ikke hadde fått all den informasjonen, hvis det er mulig å si. Men så er det jo og sånn. Hvis man får alle disse greiene i posten og det blir veldig mye opplysninger om det og du for eksempel er på min alder så er det jo ganske lett å oppsøke den informasjonen også å lese seg opp» (Studiedeltaker 7).

Flere av kvinnene uttrykte at det er urettferdig at de som ikke har nok kunnskap om livmorhalscreening, kan risikere mer, både fysisk og psykisk, ved å ikke vite hvilke konsekvenser manglende screeningdeltakelse kan medføre. Det ble også uttrykt som urettferdig at noen deltakere i livmorhalscreening ikke får nok støtte av venner, med tanke på ubehageligheten som kan oppstå under en livmorhalsprøve. Selv hadde disse studiedeltakerne fått støtte av venner da de deltok i livmorhalscreening. Samtidig mente også noen av studiedeltakerne at det er mye informasjon om både HPV-vaksinering og Livmorhalsprogrammet på internett, og at det dermed er mulighet til å

innhente informasjon om temaet for å selv ta en beslutning om hva som er best for egen helse.

6.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg først diskutere masteroppgavens funn knyttet opp mot funn fra tidligere forskning. I andre del av kapitlet diskuteres masteroppgavens metodekvalitet, der jeg reflekterer over funnenes validitet og pålitelighet. Først en kort oppsummering av masteroppgavens hovedfunn.

Studien viser hvordan HPV-vaksinerte kvinner opplevde å bli inkludert i Livmorhalsprogrammet som førstegangsinviterte i 2022. Funnene indikerer at tilliten til myndighetenes anbefalinger var bakgrunnen for hvorfor studiedeltakerne var vaksinerte og hadde deltatt, eller ønsket å delta i livmorhalscreening. Vaksinen medførte en form for trygghet om at de var friske, men de ønsket likevel å delta i screeningprogrammet, ettersom de var usikre på vaksinens dokumenterte effekt. Sosiale medier var en viktig kilde til innhenting av informasjon og kunnskap om temaet, i tillegg til kunnskapsdeling blant venner. Kvinnene fortalte også om baksider ved informasjonen som ble innhentet ved bruk av sosiale medier, ettersom det også var knyttet bekymring til å få diagnosen livmorhalskreft. Det opplevdes for mange som at de ble skremt til deltakelse, fremfor å ta et frivillig aktivt valg. Ettersom sosiale medier var en viktig kilde for informasjon, opplevdes invitasjonsbrevet som uinteressant for flere av studiedeltakerne. Flere var usikre på dets innhold og om de hadde mottatt brevet. I tillegg stilte flere av kvinnene seg kritiske til hvorfor de fikk invitasjon og ikke en innkallelse. Videre var de usikre på helsevesenets kapasitet da de opplevde at ressursene for å gjennomføre en livmorhalsprøve var utilstrekkelig. Opplevelsen av, eller forventningene til, deltakelse i screeningprogrammet bar preg av usikkerhet på prøvetakerens kompetanse, troverdighet, forståelse og tid til å utføre livmorhalsprøven.

6.1 HPV-vaksinens påvirkning på deltakelse i livmorhalscreening

Studiens resultater viser at studiedeltakerne hadde høy tillit til vaksinens effekt, og dens positive innvirkning på deres helse. Resultatene ligner på studier i Danmark, som viser at HPV-vaksinerte kvinner oppfattet vaksinens effekt som bedre enn hva uvaksinerte kvinner gjorde (23). Selv om det er overensstemmelse med resultatene fra denne studien og den tidligere studien fra Danmark kan ikke funnene sammenliknes fullstendig, da det i denne studien kun er HPV-vaksinerte kvinner som har deltatt. Studiedeltakerne ville uavhengig av vaksinen deltatt i livmorhalscreening, fordi de opplevde de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om vaksinens effekt. Motsatt viser en tidligere studie fra Danmark at HPV-vaksinerte kvinner ønsket å delta i livmorhalscreening, men ønsket var uavhengig av deres vaksinasjonsstatus (16). Ønske var fordi de var uvitende om vaksinens tilknytning til screeningprogrammet og ikke fordi de var usikre på vaksinens dokumenterte effekt, slik funn fra denne studien tilsier. Studiedeltakerne og kvinnene hadde derfor en ulik tilnærming til hvorfor de ønsket å delta i livmorhalscreening. Til tross for at utvalget i studien fra Danmark var relativt likt som utvalget i denne studien, unge HPV-vaksinerte kvinner, er det viktig å belyse at majoriteten av kvinnene ikke hadde høyere utdanning (16). Utvalget skiller seg derfor fra denne studien, fordi majoriteten av studiedeltakerne var høyere utdannet. Dette er viktig å belyse ettersom det er vist at utdanningsnivå kan ha innvirkning på kunnskap om HPV og livmorhalscreening, og etterfølgende ha påvirkning på screeningdeltakelse (18,32).

Studiedeltakerne ønsket å delta i livmorhalscreening uavhengig om de var HPV-vaksinerte. I Storbritannia er det vist at flere HPV-vaksinerte kvinner blir screenet sammenliknet med uvaksinerte kvinner (25). Resultatet kan forklares med funn fra

eksisterende litteratur, der HPV-vaksinerte kvinner hadde en oppfatning om økt risiko for å få livmorhalskreft (23,25). Den høye deltakelsen i livmorhalscreening blant HPV-vaksinerte kvinner kan derfor skyldes deres oppfatning om at de har høy risiko for livmorhalskreft, som deretter har ført til screeningdeltakelse. En annen tolkning kan være at studiedeltakernes tillit til myndighetene har ført til deltakelse, eller ønske om deltakelse, i både HPV-vaksineringen og screeningprogrammet. På den andre siden er det dokumentert det motsatte, i Australia (24). Der blir flere uvaksinerte kvinner screenet, sammenliknet med HPV-vaksinerte kvinner.

Studiedeltakerne uttrykte takknemlighet over at de var det første kullet som mottok HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet. Samtidig var det flere som ikke ville tatt vaksinen i innhentingsvaksinasjonen hvis de ikke fikk den tilbudt i 7. klasse. Resonnementet var at de da ville vært eldre og uansett nådd Livmorhalsprogrammets målgruppe om ikke lenge. Studiedeltakerens tankegang om at det ene forebyggende alternativet utelukker behovet for det andre er tidligere funnet i studier, ettersom det er vist at flere er usikre på nødvendigheten av livmorhalscreening hvis man er HPV-vaksinert (21,22).

6.2 Invitasjonsbrevets betydning for deltakelse i livmorhalscreening

Flere av studiedeltakerne hevdet å ikke ha mottatt Kreftregisterets invitasjonsbrev til livmorhalscreening. Flere var også usikre på brevets innhold. Resultatene samsvarer med tidligere funn som også viser at flere kvinner ikke hadde lest eller var usikre på invitasjonsbrevets innhold (16). I tillegg hevdet studiedeltakerne som hadde lest brevet, at brevet ikke inneholdt viktig informasjon om deres HPV-vaksinering. Deres oppfattelse av den manglende informasjonen stemmer ikke overens med Kreftregisterets publisering av invitasjonsbrevet for 2022, der det vises at brevet inneholdt informasjon vedrørende HPV-vaksinering (1). Studiedeltakernes oppfattelse av at viktig informasjon manglet i invitasjonsbrevet kan derfor være et resultat av at de ikke har lest invitasjonsbrevet slik noen fortalte, eller at de var usikre på dets innhold slik tidligere forskning, som nevnt, tilsier (16). Enkelte av studiedeltakere tok et bevisst valg om å ikke åpne brevet, da de uansett hadde planer om å delta i programmet og ikke ønsket å bekymre seg mer enn nødvendig. Funnet stemmer overens med funn av Chorley et al (18) som viste at invitasjonsbrevet var forbundet med angst og bekymring, fordi noen kvinner allerede ved åpning av brevet engstet seg for livmorhalsprøven.

Invitasjonsbrevet ble ansett som en påminnelse til livmorhalscreening for flere av studiedeltakerne. Liknende resultater er også funnet i Sverige der det ble vist at invitasjonsbrevet var en motivator til deltakelse i livmorhalscreening (15). Selv om det er likheter mellom funnene gjort i Sverige og denne studien var ikke invitasjonsbrevet i seg selv en motivasjon for deltakelse da brevet alene ikke førte til at studiedeltakerne deltok i livmorhalscreening. En mulig årsak for ulike resultat kan være at invitasjonsbrevene som blir utsendt til svenske kvinner er et personlig brev som blant annet inneholder oppmøtetidspunkt og sted (15). Dette er informasjon invitasjonsbrevene til norske kvinner ikke inneholder (1).

Resultatene av studien viser at organiseringen av Livmorhalsprogrammet skapte usikkerhet om dets viktighet blant studiedeltakerne. Studiedeltakerne hadde en oppfattelse av at myndighetene ville sendt innkallelse, dersom deltakelse var like viktig

som myndighetene ytret at det var. Funn fra tidligere studier fant også liknende resultater, da det vises at flere kvinner opplevde livmorhalscreening mindre viktig, fordi det var valgfritt å delta (16). I tillegg er det vist at flere kvinner i Norge opplevde livmorhalscreening som et fravær av ansvar fra helsetjenesten, fordi det var avhengig av personlig initiativ (26). Det er derfor gode grunner til å hevde at den opplevde viktigheten av Livmorhalsprogrammet kunne blitt forsterket, etterfølgende økt screeningdeltakelse, dersom kvinner hadde mottatt innkallelse fremfor invitasjonsbrev. Dette støttes av tidligere forskningsarbeid utført i Norge (26,27). I de tidligere studiene ble det i tillegg vist at innkallelse fremfor invitasjonsbrev økte deltakelsen for kvinner som tidligere ikke hadde deltatt i livmorhalscreening (27). Funnet er relevant for denne studien, ettersom studiedeltakerne tidligere ikke hadde deltatt i livmorhalscreening.

Studiedeltakernes opplevelse av Livmorhalsprogrammets manglende viktighet ble ytterligere forsterket av at invitasjonsbrevet ble oppfattet som en masseutsendelse. Grunnen til dette var at myndighetene angivelig ikke hadde tatt seg tid til å korrigere informasjonen om studiedeltakernes HPV-vaksinering. Funnene samsvarer ikke med tidligere forskning, men tidligere forskning viser at invitasjonsbrevene bør inneholde informasjon om livmorhalsscreenings viktighet selv om befolkningen er HPV-vaksinert (21,22). Informasjon om at HPV-vaksinering ikke utelukker behovet for livmorhalscreening viser seg å være viktig, ettersom flere er usikre på nødvendigheten av å delta i screeningprogrammet, fordi de er vaksinerte (21,22). Problemet med denne fremstillingen er at utvalget i den tidligere forskningen som er presentert i dette avsnittet, var foreldre til HPV-vaksinerte barn som på et senere tidspunkt skulle delta i livmorhalscreening. Resultatene kan derfor ikke direkte knyttes til HPV-vaksinerte kvinner som nå blir invitert til livmorhalscreening. Resultatene tyder uansett på at informasjon om at HPV-vaksinasjon ikke utelukker behovet for screening må tydeliggjøres i fremtidige invitasjonsbrev.

Resultatene fra studien viser at ingen av studiedeltakerne mottok informasjon om livmorhalscreening fra fastlegen. Det er tidligere vist at flere kvinner ville opplevd invitasjonsbrevet som mer betydningsfullt dersom det var sendt og signert av deres fastlege (16). Annen tidligere forskning viser at oppfordring fra helsepersonell øker deltakelse i screening, samt at det er kvinnenens primærkilde til informasjon på feltet (17,19). Resultatene kan tolkes dit at en mer personlig tilnærming fra fastlegen om deltakelse i livmorhalscreening kunne vært mer betydningsfullt for studiedeltakerne og dermed økt screeningdeltakelse.

6.3 Bakgrunn for valg av prøvetaker

Flere av studiedeltakerne var uvillige til å delta i livmorhalscreening hos fastlegen. Bakgrunnen var deres relasjon som var opparbeidet gjennom flere år, samt familiens relasjon til samme lege, som medførte ubehag tilknyttet blant annet å kle av seg. Resultater fra tidligere forskning spriker ettersom noen studier viser det motsatte, nemlig at kvinner flest hadde et ønske om å delta i livmorhalscreening hos fastlegen (16,28), nettopp på grunn av relasjonen de og deres familie hadde utviklet over tid (28). Motsatt vises det også at noen kvinner ønsket ukjent helsepersonell til å utføre livmorhalsprøven, for å få en følelse av å være anonym (18). Flere av studiedeltakerne i denne studien ytret et ønske om «å være en i mengden», som kan tolkes som et ønske om en anonym tilnærming. En mulig sammenheng med studiedeltakernes ønske om å ikke delta i livmorhalscreening hos fastlegen kan være på bakgrunn av deres manglende erfaring

fra livmorhalscreening, ettersom tidligere funn viser at ubehag ved tidligere livmorhalsprøver forsterket kvinners ønske om en kjent prøvetaker (20). Ettersom studiedeltakerne var førstegangsinviterte, var det flere som ikke hadde opplevd det potensielle ubehaget en livmorhalsprøve kan medføre. Dette kan ha påvirket deres ønske om å ikke delta i livmorhalscreening hos fastlegen.

Vesentlige faktorer for at studiedeltakerne skulle føle seg trygge under utførelsen av livmorhalsprøven var at prøvetaker hadde tid til å informere og forklare i løpet av undersøkelsen. Det er i overensstemmelse med tidligere forskning som tilsier at god kommunikasjon er viktig for en god opplevelse og dermed en viktig faktor for å delta i screening senere i livet, samt minske følelsen av ubehag (17,18,28). Det understrekes i en av studiene at kommunikasjonen var spesielt viktig, fordi kvinnene ikke så hva prøvetaker gjorde under undersøkelsen (18). Dette er i likhet med denne studiens funn, da studiedeltakerne ønsket å ha kontroll på hva som var neste steg i undersøkelsen, fordi de selv ikke visste hva som skulle skje. Studiedeltakerne var av den oppfatning av at fastlegen ikke hadde tid til å forklare underveis i undersøkelsen, noe som kan ha påvirket deres ønske om å ikke delta i livmorhalscreening hos fastlegen, ytterligere.

Flertallet av studiedeltakerne hadde et eksplisitt ønske om en kvinnelig lege til utførelsen av livmorhalsprøven, siden de mente kvinnelige prøvetakere hadde en bredere forståelse for ubehaget som kunne oppstå. Ønske om at en kvinnelig lege skulle utføre livmorhalsprøven er kjent fra tidligere (17,18,28,29). Blant annet fant en studie at flere kvinner var av den oppfatning om at leger med samme kjønn har blitt utsatt for de samme ubehagelighetene ved en livmorhalsprøve, og dermed har utviklet en bredere forståelse for pasienter (18). Selv om tidligere forskning viser en overvekt av kvinner som ønsket en lege med samme kjønn til utførelse av livmorhalsprøven, var enkelte kvinner likegyldig til om det var kvinnelig eller mannlig lege (16), noe som også ble funnet i denne studien.

Studiedeltakerne oppfattet at kvinnelige leger hadde mer kunnskap vedrørende livmorhalscreening, enn mannlige leger, fordi de har et likt anatomisk utgangspunkt som deres pasienter. Funnene peker mot usikkerhet på mannlige legers kunnskap, noe som ikke viser seg i tidligere forskning. Tidligere forskning viser derimot at studenter, fra USA, betegnet det som «pinlig» dersom de måtte delta i livmorhalscreening hos en mannlig lege (28). Betegnelsen «pinlig» kan ses på som relevant på bakgrunn av en av studiedeltakernes forklaring om at ubehaget om en mannlig lege oppsto, fordi hun tiltrekkes det motsatte kjønn. Noe som kan anses som «pinlig» og forsterke ønsket om å ikke eksponere sine intime områder til en mannlig lege, i likhet med funn fra tidligere studier (17,28,29).

6.4 Opplevelsen av og kunnskap om livmorhalscreening kan bli påvirket av sosiale medier og venner

Sosiale medier var en viktig kilde til innhenting av informasjon om livmorhalscreening for studiedeltakerne. Spesielt #sjekkdeg-kampanjen (13). Kampanjens hensikt er at deltakere fra livmorhalscreening skal dele sine erfaringer og kunnskap, og oppfordre andre til deltakelse. Studiens funn kan tyde på at kampanjen når ut til de yngste i Livmorhalssporprogrammets målgruppe, ettersom studiedeltakerne aktivt delte erfaringer og kunnskap med venner på sosiale medier, samt oppfordret hverandre til å delta. Det er tidligere vist at oppfordring fra familier og venner var motivasjon for screeningdeltakelse

(15–18), i likhet med denne studien. Kampanjens effekt på studiedeltakerne kan være et resultat av at sosiale medier blir flittig brukt blant målgruppen (41), samt at sosiale medier er å foretrekke for å nå ut med informasjon til unge om livmorhalscreening (20). Sosiale medier kan øke bevisstheten og kunnskapen om kreft, og indirekte påvirke intensjon om deltakelse i screeningprogrammer (19,34), hvilket er relevant for livmorhalscreening. En forskjell ved studien som ble presentert var at det var hovedvekt på Twitter, som hovedsakelig består av tekst, som informasjonskanal (34), fremfor Instagram, som består av bilder og videoer, som ble brukt av studiedeltakerne i denne studien.

I denne studien fant jeg at studiedeltakerens tillit til myndighetenes anbefalinger var bakgrunnen for deres HPV-vaksinasjon og ønsket om å delta i livmorhalscreening. I tillegg var sosiale medier en viktig kilde til innhenting av informasjon om temaet, noe som også stemmer overens med tidligere forskning (19,20,34). En tolkning vil derfor være at tilliten til myndighetenes anbefalinger og sosiale mediers påvirkning sammen, kan ha økt deres motivasjon til deltakelse, eller ønsket deltakelse, i livmorhalscreening. Tilliten til myndighetenes anbefalinger medførte for enkelte av studiedeltakerne en forventning og antakelse om at alle på deres alder var HPV-vaksinerte og ønsket å delta i livmorhalscreening. Det ble derfor vanskelig å forstå dem som ikke hadde tilsvarende tillit til myndighetene som deres egen. Tidligere forskning hevder at bruk av massemediakampanjer, med fokus på emosjonelle erfaringer og opplevelser, kan bidra til stigmatisering av kvinner som ikke ønsker å delta i livmorhalscreening (36). Dette kan forstås som at både tilliten til myndighetene og sosiale medier kan påvirke denne holdningen, slik som det kan ha påvirket deres motivasjon for deltakelse. Slike funn vises ikke i tidligere forskning, derimot viser tidligere forskning at sosiale medier kan fremme holdninger om deltakelse og indirekte påvirke intensjon om å delta i screening (19,34). Den positive holdningen om deltakelse kan også ha resultert i en økning av studiedeltakernes negative holdninger til de som ikke ønsker å delta i HPV-vaksinasjon eller livmorhalscreening.

Selv om #sjekkdeg-kampanjen kan ha medført økt fokus på livmorhalscreening blant studiedeltakerne, er det også baksider ved en slik kampanje. Flere av studiedeltakerne beskrev kampanjen som skremmende. Bakgrunnen var opplevelsen av at en livmorhalskreft diagnose var konsekvensen dersom de ikke deltok i livmorhalscreening. Den skremmende følelsen kan ses i likhet med tidligere forskning, der funn viser at følelser som frykt og angst var tilknyttet mottakelsen av invitasjonsbrevet (18). Flere av studiedeltakerne uttrykte negative følelser tilknyttet kampanjen og opplevde den som en konstant påminnelse om livmorhalscreening. Den konstante påminnelsen og følelsene det medbrakte kan ses i likhet med følelser tilknyttet invitasjonsbrevet. Tidligere forskning viser at brevet var forbundet med angst og bekymring (18). En sammenheng mellom de negative følelsene og den konstante påminnelsen, kan derfor være at kampanjen fremprovoserer de samme følelsene noen kvinner får ved et invitasjonsbrev. I lys av den konstante påminnelsen opplevde flere av studiedeltakerne at kampanjens hensikt var å skremme dem til deltakelse, fremfor at de selv tok et aktivt valg om deltakelse. På den andre siden ble kampanjens måte å skremme befolkningen til deltakelse på også ansett som en fin måte å motivere til livmorhalscreening. Dette fordi det kunne hjelpe mennesker til å ta en riktig avgjørelse om egen helse. Tidligere forskning tyder på at slike kampanjer kan øke screeningdeltakelse (35). Deltakelsen av livmorhalscreening økte med 27%, uavhengig av sosioøkonomiskstatus, fra 2014 til 2020, i Australia som følge av en massemediakampanje. Kampanjen hadde en «rolig»

tilnærming og kampanjen kunne ses på tv og i aviser, samt høres på radio. Resultatene kan derfor ikke sammenliknes fullstendig med denne studien, ettersom det i denne studien er snakk om en massemediakampanje som hovedsakelig sirkulerer på sosiale medier.

Sosiale mediers betydning viste seg også ved at flere av studiedeltakerne var redde den lange ventetiden på prøvesvar betydde at noe var galt med prøvene og at de hadde en livmorhalskreftdiagnose som de kom til å dø av. Årsaken var at studiedeltakerne opplevde sosiale mediers skissering av krefttypen som at det tok kort tid fra diagnose til død. Funnene stemmer overens med tidligere forskning som viser at flere kvinner opplevde engstelse og bekymring i perioden de ventet på prøvesvar (17,18). Tidligere studier viser at bekymringen var tilknyttet triste historier de hadde hørt om kvinner som hadde mottatt unormale testresultat (17). I motsetning viser denne studien at bekymringen var tilknyttet sosiale mediers skissering av at det tok kort tid fra diagnose til død. I tillegg var bekymringen påvirket av lite informasjon fra prøvetaker om når de kunne forvente prøvesvarene. Tidligere studier viser også at noen kvinner forventet et negativt prøvesvar (30,31). Sammenliknet med denne studien var det ingen av studiedeltakerne som forventet dette, til tross for at de fortalte at HPV-vaksinen medførte en trygghet om at de var friske. Ventetiden påvirket studiedeltakerne i den grad av at flere gruete seg mer til ventetiden etter livmorhalscreening, fremfor livmorhalscreening i seg selv.

Samtaler med venner om livmorhalscreening var en sentral årsak til kunnskap på området for studiedeltakerne. Tidligere forskning viser at yngre kvinner med høyere utdanning har større sannsynlighet til å besitte mer kunnskap om HPV og livmorhalskreft, enn eldre kvinner med lavere utdanning (32). En potensiell forklaring som ikke kan utelukkes er derfor at studiedeltakerens kunnskap om temaet kan være et resultat av kunnskapsdeling blant venner, i tillegg til deres utdanningsnivå. Nesten samtlige av studiedeltakerne var studenter på høyere utdanning og/eller hadde foreldre som også var høyere utdannet. Tidligere forskning viser at kunnskap er en essensiell faktor for deltakelse i livmorhalscreening, fordi kvinner er viten om at livmorhalskreft kan være symptomfritt (18). Dette underbygger den mulige forklaringen om studiedeltakernes kunnskap om temaet som kan føre til screeningdeltakelse, ettersom samtlige av studiedeltakerne hadde deltatt eller ønsket å delta i livmorhalscreening. I tillegg viser funn fra tidligere forskning at unge kvinner overvurderer forekomsten av livmorhalskreft som grunn for dødelighet (33). Funnene kan ses i likhet med funn fra denne studien da flere av studiedeltakerne forbandt livmorhalskreft med død. Funnene kan dermed ha forsterket studiedeltakernes motivasjon for deltakelse, eller ønsket deltakelse.

Studiedeltakerne fortalte at ikke alle var i deres posisjon med venner som delte kunnskap om temaet. Det ble nevnt at de som ikke har nok kunnskap om temaet står i fare for å risikere sykdom. Studiedeltakernes tankegang kan også ses i tidligere forskning der det vises at kvinner med lavere utdanning var usikre på viktigheten av livmorhalscreening (18,32). På den andre siden viser denne studiens resultater at flere av studiedeltakerne også var usikre på Livmorhalsprogrammets viktighet, selv om nesten samtlige av utvalget var høyere utdannet.

6.5 Metodediskusjon

6.5.1 Validitet

Begrepet validitet blir av Kvale og Brinkmann (39) definert som hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den er ment å undersøke. Valideringsarbeidet skal fungere som en kvalitetskontroll gjennom alle stadier av studien (39). Her vil jeg redegjøre for hvorvidt metodevalget for denne oppgaven var egnet for å besvare problemstillingen.

Før studiens start dannet jeg meg et overblikk over området kunnskapsstatus. Jeg ser på kunnskapsinnhenting som en styrke for oppgavens validitet, ettersom det ga meg et innblikk i hvordan erfarne forskere tidligere hadde gått fram for innhenting av datamateriale. Dette var til hjelp for metodevalg, derav kvalitativ metode, og det ga meg inspirasjon, samt en pekepinn på hva som potensielt ville fremkomme i denne oppgavens data.

Valget om individuelle intervju var av den hensikt at studiedeltakerne kun trengte å forholde seg til meg, ettersom at «dybden» av intervjuet blant annet er avhengig av relasjonen mellom intervjuer og studiedeltaker (38). De trengte derfor ikke dele personlige erfaringer som kunne medført ytterligere ubehag ved et eventuelt gruppeintervju. De individuelle intervjuene tilførte mer dybde i datamaterialet, ettersom jeg opplevde at flere av studiedeltakerne i stor grad delte personlige historier om opplevelser, meninger og følelser omkring temaet. Samtidig opplevde jeg at enkelte studiedeltakere fant trygghet i at jeg bekreftet at flere hadde opplevd det samme som de, når de fortalte om noe jeg oppfattet at de syntes var ubehagelig å prate om. Det er derfor mulig at enkelte studiedeltakere hadde foretrukket et gruppeintervju fremfor et individuelt intervju.

Ved rekrutteringen av studiedeltakerne benyttet jeg meg av snøballmetoden (40). Metoden var hensiktsmessig ettersom utvalget var spesifikt, da jeg skulle rekruttere kvinner, født i 1997, som var HPV-vaksinerte. Snøballmetoden gjorde det mulig å rekruttere disse kvinnene som det ellers kunne vært vanskelig å få kontakt med, grunnet tematikkens sårbarhet. Videre var snøballmetoden å foretrekke med bruk av sosiale medier, siden potensielle studiedeltakere var lettere «tilgjengelig» fordi jeg kunne nå mange «følgere» med tanke på masteroppgavens begrensede tidsrom. Dette anser jeg som en styrke ved metoden. Jeg rekrutterte deltakere samtidig som #sjekkdeg-kampanjen sirkulerte på sosiale medier (1), noe som også kan ha resultert i at studiedeltakerne var ytterligere «tilgjengelige». En ulempe ved å rekruttere i kampanjens tidsrom kan ha vært at studiedeltakerne deltok på bakgrunn av deres kjennskap til kampanjen. Dette kan dermed mulig ha utelukket flere potensielle studiedeltakere som var i målgruppen, men som ikke hadde kjennskap til kampanjen.

Andre svakheter med strategien kan være at utvalget var for snevert sammensatt, slik Andrews og Vassenden (44) poengterer i deres artikkel. Flertallet av kvinnene var i et bachelor- eller masterforløp, eller hadde fullført høyere utdanning. Deres geografiske eller akademiske bakgrunn, i tillegg til fire av studiedeltakernes helsebakgrunn, kan dermed ha påvirket datamaterialet ved at studiedeltakernes perspektiver ble for ensidig. Andrews og Vassenden (44) poengterer også at ved snøballmetoden, rekrutterer forskeren intervjudeltakere som allerede er interessert i oppgavens tema og som dermed har et ønske om å dele sine erfaringer, noe som kan være en svakhet ved studien. På den andre siden poengterer Halvorsen (40) at snøballmetoden forsøker å søke personer som etter beste evne kan uttrykke seg om temaet for å oppnå rikelig med

datamaterialet. Fra denne siden anses derfor snøballmetoden som en styrke ved studien, da utvalget hadde grunnlag for å berike datamateriale med sine opplevelser.

Jeg utførte pilotintervju for å forberede meg før intervjuene av studiedeltakerne. Pilotintervjuene styrket studiens validitet ettersom jeg i samarbeid med veileder fikk bearbeidet og tilpasset intervjuguiden til målgruppen og problemstillingen. Selv om jeg stilte forberedt, bar intervjuene preg av at jeg var en uerfaren forsker, noe som kan ha svekket studiens validitet ettersom jeg i ettertid har savnet mer variasjon i datamaterialet. Dette har vist seg ved at jeg i ettertid sitter igjen med ulike oppfølgingsspørsmål jeg burde stilt, som kunne beriket datasettet. Samtidig kan min uerfarenhet ha medført at studiedeltakerne opplevde intervjusituasjonen som avslappende og at de dermed ville dele mer av deres personlige opplevelser.

Min forforståelse har muligens beriket, men på den andre siden også begrenset oppgavens datamateriale og etterfølgende påvirket oppgavens validitet (38). Da jeg selv har vært i en liknende situasjon som studiedeltakerne, som HPV-vaksinert og invitert til livmorhalscreening, viste jeg en god forståelse for kvinnenens svar. I tillegg til dette er det mulig at noen av spørsmålene ikke ville blitt stilt av andre forskere som ikke har vært i samme situasjon. På den andre siden kan det også ha begrenset datamateriale ved at min forforståelse har farget spørsmålene jeg stilte og etterfølgende medført et begrenset datamateriale. I løpet av studiens varighet har det dukket opp temaer jeg ikke kunne forutse og svar jeg har blitt overrasket over. Malterud (38) beskriver at slike resultater viser at man har lyktes med å oppnå ny kunnskap og kan styrke validiteten ettersom man konfronteres med forskerens forforståelse.

6.5.2 Pålitelighet

Begrepet pålitelighet omhandler forskningsresultatets reliabilitet (39). Reliabilitet omhandler reproducerbarhet, hvilket ikke er et mål i kvalitative studier. Derfor bruker vi heller begrepet pålitelighet. En sterk pålitelighet av studien innebærer at andre forskere ville oppdaget de samme mønstrene i liknende situasjoner. For å sikre masteroppgavens pålitelighet er det blitt gjort flere grep. En av dem er å være transparent og grundig i måten forskningsprosessen er redegjort for, som vist i metodekapittelet.

For å styrke oppgavens pålitelighet er intervjuene transkribert ordrett, kort tid etter intervjuet fant sted (39). Analyseringen er gjennomført i flere omganger for å forsikre meg om at alle utsagn som kunne være meningsfulle ble med videre i prosessen. Analysen ble derfor nøye gjennomført. Under bearbeidelsen av oppgavens resultatdel har jeg vært bevisst på at teksten skulle være troverdig mot studiedeltakernes beskrivelser. Min bakgrunn som uerfaren forsker viste seg også i slutfasen av masteroppgaven, da jeg enda sitter igjen med spørsmål angående noen av studiedeltakernes uttalelser.

Malterud (38) beskriver intervjuguiden som en huskeliste, dette for å ikke standardisere intervjusituasjonen. Med dette som bakgrunn ble intervjuguiden utgangspunktet i hvert intervju og sikret at intervjuene holdt seg til hovedtemaene, noe som kan ha bidratt til å forsterke oppgavens pålitelighet. Studiedeltakerne ble intervjuet med semi-strukturerte intervju, der det er mulighet å flytte om på rekkefølgen på spørsmålene. På bakgrunn av denne intervjumetoden ble det stilt ulike oppfølgingsspørsmål. Baksiden ved en intervjuform som dette kan være at en annen forsker ikke ville stilt de samme oppfølgingsspørsmålene som det jeg gjorde og dermed ikke sett de samme meningsmønstrene. På den andre siden medførte intervjumetoden dybde i datamateriale,

ettersom studiedeltakerne fikk mulighet til å dele mye på områder de ønsket og følte seg komfortable å snakke mer om.

Kvale og Brinkmann (39) belyser hvordan ledende spørsmål kan påvirke resultatene og jeg har derfor etter beste evne prøvd å unngå dette. Likevel fant jeg meg i situasjoner hvor dette ble tilfelle. I noen intervju opplevde jeg at noen av studiedeltakerne var flau over å uttrykke visse holdninger tilknyttet noen temaer. I situasjonene sa jeg utsagn, som for eksempel «det er flere av kvinnene jeg har intervjuet som mener det samme som deg» for å trygge dem i sine meninger og holdninger. Intensjonen var for at studiedeltakerne ikke skulle oppleve situasjonen som ubehagelig. Dette kan potensielt ha økt påliteligheten, men det kan det ha virket ledende ved at studiedeltakerne opplevde spørsmålene som at de måtte mene det samme som de andre, noe som igjen kan ha svekket påliteligheten.

Min rolle i samhandling med studiedeltakerne kunne blant annet påvirkes av alderen, da vi var jevngamle. Alderen kan være en årsak for at jeg opplevde intervjusituasjonen som avslappende, på bakgrunn av blant annet den gjensidige kommunikasjonsformen mellom meg og studiedeltakerne. Den gjensidige kommunikasjonsformen blir av Kvale og Brinkmann (39) beskrevet som en viktig egenskap for forskeren. På den andre siden opplevde jeg at min kunnskap og for forståelse skapte usikkerhet for noen av studiedeltakerne. Usikkerheten vist ettersom jeg opplevde enkelte av studiedeltakerne som flau for at de hadde lite kunnskap om gitte temaer. En flauhet over at jeg visste mer enn dem om temaet og at jeg som forsker hadde en «fasit». Dette utspilte seg ved utsagn som for eksempel «nå må jeg rett hjem å lese, for dette kan jeg ingenting om», «åj, dette burde jeg kunne for dette høres det ut som du kan mye om» eller «flaut at jeg ikke kan mer om min egen kropp». Som et forsøk for å avverge dette begynte jeg hvert intervju med å understreke min rolle og at jeg ville få fram deres perspektiver, og at det dermed ikke var noen «gale» svar. Jeg poengterte også at intervjuet ikke var en kunnskapstest. Fra mitt ståsted var formålet at studiedeltakerne var ærlige om at de var usikre på noen temaer, og at de i noen tilfeller syntes det var flaut å ikke ha kunnskap på området, for en dypere forståelse av deres opplevelser. I lys av dette vil det være grunn til å tro at studiedeltakernes svar ville vært noe annerledes dersom de ble spurt av en annen forsker, ettersom min bakgrunn og alder kan ha påvirket studiedeltakernes svar.

6.5.3 Studiens overførbarhet

Studiens overførbarhet betegnes av Malterud (38) som hvilke andre kontekster studiens funn kan være relevant for. Ettersom det er foretatt et strategisk utvalg, i tillegg til at utvalget er lite, kan det tenkes at det ikke er oppnådd en god nok variasjon. Det kan derfor ikke konkluderes at samtlige funn kan overføres til alle HPV-vaksinerte kvinner. Jeg vurderer likevel resultatene av studien til å ha en overføringsverdi til andre kvinner, med lik bakgrunn som studiedeltakerne, som i fremtiden skal delta i livmorhalscreening som HPV-vaksinerte. Dette selv om innholdet i temaene kan være gjenstand for variasjon.

7.0 Konklusjon

Studiens resultater viser at studiedeltakerne opplevde HPV-vaksinasjonsprogrammet og Livmorhalsprogrammet som viktig. Viktigheten var forankret i deres tillit til at myndighetenes anbefalinger var for deres, og befolkningens beste. Selv om tilliten til anbefalingene var sterk, førte usikkerheten omkring vaksinens dokumenterte effekt til at deltakelse i Livmorhalsprogrammet var en nødvendighet. HPV-vaksinen var derfor en av flere grunner til hvorfor studiedeltakerne ønsket å delta i screeningprogrammet. Opplevelsen av, eller forventningene til, deltakelse i screeningprogrammet bar preg av usikkerhet på prøvetakerens kompetanse, troverdighet, forståelse og tid til å utføre livmorhalsprøven. Kvinnene innhøstet hovedsakelig informasjon om Livmorhalsprogrammet med bruk av sosiale medier og gjennom kunnskapsdeling blant venner. Resultatene viser variasjon blant kvinnene om deres synspunkter på informasjonen de innhentet fra sosiale medier, ettersom flere opplevde informasjonen som skremmende. På den andre siden opplevde flere informasjonen som en fornuftig måte å motivere til økt screeningdeltakelse.

7.1 Videre forskning

Det finnes mye forskning om HPV-vaksinens beskyttelse for flere HPV-relaterte kreftformer, spesielt dens beskyttelse mot livmorhalskreft (6,7). Derimot finnes det lite forskning på om vaksinen påvirker kvinners opplevelser av, eller deltakelse i, Livmorhalsprogrammet. Det er derfor behov for videre forskning på området. Funn fra denne studien viste blant annet at en stor del av kvinnenenes følelser omkring livmorhalscreening var tilknyttet det de så på sosiale medier. Videre forskning burde derfor undersøke hvordan informasjonen om temaet blir gitt, mottatt og i særdeleshet hvordan det forstås av norske unge kvinner, ettersom invitasjonsbrevet ikke er deres primærkilde til informasjon. Dette er viktig, også fordi studien viste at massemediakampanjen, #sjekk-deg, på sosiale medier var tilknyttet følelser som frykt og redsel. I tillegg ville det vært interessant å samle inn data om HPV-vaksinering og livmorhalscreening med bruk av andre metoder, for å forsøke å generalisere resultatene til en større andel av befolkningen enn gjort i min studie.

8.0 Litteraturliste

- 1.** Engsæter B, Groeneveld LF, Skare GB, Tropè A. Årsrapport 2021, Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet. Oslo: Kreftregisteret; 2022.
- 2.** Kreftregisteret. Humant papillomavirus (HPV) [Internett]. 2022 [sitert 7. mars 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.kreftregisteret.no/Forskning/Om-forskningen/HPV/Humant-papillomavirus-HPV/>
- 3.** Folkehelseinstituttet. Livmorhalskreft nesten utryddet i Norge innen år 2039 [Internett]. 2021 [sitert 7. mars 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nyheter/2021/livmorhalskreft-nesten-utryddet-i-norge-innen-ar-2039/>
- 4.** Helsenorge. Vaksiner til barn [Internett]. 2020 [sitert 7. mars 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/>
- 5.** Folkehelseinstituttet. Humant papillomavirus (HPV), genitale infeksjoner [Internett]. 2019 [sitert 2. mai 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/humant-papillomavirus-hpv-genitale-/>
- 6.** Helsenorge. Vaksine mot HPV (Humant papillomavirus) [Internett]. 2019 [sitert 7. mars 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/hpv-vaksine/>
- 7.** Feiring B, Laake I, Christiansen IK, Hansen M, Stålcrantz J, Ambur OH, mfl. Substantial Decline in Prevalence of Vaccine-Type and Nonvaccine-Type Human Papillomavirus (HPV) in Vaccinated and Unvaccinated Girls 5 Years After Implementing HPV Vaccine in Norway. *J Infect Dis.* 5. november 2018;218(12):1900–10.
- 8.** Kreftregisteret. Tidlig innhentingsvaksinering mot HPV gir ekstra helsegevinst [Internett]. 2020 [sitert 18. april 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2020/tidlig-innhentingsvaksinering-mot-hpv-gir-ekstra-helsegevinst/>
- 9.** Mæland JG. Forebyggende helsearbeid. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
- 10.** Kreftregisteret. Dette skjer når du tar livmorhalsprøve [Internett]. 2023 [sitert 10. mars 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/oftestiltesporsmal/Celleproven/>
- 11.** Kreftregisteret. Primær HPV-test - nå også for kvinner under 34 år [Internett]. 2022 [sitert 10. mars 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/hpv/>
- 12.** Kreftregisteret. Fordeler og ulemper ved screening [Internett]. 2023 [sitert 26. april 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Fordeler-og-ulemper-ved-screening1/>
- 13.** Kreftforeningen. Slik startet #sjekkdeg [Internett]. 2022 [sitert 25. april 2023]. Tilgjengelig på: <https://kreftforeningen.no/sjekkdeg/slik-startet-sjekk-deg/>
- 14.** Kreftforeningen. Livmorhalsprogrammet – screening mot livmorhalskreft [Internett]. [sitert 26. april 2023]. Tilgjengelig på: <https://kreftforeningen.no/forebygging/screening-og-masseundersokelser/livmorhalsprogrammet/>
- 15.** Forss A, Tishelman C, Widmark C, Lundgren EL, Sachs L, Törnberg S. 'I got a letter...' A qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Psycho-Oncology.* februar 2001;10(1):76–87.
- 16.** Mortensen JH, Bigaard J, Kvernør AB. Young Danish HPV vaccinated women's

knowledge, barriers and facilitators towards cervical cancer screening: A qualitative study. *Prev Med Rep.* 1. desember 2021;24:101507.

17. Arabaci Z, Ozsoy S. The Pap-Smear Test Experience of Women in Turkey: A Qualitative Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 30. november 2012;13(11):5687–90.
18. Chorley AJ, Marlow LAV, Forster AS, Haddrell JB, Waller J. Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: a systematic review and thematic synthesis. *Psycho-Oncology.* februar 2017;26(2):161–72.
19. Fielden N, Holch P. 'Exploring the Influence of Social Media Influencers on Intention to Attend Cervical Screening in the UK: Utilising the Theory of Planned Behaviour'. *Cancer Control.* 9. april 2022;29.
20. Broberg G, Strander B, Ellis J, Adolfsson A. Attending cervical cancer screening, opportunities and obstacles: A qualitative study on midwives' experiences telephoning non-attendees in Sweden. *Scand J Public Health.* 1. november 2014;42(7):691–7.
21. Henderson L, Clements A, Damery S, Wilkinson C, Austoker J, Group SW. 'A False Sense of Security'? Understanding the Role of the Hpv Vaccine on Future Cervical Screening Behaviour: A Qualitative Study of Uk Parents and Girls of Vaccination Age. *J Med Screen.* 1. mars 2011;18(1):41–5.
22. Adams M, Jasani B, Fiander A. Human papilloma virus (HPV) prophylactic vaccination: Challenges for public health and implications for screening. *Vaccine.* 20. april 2007;25(16):3007–13.
23. Hestbech MS, Gyrd-Hansen D, Kragstrup J, Siersma V, Brodersen J. How does HPV vaccination status relate to risk perceptions and intention to participate in cervical screening? a survey study. *BMC Public Health.* 3. august 2016;16(1):708.
24. Budd AC, Brotherton JML, Gertig DM, Chau T, Drennan KT, Saville M. Cervical screening rates for women vaccinated against human papillomavirus. *Med J Aust.* 1. september 2014;201(5):279–82.
25. Beer H, Hibbitts S, Brophy S, Rahman MA, Waller J, Paranjothy S. Does the HPV vaccination programme have implications for cervical screening programmes in the UK? *Vaccine.* 1. april 2014;32(16):1828–33.
26. Aasbø G, Solbrække KN, Waller J, Tropé A, Nygård M, Hansen BT. Perspectives of non-attenders for cervical cancer screening in Norway: a qualitative focus group study. *BMJ Open.* 30. august 2019;9(8):e029505.
27. Lönnberg S, Andreassen T, Engesæter B, Lilleng R, Kleven C, Skare A, mfl. Impact of scheduled appointments on cervical screening participation in Norway: a randomised intervention. *BMJ Open.* 14. november 2016;6(11):e013728.
28. McFadden NT, Wilkerson AH, Carmack HJ. "I Feel Like It's One of Those Things that Everyone Feels the Same Way About, No One Wants to Discuss It": A Qualitative Examination of Female College Students' Pap Smear Experience. *Health Behavior Research.* 3. august 2022;5(3).
29. Leinonen MK, Campbell S, Klungsøyr O, Lönnberg S, Hansen BT, Nygård M. Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: A retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway. *Prev Med Rep.* januar 2017;94:31–9.
30. Rask M, Oscarsson M, Lindell G, Swahnberg K. Women with abnormal Pap smear result: a qualitative study of Swedish healthcare professionals' experiences. *Eur J Cancer Care.* november 2016;25(6):980–91.
31. Hounsgaard L, Petersen LK, Pedersen BD. Facing possible illness detected through screening—Experiences of healthy women with pathological cervical smears. *Eur J Oncol Nurs.* desember 2007;11(5):417–23.

- 32.** Stark A, Gregoire L, Pilarski R, Zarbo A, Gaba A, Lancaster WD. Human papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge. *Cancer Detection and Prevention*. 10. april 2008;32(1):15–22.
- 33.** Philips Z, Johnson S, Avis M, Whynes DK. Human papillomavirus and the value of screening: young women's knowledge of cervical cancer. *Health Education Research*. 1. juni 2003;18(3):318–28.
- 34.** Plackett R, Kaushal A, Kassianos AP, Cross A, Lewins D, Sheringham J, mfl. Use of Social Media to Promote Cancer Screening and Early Diagnosis: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 9. november 2020;22(11):e21582.
- 35.** Anderson JO, Mullins RM, Siahpush M, Spittal MJ, Wakefield M. Mass media campaign improves cervical screening across all socio-economic groups. *Health Educ Res*. oktober 2009;24(5):867–75.
- 36.** Wearn A, Sheperd L. The impact on emotion-based mass media campaigns on stigma toward cervical screening non participation. *J Appl Soc Psychol*. 28. april 2020;50(5):289–98.
- 37.** Dalland O. *Metode og Oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
- 38.** Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
- 39.** Brinkmann S, Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2021.
- 40.** Halvorsen K. *Å forske på samfunnet*. 5. utg. Oslo: Cappelen Forlag as; 2008.
- 41.** Gaasland TB. Sosiale medier i Norge - brukertall Q2 2021 [Internett]. 2021 [sitert 28. april 2023]. Tilgjengelig på: <https://vivamedia.no/sosiale-medier-i-norge-brukertall-q2-2021/>
- 42.** Braun V, Clarke V. *Thematic Analysis a practical guide*. Los Angeles, California: SAGE Publications; 2022.
- 43.** NTNU. Datainnsamling - Kunnskapsbasen - NTNU [Internett]. [sitert 7. mars 2023]. Tilgjengelig på: <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/datainnsamling>
- 44.** Andrews T, Vassenden A. Snøballen som ikke ruller. *Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning*. *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*. 25. juni 2007;15(2):151–62.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«HPV-vaksinerte jenters holdninger til livmorhalscreening»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke holdninger HPV-vaksinerte jenter har til livmorhalsprogrammet når de når screeningalder. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet er å undersøke hvilke holdninger HPV-vaksinerte jenter, født i 1997 har til livmorhalsprogrammet, nå som de når screeningalder. 97-kullet var det første kullet som fikk tilbud om HPV-vaksine da den ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet skoleåret 2009/2010. Det vil derfor være interessant å se hvilke holdninger denne gruppen har til livmorhalsprogrammet de nå blir en del av ved fylte 25 år.

Forskningsprosjektet er en masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU, fakultet for medisin og helsevitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får dette informasjonsskrivet fordi du er jente, vaksinert og født i 1997, og derfor passer kriteriene for å delta i prosjektet. Masterstudenten vet ikke hvem du er før du har tatt kontakt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju. Dette vil ta deg ca. 45 min og intervjuet vil bestå av spørsmål om dine holdninger og tanker knyttet til Livmorhalsprogrammet. Du trenger ikke ha kunnskap om temaet for å delta i forskningsprosjektet og dine svar vil bli tatt opptak av via en digital lydopptaker.

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. 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 skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være meg og min veileder som har tilgang til opplysningene du gir i intervjuet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret på NTNU NICE-1. Dette er et fillagringsområde som NTNU har vurdert til å håndtere data som krevet høy sikkerhet
- Eventuelle dialekter eller informasjon som kan gjenkjennes vil bli fjernet for å sikre anonymiseringen.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 01.09.23. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU, fakultet for medisin og helsevitenskap 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.

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

- Masterstudent: Marthe Hagen (hagenmarthe@gmail.com).
- Professor/veileder: Marit Solbjør (marit.solbjor@ntnu.no).
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen (thomas.helgesen@ntnu.no).

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

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

Med vennlig hilsen

Marit Solbjør
(Forsker/veileder)

Marthe Hagen
(Masterstudent)

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet HPV-vaksinerte jenters holdninger til livmorhalsprogrammet når de når screeningalder, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Jeg samtykker til å delta i intervju og at opplysningene i intervjuet kan inngå i analysen til prosjektet.
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Samtykke, retten til å trekke seg, studiens formål, lagring av datamaterialet, taushetsplikt, fortelle om seg selv, hvor er du fra, hvor bor du, utdanning, foreldres utdanning, spørsmål, tanker omkring å snakke om et potensielt sårbart tema ...

1. Kan du fortelle om dine tanker rundt livmorhalscreening og hva er det betyr for deg, og for din helse?

2. Har du mottatt Kreftregistrets invitasjonsbrev?

- Har du åpnet det?
- Hva er dine tanker omkring invitasjonen?
- Opplevelsen av brevet?

3. Hvordan innhenter du informasjon om dette temaet?

- Har du funnet ut noe om temaet du ikke visste fra før?
- Har du fått informasjon fra venner/familie/sosiale medier/helsepersonell?
- Har du sett noe til #sjekkdeg-kampanjen?
- Hvordan er det å få/lese/motta informasjon om dette temaet?

4. Kan du fortelle om dine forventninger/opplevelser til en livmorhalsprøve?

- Har du testet deg hos fastlege eller gynekolog?
- Hvorfor det ene alternativet i forhold til det andre?
- Ønsker du å delta i screeningprogrammet i fremtiden?
- Tanker omkring kvinnelig eller mannligelege?
- Tanker omkring en eventuell ventetid?

5. Kan du fortelle om din opplevelse fra vaksinasjonsperioden?

- Hvorfor valgte du/dine foreldre å ta HPV-vaksinen?
- Hvordan ble HPV-vaksinen snakket om på skolen? (lærere, helsesykepleier, elever).
- Husker du hva du selv ble vaksinert for, og hvorfor?

6. Snakkes temaet om blant venner?

- Hvordan snakkes dette om?
- Er det noen det er lettere å snakke med det om, enn andre?
- Finnes det fordommer omkring temaet?

7. Hva er dine tanker om sammenhengen mellom HPV-vaksinen og Livmorhalsprogrammet?

- Har vaksinen spilt en rolle for hvorfor/hvorfor ikke du har testet deg?
 - Hvorfor det tror du?
-

Noe du ønsker å dele som du ikke fikk mulighet til, noe du ønsker å tilføye, takke for deltakelse ...

Vedlegg 3: Godkjenning av NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

13.06.2023, 18:46



[Meldeskjema](#) / [HVP-vaksinasjon og deltakelse i livmorhalscreening blant førstega...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
503290

Vurderingstype
Standard

Dato
10.08.2022

Prosjekttittel

HVP-vaksinasjon og deltakelse i livmorhalscreening blant førstegangsinviterte HPV-vaksinerte unge kvinner

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Marit Solbjør

Student

Marthe Hagen

Prosjektperiode

30.06.2022 - 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 helse frem til 01.09.2023.

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 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

Personverntjenester 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 dere følge interne retningslinjer og eventuelt 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 Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: 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

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

Kontaktperson hos oss: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til med prosjektet!

