



**DET TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE FAKULTETET**  
**MASTEROPPGAVE**

Studieprogram/spesialisering:  
Samfunnssikkerhet, 2-årig master

(Vår/~~høst~~) semesteret, 2023

Åpen / Konfidensiell

Forfatter: Laura Andrea Johnsen Ødegården

Fagansvarlig ved UiS: Kristin Sørung Scharffscher

Tittel på oppgaven: Mellom visshet og uvisshet- en studie av risikopersepsjon og unge kvinners valg om hormonell prevensjon

Engelsk tittel: Between certainty and uncertainty- a study of risk perception and young women's hormonal birth control choices

Studiepoeng: 30

Emneord: Hormonell prevensjon, risikopersepsjon, risikokommunikasjon, sosial forsterking av risiko, ontologisk sikkerhet

Sidetall: 85  
+ vedlegg/annet: 103

Stavanger, 15.06.23

## Sammendrag

I nyere tid har det blitt observert en nedgang i salget av hormonell prevensjon, en økning i abortraten, og en økning i salget av nødprevensjon. Foruten nødprevensjon, er endringen i prevensjonsvaner og stigning i abortraten tydelig blant unge kvinner. Parallelt med statistikkene, er det en bevegelse på sosiale medier som viser en skepsis mot hormonell prevensjon, og som er ledet av unge kvinner uten noen medisinsk bakgrunn. Selv om det er for tidlig å stadfeste en sammenheng, kan det være at risikopersepsjonen til unge kvinner påvirker deres valg om hormonell prevensjon.

Følgelig er oppgavens problemstilling: *Hvordan påvirker unge kvinners risikopersepsjonen valg om hormonell prevensjon?*

For å besvare problemstillingen er det samlet inn data fra et gruppeintervju med fire unge kvinner, tre individuelle intervju med helsepersonell, et individuelt intervju med en journalist, og ett dokument.

Funn fra oppgaven tyder på at unge kvinners risikopersepsjon påvirker valg om hormonell prevensjon. Vanlige bivirkninger som påvirkning av psykisk helse er fremtredende som en risiko, og utgjør en bekymring som påvirker valg om hormonell prevensjon. God livskvalitet kan synes å være en prioritet for unge kvinner i deres valg om hormonell prevensjon, og vanlige bivirkninger kan dermed bli en trussel på tross av at de er ufarlige. De empiriske funnene tyder på at unge kvinner oppfatter risikokommunikasjonen fra helsepersonell som manglende rundt informasjon om vanlige bivirkninger, siden de oppfatter kompetansen på hormonell prevensjon som begrenset. Gruppeintervjuet indikerer at unge kvinner i mangel på informasjon gitt av helsepersonell, heller søker ut informasjon på internettet, noe som kan påvirke unge kvinners risikopersepsjonen gjennom en sosial forsterking av risiko.

## Forord

Denne masteroppgaven konkluderer et masterstudium i samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger. Arbeidet med masteroppgaven har vært en utfordrende prosess, men jeg har vært motivert av å belyse et underkommunisert problem som berører mange kvinner. Jeg sitter herved igjen med kunnskap og innsikt jeg ikke ville vært foruten.

Først og fremst vil jeg takke alle informantene som har bidratt til oppgaven. Tusen takk for at dere ønsket å bidra til oppgaven. Deres engasjement og tro på oppgaven har motivert meg gjennom arbeidet.

Jeg vil også takke mine nærmeste for deres støtte dette semesteret. Takk til min mor for grundig språkvask, råd og emosjonell støtte. Oppgaven hadde ikke vært den samme uten din hjelp. Takk til min far for gjennomlesing og råd som forbedret oppgaven. Tusen takk til min kjæreste, Eirik Stormoen, som tok vare på meg emosjonelt og fysisk under hele prosessen. Mitt pelskledde barn, Solan, fortjener også en takk for å ha gitt meg latter og glede når jeg trengte det mest.

Til sist, ønsker jeg å takke min veileder, Kristin Sørung Scharffscher, for sin gode kompetanse og engasjement for oppgaven. Dine råd har vært til stor hjelp under oppgavens forløp.

Bergen, 15. juni 2023

Laura Andrea Johnsen Ødegården

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INTRODUKSJON</b> .....	<b>1</b>
1.1	PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	2
1.2	AVGRENSNING .....	3
<b>2.0</b>	<b>KONTEKST</b> .....	<b>4</b>
2.1	HORMONELL PREVENSJON.....	4
2.1.1	<i>Hva vet vi om bivirkningene til hormonell prevensjon?</i> .....	5
2.1.2	<i>Positive bivirkninger ved hormonell prevensjon</i> .....	8
2.2	KVINNEHELSE OG MEDISINSK FORSKNING.....	9
2.2.1	<i>Hvorfor trenger vi forskning på kvinnehelse?</i> .....	9
2.2.2	<i>Status og fremskritt for kvinnehelse</i> .....	10
<b>3.0</b>	<b>TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>12</b>
3.1	RISIKO .....	13
3.2	RISIKOPERSEPSJON .....	14
3.2.1	<i>Indre faktorer</i> .....	14
3.2.2	<i>Ytre faktorer</i> .....	17
3.2.3	<i>Sosial forsterking av risiko (SARF)</i> .....	18
3.3	RISIKOKOMMUNIKASJON.....	19
3.3.1	<i>Risikokommunikasjon og ulike funksjoner</i> .....	20
3.4	ONTOLOGISK SIKKERHET .....	21
<b>4.0</b>	<b>METODE</b> .....	<b>25</b>
4.1	FORSKNINGSDESIGN .....	25
4.2	FORSKNINGSSTRATEGI .....	26
4.3	METODEVALG .....	27
4.4	DATAINNSAMLING .....	27
4.4.1	<i>Utvalg</i> .....	28
4.4.2	<i>Rekruttering av informanter</i> .....	30
4.4.3	<i>Gruppeintervju</i> .....	33
4.4.4	<i>Individuelle intervju</i> .....	34
4.4.5	<i>Dokumentundersøkelse</i> .....	35
4.5	ETISKE HENSYN .....	36
4.5.1	<i>Forarbeidet</i> .....	36
4.5.2	<i>Gruppeintervju</i> .....	37
4.5.3	<i>Individuelle intervju</i> .....	38
4.5.4	<i>Etterarbeidet</i> .....	39
4.6	FORSKNINGSKVALITET .....	39
4.6.1	<i>Intern og ekstern gyldighet</i> .....	39
4.6.3	<i>Pålitelighet</i> .....	42
<b>5.0</b>	<b>EMPIRI</b> .....	<b>45</b>
5.1	UNGE KVINNER OG RISIKOPERSEPSJON.....	45
5.1.1	<i>Unge kvinners risikopersepsjon tilknyttet hormonell prevensjon</i> .....	45
5.1.2	<i>Oppfatning av kommunikasjon unge kvinner mottar om hormonell prevensjon</i> .....	50
5.1.3	<i>Tillit og hormonell prevensjon</i> .....	53
5.2	RISIKOKOMMUNIKASJONEN UNGE KVINNER MOTTAR .....	53
5.2.1	<i>Hvordan oppfatter involverte aktører unge kvinner sin risikooppfatning tilknyttet hormonell prevensjon?</i> .....	54
5.2.2	<i>Hvilken risikokommunikasjon mottar unge kvinner om hormonell prevensjon?</i> .....	58
<b>6.0</b>	<b>ANALYSE OG DISKUSJON</b> .....	<b>63</b>

6.1. HVA ER RISIKOPERSEPSJONEN TIL UNGE KVINNER TILKNYTTET HORMONELL PREVENSJON? .....	63
6.1.2.1 Sosial forsterking av risiko.....	67
6.2 HVORDAN OPPFATTER UNGE KVINNER RISIKOKOMMUNIKASJONEN RUNDT HORMONELL PREVENSJON?.....	70
6.3 HVORDAN PÅVIRKER ONTOLOGISK SIKKERHET UNGE KVINNERS RISIKOPERSEPSJON TILKNYTTET HORMONELL PREVENSJON? .....	73
<b>7.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>76</b>
7.1 HVORDAN PÅVIRKER UNGE KVINNERS RISIKOPERSEPSJON VALG OM HORMONELL PREVENSJON? .....	76
7.2 VIDERE FORSKNING.....	77
<b>8.0 REFERANSELISTE .....</b>	<b>79</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>86</b>
VEDLEGG 1- FLYGEBLAD FOR GRUPPEINTERVJU .....	86
VEDLEGG 2- SAMTYKKESKJEMA FOR GRUPPEINTERVJU .....	87
VEDLEGG 3- INTERVJUGUIDE FOR GRUPPEINTERVJU .....	90
VEDLEGG 4- INTERVJUGUIDE FOR INDIVIDUELT INTERVJU MED INFORMANT 5 .....	92
VEDLEGG 5- INTERVJUGUIDE FOR INDIVIDUELT INTERVJU MED INFORMANT 6.....	94
VEDLEGG 6- INTERVJUGUIDE FOR INFORMANT 7 OG 8 .....	96
VEDLEGG 7- SAMTYKKESKJEMA FOR INDIVIDUELLE INTERVJU MED HELSEPERSONELL .....	98
VEDLEGG 8- SAMTYKKESKJEMA FOR INDIVIDUELT INTERVJU MED JOURNALIST .....	101

## 1.0 Introduksjon

Hormonell prevensjon er en form for prevensjon som beskytter mot graviditet ved bruk av hormoner (Katchadourian, 1989). I 1960 ble den første p-pillen introdusert i USA, og har siden vært en pådriver i kvinnefrigjørelsen i verden (Nesheim, 2017). Å forhindre graviditet ved å bruke hormonell prevensjon har bidratt til autonomi for kvinner i fruktbar alder, siden kvinner får bruke og velge trygg prevensjon uavhengig av partner. Konsekvensene av hormonell prevensjon har derfor bidratt til samfunnsutvikling, ettersom kvinners frigjøring fra reproduktive egenskaper har medført politiske, sosiale, og økonomiske endringer (Eielsen, 2020; Sonfield et al., 2013). I dag belyses betydningen av hormonell prevensjon for kvinners liv og frihet ytterligere, ettersom kvinners reproduktive rettigheter har blitt en politisk slagmark i flere land som for eksempel USA (Hotvedt, 2023). Hormonell prevensjon er derfor et viktig virkemiddel for kvinners frihet og deltakelse i samfunnet, siden kvinner får muligheten til å kontrollere egen fruktbarhet.

Alt har imidlertid sine ulemper. Mer enn 60 år etter den første p-pillen ble introdusert, er de aller fleste prevensjonsmidler fortsatt kun utformet for kvinner. Hormonell prevensjon som legemiddel gir også bivirkninger, som har bidratt til debatt siden oppfinnelsen av den første p-pillen (Eielsen, 2020).

I nyere tid viser statistikk en nedgang i salget av hormonell prevensjon, en økning i abortraten, og en økning i salget av nødprevensjon. Endringen i abortraten er tydelig blant kvinner mellom 15-19 år, mens nedgang i salget av hormonell prevensjon er synlig for kvinner under 30 år (Apotekforeningen, personlig kommunikasjon, 13. april 2023; Folkehelseinstituttet, 2023; Løkeland-Stai, 2023). Foruten nødprevensjon som mangler statistikk knyttet til alder, er endringene i statistikkene avgrenset til yngre kvinner. En endring i statistikken kan ha en sammenheng med koronapandemien, men det forklarer fortsatt ikke hvorfor endringene er tydeligst blant yngre kvinner. Parallelt med statistikkene, er det også en bevegelse på sosiale medier som viser en skepsis mot hormonell prevensjon, og som er ledet av unge kvinner uten noen medisinsk bakgrunn. I denne bevegelsen fraråder unge kvinner å bruke hormonell prevensjon ettersom de oppfatter hormonell prevensjon som farlig og kunstig. De er også skeptiske til bivirkninger av hormonell prevensjon (Aase, 2022). Selv om det er for tidlig å stadfeste en sammenheng mellom den sosiale bevegelsen og

statistikkene, er det både relevant og aktuelt å undersøke hvorfor unge kvinner oppfatter hormonell prevensjon som en trussel. Er det mulig at risiko ved hormonell prevensjon er så fremtredende at det påvirker unge kvinners valg om hormonell prevensjon?

Fra et samfunnssikkerhetsperspektiv, kan unge kvinner sin risikopersepsjon knyttet til hormonell prevensjon være en drivende faktor bak de statistiske endringene og den sosiale bevegelsen. Risikopersepsjonen kan imidlertid være påvirket av flere faktorer.

Risikopersepsjonen til unge kvinner kan ha en sammenheng med risikokommunikasjonen de mottar om hormonell prevensjon. Etersom hormonell prevensjon blir fremstilt som farlig og kunstig på sosiale medier, er det en mulighet for at informasjon fordreies i fraværet av risikokommunikasjonen fra helsepersonell. En sosial forsterking av risiko knyttet til hormonell prevensjon kan dermed påvirke risikopersepsjonen til unge kvinner. I tillegg kan risikokommunikasjonen fra helsepersonell ha en innvirkning på risikopersepsjonen til unge kvinner. Om ikke risikokommunikasjonen tilstrekkelig imøtekommer risikopersepsjonen til unge kvinner, kan de være tilbøyelige til å hente inn informasjon fra informasjonskilder uten medisinsk kompetanse. Tillit til risikokommunikasjonen fra helsepersonell blir derfor en viktig faktor, ettersom det påvirker hvordan unge kvinner benytter seg av helsevesenet og informasjon de får. Følgelig kan de nevnte faktorene påvirke risikopersepsjonen til unge kvinner, og deres valg om hormonell prevensjon.

## 1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Risikopersepsjon blir ansett som en påvirkende faktor for unge kvinners valg om hormonell prevensjon. Risikopersepsjon belyser hvordan risikoene tilknyttet hormonell prevensjon blir oppfattet av unge kvinner. Risiko ved hormonell prevensjon er også fremtredende i diskursen på sosiale medier, som kan bety at oppfatningen av risiko er sentralt i det sosiale fenomenet av kvinner som avviser hormonell prevensjon. Om risikoene overgår fordelene av å bruke hormonell prevensjon, kan dermed hormonell prevensjon bli valgt bort, slik kvinner gjør i den sosiale bevegelsen (Aase, 2022). Den sosiale bevegelsen på sosiale medier har derfor vært en motivasjon for å undersøke tilstanden til unge kvinners risikopersepsjon tilknyttet hormonell prevensjon ettersom det er en bekymringsverdig utvikling. Følgelig ønsker oppgaven å sette søkelyset på, og undersøke, hvordan risikopersepsjonen til unge kvinner påvirker deres valg om hormonell prevensjon.

Gjennom oppgavens forløp skal derfor følgende problemstilling få svar: *Hvordan påvirker unge kvinners risikopersepsjonen valg om hormonell prevensjon?*

Som nevnt i innledningen, er enkelte faktorer muligens implisert i unge kvinners valg om hormonell prevensjon. Den første er risikopersepsjonen til unge kvinner, hvor oppfatningen av risiko og fordeler blir sentralt for å undersøke holdningen til hormonell prevensjon. Implisert i risikopersepsjonen til unge kvinner er forståelsen av hvordan risikoer blir sosialt forsterket i media og hvordan dette påvirker risikooppfatningen knyttet til hormonell prevensjon. Den andre er risikokommunikasjonen unge kvinner mottar om hormonell prevensjon, siden risikokommunikasjon kan påvirke oppfatninger av risiko. Den tredje og siste faktoren er knyttet til ontologisk sikkerhet, ettersom tilliten til helsepersonell og trygghet ved bruk av hormonell prevensjon kan påvirke risikopersepsjonen til unge kvinner. Disse faktorene leder til utformingen av forskningsspørsmålene under:

*Hva er risikopersepsjonen til unge kvinner tilknyttet hormonell prevensjon?*

*Hvordan oppfatter unge kvinner risikokommunikasjonen rundt hormonell prevensjon?*

*Hvordan påvirker ontologisk sikkerhet unge kvinners risikopersepsjon tilknyttet hormonell prevensjon?*

## 1.2 Avgrensning

Oppgaven fokus avgrenses til unge kvinners oppfatninger av risiko, fremfor å utforske unge kvinners erfaringer tilknyttet hormonell prevensjon. Oppgaven skal dermed ikke ta hensyn til opplevelser med bivirkningene av hormonell prevensjon, da dette er utenfor oppgavens omfang. Det er i tillegg ikke innhentet tillatelse fra NSD som godkjenner innsamling av sensitive data, som i tilfelle av erfaringer med hormonell prevensjon ville omhandlet helseopplysninger. Oppgaven styrer derfor unna dette i datainnsamlingen. Avgrensningen til oppfatninger av risiko er derimot fortsatt relevant, ettersom risikopersepsjonen omhandler oppfatning av risiko som kan være betydelig i unge kvinners valg om hormonell prevensjon. Relevante erfaringer med hormonell prevensjon er dermed ikke nødvendig for å besvare problemstillingen, og er derfor ikke ansett som et hinder for å besvare oppgavens problemstilling.



Unge kvinner blir i denne oppgave forstått som kvinner mellom 18- 25 år. Avgrensningen har bakgrunn i de statistiske endringene som reflekterer endringer i prevensjonsvaner og abortraten, i tillegg til vurdering om en passende aldersgruppe som også hyppig bruker sosiale medier i hverdagen. 18-25 år er vurdert som en passende avgrensning for å undersøke unge kvinners risikopersepsjon tilknyttet hormonell prevensjon. Aldersavgrensningen drøftes imidlertid videre i metodekapittelet.

## **2.0 Kontekst**

I det følgende skal relevante kontekstuelle faktorer redegjøres for, for å vise sammenhengen oppgaven finner sted i. Relevante kontekstuelle faktorer er informasjon om hormonell prevensjon, og kvinnehelse.

### **2.1 Hormonell prevensjon**

Hormonell prevensjon beskytter mot graviditet ved bruk av syntetiske steroider som imiterer de naturlige kjønnshormonene østrogen og progesteron (Katchadourian, 1989, s. 193). Progesteron og østrogen regulerer og vedlikeholder livmoren, og er derfor viktig for menstruasjonssyklusen og graviditet (DeMayo et al., 2002). Hormonell prevensjon forhindrer dermed graviditet ved å påvirke funksjonen av disse kjønnshormonene (Katchadourian, 1989, s. 95).

Hormonell prevensjon kan inneholde kun gestagen (etterligner progesteron), eller både gestagen og østrogen. Hormonell prevensjon som inneholder både østrogen og gestagen kalles for kombinasjonspreparater. Likeledes brukes gestagenpreparater om hormonell prevensjon som kun inneholder gestagen (Klørstad et al., 2022). Gestagen hemmer eggøsning, og gjør livmorlimhinnen mindre mottakelig for sædceller. Østrogen påvirker imidlertid tykkelsen av livmorlimhinnen som blør ut under menstruasjon (ibid., avsn. 1.1, 1.2). Kombinasjonspreparater og gestagenpreparater har dermed ulike funksjoner basert på sammensetningen av hormoner.

Hormonell prevensjon kommer i mange ulike former. Dette inkluderer p-piller, minipiller, hormonspiral, p-plaster, p-ring, p-sprøyte, p-stav og hormonell nødprevensjon. Hormonell prevensjon med bare gestagen inkluderer hormonspiral, gestagenpiller (p-piller), p-stav, p-

sprøyte og minipiller. Kombinasjonspreparater med både østrogen og gestagen omhandler p-ring, p-plaster og p-piller (kombinasjonspiller) (Kløkstad et al., 2022).

I Norge tyder en langtidsstudie mellom 2006-2020 på at kombinasjonspiller er mest utbredt blant alle aldersgrupper (Furu et al., 2021, s. 55). I langtidsstudien ble det registrert en merkbar endring i prevensjonsvanene blant de under 25 år, med en nedgang i bruken av kombinasjonspiller for denne aldersgruppen (ibid., s. 55). I stedet har bruken av østrogenfrie preparater økt. Dette gjelder spesielt langtidsvirkende, østrogenfrie prevensjonsmidler som spiral, som har hatt en markant økning etter 2014 (Furu et al., 2021, s. 55).

### 2.1.1 Hva vet vi om bivirkningene til hormonell prevensjon?

Bivirkninger fra hormonell prevensjon er mest fremtredende i de første tre månedene ved bruk av et nytt hormonelt prevensjonsmiddel (Barlindhaug, 2021, s. 5). I forhold til bivirkninger av hormonell prevensjon, skilles det mellom alvorlige og ufarlige bivirkninger. Alvorlige bivirkninger omhandler blodpropp, brystkreft, livmorhalskreft og hjerte- og karsykdommer. Ufarlige bivirkninger er mindre alvorlige og vanlig, men som kan ha innvirkning på livskvaliteten er blant annet humørsvingninger, nedstemthet, angst, nedsatt sexlyst, akne, og endringer i blødningsmengde og mønster (Kløkstad et al., 2022, kap. 1). Enkelte bivirkninger kan imidlertid variere mellom typer av hormonell prevensjon, basert på om det er et kombinasjonspreparat eller kun med gestagen.

#### 2.1.1.1 Bivirkninger av kombinasjonspreparater

Kombinasjonspreparater med østrogen og gestagen inkluderer preparater som p-ring, p-plaster og p-piller (Kløkstad et al., 2022). Av alvorlige bivirkninger, er kombinasjonspreparater assosiert med de tidligere nevnte alvorlige bivirkningene med hormonell prevensjon. For kvinner som har kontraindikasjoner, altså økt risiko for bivirkningene, kan kombinasjonspreparater være mindre passende (ibid., kap. 1, avsn. 1.2).

Blodpropp er en sjelden bivirkning av kombinasjonspreparater, og er lavere enn risikoen for blodpropp under graviditet. Risikoen er tilnærmet forbigående etter seks måneders bruk. Kontraindikasjoner for blodpropp inkluderer blant annet alder, diabetes, langvarig immobilisering, overvekt og høyt blodtrykk (Kløkstad et al., 2022, kap. 1, avsn. 1.2).

Kombinasjonspreparater øker også risikoen for livmorhalskreft og brystkreft. Risikoen er mellom 19-24% høyere relativt til de som ikke bruker kombinasjonspreparater, og er forbigående ved avslutning etter rundt 5-10 år. Livmorhalskreft har en lav, men stilstedeværende risiko. Risikoen avtar imidlertid rundt 10 år etter seponering (Klækstad et al., 2022, kap. 1, avsn. 1.2).

Grunnet vanskeligheter med å stadfeste en årsakssammenheng mellom depresjon og kombinasjonspreparater er det en varsomhet ved å formelt oppnevne dette som en alvorlig bivirkning av kombinasjonspreparater (Klækstad et al., 2022). Det er allikevel studier som tyder på at kombinasjonspreparater kan gi en økt risiko for psykisk påvirkning. En langtidsstudie fra Danmark fulgte over en million kvinner mellom 2000-2013, og konkluderte med at det var en større relativ risiko for å starte på antidepressiva eller få sin første depresjonsdiagnose ved bruk av hormonell prevensjon enn for de som ikke brukte preparatene (Skovlund et al., 2016, s. 1154). Risikoen for depresjon var størst blant kvinner i tenårene mellom 15-19 år som brukte hormonell prevensjon (ibid.). Blant kombinasjonspreparatene i studien, skilte p-ring og p-plaster seg ut med en større relativ risiko for førstegangsbruk av antidepressiva og første depresjonsdiagnose (Skovlund et al., 2016, s. 1158).

Risikoen for selvmord ved bruk av kombinasjonspreparater har også blitt undersøkt, men det mangler fortsatt forskning for å stadfeste en årsakssammenheng. I en annen langtidsstudie mellom 1996-2013 ble en halv million danske kvinner fulgt opp for å undersøke assosiasjonen mellom hormonell prevensjon, selvmordsforsøk og selvmord (Skovlund et al., 2018, s. 336). Ifølge langtidsstudien, er det en tydelig assosiasjon mellom hormonell prevensjon, selvmordsforsøk og selvmord i sammenligning med kvinner som ikke bruker hormonell prevensjon. Igjen er denne risikoen størst blant tenåringsjenter, spesielt i forhold til første selvmordsforsøk (Skovlund et al., 2018, s. 339). En annen metaanalyse av sammenhengen mellom hormonell prevensjon og selvmord fant også en tydelig assosiasjon mellom økt risiko for selvmord ved bruk av kombinasjonspreparater (Pérez-López et al., 2020, s. 33). Igjen skilte p-plaster og p-ring seg ut i forhold til den relative risikoen for første selvmordsforsøk, hvor p-plaster hadde den høyeste relative risikoen i forhold til all hormonell prevensjon (Skovlund et al., 2018, s. 341). Selvmord og depresjon har imidlertid vært en mistenkt risiko ved spesielt kombinasjonspreparater i lengre tider, som blir eksemplifisert i artikkelen av Anderson (1970). Artikkelen beskriver hvordan dødsraten for selvmord og

blodpropp fikk en betydningsfull økning blant kvinner i fruktbar alder i Ontario, Canada. Økningen skjedde parallelt med introduksjonen til p-pillen i 1961. Dette var bemerkverdig ettersom dødsraten for generelle dødsårsaker hadde en nedgang i samme perioden (Anderson, 1970, s. 1156).

### *2.1.1.2 Bivirkninger av hormonell prevensjon med gestagen*

Bivirkninger ved gestagenpreparater er ulike på vegne av dosen av gestagen i preparatet. P-sprøyte er et høydosert gestagenpreparat som har en usikker assosiasjon med flere alvorlige bivirkninger. Noen av disse er hjerte- og karsykdommer, osteoporose, brystkreft, livmorhalskreft, depresjon og vektøkning (Kløkstad et al., 2022 kap. 1, avsn. 1.1). Det eksisterer imidlertid mindre vitenskapelig usikkerhet rundt p-sprøyte sin påvirkning av bentetthet. Risikoen må samtidig bli sett i sammenheng med ulike kontraindikasjoner som alder eller risikofaktorer som gjør kvinner sårbare for osteoporose. Påvirkningen av bentettheten ble tydeligere etter langtidsbruk over 13-15 år (ibid.). Til sist, gir p-sprøyte en økt risiko for vektøkning blant kvinner som allerede opplever overvekt (Kløkstad et al., 2022 kap. 1, avsn. 1.1).

Middel- og lavdoserte gestagenpreparater innebærer p-stav, hormonspiral, p-piller (kun gestagen) og minipiller. Disse er fritatt for nesten alle risikoer tilknyttet alvorlige bivirkninger. Brystkreft er imidlertid assosiert med middel- og lavdoserte gestagenpreparater i enkelte tilfeller. Kvinner forbi overgangsalderen kan få en økt risiko ved bruk av hormonspiral, og tidligere brystkreft kan også bli en kontraindikasjon for bruk av gestagenpreparater (Kløkstad et al., 2022 kap. 1, avsn. 1.1).

Selv om det ikke er stadfestet en årsakssammenheng mellom depresjon, selvmord og gestagenpreparater, foreligger det forskning som viser til en økt risiko. Forskning tyder også på at risikoen for depresjon er høyere ved bruk av gestagenpreparater enn kombinasjonspreparater. I den nevnte langtidsstudien av Skovlund et al. (2016) hvor den relative risikoen for depresjon ved bruk av hormonell prevensjon blir beskrevet, hadde gestagenpreparater jevnt over en større relativ risiko med førstegangsbruk av antidepressiva og første depresjonsdiagnose (Skovlund et al., 2016, s. 1158). I Skovlund et al. (2018) sin andre langtidsstudie som fokuserer på den relative risikoen for selvmord og selvmordsforsøk

ved bruk av hormonell prevensjon, var risikoen for første selvmordsforsøk høyere ved bruk av gestagenpiller enn kombinerte p-piller (Skovlund et al., 2018, s. 341).

I tillegg er det en del ufarlige bivirkninger som kan påvirke livskvaliteten til kvinner. Disse inkluderer «...magesmerter, kvalme, ømme bryster, hodepine, tørrhet i skjedeslimhinne, psykiske bivirkninger, tap av libido, akne, fet hud og fett hår» (Klørstad et al., 2022 kap. 1, avsn. 1.1). I tillegg er endringer i blødningsmønster en mulig bivirkning av gestagenpreparater, hvor det er vanlig at kvinner opplever et bortfall av månedlig blødning, daglige blødninger i en periode, uregelmessig blødning eller mindre blødning enn før oppstart (ibid.).

### 2.1.2 Positive bivirkninger ved hormonell prevensjon

Foruten kontroll av fruktbarhet, er det andre positive bivirkninger av hormonell prevensjon. Av positive bivirkninger skiller imidlertid kombinasjonspreparater og gestagenpreparater seg fra hverandre.

Kombinasjonspreparater kan blant annet bidra til å beskytte mot bekkeninfeksjon, lettere blødninger, mindre menstruasjonsplager, forebygging av ulike typer kreft, forebygging av godartede svulster i bryst og eggstokk, samt redusere akneplager (Klørstad et al., 2022 kap. 1, avsn. 1.2). Kombinasjonspreparater kan gi beskyttelse mot bekkeninfeksjon som følger av seksuelt overførbare sykdommer, siden slimproppen i livmorhalsen blir forsterket - noe som hindrer infeksjon fra å spre seg videre (ibid.). Lettere blødninger og mindre menstruasjonsplager er tilknyttet påvirkning av tykkelsen til livmorslimhinnen som blør ut under menstruasjon. Ved redusert blødningsmengde kan kvinner derfor også oppleve mindre menstruasjonsmerter ved bruk kombinasjonspreparater. Mindre blødning kan også forebygge jernmangel (Klørstad et al., 2022 kap. 1, avsn. 1.2). Videre kan kombinasjonspreparater også redusere risikoen for kreft i eggstokkene og livmoren. Den samme reduksjonen i risiko er også tilfelle for kreft i livmoren, siden det er en halvering i risiko for denne type kreft etter ett års sammenhengende bruk av p-piller. Reduksjonen i risiko fortsetter i lengre tider også etter kvinner har avsluttet bruken av preparatet (ibid.).

Gestagenpreparater deler de positive bivirkningene av å beskytte mot infeksjon i bekkenet, lettere blødninger, mindre menstruasjonsplager, samt forebygging av kreft i livmoren og

eggstokkene (Klækstad et al., 2022, kap. 1, avsn. 1.1). Den positive bivirkningen tilknyttet lettere blødninger og mindre menstruasjonsplasser skiller seg derimot noe fra kombinasjonspreparater. I tillegg kan man ved bruk av gestagenpreparater oppleve bortfall av menstruasjon, som kan være fordelaktig ved smertefull menstruasjon eller ved store blødninger (ibid.). Til sist kan gestagenpreparater også forbedre symptomer ved endometriose. Endometriose er en sykdom karakterisert av smerte, ettersom livmorsvev vokser utenfor livmoren, og over på andre organer (Brown & Farquhar, 2015, s. 296). I forhold til hormonell prevensjon, kan høydoserte gestagenpreparater som p-sprøyte eller hormonspiral svekke symptomene som medfølger sykdommen (Brown & Farquhar, 2015; Klækstad et al., 2022).

## 2.2 Kvinnehelse og medisinsk forskning

### 2.2.1 *Hvorfor trenger vi forskning på kvinnehelse?*

Kvinner er biologisk ulike menn, og dette skaper et behov for et særskilt og eget kunnskapsfelt for å kunne ivareta helsen til halvparten av befolkningen. Foruten den biologiske forskjellen er det behov for forskning på kvinnehelse, fordi kvinner har kjønns spesifikke sykdommer, er mer utsatt for visse sykdommer, og sykdommer rammer ulikt basert på kjønn (Lunde et al., 2022; NOU 1999: 13, 1999; Rødland, 2018).

En av de mange måtene helsen til kvinner skiller seg fra menn, er først og fremst at kvinner har sykdommer og helseplager som er helt spesifikke for kvinner. En kvinnes reproduktive system kan gi kjønns spesifikke sykdommer, f.eks. sykdommer tilknyttet livmor (NOU 1999: 13, s. 163). Endometriose er, som tidligere forklart, en underlivssykdom som er kjønns spesifikk for kvinner. På tross av å ramme opp mot en tiendedel av kvinner eksisterer det fortsatt store kunnskapshull grunnet manglende forskning (Moen et al., 2021). Studier viser at det kan ta flere år å bli diagnostisert med sykdommen, siden menstruasjonssmerter kan bli forvekslet med symptomer på endometriose (ibid.). Kvinner kan derfor gå lenge med plager uten å få hjelp. Mer kunnskap om endometriose har vært et mål i nesten et kvart århundre (NOU 1999: 13, s. 508), men fortsatt finnes det lite kunnskap og forskning på området (Rødland, 2018, s. 46; Vist et al., 2022). Underprioritering av kvinnehelse er derfor synlig i tilfelle av endometriose.

Kvinner er mer utsatt for visse sykdommer og plager, som blir eksemplifisert med uspesifikke lidelser og autoimmune sykdommer (Lunde et al., 2022; NOU 1999: 13). En forklaring på dette kan være kvinner sin biologi, kromosomer eller kvinnelige kjønnshormoner, men det kan også være sosialt betinget gjennom de mange sosiale rollene kvinner fyller i løpet av sine liv (Lunde et al., 2022; Ørstavik, 2017). Kvinner har et dobbelt X-kromosom som påvirker immunforsvaret, og dette kan derfor gjøre dem mer mottakelige for autoimmune sykdommer som ofte er kroniske (Ørstavik, 2017). At kvinner er mer utsatt for visse helseplager kan være knyttet til sosiale forhold (Lunde et al., 2022, s. 25–26). I det såkalte tredje skiftet, har kvinner både et særskilt ansvar hjemme, men er også aktive i arbeidslivet. Dette står i kontrast til tidligere der kvinner var hjemmевærende. Grunnet stress og utbrenthet over tid, kan det være at det tredje skiftet henger sammen med kvinner sine sammensatte helseproblemer og sykdommer (Lunde et al., 2022, s. 26). Usikkerhet eksisterer imidlertid rundt hvorfor kvinner er såpass rammet av kroniske og uspesifikke lidelser, og det eksisterer lite forskning som undersøker disse med en kjønnsdimensjon (Rødland, 2018, s. 19).

Til sist, er det også noen sykdommer og akutte tilstander som rammer ulikt basert på kjønn. Hjerteinfarkt er den mest vanlige dødsårsaken blant kvinner, men sykdomsforløpet er forskjellig fra mannens og dette påvirker utretning og behandling (Jortveit et al., 2016). Kvinner får gjennomsnittlig senere hjerteinfarkt enn menn og såkalte «stumme hjerteinfarkt», siden symptomene på hjerteinfarkt er vagere enn hos menn. Rødland (2018, s. 9-10) viser imidlertid til at det i nyere tid har blitt avdekket forskjeller i hjertene mellom kjønnene, størrelsen på blodårene og hjertet, samt effekten av kjønnshormoner på blodtrykk og hjertefunksjon (Rødland, 2018, s. 9–10). Selv om de biologiske forskjellene er nå kjent i forhold til hjerteinfarkt, mangler det fortsatt diagnose- og behandlingsmetoder for hjerteinfarkt hos kvinner (Jortveit et al., 2016).

### *2.2.2 Status og fremskritt for kvinnehelse*

Forskjellen på oppmerksomheten rundt kvinner og menns helse har flere ganger blitt offentlig omtalt. En av de mer kjente offentlige utredningene som tar opp denne problemstillingen er *Kvinner helse i Norge* (NOU 1999: 13). I 1998 oppnevnte regjering et kvinnehelseutvalg som

skulle foreta en offentlig utredning av kvinners helse i Norge. Motivasjonen var blant annet å undersøke mangelen på kunnskap om helseforskjeller mellom menn og kvinner (ibid.).

I gjennomgangen av de sammensatte faktorene som påvirker kvinners helse, ble det tydelig at det var store kunnskapshull om sykdommer som enten er spesifikke for kvinner eller som hovedsakelig rammer kvinner. Det ble dermed fastslått mangel på kjønns spesifikk forskning og kjønnsperspektiver i medisinsk forskning, som spesielt påvirket kvinnehelse (NOU 1999: 13, s. 329). Mangelen på medisinsk kunnskap kunne lede til at kvinner ikke får behandling eller tilstrekkelig helsehjelp for sykdommer og/eller helseplager (ibid., 21-22). Rapporten introduserte dermed flere tiltak som hadde som skulle integrere kjønnsperspektiv i blant annet forskning og kunnskapsinnhenting (NOU 1999: 13, s. 15). I forhold til konkrete tiltak, anbefalte Kvinnehelseutvalget å øke «kunnskap om kjønnsforskjeller i utbredelse av sykdom, forløp av sykdom og biologiske forskjeller som kan forklare kjønnsforskjeller i helse» (ibid., s. 16). I 2003 lanserte regjeringen en stortingsmelding (St.meld. nr. 16 (2002-2003), som fulgte opp med en kvinnehelsestrategi med tiltak svært lik de i *Kvinnens helse i Norge* (NOU 1999: 13). Tusenårsskiftet var derfor preget av et behov for mer kunnskap om helseforskjeller mellom kjønnene og tiltak for å etterleve kunnskapen.

Men i etterkant av 2003 har det vært små fremskritt, som blir belyst i rapporten *Hva vet vi om kvinners helse?* som ble lansert av Kilden Kjønnforskning (Rødland, 2018). Rapporten analyserte norsk forskning mellom år 2000-2017 som er kjønns spesifikk, eller har et kjønnsperspektiv i forskningen (Rødland, 2018, s. 6). Dermed fokuserte rapporten på sykdommer og helseutfordringer, som «hjerte- og karsykdommer, kreft, muskel- og skjelettlidelser, langvarige smerte- og utmattelsestilstander, psykisk helse, helse i ulike livsfaser: reproduktiv helse, fødsler, overgangsalder og aldring» (Rødland, 2018, s. 7). Rapporten viser at det er noen av disse som har mer kjønns spesifikk forskning og forskning med et kjønnsperspektiv enn andre. «Helse i ulike livsfaser: reproduktiv helse, fødsler, overgangsalder og aldring» kom på toppen, siden halvparten av publikasjonene hadde kjønns spesifikk forskning eller et kjønnsperspektiv. Dette var et forventet funn, siden forskning på reproduktiv helse og fødsler har tradisjonelt stått for mye av forskningen på kvinnehelse (Rødland, 2018, s. 47). De andre kategoriene hadde imidlertid et mye lavere prosentandel av vitenskapelige publikasjoner som inneholdt et kjønnsperspektiv eller kjønns spesifikk forskning. Rapporten *Hva vet vi om kvinners helse?* (Rødland, 2018)



indikerer derfor at det har vært begrenset med norsk forskning på kvinnehelse utenom fødsel og graviditet.

24 år etter *Kvinnens helse i Norge* (NOU 1999: 13) kom imidlertid en ny offentlig utredning av statusen på kvinners helse og kjønnsforskjeller i Norge. *Den store forskjellen* (NOU 2023: 5) viser til at betydning av kjønn for helse fortsatt blir oversett i dag som særlig påvirker kvinnehelse. Fire utfordringer er påvirket av manglende annerkjennelse av kjønn, nemlig at kvinners helse har lav status, mangelfull samordning for kvinnehelse, en sviktende kunnskapsbro, og at kvinner ikke blir hørt (NOU 2023: 5, s. 13-16). Rapporten viser til at bevisstgjøringen rundt kvinnehelseproblematikk har i stor grad vært på grunn av at kvinner har offentlig stått frem med sine personlige sykdomshistorier, men at lav status på kvinnehelse skaper utfordringer. Lav status på typiske kvinnesykdommer eller kjønns spesifikke sykdommer påvirker hvordan kvinner blir prioritert i helsevesenet, finansiering for helse- og omsorgstjenester for kvinner, og prioriteringer for forskning på kvinnehelse (ibid., s. 13-14). Selv om kvinnehelse fortsatt er underprioritert i forskning, fremhever rapporten at det er mer kunnskap i dag enn da *Kvinnens helse i Norge* (NOU 1999: 13) ble skrevet. Utfordringer for å anvende kunnskapen skapes imidlertid av at det ikke er et overordnet statsorgan som skaper føringer for helsepolitikk og at kunnskapen ikke blir innlemmet i faglige føringer og retningslinjer. Blant annet blir ikke kunnskap om kvinnehelse tilstrekkelig implementert i profesjonsutdanninger for helse. Oppdatert kunnskap om kvinnehelse når dermed ikke ut i praksis, noe som påvirker kvaliteten på leveransen av helsetjenester til kvinner (NOU 2023: 5, s. 14-15). Siden kunnskap om kvinnehelse er mangelfull og ikke blir satt søkelys på i helse- og omsorgstjenester, er det viktig at kvinner får være med på å påvirke egen helsehjelp. Rapporten viser imidlertid at kvinner ikke blir hørt siden deres helseproblemer ofte blir bagatellisert, og de får derfor ikke gjennomslag for opplevde helseutfordringer (ibid., s. 16).

### **3.0 Teoretisk rammeverk**

Det teoretiske rammeverket består av et utvalg av teorier som er førende for oppgaven. Disse er valgt på bakgrunn av relevans for oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Utvalgte teorier er risiko, risikopersepsjon, risikokommunikasjon, og ontologisk sikkerhet. Sosial forsterking av risiko er underordnet delkapittelet om risikopersepsjon.

### 3.1 Risiko

Om man ønsker å oppnå eller tilegne seg noe, tar man ofte en risiko. Risiko er et tvetydig begrep, og det eksisterer derfor mange definisjoner. Kunnskapssyn har imidlertid mye å si for hvordan risiko kan defineres. I et realistisk kunnskapssyn blir risiko forstått som en objektiv trussel som kan kvantitativt fremstilles og måles. Risiko uttrykkes dermed som en forventet verdi eller som et produkt av sannsynlighet og konsekvens (Aven & Renn, 2010, s. 3; Engen et al., 2021, s. 106). I kontrast er sterk sosialkonstruktivisme, hvor risiko anses som en sosial konstruksjon. Risiko eksisterer derfor ikke uavhengig av oppfatningene til mennesker (Lupton, 2013, s. s.43; Rosa et al., 2014, s. 14). En mildere form for sosialkonstruktivisme forstår imidlertid risiko som en objektiv trussel som må bli sett i sammenheng med sosiale og kulturelle prosesser (Lupton, 2013, s. 41).

Aven og Renn (2010) sin definisjon av risiko faller innenfor svak sosialkonstruktivisme, siden den anerkjenner de såkalte fysiske og sosiale dimensjonene av risiko (ibid., s. 15). Definisjonen lyder som følger: «Risk refers to the uncertainty about and the severity of the consequences (or outcomes) of an activity with respect to something that humans value» (Aven & Renn, 2010, s. 3).

Ut ifra Aven og Renn (2010) sin definisjon kan risiko defineres som usikkerheten rundt og alvorlighetsgraden av konsekvensene til en aktivitet med hensyn til noe mennesker verdsetter. Definisjonen fremholder at risiko er et flerdimensjonalt konsept som må bli forstått i forhold til usikkerhet og alvorlighetsgrad (ibid., s. 9). Usikkerhet omhandler *om* hendelsen eller konsekvensene inntreffer, og gjør det mulig for aktører å bedømme sannsynligheten for en risiko relativ til andre risikoer. Alvorlighetsgraden karakteriserer imidlertid konsekvensene, og viser til omfanget eller intensiteten til konsekvensene (Aven & Renn, 2010, s. 8). Tap og gevinst kan kvantitativt måle alvorlighetsgraden av konsekvenser, eksempelvis med penger (Aven & Renn, 2010, s. 8; Engen et al., 2021, s. 95). Vurderingen av alvorlighetsgraden henger derimot sammen med noe mennesker verdsetter. Dette kan være eiendom, menneskeliv, natur osv. (Aven & Renn, 2010, s. 8).

Innebygd i definisjonen til Aven og Renn (2010) er imidlertid ideen om at risiko kan være positivt. Lupton (2010, s. 10) viser til at risiko ofte er likestilt negative utfall, og er derfor assosiert med en mulig trussel eller fare. Risiko kan også innebære positive konsekvenser av

en aktivitet eller hendelse, men uten usikkerhet om utfallet av konsekvensene er det ikke en risiko (Aven & Thekdi, 2022, s. 9). Usikkerheten tilknyttet konsekvensene kan motivere individer til å akseptere risiko om utfallet er fordelaktig (ibid., s. ix). I Aven og Renn (2010) sin definisjon blir potensiale for positive utfall inkludert ved at de også vektlegger usikkerheten ved konsekvenser og utfall, i tillegg til vurderingen av risiko opp mot noe mennesker verdsetter. Hva mennesker verdsetter er nærliggende slike vurderinger av risiko, siden en risiko kan være positivt for noen og negativt for andre (ibid., s. 4). Utfall av risiko er derfor sjelden utelukkende positive eller negative. Aven og Renn (2010) sin definisjon fanger variasjonen i konsekvenser gjennom dimensjonen av usikkerhet.

## 3.2 Risikopersepsjon

I forhold til risiko, kobler mennesker ulike følelser, frykter, håp og forventninger til hendelser eller aktiviteter med ukjente konsekvenser (Renn, 2008, s. 93). Renn (2008) viser til at mennesker responderer på risiko i forhold til egne konstruksjoner og oppfatninger av risiko (s. 93). Mennesker er derfor ikke drevet av fakta i sine handlinger, men av oppfatninger (ibid.). Risikopersepsjon omhandler lekfolks intuitive oppfatning av risiko (Slovic, 1987, s. 280). Hvilke faktorer som påvirker risikopersepsjon, er derfor aktuelt for å forstå hvordan mennesker responderer på og aksepterer risikoer.

Risikopersepsjon blir påvirket av mange ulike faktorer. Grovt kan faktorene inndeles i indre og ytre faktorer som påvirker oppfatning av risiko. Indre faktorer beskriver faktorer hos individet som påvirker risikopersepsjon, og omhandler informasjonsprosessering, kognitive heuristikker og andre psykologiske faktorer. Ytre faktorer som kan påvirke risikopersepsjon er blant annet sosiale faktorer (Renn, 2008). Sosial forsterking av risiko er imidlertid et rammeverk som omhandler både ytre og indre faktorer som påvirker risikopersepsjon, og er derfor et eget underkapittel.

### 3.2.1 Indre faktorer

#### *3.2.1.1 Informasjonsprosessering*

Risikopersepsjon hos individet blir formet av det Renn (2008) kaller «attention and selection filters» (Renn, 2008, s. 99). Individer blir bombardert med informasjon hver eneste dag, og mesteparten av informasjonen vil bli filtrert ut. Hva som blir filtrert ut er derimot ikke

tilfeldig, siden individer filtrerer informasjon basert på motivasjon og evne. Evne refererer til individets tilgang til informasjonen og evne til å bearbeide det uten distrahering.

Motivasjon fremstiller individets mottakelighet for informasjonen, basert på deres egen interesse og/eller verdier. Det burde også motivere individet til å delta eller engasjere seg i problemet (ibid., s. 99-100). Informasjonen blir så videre utsatt for kritisk tankegang om kildens troverdighet og intensjon, verdier, alvoret i informasjonen. Deretter kan personen trekke sine egne konklusjoner om informasjonen, og informasjonen blir sammenlignet med det individet tidligere visste om temaet. Informasjonen vil så bli bedømt i forhold til relevansen for eget liv, og meninger og holdninger vil enten bli vedlikeholdt eller oppdatert i henhold til den nye informasjonen. Disse nye holdningene eller meningene kan dermed motivere fremtidige handlinger (Renn, 2008, s. 100–101).

### *3.2.1.2 Kognitive heuristikker*

Heuristikker kan defineres som mentale eller kognitive snarveier (Aven & Thekdi, 2022, s. 135). Heuristikker er relevant i forståelsen av risikopersepsjon, siden de påvirker vurdering av sannsynligheten til en risiko. Noen heuristikker som kan være dominerende er heuristikker knyttet til representativitet, tilgjengelighet, samt anker og tilpasning (Kahneman et al., 1982).

En representativitetsheuristikk beskriver hvordan en bruker likheter til å vurdere sannsynligheten for at noe er representativt for noe annet (Kahneman et al., 1982, s. 4). Eksempelvis kan en representativitetsheuristikk være implisert om et medikament ligner på et annet medikament. På tross av å ha ulike bivirkninger, kan det være nærliggende å vurdere at de har like bivirkninger grunnet likheten mellom legemidlene. Videre omhandler en tilgjengelighetsheuristikk hvor tilgjengelig en hendelse er i minnet til de som vurderer risiko. En tilgjengelighetsheuristikk kan få en hendelse til å virke mer sannsynlig, dersom personen som vurderer kan minnes en aktuell og relevant hendelse (ibid., s. 11). Dette kan illustreres med bivirkninger av medikamenter, siden individer kan anse sannsynligheten for bivirkninger som høyere om en venn har nylig opplevd bivirkninger ved bruk av det samme medikamentet. Til sist, omhandler heuristikken basert på forankring (engelsk: anchoring) og tilpasning hvordan individer ofte går ut ifra en forankring i verdi eller informasjon når de vurderer sannsynlighet. Sannsynlighetsvurderingen vil dermed tilpasses med basis i forankringen (Kahneman et al., 1982, s. 14). De nevnte heuristikkene kan i mange tilfeller

være gode intuitive vurderinger av sannsynlighet, men kan også medføre forutinntatte holdninger eller meninger (ibid., s. 18).

### 3.2.1.3 Psykologiske faktorer

Forskning har fremhevet mange ulike psykologiske faktorer som kan påvirke risikopersepsjon. Dette inkluderer karakteristikker ved risikoen, og karakteristikker ved situasjonen (Renn, 2008, s. 107).

I forhold til karakteristikker ved risikoer, har forskning avdekket flere som er betydelig for individers risikopersepsjon. Det psykometriske paradigmet av Fischhoff et al. (1978) undersøkte hvordan lekfolks oppfatning av risiko og oppfatning av fordeler påvirket deres aksept for risiko tilknyttet aktiviteter og ulike teknologiske risikoer (s. 128). Det psykometriske paradigmet var nyttig for å studere variasjoner i risikopersepsjon, i tillegg til de faktorer som skapte variasjoner (Slovic, 1987, s. 281). Faktorene som ble vurdert i studien var karakteristikker ved farer som «voluntariness of risk, immediacy of effect, knowledge about risk, knowledge about risk, control over risk, newness, chronic-catastrophic, common-dread, severity of consequences» (Fischhoff et al., 1978, s. 133). Kunnskap om risiko er oppført to ganger, ettersom Fischhoff et al (1978) skiller mellom om oppfattelsen av vitenskapelig kunnskap tilknyttet risikoer og kunnskapen individer har om risikoer (ibid.). Karakteristikkene kan imidlertid bli oppsummert i to hovedkategorier som *frykt* og *ukjent risiko*. *Frykt* omhandler «perceived lack of control, dread, catastrophic potential, fatal consequences, and the inequitable distribution of risks and benefits» (Fischhoff et al., 1978; Slovic, 1987, s. 283). *Ukjent risiko* innebærer om en trussel har karakteristikke av at den er *ny, om den kan observeres, forsinkede konsekvenser, og at det eksisterer lite vitenskapelig kunnskap* (Fischhoff et al., 1978; Slovic, 1987, s. 282; Visschers & Siegrist, 2018). Ulike farer og trusler ble så vurdert av deltakere i studien, og dette ble videre analysert med bruk av de to hovedkategoriene. Det psykometriske paradigmet til Fischhoff et al. (1978) viser at risikoer som genteknologi er karakterisert av frykt og at risikoen er ukjent. Genteknologi som en trussel blir derfor oppfattet som en høy risiko. Likeså vil kjente farer som bruk av antibiotika ikke gi en følelse av frykt, og er derfor ikke oppfattet som en høy risiko (Fischhoff et al., 1978; Slovic, 1987, s. 232).

Et annet funn fra Fischhoff et al. (1987) sitt psykometriske paradigme er at lekfolk er mer villige til å akseptere høy risiko fra aktiviteter eller hendelser om det er fordelaktig. Visschers og Siegrist (2018) bekrefter at oppfattede fordeler påvirker risikopersepsjon med at «research examining the association between perceived risks and perceived benefits predominately found a negative relationship: the more benefits that are associated with a hazard, the lower the risk are considered to be» (ibid., s. 66). Oppfattelsen av fordeler er derfor en mer betydelig faktor i folks aksept for en fare enn oppfattelsen av risiko. Unntak forekommer imidlertid i de tilfeller der det er uenighet om hva risikoene er. Stabilitet i oppfattelsen av fordeler er derfor mer stabile over tid enn oppfattelsen av risiko, siden kunnskap om risiko oppdateres (Visschers & Siegrist, 2018, s. 66).

Til sist, er karakteristikk ved situasjonen viktig for lekfolks risikopersepsjon. Fischhoff et al. (1978) assosierer kontroll med *frykt* i det psykometriske paradigmet. Kontroll er imidlertid også en viktig karakteristikk ved situasjoner som kan påvirke lekfolks risikopersepsjon, (Renn, 2008, s. 107). Om individer har kontroll over situasjonen som innebærer risiko, kan de anse risikoen som lavere (Knight & Warland, 2005, s. 260; Zepeda et al., 2003, s. 976). Til sist, er rettferdighet også en karakteristikk ved risikofylte situasjoner som kan påvirke risikopersepsjon (Renn, 2008, s. 107). Om risikoer oppfattes som urettferdige kan det påvirke aksepten for risikoene, i tillegg til at de kan bli oppfattet som mer alvorlige (Kasperson, 1983; Renn, 2008, s. 108).

### 3.2.2 Ytre faktorer

Ytre faktorer som påvirker risikopersepsjon, er blant annet troverdighet og tillit. Dette er spesielt relevant i dag, ettersom institusjoner håndterer risiko på vegne av samfunnet og individer. Tillit og troverdighet blir derfor viktig for risikopersepsjonen til lekfolk, siden de må ha tillit til aktørene som forvalter risiko. Likeså må aktørene som kommuniserer risiko og aktørene som skal håndtere risiko ha en viss troverdighet for å vedlikeholde tilliten (Visschers & Siegrist, 2018, s. 68). Institusjonell troverdighet blir derfor viktig. Troverdighet som en basis for tillit er avhengig av flere faktorer, som hvordan lekfolk oppfatter kompetanse, empati, og ærlighet (Renn, 2008, s. 123–124; Visschers & Siegrist, 2018, s. 68–69). Om tilliten og troverdigheten til en risikohåndterende institusjon svikter kan det få konsekvenser for i hvor stor grad mennesker følger opp det som kommuniseres, og kan om folk trosser råd. Likeså kan høy grad av tillit til en institusjon føre til at lekfolk aksepterer

risiko på tross av bekymringer, fordi de stoler på risikohåndteringen til institusjonen (Renn, 2008, s. 124; Visschers & Siegrist, 2018, s. 69).

### 3.2.3 Sosial forsterking av risiko (SARF)

Sosial forsterking av risiko (engelsk: social amplification of risk) omhandler hvordan «...hazards interact with psychological, social, institutional, and cultural processes in ways that may amplify or attenuate public responses to the risk or risk event» (Kasperson et al., 1988, s. 177). Sosial forsterking av risiko er et integrert rammeverk for å forstå hvordan risikopersepsjonen til lekfolk formes, så vel som de sosiale responsene eller konsekvensene som medfølger risikopersepsjon (Renn, 2008, s. 137). Sentralt i rammeverket er forsterking (amplification), som bidrar til forståelse for hvorfor enkelte risikoer får oppmerksomhet, mens andre ikke får det. Sosiale interaksjoner blir derfor viktig, siden de kan forsterke eller dempe oppfatninger av risiko (Renn, 2008, s. 137).

For å beskrive SARF, er det nødvendig med en grunnleggende teori om kommunikasjon, ettersom det er basis for funksjonene i rammeverket. Kasperson et al. (1988) viser til at forsterking i kommunikasjonsteori er «... the process of intensifying or attenuating signals during the transmission of information from an information source to intermediate transmitters, and finally to a receiver» (Kasperson et al., 1988, s. 180). Avsender gir altså en ansamling av signaler som skaper en beskjed, og beskjeden vil bli sendt videre til overførere av informasjonen eller en mottaker. Videre i prosessen vil signalene bli tolket og forstått av overførerne eller mottakeren, hvor forståelsen er avhengig av de sosiale, psykologiske, kulturelle og institusjonelle faktorene som påvirker risikopersepsjon (ibid.). Prosessen kan fortsette i mange ledd, der overfører forsterker noen signaler og demper andre basert på deres egen oppfatning av beskjeden. Den originale beskjeden eller informasjonen kan dermed endre seg betydelig fra hva den egentlig var, grunnet tolkninger og oppfatninger (Kasperson et al., 1988, s. 180). Dette kan så overføres til SARF, for å forstå den grunnleggende strukturen til rammeverket.

Kasperson et al. (1988) viser til at forsterking kan skje på to stadier: i overføringen av informasjon, og i den sosiale responsen på risiko (ibid., s. 177). Forsterkingssprosessen starter med en hendelse, aktivitet, eller anerkjennelse av en risiko. Med bakgrunn i den tidligere nevnte kombinasjonen av faktorer som påvirker risikopersepsjon, vil lekfolk ofte

anerkjenne visse aspekter ved risikoen som mer viktige eller relevante for dem. De vil dermed forsterke enkelte signaler knyttet til risikoen, og dempe andre. Disse signalene blir videre en beskjed som blir delt med andre i deres omkrets, nærmiljø og samfunn. En kan forstå dette leddet som «forsterkingsstasjoner», ettersom de kan respondere på den delte informasjonen om risiko ved kommunikasjon videre og/eller endring i handlingsmønster. Forsterkingsstasjoner begrenser seg ikke kun til lekfolk, men kan også inkludere institusjoner, organisasjoner, sosiale medier, nyhetskanaler osv. (Renn, 2008, s. 137). Responsene i form av endringer i handlingsmønster eller videre kommunikasjon skaper sekundære konsekvenser, som kan f.eks. være aktivisme, endringer i salg for en bedrift eller endringer i risikohåndtering (Kasperson et al., 1988, s. 182). Disse responsene vil igjen bli oppfattet av lekfolk, som vil igangsette en ny prosess av forsterking med et tredje sett av konsekvenser. Disse kan skape bølger videre, og påvirke langt utenfor rekkevidden til det som egentlig startet prosessen av forsterking (Kasperson et al., 1988, s. 182; Renn, 2008, s. 137).

### 3.3 Risikokommunikasjon

Risikokommunikasjon er en form for kommunikasjon som skal overlevere informasjon om risiko, på en måte som inviterer til forståelse for innholdet i risikovurderinger og beslutninger rundt risikohåndteringen. Risikokommunikasjon skal også imøtekomme oppfatninger, bekymringer og usikkerhet tilknyttet risiko i samfunnet. På denne måten skal lekfolk og berørte parter få informasjonen de trenger til å balansere sine risikovurderinger slik at de kan ta informerte valg i henhold til risiko. Målet er dermed ikke å overbevise lekfolk og berørte parter om at risikovurderingen og risikohåndteringen er fullkommen, men heller å kommunisere den tilgjengelige informasjon med anerkjennelse av tilhørende usikkerhet på tidspunktet risikoen blir kommunisert. Involverte parter i risikokommunikasjonen omfatter de tekniske ansvarlige for risikovurderinger, eksperter, risikohåndterende institusjoner, forskere, representanter for grupper blant lekfolk, berørte parter eller interessenter osv. (Bostrom et al., 2018, s. 251–252; Renn, 2008, s. 202).

Den amerikanske forskningskomiteen for risikopersepsjon- og kommunikasjon definerte i 1989 risikokommunikasjon som følger:



An interactive process of exchange of information and opinion among individuals, groups and institutions. It involves multiple messages about the nature of risk and other messages, not strictly about risk, that express concerns or reactions to risk messages or to legal and institutional arrangements for risk management. (National Research Council (U.S.), 1989, s. 21).

Definisjonen viser til at risikokommunikasjon omhandler mer enn kun kommunikasjon av risiko. Den skal imøtekomme den sosiale responsen på risiko og risikokommunikasjonen, i tillegg til bekymringer tilknyttet risikohåndteringen. Definisjonen vektlegger også at risikokommunikasjon er en interaktiv prosess, fremfor en passiv overføring av informasjon. Denne interaktive prosessen av informasjonsutveksling kan tolkes som en vektlegging av toveiskommunikasjon. Renn (2008, s. 202) påpeker at toveiskommunikasjon er en elementær praksis i risikokommunikasjon, siden det vedlikeholder og/eller opparbeider tilliten mellom risikohåndterende institusjoner og befolkning.

### 3.3.1 Risikokommunikasjon og ulike funksjoner

Funksjonene til risikokommunikasjon kan variere, og noen sentrale er folkeopplysning, støtte for atferdsendring, tillitsbygging, og deltakende beslutningstaking (Aven & Renn, 2010, s. 168; Renn, 2008, s. 203).

Risikokommunikasjon som har folkeopplysning som oppgave omhandler at risikokommunikasjon skal imøtekomme behov for informasjon om risiko, risikohåndtering, samt tilhørende bekymringer og vanskeligheter. Folkeopplysning kan være relevant i de tilfellene en risiko eller fare er ukjent, eller det ikke er mye tilgjengelig informasjon om risikoen. Sentralt i denne forståelsen av risikokommunikasjon er en hensyntagen til risikopersepsjonen til målgruppen eller de som blir berørt av risikoen, og sørge for at de bekymringer og usikkerheter som er til stede blir adressert i utformingen og overlevering av informasjon. Gjennom å kommunisere den tilgjengelige informasjonen ved risikoen, samt anerkjenne de daværende begrensningene til informasjonen, kan individer få et ankerpunkt av informasjon om risikoen (Aven & Renn, 2010, s. 168; Renn, 2008, s. 203).

Støtte for atferdsendring er relevant for de responsene som kan forfølge oppfatninger av risiko. Det blir derfor viktig å støtte opp under muligheten til å håndtere risikoen individuelt

og som et samfunn. Et eksempel på dette ble demonstrert under pandemien, der det ble tilrettelagt for at individer kunne håndtere risikoen ved at koronatesten ble gratis og tilgjengelig gjennom teststasjoner. Aven og Renn (2010) viser til at hovedmålet med denne type risikokommunikasjon er å «... assist people in changing their daily behavior or habits with the purpose to reduce their risks to life and personal health» (ibid., s. 168).

Videre refererer funksjonen av tillitsbygging til verdien av å opparbeide tillit til institusjoner som skal evaluere og håndtere risiko. Tillit blir bygget opp gjennom opparbeiding av troverdighet. Faktorer som bidrar til troverdighet er konsekvent og tillitsvekkende håndtering av risiko, troverdig kommunikasjon, og ved at institusjonen oppleves som utrustet til å imøtekomme risiko. Troverdighet og tillit for institusjoner som skal håndtere risiko er alltid viktig, men spesielt i dag der institusjoner er offentlige, og de flere risikoer er fjerne og håndteres av eksterne parter. I tilfeller hvor risiko ikke oppleves personlig, er det nødvendig med en aktør som gir informasjon om risiko på en måte som oppleves troverdig og nøytralt. Tillit opparbeides over tid og betinger at institusjonene evner dette i sin risikokommunikasjon (Aven & Renn, 2010, s. 168; Renn, 2008, s. 203).

Til slutt, handler risikokommunikasjon om deltakende beslutningstaking og medvirkning fra interessenter for å minimere konflikter eller feil beslutninger ved risikohåndtering. Dette kan være relevant i situasjoner der det er konflikt om risikohåndteringen, risikovurderingen eller hva risikoen er. I et slikt tilfelle, er det nødvendig å invitere berørte parter og/eller interessenter, representanter fra grupper blant lekfolk, organisasjoner, og andre som har interesse eller blir berørt av konflikten. Kommunikasjon mellom partene kan påvirke til konfliktløsning gjennom felles beslutningstaking, og skjer ved at partene deltar i risikovurderinger, risikohåndteringen, samt utforming av løsninger (Aven & Renn, 2010, s. 168; Renn, 2008, s. 203).

### 3.4 Ontologisk sikkerhet

For å ramme inn behovet for ontologisk sikkerhet må man se det i konteksten av senmodernitetens utvikling. Både Ulrich Beck og Anthony Giddens satte søkelyset på konsekvensene av senmodernitet, der risiko i større grad blir en kollektiv bekymring med de konsekvensene det gir (Lupton, 2013, s. 108). Moderniseringsprosessen mot et industrialisert samfunn har produsert de nåværende risikoene, som Beck betegner som «risikosamfunnet».

Begrepet risikosamfunnet viser til hvordan risikohåndterende institusjoner nå har større utfordringer for å håndtere sosiale, politiske og individuelle risikoer (Beck et al., 1997, s. 5). I et moderne samfunn øker behovet for kontroll, men den stadige moderniseringen introduserer nye risikoer og parametere som kan identifisere risikoer som tidligere har vært ukjent (Giddens, 1991, s. 4). I tillegg har karakteristikken til risiko endret seg, og risikoer har nå mer omfattende og verdensomspennende konsekvenser (Lupton, 2013, s. 108). Et eksempel på dette er klimaendringer, eller «nye» risikoer som kan omhandle bekymringer rundt kreftfremkallende midler i klær, mat, kosmetikk osv.

Videre er et annet symptom på utviklingen til senmodernitet det Giddens kaller utleiring (engelsk: disembedding). Utleiring refererer til å løfte sosiale relasjoner ut av lokale omstendigheter slik at man kan reorganisere relasjoner uten utfordringen av å være låst til tid og rom. Giddens mener dette er en av konturene av modernitet, der tid og rom blir utvisket av abstrakte systemer som fungerer uavhengig av disse faktorene (Giddens, 1991, s. 18). Et eksempel på dette er globaliseringen av handel; før var handel en lokal aktivitet, mens det nå har utviklet seg til et abstrakt system som ikke er bundet av tid og rom. Videre omtaler Giddens det som kalles utleiringsmekanismer (engelsk: disembedding mechanisms), som består av symbolske tegn (engelsk: symbolic tokens) og ekspertsystemer. For denne oppgaven er det mest relevant å trekke inn ekspertsystemer. Ekspertsystemer betyr ifølge Giddens «... systems of technical accomplishment or professional expertise that organise large areas of the material and social environments» (Giddens, 1990, s. 27). Ekspertsystemer forbigår tid og rom ved at ekspertkunnskap bærer gyldighet ved å kontinuerlig påvirke vårt miljø (Giddens, 1991, s. 18). Ekspertsystemer er derfor utleiringsmekanismer fordi de tar sosiale relasjoner ut fra den umiddelbare konteksten de befinner seg i (Giddens, 1990, s. 28). Med andre ord, utøves ekspertkunnskapen utenfor rammene av tid eller rom ved deres konstante innflytelse (Giddens, 1990, s. 28). Et element av tillit blir dermed viktig for de som står utenfor ekspertsystemene og skal benytte seg av kunnskapen (Giddens, 1990, 1991).

Tillit blir også en viktig faktor i forhold til ontologisk sikkerhet. Tillit tillater individer å navigere risiko, ettersom tillit gir individer muligheten til å finne pålitelighet blant usikkerhet (Giddens, 1990, s. 33). Som et eksempel, kan informasjon om en smittsom sykdom fra Folkehelseinstituttet (FHI) bli valgt i kontrast til informasjon fra andre alternativer siden tilliten til FHI er større. Dette tillater da individer å navigere risikoen fra den smittsomme sykdommen ved å bruke tillit som et verktøy. Tillit og ontologisk sikkerhet har til felles en

avhengighet av pålitelighet til individer og systemer, og kan videre relateres til en grunnleggende følelse av sikkerhet (Giddens, 1990, s. 92). Giddens (1990) definerer da ontologisk sikkerhet som «...the confidence that most human beings have in the continuity of their self-identity and in the constancy of the surrounding social and material environments of action» (Giddens, 1990, s. 92). Ontologisk sikkerhet kan forstås som et emosjonelt fenomen som beskriver individer sitt emosjonelle anker i møte med endringer, risikoer og usikkerhet. Det tillater individer å organisere sine liv med en følelse av sikkerhet basert på forventningen av kontinuitet i deres identitet og ytre miljø (ibid.). Rutine som en kontinuerlig praksis er derfor nærliggende ontologisk sikkerhet, og er årsaken til at det emosjonelle fenomenet kan spores tilbake til barndommen.

Påliteligheten til omsorgspersoner opparbeides gjennom rutine, slik at barn lærer å ha tillit til sine omsorgspersoner. Tilliten til omsorgspersoner vil senere i livet bli utvidet til andre personer, og individer lærer seg derfor å finne et anker av sikkerhet i usikkerhet. Tillit til andre er derfor en måte å emosjonelt håndtere usikkerhet på, siden det skaper trygghet (Giddens, 1991, s. 38–40). Ontologisk sikkerhet er dermed en viktig iboende egenskap hos mennesker som skaper en emosjonell tilstand av trygghet i møte med risiko og usikkerhet. Denne tilstanden gir individer muligheten til å utøve aktørskap innenfor klare rammer av rutine og forutsigbarhet (Giddens, 1984, s. 64, 1990).

Ontologisk sikkerhet kan derimot bli utfordret i forhold til den tidligere etablerte konteksten av risikosamfunnet og Giddens teori om utleiringsmekanismer (Giddens, 1990, 1991). De omfattende risikoene som definerer det nåværende risikosamfunnet medfører også et aspekt av usikkerhet hos individer, som påvirker det emosjonelle fenomenet av ontologisk sikkerhet. Usikkerheten kommer fra at moderne risikoer ikke unngås, eller kontrolleres i særlig grad av individer eller statlige institusjoner. I tillegg er moderne risikoer karakterisert av intensitet i forhold til konsekvenser og omfang, hvor de definerende risikoene i vår tid, som klimaendringer, kan mulig bety slutten for den menneskelige rase (Giddens, 1990, s. 131). Ontologisk sikkerhet blir dermed forstyrret i den grad risikoene oppleves som truende for stabiliteten av liv og miljø. Selv om da store trusler som klimaendringer ikke oppleves som forstyrrende for den daglige følelsen av ontologisk sikkerhet, så påvirker det allikevel oppfattelsen av sikkerhet i verden og forventningen av kontinuitet som tillater individer å organisere deres liv (ibid.). Som eksempel, velger flere unge mennesker bort å ha barn i dag på grunn av klimaendringer. Med andre ord, vil usikkerheten av klimaendringer påvirke deres

ontologiske sikkerhet i den grad de ikke kan garantere at deres liv og miljø forholder seg stabile i fremtiden og de justerer derfor sine valg. Dette kan relateres til konseptet av ontologisk usikkerhet, som forstås som ødeleggelsen av den daglige rutine, mangel på følelsen av sikkerhet grunnet uforutsigbarhet, og opplevelsen av å være truet. Giddens beskriver denne tilstanden som «... circumstances of radical disjuncture of an unpredictable kind which [...] threaten or destroy the certitudes of institutionalized routines» (Giddens, 1984, s. 61).

Individer kan imidlertid forflytte noe av usikkerheten som medfølger risikoene med tillit til de abstrakte systemene og utleiringsmekanismene som i dag er med på å kontrollere utfall. Ved at risikoer blir håndtert på vegne av abstrakte systemer, blir personen delvis fritatt fra å engasjere seg mentalt i risikoen (Giddens, 1990, s. 131). Dette tillater individer å fortsette sine daglige liv, selv om de er klar over eller bekymret over risikoene. Moderne institusjoner muliggjør abstrakte systemer som komprimerer tid og rom, og dette øker muligheten for bred kontroll av risiko. Systemene er basert på innebygde rutiner, og rutinene påvirker ontologisk sikkerhet i den forstand at det skaper forutsigbarhet og tillit til systemet (ibid., s. 113). De abstrakte systemene er også avhengig av utleiringsmekanismer, som tillater systemene å strekke seg over tid og rom grunnet skillet mellom sosiale relasjoner og den umiddelbare konteksten. For lekfolk kan da et element av tillit være nødvendig, som blir tydelig i forhold til utleiringsmekanismen av ekspertsystemer som bidrar til opprettholdelsen av abstrakte systemer. I forhold til ekspertsystemer, kan tilliten påvirkes gjennom tilgangspunkter (engelsk: access points). Disse kan bli avgjørende for graden av tillit til det abstrakte systemet. Ekspertkunnskaper er tilbøyelig for endring og kritikk, noe som kan påvirke individet sin evne til å orientere seg i et ekspertsystem som er uforutsigbart. Tilgangspunkter er dermed sårbare fordi de kan skape endringer i tillitsnivået til det abstrakte systemet, og et møte mellom en kompetent utøver av ekspertkunnskap og individ kan virke utslagsgivende i forhold til troverdigheten til systemet (Giddens, 1990, s. 88–91). Ontologisk sikkerhet er dermed ikke kun basert på forutsetning av kontinuitet i seg selv og sitt miljø, men også den grunnleggende egenskapen av å kunne stole på andre for en følelse av trygghet (Giddens, 1984, s. 51). Betydningen av tilgangspunkter til de abstrakte systemene kan da være viktige, ettersom det tillater lekfolk å opprettholde oppfatningen av trygghet ved at aktørene de møter innenfor systemene opptrer troverdig (Giddens, 1990, s. 84–85). Det at systemet opptrer som pålitelig og som forventet vil da påvirke den ontologiske sikkerheten hos individet (ibid., s. 92). Organiseringen av det senmoderne samfunnet kan dermed ha implikasjoner for

ontologisk sikkerhet, ved at det eksisterer et avveie mellom usikkerheten abstrakte systemer kan skape og hvordan de samme systemene er gunstige for å legitimere individer sin evne til å føle seg trygg i sin virkelighet.

## 4.0 Metode

Forskningsmetoden er motivert ut fra en observasjonen av tydelig frustrasjon på sosiale medier og tradisjonell media, hvor kvinner snakker ut om misnøyen de føler på i tilknytning hormonell prevensjon (Aase, 2022). I tillegg, tyder statistikk fra 2022 på at det er en endring i prevensjonsvanene til norske kvinner, siden salget av hormonell prevensjon har gått ned, abortraten har økt, og salget av nødprevensjon har økt. Endringen står sterkest blant yngre kvinner, i forhold til abortraten og salget av hormonell prevensjon (Apotekforeningen, personlig kommunikasjon, 13. april 2023; Folkehelseinstituttet, 2023; Løkeland-Stai, 2023). En hypotese ble dermed utarbeidet på vegne av observasjonen og de statistiske endringene, der det ble interessant å undersøke om unge kvinners risikopersepsjon påvirker valg om hormonell prevensjon.

I det følgende kapittelet redegjøres det for de metodiske valgene og vurderingene som er foretatt under oppgavens forløp. Kapittelet viser hvordan forskningsmetoden følger formålet med oppgaven, ved å begrunne forskningsdesign, forskningsstrategi, metodevalg, datainnsamling og etiske hensyn. I tillegg, er vurderinger rundt forskningskvalitet inkludert for å drøfte kvaliteten på metode og datainnsamling.

### 4.1 Forskningsdesign

Et forskningsdesign er ifølge Blaikie og Priest (2019) en «...integrated statement of, and justification for, the technical decisions involved in planning a research project» (Blaikie & Priest, 2019, s. 18). Forskningsdesign er med andre ord en plan for den logiske gjennomføringen av oppgaven, der en planlegger struktur og datainnsamling i henhold til formålet av oppgaven (Bukve, 2016, s. 80). Oppgavens formål indikerer dermed hvilket forskningsdesign som er passende (Bukve, 2016, s. 86). Inndelingen av Blaikie og Priest (2019) skiller mellom forskningsdesign som er forklarende, utforskende, beskrivende, eller som har et formål om å forstå (ibid., s. 20).

Oppgavens formål er først og fremst å *utforske* risikopersepsjon til unge kvinner tilknyttet hormonell prevensjon, og hvordan dette påvirker valg om hormonell prevensjon. Målet med utforskning kommer også på vegne av at dette feltet er svært lite utforsket fra før, som krever en mer innledende studie i problematikken. Oppgaven må videre også *forklare* eller *beskrive* de underliggende faktorene som påvirker unge kvinners risikopersepsjon, slik at en forståelse kan opparbeides. Forskningsdesignet til oppgaven er derfor utarbeidet i forhold til formålet av oppgaven, som krever en involvering av ulike deler av forskningsdesignene (Blaikie, 2010; Blaikie & Priest, 2019).

## 4.2 Forskningsstrategi

En forskningsstrategi er en strategi for å logisk besvare problemstillinger og forskningsspørsmål (Blaikie, 2010, s. 80–83). Av forskningsstrategier er det fire typer; induktiv, deduktiv, retroduktiv, og abduktiv forskningsstrategi (Blaikie, 2010, s. 81). Av de ulike forskningsstrategiene, er det i oppgaven brukt en kombinasjon av abduktiv og deduktiv forskningsstrategi. Innledningsvis er det anvendt en abduktiv forskningsstrategi og i det følgende en deduktiv forskningsstrategi. Årsaken til denne rekkefølgen er at ingen enkelt forskningsstrategi kunne brukes for å besvare oppgaven.

Begrunnelse for valg av den abduktive strategien under datainnsamlingen, er å tolke assosiasjonen mellom unge kvinner sin risikopersepsjon og valg om hormonell prevensjon (Blaikie, 2010, s. 85). En abduktiv forskningsstrategi er basert på å «...describe and understand social life in terms of social actors' meanings and motives» (Blaikie, 2010, s. 84). Denne forskningsstrategien setter søkelyset på hvordan atferdsmønstrene til individer henger sammen med egne oppfatninger og meninger, satt i konteksten av deres hverdag. En abduktiv forskningsstrategi bruker et «bottom up»-perspektiv for å beskrive sosiale fenomener fra innsiden, hvor individer produserer forståelse av disse fenomenene gjennom deres oppfatninger, erfaringer og motiver (Blaikie, 2010, s. 89–91; Bukve, 2016). På denne måten gir sosiale aktører tilgang til sin kontekstavhengige konstruksjon av virkeligheten, noe som er relevant for å finne de bakenforliggende faktorene som skaper sosiale fenomener (Blaikie, 2010, s. 19; Bukve, 2016, s. 67). Den abduktive forskningsstrategien følger en logikk som tar utgangspunkt i et observert fenomen, og finner de mulige forklaringene på hvorfor fenomenet har oppstått ved å identifisere de ulike mekanismene i årsakskjeden, noe som er særs relevant for å avdekke for å belyse problemstillingen (Bukve, 2016, s. 66–67). En abduktiv

forskningsstrategi er dermed vurdert som hensiktsmessig for det innledende arbeidet med oppgaven, ettersom det sosiale fenomenet som kan føre til at kvinner avstår fra hormonell prevensjon eller ser på det som farlig er motivert ut ifra deres egne erfaringer, opplevelser og oppfatninger, noe som påvirker deres valg.

En deduktiv forskningsstrategi skal gi en forklaring til assosiasjoner, gjerne ved bruk av en eksisterende teori eller teorier (Blaikie, 2010, s. 85–86). Ettersom en abduktiv forskningsstrategi er mer gunstig for ny teoriutforming i lys av avdekket kunnskap, er ikke denne tilnærmingen passende siden jeg ønsket å bruke etablerte teorier innenfor samfunnssikkerhet (Blaikie, 2010, s. 84).

### 4.3 Metodevalg

En forskningsmetode beskriver teknikk for datainnsamling og analyse av data (Blaikie & Priest, 2019, s. 200). Av forskningsmetoder skiller en gjerne mellom en kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. En kvantitativ forskningsmetode produserer kvantitative data, hvor resultatet fra datainnsamlingen er i numerisk form. En kvantitativ forskningsmetode kan bidra til oversikt over et problem, sammenheng eller fenomen. I kontrast er hensikten med kvalitative forskningsmetoder å produsere data som er basert på ord, som dermed er mer egnet for skriftlige beskrivelser av meninger, tolkninger, oppfattelser og erfaringer tilknyttet sosiale aktører (Blaikie & Priest, 2019, s. 200–202). I denne oppgaven har jeg derfor valgt en kvalitativ metode for å besvare problemstilling og forskningsspørsmål.

I og med at statistikk allerede dokumenterte endringer i prevensjonsvanene blant unge kvinner, ønsket jeg å anvende en kvalitativ metode for å avdekke *hvorfor* det er endring i prevensjonsvanene. Jeg oppfatter drivkreftene bak denne endringen som underkommunisert. Målet er derfor å undersøke hvorfor unge kvinner er skeptiske til hormonell prevensjon, noe jeg oppfatter som et sammensatt fenomen som tall ikke kunne tilstrekkelig beskrive.

### 4.4 Datainnsamling

Blaikie og Priest (2019) viser til ulike former for kvalitative datainnsamlingsmetoder, som observasjon, ulike strukturformer for individuelle intervjuer, gruppeintervjuer og dokumentanalyse (ibid., s. 202-204). Intervju kan struktureres på ulike måter og det skilles mellom ustrukturerte og semistrukturerte intervju i kvalitativ metode. Forskjellen er hvilken



grad av kontroll intervjueren ønsker under intervjuet i forhold til forberedte spørsmål. Et ustrukturert intervju har ingen struktur i form av spørsmål, og dette tillater intervjuobjektet og intervjueren å diskutere temaet fritt. Det semistrukturerte intervjuet har noen forberedte spørsmål, men det er en fleksibilitet innebygd ved at spørsmålene er relativt åpne noe som skaper mulighet for andre innspill fra intervjuobjektet. Fleksibiliteten gjør det også mulig å styre intervjuet over i andre retninger, eller fange opp momenter underveis med oppfølgingsspørsmål som ikke er planlagt (Edwards & Holland, 2013, s. 29–30).

Data brukes om det som blir innsamlet fra forskningsmetodene, og kan inndeles i primær-, sekundær- og tertiærdata. Primærdata omhandler data som blir samlet inn og skapt av forskeren, mens sekundærdata brukes om ubehandlet data fra en annen forsker eller kilde. Tertiærdata er data som er samlet inn og ferdig analysert (Blaikie & Priest, 2019, s. 156). Primærdataene i denne oppgaven ble samlet inn i mars og april 2023. Metodene for datainnsamling baserte seg på både individuelle semistrukturerte intervju og gruppeintervju. Innsamling av sekundær- og tertiærdata ble gjort gjennom dokumentanalyse. Dataene i oppgaven er basert på ett gruppeintervju, fire individuelle intervju og en dokumentundersøkelse.

#### *4.4.1 Utvalg*

##### *4.4.1.1 Gruppeintervju*

Oppgavens fokus er yngre kvinner sin risikopersepsjon i forhold til hormonell prevensjon. Yngre kvinner i denne oppgaven begrenser seg til kvinner mellom 18 og 25 år. Dette utvalget var førende for rekruttering av informanter til gruppeintervju. I starten av arbeidet med rekruttering til gruppeintervjuet ønsket jeg et utvalg på 5-7 unge kvinner.

Fokusgruppeintervju og gruppeintervju brukes noe om hverandre i litteraturen, men det ble generelt anbefalt et utvalg mellom 5-10 informanter (Edwards & Holland, 2013, s. 37; Taylor et al., 2016a, s. 128). Jeg ønsket et gruppeintervju hvor alle informantene fikk lik mulighet til å delta under intervjuet, og vurderte et antall der alle informanter kunne komme til orde. Med tanke på tematikk ønsket jeg heller ikke et for stort antall og valgte derfor å begrense utvalget til 5-7 informanter. Det kan innvendes at det burde vært to fokusgruppeintervjuer, i lys av det lave antallet. Dette ble vurdert, men i lys av tidsbruk og omfanget for oppgaven ble dette ikke sett som et alternativ. Det viste seg krevende å få noen som ville delta og en større

datainnsamling på området vil være utenfor denne oppgavens omfang. Dette kan være relevant for en dypere analyse av dette feltet.

Valget om å fokusere på yngre kvinner mellom 18-25 år er på grunn av observasjon av hvilken aldersgruppe som deltar i diskursen om hormonell prevensjon på sosiale medier, i tillegg til statistikken som nevnes innledende i kapitlet. Statistikken viser en økning i aborttall blant kvinner mellom 15-19 år, og en nedgang i salget av hormonell prevensjon blant de under 30 år (Apotekforeningen, personlig kommunikasjon, 13. april 2023; Folkehelseinstituttet, 2023; Løkeland-Stai, 2023). I og med at tendensen til endringer i prevensjonsvaner og økningen i abortraten er mest markant blant yngre kvinner, var det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i yngre kvinner sin oppfatning av risiko tilknyttet hormonell prevensjon. Yngre kvinner og tenåringsjenter er også aktive i diskursen på sosiale medier som omtalte hormonell prevensjon som noe unaturlig og farlig. Jeg vurderte derfor at en hensiktsmessig aldersavgrensning var mellom 18-25 år, siden det fanger ulike aldersspenn i statistikkene og imøtekommer observasjonen på sosiale medier.

#### *4.4.1.2 Individuelle intervju*

Jeg valgte ikke å spesifisere på forhånd hvor mange individuelle intervju jeg trengte for oppgaven, men valgte heller å la behovet for nye perspektiver under datainnsamlingens forløp diktere antall intervju. Taylor (2016) argumenterer for samme holdning for kvalitativ datainnsamling basert på intervju, ettersom det er hensiktsmessig for en kvalitativ oppgave å fortsette med intervju til dybden i fenomenet er tilstrekkelig avdekket (s. 106).

Den mulige påvirkningen av kommunikasjon skapte et behov for å undersøke kommunikasjonskanalene unge kvinner kan bruke når de ønsker prevensjonsveiledning. Jeg ønsket derfor å intervju personer som har erfaring med kommunikasjon av risiko i forbindelse med hormonell prevensjon. Helsepersonell ble derfor et naturlig steg videre for å undersøke kommunikasjonen unge kvinner mottar i sammenheng med hormonell prevensjon. Utvalget av helsepersonell ble avgrenset til dem som har erfaring med prevensjonsveiledning. Dette kan inkludere helsesykepleiere (tidligere kalt helsesøster), jordmødre, leger, sykepleiere osv. Individuelle intervju med representanter fra denne yrkesgruppen var derfor hensiktsmessig.

I løpet av datainnsamlingen ønsket jeg også å intervju en person som hadde erfaring med kommunikasjon om hormonell prevensjon i media. Dette var nødvendig for å få mer innsikt i hvordan unge kvinners risikopersepsjon blir påvirket av en sosial forsterking av risiko, som i tilfelle av hormonell prevensjon så ut til å foregå i media. Det ble derfor foretatt et intervju med en journalist med relevant erfaring. En journalist ble vurdert som hensiktsmessig grunnet innsikten i medias rolle i en sosial forsterking av risiko.

#### 4.4.2 Rekruttering av informanter

Rekruttering av informanter fant sted mellom februar og tidlig april 2023. Først ble det rekruttert og gjennomført et gruppeintervju, og så startet jeg på rekrutteringen av informanter for individuelle intervju.

##### 4.4.2.1 Rekruttering for gruppeintervju

For å få best mulig informasjonsinnhenting var det et mål at intervjuene skulle avholdes fysisk i Bergen. Jeg brukte hovedsakelig tre tilnærminger til rekruttering av informanter for gruppeintervjuet: flygeblad, annonsering på sosiale medier, og eksisterende relasjoner. Dette resulterte i fire informanter. Dette var lavere enn det forhåndsspesifiserte antallet grunnet tidsbegrensninger og en krevende rekrutteringsprosess.

<b>Rekrutteringsmetode for gruppeintervju</b>	<b>Rekrutteringskanal</b>	<b>Resultat av rekrutteringsmetoden</b>
Flygeblad	Bergen sentrum- matbutikk, hovedbiblioteket i Bergen, UiB bibliotek for humaniora, Det Akademiske Kvarter	1 informant
Sosiale medier, eget nettverk	Tiktok, melding, e-post	1 informant
Familiemedlem	Messenger, e-post	1 informant
Eget nettverk	Messenger, e-post	1 informant

Flygebladet etterspurte kvinner mellom 18-25 år i Bergen, og inneholdt grunnleggende informasjon om studien og intervjuet (se vedlegg 1). Flygebladet ble satt opp på strategiske områder i Bergen sentrum hvor jeg observerte at det oppholdt seg mennesker i målgruppen. Disse er nevnt i tabellen. Flygebladet resulterte i en informant for gruppeintervjuet som

kontaktet meg på mailadressen oppgitt på flygebladet. Avtale om intervjutid og sted ble gjort over e-post, i tillegg til sending av samtykkeskjema i forkant av gruppeintervjuet.

Ettersom flygebladet resulterte i svært langsom rekruttering, valgte jeg å legge ut en annonsering på TikTok hvor jeg etterspurte informanter innenfor aldersgruppen i Bergen. Selv om denne metoden ikke direkte resulterte i informanter for gruppeintervjuet, fikk det en snøballeffekt som medførte en til informant. Snøballmetoden omhandler i hovedsak informanter som henviser til andre informanter slik at det «baller på seg», men beskriver prosessen av rekruttering godt i dette tilfellet (Neuman, 2013, s. 275; Taylor et al., 2016b, s. 106). En venn så innlegget på TikTok og refererte meg videre til en venn med relevant nettverk i Bergen. Vennen kontaktet videre relevante personer innenfor deres nettverk. En informant ble rekruttert til gruppeintervjuet gjennom denne prosessen. Personen ble rekruttert gjennom innledende samtale over melding, og videre samtale på e-post hvor personen fikk mer formell informasjon om intervjuet. Det ble også avtalt tid og sted for intervju, og personen fikk samtykkeskjema på e-post i god tid før gruppeintervjuet.

De to siste informantene ble rekruttert gjennom en mer direkte tilnærming, mye på grunn av tidsbegrensninger. En av informantene ble rekruttert gjennom et familiemedlem. Vi delte ingen relasjon i forkant av rekrutteringen. Den andre informanten var en bekjent. Innledende kontakt med begge informantene fant sted på meldingsplattformen Messenger. Sosiale medier var en enkel og tilgjengelig kanal for kommunikasjon med informantene, siden de fleste innenfor utvalget for gruppeintervjuet bruker sosiale medier (Taylor et al., 2016b, s. 107). Videre kontakten ble holdt på e-post etter informantene uttrykte at de ønsket å delta i intervjuet. E-post var mer praktisk i forhold til sending av samtykkeskjema og formell avtale om gruppeintervju.

#### *4.4.2.2 Rekruttering for individuelle intervju*

Av de fire individuelle intervjuene, ble to rekruttert gjennom eksisterende relasjoner og de andre to ble rekruttert gjennom e-post.

<b>Rekrutteringsmetode for individuelle intervju</b>	<b>Rekrutteringskanal</b>	<b>Resultat av rekrutteringsmetoden</b>
--	---------------------------	---

E-post	E-post	2 informanter
Eget nettverk	Telefon, e-post	2 informanter

Rekruttering gjennom eksisterende relasjoner begrunnes med at jeg ønsket et utvalg av helsepersonell, som viste seg vanskelig siden yrkesgruppen har store tidsbegrensninger i sitt arbeid. Jeg bestemte meg derfor for å ta kontakt med venner eller familiemedlemmer jeg mente kunne ha et relevant nettverk. Jeg benyttet meg derfor av snøballmetoden igjen, som tidligere forklart. Venner og familie kom da tilbake med personer de mente passet utvalget, og ga meg kontaktinformasjonen etter samtykke fra de mulige informantene til mine kontakter. Kontaktinformasjonen var telefonnummer og e-postadresse. Jeg kontaktet først informantene på telefon, hvor jeg ga informasjon om temaet for prosjektet og intervju og for å bekrefte interessen for å delta. I etterkant av bekreftet deltakelse sendte jeg over samtykkeskjema og formell informasjon om intervjuet på e-post. Ettersom begge informantene deltok på intervjuet gjennom videosamtale, ble også invitasjon til videosamtale sendt på e-post. To informanter med bakgrunn som helsepersonell ble rekruttert gjennom denne prosessen.

Rekruttering via e-post resulterte i to informanter. I søket etter informanter med bakgrunn som helsepersonell ble relevante arbeidsplasser for helsepersonell kontaktet. Dette inkluderte helsestasjoner for ungdom og studenter, legekontorer, private helsetjenester, offentlige helsetjenester, helseorganisasjoner, og gynekologiske sentre. Jeg begrenset ikke søket til kun Bergen, siden jeg åpnet for videosamtale som innebar fleksibilitet i forhold til søket etter en informant. En informant svarte på en av e-postene, og uttrykte sin interesse for å delta i prosjektet. Deretter svarte jeg på e-posten med relevant informasjon om prosjektet og intervjuet. I tillegg sendte jeg samtykkeskjema og invitasjon til videosamtale for intervjuet på e-post.

Den siste informanten har bakgrunn som journalist. I og med at jeg ønsket å intervju en person som hadde erfaring med kommunikasjon av risiko tilknyttet hormonell prevensjon, ble søket etter en informant utført på internettet. Jeg søkte både på sosiale medier og i ulike aviser etter en person som hadde god erfaring med å offentlig belyse risiko ved hormonell prevensjon. Etter hvert kom jeg over en journalist som hadde dekket temaet i lengre tid, og valgte å sende personen en e-post med spørsmål om å delta i prosjektet gjennom et intervju.

Personen responderte på spørsmål om deltakelse med interesse. Videre samtale over e-post omhandlet dermed grunnleggende informasjon om prosjekt og intervju, i tillegg til oversendelse av samtykkeskjema og invitasjon til videosamtale.

#### *4.4.3 Gruppeintervju*

Gruppeintervjuet inkluderte fire informanter som var kvinner mellom 18 og 25 år. Gruppeintervjuet fant sted i Bergen sentrum 8. mars 2023. I det videre refererer jeg til informantene som informant 1, 2, 3 og 4.

Målet med gruppeintervjuet var å få innsyn i unge kvinner sin risikopersepsjon tilknyttet hormonell prevensjon. Intervjuet varte i overkant av 45 minutter, som ble spesifisert som tidsbegrensning i forkant av intervjuet (se vedlegg 1 og 2). Noen av kvinnene snakket imidlertid videre uformelt i etterkant av intervjuet, og utsagn fra dette som er relevant for oppgaven blir gjengitt med samtykke fra informantene. Videre ble lydopptak gjennom Nettskjema brukt til å dokumentere innholdet i intervjuet, og opptaket ble videre transkribert i etterkant av intervjuet. Notater dokumenterer relevante deler av den uformelle praten i etterkant av intervjuet.

I forkant ble det utarbeidet en intervjuguide for et semistrukturert gruppeintervju (se vedlegg 3). Ifølge Taylor (2016) er en intervjuguide nyttig for å spesifisere på forhånd de spørsmålene som er nødvendig å utforske med informantene for å besvare oppgavens problemstilling (s. 120). En intervjuguide betyr likevel ikke nødvendigvis at intervjuet følger en strukturert form, der spørsmålene er forberedt på forhånd og er bindende i rekkefølge (Edwards & Holland, 2013, s. 2). Formålet med et semistrukturert gruppeintervju var å dekke relevante aspekter av temaet med informantene. Den semistrukturerte formen på intervjuet foretrukket i kontrast til en ustrukturert form, siden jeg vurderte det som nødvendig å besvare visse spørsmål og ville samtidig bevare fleksibilitet i intervjuet. Flexibilitet åpnet opp for jeg kunne følge opp informantene sine tanker, perspektiver eller holdninger (se vedlegg 3).

Jacobsen (2010) hevder at gruppeintervju er gunstig for å få frem de ulike synspunktene som eksisterer blant sosiale aktører om et avgrenset tema (s. 89-90). Interaksjonen mellom de ulike informantene i et gruppeintervju vil da få frem grunnlaget for synspunktene, ved at deltakerne må argumentere for sine synspunkter i møte med andre perspektiver (ibid.). Det

kan dermed oppstå det Jacobsen (2010) henviser til som en «rekonstruksjon av virkeligheten», siden individer blir konfrontert med daglige utfordringer som de utarbeider en felles forståelse for i gruppen (Jacobsen, 2010, s. 89). Dette er en utfordring knytta til denne formen for kvalitativ datainnsamling. I en gruppesammensetning kan en felles interaksjon over ulike synspunkter medføre ulike hinder, som intervjuer må være observant på, som at enkelte dominerer diskusjonen eller at det utvikles allianser. Forskeren i gruppeintervjuet må derfor fungere som samtalemoderator under intervjuet slik at enkelte synspunkter ikke dominerer i det diskuterte temaet (ibid., s. 89-90):

Risikopersepsjonen knyttet til hormonell prevensjon kan variere ut fra på en person sine erfaringer, oppfatninger, meninger og holdninger. Det var derfor hensiktsmessig å samle inn flere unge kvinner til gruppeintervju, for å undersøke ulike oppfatninger om risikoene forbundet med hormonell prevensjon. Det var også av interesse å undersøke hvordan interaksjon i gruppen kunne frembringe en kollektiv forståelse av risikoene rundt hormonell prevensjon og kommunikasjon kvinnene mottar om prevensjonsmidler. Hvordan kvinnene ga mening til dette i samhandling med hverandre løftet frem en viktig dimensjon om hvordan det kollektive påvirker den enkelte sin risikopersepsjon. Denne oppfattelsen er i tråd med Jacobsen (2010, s. 89) sitt argument om at gruppeintervju får frem hvordan oppfatninger kan endres i interaksjon med andre mennesker. Gruppeintervjuet var derfor en passende metode for datainnsamling, siden det ga oversikt over ulike perspektiver på hormonell prevensjon og innsikt i hvordan felles fortolkning kan påvirke individuelle oppfatninger.

#### *4.4.4 Individuelle intervju*

De fire individuelle intervjuene var alle semistrukturerte intervju basert på en intervjuguide. Intervjuene ble alle gjennomført kryptert gjennom Teams som videosamtale. Lydopptak med Nettskjema ble foretatt i alle intervjuene, og transkribering ble foretatt i etterkant. Nedenfor er en oversikt over hver av informantene med anonymiserte navn, dato for intervjuet, samt opplysninger om yrkesfaglig bakgrunn. Noen opplysninger om yrkesfaglig bakgrunn ekskluderes grunnet gjenkjennefare.

- Informant 5, 28.04.23, fastlege med bakgrunn i farmasi
- Informant 6, 3.04.23, journalist
- Informant 7, 21.04.23, jordmor

- Informant 8, 21.04.23, helsesykepleier

Forarbeid for disse intervjuene fulgte samme prosess og formål som forarbeidet for gruppeintervjuet. Intervjuguider ble forberedt for å ivareta en semistrukturert form på intervjuet, samtidig som viktige temaer blir tilstrekkelig dekket. Tre intervjuguider ble utformet for de individuelle intervjuene (se vedlegg 4, 5 og 6). Informant 7 og 8 hadde imidlertid samme intervjuguide, ettersom arbeidet deres kvalifiserte til samme intervjuguide (se vedlegg 6).

Jacobsen (2010) viser til at individuelle intervju er fordelaktig for å få frem enkeltmennesker sine oppfatninger, holdninger og meninger (ibid., s. 89). Dette er spesielt tilfelle der intervjuet skjer i en privat relasjon hvor informanten kan fortelle fritt uten påvirkning fra andre mennesker (Jacobsen, 2010, s. 89). Denne formen for kvalitativt intervju er dermed nyttig for å undersøke perspektivene til ulike sosiale aktører i dybden. Et nyansert overblikk kan dermed fremkomme ved bruk av individuelle intervju. Av den grunn ble individuelle intervju relevant for å besvare oppgavens problemstilling, siden det var mange ulike sosiale aktører innblandet i kommunikasjon av risiko tilknyttet hormonell prevensjon. Å avdekke hva ulike sosiale aktører vektlegger av informasjon og hvorfor de vektlegger informasjonen var viktig i forhold til risikopersepsjonen blant unge kvinner. Individuelle intervju var derfor mer hensiktsmessig for å få en dybdeforståelse for perspektivene til de ulike aktørene, i tillegg til innsikt i hvor skiller går i meninger og oppfatninger om hormonell prevensjon.

#### *4.4.5 Dokumentundersøkelse*

En dokumentundersøkelse handler om innhenting av både relevante sekundær- og tertiærdata som empiri for oppgaven (Jacobsen, 2010). I enkelte tilfeller kan det være relevant å innhente data fra dokumentundersøkelser, som når det ikke er mulig å innhente primærdata direkte fra kilden (ibid., s. 107). Dokumentundersøkelse er i denne oppgaven aktuelt for å få tilgang på et overordnet perspektiv tilknyttet hormonell prevensjon, som f.eks. føringer for prevensjonsveiledningen.

Under gis en oversikt over dokumentet som er brukt for innhenting av empiri til oppgaven. I oversikten inkluderes også kilden til dokumentet, samt hvilken type data dokumentet kan organiseres innunder.



Dokument	Kilde	Type data
Valg av prevensjonsmidler (2021)	Norsk Elektronisk Legehåndbok (Barlindhaug, 2021)	Tertiærdata

## 4.5 Etiske hensyn

### 4.5.1 Forarbeidet

Forarbeidet for datainnsamlingen inkluderte utarbeidelse av samtykkeskjemaer (se vedlegg 2, 7 og 8). Samtykkeskjemaet følger Universitetet i Stavanger sin mal for samtykke i forskning, der det er beskrevet hva deltakelse i prosjektet innebærer for den enkelte i tillegg til deres rettigheter ved deltakelse. Siden jeg intervjuet flere utvalg, ble det utarbeidet samtykkeskjemaer for hvert enkelt utvalg for å være tydelig på hva deltakelse innebærer for den enkelte. Under beskrives videre vurderinger for innhenting av informert samtykke i forkant av intervjuene.

I forkant av gruppeintervjuet og de individuelle intervjuene ble samtykkeskjemaene tilsendt informantene med oppfordring til å lese gjennom i forkant av intervju. Samtykkeskjemaene ble som regel sendt over e-post i forkant en uke før intervjuet. Jeg ønsket at informantene skulle ha god tid til å se over og sette seg inn i sine rettigheter og føringene for prosjektet før de samtykket. Jeg oppfordret også til å spørre om det var noe uklart med samtykkeskjemaet, eller om det var noe de lurte på i forhold til deres deltakelse i prosjektet. Hvordan jeg dokumentere samtykke og hvordan jeg sikret meg at deltakerne var innforstått med innholdet i samtykkeskjemaet, kommer jeg tilbake til.

Frivillighet er også et viktig prinsipp i forhold til informanter sin deltakelse i forskningsprosjekt (Jacobsen, 2010, s. 32). I de innledende samtalene i forkant av intervjuene var det viktig å understreke at de mulige informantene kunne trekke seg på hvilket som helst punkt under prosjektets forløp, uten å oppgi en grunn. Deres deltakelse ble understreket å være konfidensiell, slik at informantene kunne delta i prosjektet uten forbehold om at noen utenforstående fikk vite om de hadde trukket seg eller deltok i intervjuene. Jeg vektla dette

spesielt i forhold til de som ble rekruttert gjennom eksisterende relasjoner, ettersom deres frivillighet kunne bli påvirket av de relasjonene de ble rekruttert gjennom.

#### *4.5.2 Gruppeintervju*

Gruppeintervjuet startet med spørsmål om noen av deltakerne kjente hverandre. Selv om ingen av deltakerne kjente hverandre, ønsket jeg fortsatt å gi muligheten slik at informantene kunne trekke seg om de opplevde det som ubehagelig. Siden temaet kunne oppleves følsomt, var dette viktig å sikre i forkant av intervjuet. Dette var også et bevisst valg for at informantene sin deltakelse kunne forbli konfidensiell ved å respektere kravet til privatliv, selv om intervjuet skjedde i en gruppesituasjon (Jacobsen, 2010, s. 33).

Videre presenterte jeg samtykkeskjemaet til deltakerne (se vedlegg 2). Siden gruppeintervjuet ble avholdt fysisk, fikk jeg innhentet samtykke skriftlig fremfor å dokumentere samtykke muntlig på lydopptak. Før dette presenterte jeg innholdet i samtykkeskjemaene for deltakerne, før de fikk tid til å lese gjennom innholdet selv. Jeg oppfordret også til å spørre spørsmål om noe var uklart. I etterkant av dette vurderte jeg informantene som godt informerte i forhold til prosjektet og deres deltakelse, og informantene signerte på samtykkeskjemaene.

Etter innhenting av samtykke startet jeg lydopptaket som skulle brukes for å dokumentere gruppeintervjuet. Jeg brukte hovedsakelig Nettskjema for lydopptak, men siden dette var første gang jeg offisielt brukte verktøyet ønsket jeg en «back up». Jeg brukte derfor min private pc sitt innebygde verktøy for lydopptak, og denne filen ble direkte overført på en ekstern minnepinne som var kryptert. I forkant av intervjuet vurderte jeg dette som riktig metode for en nødløsning som bevarer fortroligheten til dataene. Jeg brukte Universitetet i Stavanger sin lagringsguide for studenter i denne vurderingen (Universitetet i Stavanger, 2022). Flere vurderinger knyttet til bruk av kryptert minnepinne følges opp videre i delkapittelet.

Sensitive data omhandler sensitive opplysninger som informasjon om helse, seksuelle forhold eller genetiske opplysninger (Datatilsynet, 2019). Jeg var i forkant klar over at temaet for gruppeintervjuet kunne bli misforstått, siden jeg ønsket oppfatninger tilknyttet risikoene forbundet med hormonell prevensjon og ikke erfaringer med prevensjonsmidler. En

intervjuguide ble dermed forberedt med forbehold om det førstnevnte, der spørsmålene ble utarbeidet på en måte som ikke inviterte til deling av erfaringer (se vedlegg 3). Deling av erfaringer knyttet til helse medfører innsamling av sensitive data, som er utenfor oppgavens fokus eller hensikt. Jeg valgte derfor å understreke før intervjuet at jeg ikke skulle samle inn sensitive data, slik at informantene var klar over fokuset til gruppeintervjuet. Jeg hadde i tillegg en uformell avtale med informantene, der vi ble enige om at jeg kunne si i fra om jeg opplevde at informantene krysset grensen av sensitive personopplysninger. Jeg opplevde derimot i løpet av intervjuet at informantene var flinke til å utelate personlige erfaringer, og det var kun et par ganger under intervjuet jeg opplevde at informantene var nær å krysse grensen. I disse tilfellene opplevde jeg at informantene søkte kontakt med meg i form av kroppsspråk for bekreftelse, og deretter justerte deres svar for å ikke krysse grensen. Å avbryte en informant ble derfor ikke nødvendig, siden jeg avklarte utelatelsen av sensitive data i forkant av intervjuet med informantene. Dette opplevde jeg som en avgjørende faktor for at det ikke ble innhenting av sensitive data under gruppeintervjuet.

#### *4.5.3 Individuelle intervju*

Etiske hensyn i tilknytning til de individuelle intervjuene omhandler innkreving og dokumentasjon av samtykke. I og med at alle de individuelle intervjuene foregikk som videosamtale, var det ikke samme mulighet for å fysisk gå over innholdet i samtykkeskjemaet sammen. Istedenfor valgte jeg da å spørre informantene om de hadde gått gjennom samtykkeskjemaet på starten av intervjuet og om det var noe de lurte på. I etterkant av dette, gikk jeg allikevel gjennom innholdet i samtykkeskjemaet for å være sikker på at informantene hadde tilstrekkelig informasjon for å gi et informert samtykke (Jacobsen, 2010, s. 32). I de tilfeller jeg opplevde at informantene var nølende valgte jeg å beskrive samtykkeskjema mer i dybden. Å være nøye med gjennomgang og forståelse for samtykkeskjemaet var viktig for å oppnå informert samtykke. Samtykke ble dermed dokumentert gjennom lydopptak for informant 5, 6 og 7, siden dette var mest praktisk i forhold til at intervjuet foregikk over videosamtale. Informant 8 signerte derimot samtykkeskjemaet elektronisk i forkant av intervjuet, muligens fordi jeg ikke var klar nok på hvordan samtykke skulle bli dokumentert. Oppbevaringen av samtykkeskjemaet for informant 8 ble i etterkant lagret på en kryptert minnepinne, som er tidligere nevnt i delkapittelet.

#### *4.5.4 Etterarbeidet*

Etiske hensyn i etterarbeidet med datainnsamlingen omfatter lagring og oppbevaring av data. Nettskjema har, som nevnt, blitt brukt for lydopptak under alle intervjuene, og lydopptaket har i etterkant forblitt i Nettskjema. Under bearbeidelse av lydopptakene ved transkribering, har også lydopptaket blitt avspilt i Nettskjema. Nettskjema var et bevisst valg for å garantere at oppbevaringen respekterer fortroligheten til dataene (Universitetet i Stavanger, 2022).

En ekstern minnepinne har også blitt brukt for oppbevaring koblet til datainnsamlingen. Minnepinnen er kryptert med AES 128 bit, etter Universitetet i Stavanger sine anbefalinger (2022). Passordet knyttet til den krypterte minnepinnen ble også oppbevart separat i en kryptert passordtjeneste, og selve passordet er randomisert gjennom samme passordtjeneste. Notater fra intervjuene, kopi av fysiske samtykkeskjemaer, transkriberinger og en sikkerhetskopi av lydopptaket til gruppeintervjuet har blitt oppbevart på minnepinnen under prosjektets forløp. Å bruke en kryptert minnepinne for lagring følger UiS sine standarder for lagring av røde data (Universitetet i Stavanger, 2022). Røde data omhandler fortrolige data som betyr at dataene kan gjøre skade for personer involvert i prosjektet om informasjon lekkes. Lydopptak eller annen informasjon tilknyttet intervju klassifiseres som fortrolige data (Universitetet i Stavanger, 2023). Etter avslutning av prosjektet vil innholdet på den krypterte minnepinnen slettes.

### 4.6 Forskningskvalitet

Troverdigheten av en studie er avhengig av studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 8). Gyldighet kan deles inn i intern og ekstern gyldighet, der førstnevnte undersøker om formålet med studien har blitt tilstrekkelig undersøkt. Ekstern gyldighet omfatter overførbarheten, og vurderer om funnene har relevans utenfor studien (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 10; Jacobsen, 2010, s. 143). Pålitelighet handler om at forskningen er troverdig (Jacobsen, 2010, s. 134; s. 155). I det videre følger vurderinger om kvaliteten på forskningen i oppgaven tilknyttet de tre målenhetene.

#### *4.6.1 Intern og ekstern gyldighet*

##### *4.6.1.1 Intern gyldighet*

Den interne gyldigheten ved studien ble tidlig utfordret ved at det ikke fantes tilgjengelige studier som undersøkte hverken temaet eller lignende problemstilling. Det var derfor få muligheter til å sjekke hva andre forskere hadde kommet frem til i forkant av masterprosjektet. Dette kan være problematisk i forhold til gyldigheten av funnene, siden det ikke finnes tidligere studier som underbygger eller sammenfaller med mine funn. Av fakta i forkant av prosjektet fantes det imidlertid statistikk på økning i salget av nødprevensjon, nedgang i salget av hormonell prevensjon, og økning i abortraten (Apotekforeningen, personlig kommunikasjon, 13. april 2023; Folkehelseinstituttet, 2023; Løkeland-Stai, 2023). Statistikken kan problematiseres av COVID-19 pandemien, som bidro til atferdsendringer i samfunnet. Endring i prevensjonsvaner er dermed forståelig, siden koronarestriksjonene begrenset sosial omgang. De statistiske endringene som omhandler abort og nedgang i hormonell prevensjon er imidlertid begrenset til yngre kvinner. Koronapandemien blir dermed ikke en tilstrekkelig forklaring på hvorfor prevensjonsvanene har endret seg hos yngre kvinner, og andre faktorer må undersøkes. Jeg vurderer derfor de tre statistiske funnene som bidragsyttere til den interne gyldigheten av funnene mine, siden det viser en kvantitativ endring hvor årsaken ikke har blitt undersøkt kvalitativt så langt.

Intern gyldighet kan også økes ved å teste funnene gjennom å representere dem for andre (Jacobsen, 2010, s. 144). Oppbygningen av datainnsamlingen fra gruppeintervju til individuelle intervju ga muligheten til å ta med seg bemerkelsesverdige perspektiver, oppfattelser og holdninger videre til neste nivå og informant. Eksempelvis ble gruppeintervjuet brukt til å informere intervjuguidene for de individuelle intervjuene. Informasjonen fra gruppeintervjuet kunne derfor nyanseres ved å få andre perspektivene på det som var relevant fra gruppeintervjuet.

Å øke intern gyldighet ved å presentere funnene for andre kan også innebære respondentvalidering (Jacobsen, 2010, s. 144), som omhandler validering av funn i oppgaven ved å sjekke dem opp mot de som deltok i datainnsamlingen (ibid.) I og med at jeg ikke visste hva behovet for validering var på forhånd av analysen, valgte jeg å bekrefte muligheten for følge opp funn med informantene. Ved avslutning av intervjuene ble informantene spurt om det var mulighet for å følge opp intervjuet med spørsmål i etterkant. Det ble spesifisert at det dreide seg om oppklaring eller for å validere at utsagnene var tolket riktig. Alle informantene samtykket til dette. Jeg opplevde dette som en tilstrekkelig metode for respondentvalidering, i og med at mer omfattende metoder for respondentvalidering kan virke

arbeidsomme for informantene (Jacobsen, 2010, s. 145). Det ble valgt å sjekke opp med informantene der det var behov for det under transkribering og analyse av data.

#### *4.6.1.2 Ekstern gyldighet (overførbarhet)*

Overførbarhet handler om den eksterne gyldigheten til funnene, forstått som om funnene kan generaliseres til flere utenfor studien (Jacobsen, 2010, s. 152). Formålet med utvalgene i oppgaven har ikke vært å ha et representativt utvalg, men heller å oppnå forståelse for et observert problem og en hypotese. Jeg vil uansett argumentere for at funn fra utvalgene kan til en viss grad generaliseres (Jacobsen, 2010, s. 153).

I forhold til gruppeintervjuet, er det to hovedutfordringer for overførbarheten. Den første omhandler at antallet informanter er lite, også i forhold til det ønskede antallet av 5-7 informanter i starten av datainnsamlingen. Gruppeintervjuet består av fire informanter, og det er derfor et begrenset antall av informanter. Å oppnå det ønskede antallet viste seg å være utfordrende grunnet tidsbegrensninger og vanskeligheter med å rekruttere informanter. Det var derfor ikke mulighet til å ha to gruppeintervjuer. Grunnet det lave antallet av informanter i gruppeintervjuet, er resultatene fra gruppeintervjuet mer å regne som indikasjoner på unge kvinners risikopersepsjon. Disse indikasjonene ble forsøkt styrket gjennom erfaringer fra informantene i de individuelle intervjuene. Jacobsen (2010) viser til at funn fra mindre undersøkelser kan i noen grad generaliseres (s. 154). I lys av det lave antallet av informanter i gruppeintervjuet er det derfor rom for usikkerhet rundt om funnene kan generaliseres eller ikke, siden utvalget ikke er representativt. Funnene kan imidlertid indikere sammenhenger som har ekstern gyldighet.

Den andre utfordringen omhandler om utvalget i gruppeintervjuet er skjevt i forhold til perspektiver på hormonell prevensjon. Informantene i gruppeintervjuet var ikke trukket ut basert på sine synspunkt om hormonell prevensjon. Det var snarere et fokus på å samle inn informanter innenfor det spesifiserte utvalget, men jeg var oppmerksom på muligheten for at det kunne bli et skjevt utvalg. Eksempelvis kunne et skjevt utvalg være at respondenter var av den oppfatning at prevensjon er farlig og at de hadde en forforståelse som gjorde at også ville delta. Dette kan være en utfordring som kan påvirke gyldigheten. Under gruppeintervjuet ble det derimot klart at det var en variasjon av synspunkter blant informantene, som på mange måter er lik slik kvinner forholder seg til hormonell prevensjon utenfor gruppeintervjuet.

Rekrutteringsmetoden mener jeg var en betydelig påvirker, ettersom jeg opplevde at responsen på innlegget på TikTok og flygebladet tiltrakk seg personer som var frustrert over hormonell prevensjon. Derimot ble tre av fire informanter rekruttert direkte eller gjennom eksisterende relasjoner hvor perspektivet på hormonell prevensjon ikke var kjent fra før. Den direkte metoden for rekruttering opplevde jeg da som mer hensiktsmessig for å få tilgang til flere perspektiver og oppfatninger. Å bruke en rekrutteringsmetode som baserte seg på at informantene selv tok kontakt var derfor risikofyllt i forhold til et skjevt utvalg. Dette er en utfordring, men ved at rekrutteringsmetoden ble tilpasset for å kontrollere skjevhet, ble utvalget for gruppeintervjuet mer balansert. Skjevhet i utvalget kan imidlertid ikke utelukkes, men det er uansett en forskningsrisiko ved alle utvalg. Gruppeintervjuet er derfor ikke representativt for hvordan unge kvinner forholder seg til hormonell prevensjon, men kan indikere funn som har en ekstern gyldighet utenfor studien.

De individuelle intervjuene har begrenset overførbarhet, men kan indikere funn som kan overføres til lignende utvalg. Utvalget er for det første lite, og informantene har alle ulike yrkesbakgrunn. Hensikten med å intervju ulike yrkesgrupper, var først og fremst å innhente ulike perspektiver og gå i dybden på disse perspektivene. I og med at kun en er intervjuet innenfor de ulike perspektivene, kan det vanskelig generaliseres til uttrykk for en hel yrkesgruppe. Den eksterne gyldigheten kunne vært styrket om flere fra yrkesgruppene var representert, men dette lå ikke innenfor tidsramme eller omfang av oppgaven. Hensikten var også å innhente flere perspektiver og det ble derfor vurdert som mer hensiktsmessig å innhente ulike perspektiver på bekostning av dybde fra en yrkesgruppe. Det ble derfor vurdert som mer hensiktsmessig å snevre inn utvalget, og utvide antall yrkesgrupper. Ved ikke å ha et representativt utvalg er det uansett sannsynlig at det er funn ved de individuelle intervjuene som kan overføres til lignende yrkesgrupper, men de er ikke representative.

#### *4.6.3 Pålitelighet*

For å sikre mest mulig pålitelighet, må forskeren, ifølge Jacobsen (2010), vurdere påvirkningen av undersøkeren på dataene, konteksten datainnsamlingen skjer i, og hvordan undersøkeren behandler data (ibid., s. 155-157).

##### *4.6.3.1 Gruppeintervjuet*

Gruppeintervjuet foregikk, som nevnt tidligere, fysisk, som stilte visse krav til min opptreden under intervjuet. I forhold til utseende valgte jeg å kle meg presentabel og nøytral, med tanke på hvordan informantene kunne oppfatte meg. Jeg vurderte min oppførsel og kroppsspråk i forkant av intervjuet, der jeg forberedte meg på å være nøytral i uttrykk og kroppsspråk siden informantene kunne bli påvirket om de oppfattet at de fikk bekreftelse for visse meninger, holdninger og oppfatninger. Det var en balanse i når man måtte inn i samtalen og når man burde la være som jeg opplevde som noe utfordrende. Noen av informantene ble da avbrutt mens de skulle til å snakke som kunne få uheldige konsekvenser ved at de holdt seg selv mer tilbake i etterkant. Å navigere dette utover i gruppeintervjuet var også utfordrende, ettersom jeg ikke ønsket å utpeke samme personen til å snakke siden dette kunne oppleves som ubehagelig. Jeg valgte derfor å tenke nøyer over når jeg skulle skyte inn i samtalen videre i gruppeintervjuet, og fant ut at det var hensiktsmessig å tillate perioder med litt stillhet før jeg snakket. I tillegg oppfattet jeg det som at det å være en kvinne i samme aldersgruppe som informantene bidro til at informantene var mer komfortable med å dele sine perspektiver med meg som undersøger.

Konteksten for gruppeintervjuet kan også påvirke informantene. Gruppeintervjuet fant sted på et bibliotek i Bergen sentrum. Et privat konferanserom ble brukt. Naturlig og kunstig kontekst brukes om hvor kjent sammenhengen intervjuet blir avholdt i er for informantene (Jacobsen, 2010, s. 156). Det er vanskelig å si om biblioteket opplevdes som en naturlig eller kunstig kontekst blant informantene, men det er sannsynlig at dette varierte. Jeg var allikevel klar over at konteksten kunne påvirke informantene negativt ved å være en kunstig kontekst. For å motarbeide påvirkningen av en kunstig kontekst valgte jeg å forberede drikke og bakevarer for å gjøre situasjonen noe mindre avskrekkende for informantene. Jeg opplevde at dette fungerte, men at å benytte seg av drikke og bakevarer var avhengig av at en av informantene tok første steget. Å tilby noe til informantene opplevde jeg som et hensiktsmessig verktøy for å normalisere situasjonen.

Til sist, ble lydopptak og notater benyttet under gruppeintervjuet, noe som styrker påliteligheten av dataene. Jeg stolte ikke på at hukommelsen var nok til å registrere innholdet i gruppeintervjuet, og i etterkant av intervjuet har lydopptak vært sentralt i sikre at innholdet i intervjuet blir nedtegnet slik det ble sagt ved transkribering og analyse.



#### 4.6.3.2 Individuelle intervju

De individuelle intervjuene foregikk digitalt som videosamtale. Det stilles derfor andre krav til vurdering av min effekt på intervjuet og konteksten sin påvirkning på informantene, samt hvordan disse påvirker påliteligheten til dataene. Påliteligheten til dataene ble sikret på samme måte som under gruppeintervjuet, med lydopptak og nedskrivning av notater i etterkant av intervjuene.

Videosamtale kan påvirke informantene ved at store deler av kommunikasjon som er til stede under fysiske intervjuer blir utelatt. Kroppsspråk er blant annet en viktig form for kommunikasjon som ikke kommer godt frem under videosamtale, siden kun overkroppen og ansikt er synlig i bildet. For å motarbeide at bortfallet av kroppsspråk skulle påvirke informanten, valgte jeg å være mer intensjonell med bruken av ansiktsuttrykk og kroppsspråk som begrenser seg til overkroppen under intervjuet. Eksempelvis kan dette inkludere å være mer aktiv med smil eller hodenikking for å vise at man følger med på og hører det informanten deler. Jeg brukte aktivt disse som verktøy under de individuelle intervjuene, slik at jeg kunne positivt påvirke informantene sin oppfatning av meg som undersøker under videosamtalene. Jeg vedkjenner derimot også at kroppsspråket kunne bli misforstått ved at informanten kunne oppfatte det som at jeg syntes at det de sa var morsomt eller at jeg var utålmodig ved å nikke. Konstante vurderinger og justeringer av min opptreden som undersøker under forløpet av de individuelle intervjuene var derfor nødvendig. Som undersøker er det derfor mulig at jeg kan ha påvirket påliteligheten til dataene fra intervjuet gjennom min opptreden i videosamtalene, men at dette ble aktivt motarbeidet under de individuelle intervjuene.

Å ha individuelle intervju som videosamtale var en utfordring som sannsynligvis påvirket både meg som undersøker og informanten. En kan derfor ikke utelukke at videosamtale har påvirket resultatene, eksempelvis ved at konteksten oppleves som unaturlig som påvirker hva informanten føler seg komfortabel med å dele. Konteksten av videosamtalen kan dermed oppleves som en kunstig kontekst for informantene fra de individuelle intervjuene (Jacobsen, 2010, s. 156). Påliteligheten i funnene fra de individuelle intervjuene er dermed sannsynligvis påvirket av at de ble avholdt som videosamtale. Påvirkningen omhandler at informanten muligens ikke følte seg komfortabel nok i konteksten av en videosamtale til å dele relevant

informasjon, eller følte seg stresset av videosamtalen som derfor utelot deling av informasjon siden hukommelsen ble påvirket av konteksten.

Til sist, har man som undersøger ved bruk av videosamtale lite kontroll over den ytre konteksten informantene velger å gjennomføre intervjuet i. Eksempelvis kunne informantene bli forstyrret om intervjuet ikke ble avholdt på et passende sted, noe som kunne medføre stress eller distraksjoner. Jeg måtte derfor ha tillit til at informantene valgte et nøytralt sted for å gjennomføre intervjuet, da dette var utenfor min kontroll ved bruk av videosamtaler. Å avtale intervju i god tid før det skulle foregå opplevde jeg som hensiktsmessig for at informantene kunne finne et passende sted for å intervjuene. De fleste individuelle intervjuene ble avholdt i arbeidstiden til informantene etter deres forespørsel, og det var derfor formålstjenlig at informantene fikk god tid til å planlegge hvor de ønsket å gjennomføre intervjuet. Jeg opplevde at informantene valgte passende kontekster for at de skulle gjennomføre intervjuene i ro og stillhet, og jeg vurderer at dette ikke påvirket påliteligheten i særlig grad.

## **5.0 Empiri**

I det følgende fremlegges de empiriske funnene. De empiriske funnene består av et gruppeintervju med unge kvinner, individuelle intervju med sentrale aktører i risikokommunikasjonen, og et dokument. Empirikapittelet består av to deler: redegjørelse for unge kvinners risikopersepsjon, og sentrale aktører sin risikokommunikasjon om hormonell prevensjon.

### **5.1 Unge kvinner og risikopersepsjon**

I det følgende presenterer jeg empirien fra gruppeintervjuet. Gruppeintervjuet gir innsikt i risikopersepsjonen til unge kvinner, i tillegg til deres oppfattelse av risikokommunikasjonen de mottar og den tilliten de har til risikokommunikasjonen.

#### **5.1.1 Unge kvinners risikopersepsjon tilknyttet hormonell prevensjon**

I forhold til fordelene av hormonell prevensjon var informantene enige om at å hindre graviditet var den store fordelen og motivasjonen ved å bruke hormonelle prevensjonsmidler.

De oppfattet det også som fordelaktig å bruke hormonelle prevensjonsmidler for å behandle visse kvinnesykdommer, som endometriose. I tillegg minner informant 3 om at i yngre alder var hormonell prevensjon spesielt assosiert med fordeler som finere hud og/eller større bryster. De nevnte fordelene med hormonell prevensjon er betydelige, men informantene assosierte ingen flere fordeler med hormonell prevensjon.

Assosierte risikoer henviser til de bivirkningene bruk av hormonell prevensjon kan medføre. Oppfatningen av risikoer tilknyttet hormonell prevensjon i gruppeintervjuet varierte fra bekymringer rundt hormoner, psykisk helse, blodpropp, migrene, naturlig menstruasjonssyklus, humørsvingninger, blødningsforstyrrelser, endring i tiltrekning mot kjæreste, ytelse på trening, tørrhet i kjeden og sexlyst. Blant disse, opplevde jeg at informantene oppfattet risikoen for påvirkning av psykisk helse som mest betydelig. Påvirkning av psykisk helse blir i denne oppgaven blir forstått som endringer i stemningsleie, som f.eks. er nedstemthet, humørsvingninger, depresjon osv. I analysearbeidet var psykisk helse nevnt flest ganger av informantene i forhold til bivirkninger av hormonell prevensjon.

Spesielt depresjon og nedstemthet som en konsekvens for psykisk helse var nevnt blant informantene som en risiko ved bruk av hormonell prevensjon. Informantene sin oppfattelse av økt risiko for depresjon og nedstemthet var basert på fornemmelsen av økt fokus på psykisk helse og hormonell prevensjon i samfunnet, og at deres nærmeste hadde opplevd disse bivirkningene ved bruk av hormonell prevensjon. Foruten en direkte mening om påvirkning av psykisk helse, var det en generell oppfatning blant informantene at hormonell prevensjon kan innebære forverring av livskvalitet ved at humør og atferd blir påvirket. Blant annet mente informant 1 at hormonell prevensjon påvirket humøret ved å forstyrre menstruasjonssyklusen, siden hormonell prevensjon flater ut syklusen på en måte som ikke er naturlig for kvinner. Dette ble nevnt i sammenheng med hormonene som er i hormonell prevensjon, som var den andre mest nevnte bekymringen.

Kvinnene i gruppeintervjuet argumenterte flere ganger for innvirkningen av hormoner i kvinnekroppen, og hvor forstyrrende hormonell prevensjon kan være på kvinnelige kjønnshormoner. Blant annet argumenterte informant 1 for at hormoner er «...signaler i kroppen, så når man går på hormonell medisiner så har det mye å si, ikke bare for fruktbarheten, men for alt!» (Informant 1, 08.03.23). Informanten oppfordret dermed til varsomhet ved bruk av hormonell prevensjon, grunnet tilførselen av ekstra hormoner som

kunne forstyrre balansen av de eksisterende kjønnshormonene hos kvinner. Informanten påpekte i tillegg at kvinner burde ha mer informasjon om hvordan hormoner kan påvirke brukere før de bruker hormonell prevensjon, ettersom informanten opplevde at påvirkningen var underkommunisert. Informant 3 fulgte også opp argumentet senere i intervjuet ved å sammenligne hormonene i hormonell prevensjon med bruk av steroider som testosteron, der personer blir mer aggressive grunnet mer hormoner i systemet. Informanten argumenterte for at bruken av hormonell prevensjon kunne ha like konsekvenser, siden ekstra gestagen og/eller østrogen fra hormonell prevensjon kunne negativt påvirke oppførsel og hvordan en føler seg. Ved spørsmål om funksjonen til hormonene i hormonell prevensjon var det derimot noe usikkerhet i gruppen, men informant 1 viste til at gestagen får kroppen til å tro den er gravid.

Risikoene for forstyrrelser av hormoner og psykisk helse varierte noe i forhold til med hvilket prevensjonsmiddel kvinnene diskuterte. Det var knyttet mest negative assosiasjoner til p-piller, og påvirkningen disse har på hormoner, psykisk helse, og til brukerfeil. I forhold til påvirkningen på psykisk helse, var risikoen for begge bivirkningene ansett av gruppen som større ved bruk av p-piller relativt til andre preparater. Informant 4 oppfattet at kun p-piller var assosiert med psykiske problemer, siden de ikke hadde hørt at andre prevensjonsmidler hadde bivirkninger som påvirket psykisk helse. Informant 3 assosierte også p-piller med dårligere humør. Foruten psykiske bivirkninger var også preparatet assosiert med at de inneholdt mye hormoner i forhold til andre prevensjonspreparater. For informant 2 var den ekstra mengden med hormoner i p-piller forbundet med flere negative bivirkninger. P-piller var derimot også assosiert med noen fordeler, som at det ikke var like inngripende som innsetting av spiral og dermed smerteløst.

Langtidsvirkende prevensjonspreparater som p-sprøyte, p-stav og spiral ble trukket frem i kontrast som tryggere prevensjonsmidler. Gruppen assosierte dermed disse preparatene med flere fordeler i forhold til andre prevensjonsmidler. Informantene var derimot noe delt i oppfatningen av hormonspiral og risikoer, mye på grunn av påvirkningen av hormoner på kroppen. Noen av informantene trakk frem at det var mindre hormoner i hormonspiral siden det virket lokalt i kroppen, og andre oppfattet at påvirkningen av hormoner var mer betydelig ved bruk av hormonspiral. Kobberspiral ble da fremmet som et alternativ, siden den ikke inneholder hormoner. Informant 4 assosierte også spiral med forlenget menstruasjon, og menstruasjonsmerter. Smerter ved innsetting av spiral var noe som gikk igjen under intervjuet, og ble nevnt som en motivasjon for at kvinner vil prøve andre prevensjonsmidler.

Spiral ble i tillegg ansett av enkelte informanter som et fremmedlegeme i kroppen, og derfor ikke et attraktivt prevensjonsmiddel.

Informantene ble til slutt enige om at alle prevensjonsmidler medfører negative konsekvenser uansett hvilket man velger, og anerkjente at det var vanskelig å generalisere bivirkninger siden type bivirkninger varierer fra person til person. Brukere av hormonell prevensjon må derfor selv finne ut hva de kan akseptere av bivirkninger basert på valg av prevensjonsmiddel. Informantene følte at kvinner ikke har noe annet valg enn å akseptere bivirkningene som følger med bruk av prevensjonsmidler, i og med at alternativet er å bli gravid. I denne sammenhengen etterspurte derfor informant 1 prevensjonsmidler for menn slik at ansvaret for konsekvensene av samleie blir fordelt mellom kjønnene. Informanten mente det hadde blitt en standard der det hadde blitt normalisert og akseptert at kvinner har det vondt eller har forverret livskvalitet, blant annet fordi de må bære ansvaret for konsekvensene av samleie.

#### *5.1.1.1 Endring i risikopersepsjon tilknyttet hormonell prevensjon*

Gruppen nevnte flere ganger under intervjuet at de oppfattet det som at risikopersepsjonen tilknyttet hormonell prevensjon hadde endret seg i samfunnet, og at deres egen risikopersepsjon hadde endret seg i overgangen fra ungdom til voksen.

På et overordnet nivå oppfattet informantene at samfunnet hadde blitt mer opptatt av risikoene tilknyttet hormonell prevensjon. Foruten et generelt fokus på ufarlige og vanlige bivirkninger, mente gruppen at bekymringer rundt påvirkningen av psykisk helse hadde blitt mest fremtredende av risikoer assosiert med hormonell prevensjon. Informantene betraktet medieplattformer som betydelige bidragsyttere til denne endringen. Sosiale medier og nyhetsstasjoner ble oppfattet som sentrale i å formidle både historier, erfaringer og informasjon om risikoer ved hormonell prevensjon. Enkelte av informantene hadde inntrykk av at fokuset på hormonell prevensjon og tilhørende risikoer hadde blitt mer tilstedeværende under COVID19-pandemien. Informant 3 mente videre at pandemien var katalysator for en kollektiv samtale om hormonell prevensjon og risiko, som har vedvart etter pandemien. Informanten hadde også inntrykk av at søkelyset på psykisk helse gikk i bølger, og at fokuset på psykisk helse under pandemien ble derfor overført til hormonell prevensjon. Informant 2 anså pandemien som en pause hvor kvinner fikk muligheten til å revurdere sitt forhold til

prevensjon på grunn av mer informasjon og delte erfaringer fra andre kvinner. Informant 3 mente også at å dele erfaringer om hormonell prevensjon kunne ha en innvirkning på hvorfor det er mer oppmerksomhet rundt temaet nå. Informanten understreket at en kollektiv samtale om hormonell prevensjon blant kvinner ikke har vært mulig før, siden sosiale medier ikke eksisterte. Sosiale medier blir dermed en plattform hvor kvinner har muligheten til å dele sine erfaringer med hormonell prevensjon. Informant 3 trakk imidlertid frem at det ofte er de dårlige erfaringene som blir løftet frem, hvor man blir advart mot visse prevensjonsmidler. Den store mengden av informasjon kvinner har tilgang på i dag ble løftet frem av informanten som en påvirkende faktor for andre kvinners valg og oppfatning av hormonell prevensjon.

Ifølge informantene, har det også forekommet en endring i risikopersepsjonen i overgangen fra ungdom til voksen. Flere av informantene beskrev hvordan risikoene ved hormonell prevensjon ikke var like tilstedeværende da de var yngre, men at de oppfattet at dette hadde endret seg med alder. Da de var yngre var fordelen med å unngå graviditet sentral, og hormonell prevensjon ble assosiert med positive bivirkninger som større bryster eller finere hud. Derimot fikk informantene inntrykk av at oppfatningen av risikoer endret seg ettersom kvinnene ble eldre. Risikoene ved hormonell prevensjon ble i større grad assosiert med de negative risikoer, altså bivirkninger. Noen av informantene oppfattet at endring i risikopersepsjon var knyttet til et ønske om bedre livskvalitet som motiverer kvinner til å undersøke alternativer. Alternativer var da å slutte på hormonell prevensjon for å se hvordan en føler seg uten det, eller prøve et annet prevensjonsmiddel. Informant 1 minnet om en «snøballeffekt», der noen venninner begynte å lese seg opp på hormonell prevensjon i etterkant av videregående og at nysgjerrigheten av hvordan kroppen hadde blitt påvirket av hormonell prevensjon spredde seg. Flere sluttet derfor på hormonell prevensjon for å skille mellom seg selv og effekten av hormonell prevensjon. Informant 4 mente derimot at store endringer skjer naturlig for kvinner i overgangen fra ungdom til voksen, og at det derfor er vanskelig å si hvilke fysiske og mentale endringer som kan tilskrives hormonell prevensjon.

Informantene oppfattet imidlertid at det hadde skjedd en endring i oppfatningen av risiko i samfunnet, i tillegg til en endring i risikopersepsjonen i overgangen fra ungdom til voksen. I endringene har risikooppfatningen av hormonell prevensjon blitt mer negativ, i den forstand at positive bivirkninger ikke lenger er overtalende. Ifølge gruppeintervjuet, kan en dermed tolke at risiko ved hormonell prevensjon har fått en mer negativ assosiasjon. Påvirkning av

psykisk helse som en risiko er blitt mest fremtredende. Som tidligere nevnt, kan mengden av tilgjengelig informasjon og den moderne muligheten for en kollektiv samtale være grunner for endringene.

### 5.1.2 Oppfatning av kommunikasjon unge kvinner mottar om hormonell prevensjon

Basert på det foregående kan mangel på informasjon om hormonell prevensjon tolkes som en påvirkende faktor for risikopersepsjonen til unge kvinner. Mangelen på informasjon påvirker også deres evne til å håndtere risiko ved hormonell prevensjon. I det videre følger oppfatningen unge kvinner har om risikokommunikasjonen de mottar om hormonell prevensjon.

Informantene oppfattet at aktuelle kilder for informasjon om hormonell prevensjon var internettet, og da spesielt *Google*. Blant kilder på *Google* kom *Sex og samfunn* flere ganger frem som pålitelige kilder blant alternativene på søkeplattformen. Informant 3 begrunnet påliteligheten til *Sex og samfunn* med at organisasjonen ga en god oversikt over alle de tilgjengelige prevensjonsmidlene, og hadde relevant informasjon tilgjengelig.

Sikkerhetsprosenter for forhindring av graviditet basert på prevensjonsmiddel var relevant informasjon informantene fremhevet. Videre blant relevante kilder på *Google*, ble også sosiale medieplattformer som *Kvinneguiden* og *Reddit* trukket frem. Selv om informantene hadde forståelse for at bivirkninger rammer individuelt, syntes de det var hjelpsomt å se hva andre kvinner hadde opplevd ved bruk av aktuelle prevensjonsmidler. Å navigere mange ulike erfaringer med prevensjonsmidler ble derimot ansett som noe utfordrende, grunnet mengden av informasjon. Informantene syntes uansett informasjonen kunne være hjelpsom for å navigere risikoer, samt veie fordeler og ulemper med visse prevensjonsmidler. Relevant informasjon ble dermed tatt med videre, mens resten ble utelatt. Venninner ble også nevnt som en troverdig kilde for informasjon om prevensjonsmidler. Informant 2 uttrykte at å forhøre seg med venninner før en prøver et prevensjonsmiddel kunne være hjelpsomt siden de er en lett tilgjengelig kilde med erfaring. Informant 1 delte oppfatningen, og mente venner var en mer relevant kilde enn helsepersonell. Informanten begrunnet meningen med at venner hadde kjennskap til hvordan hormonell prevensjon fungerer og føles i kroppen. Til sist, trakk også informantene i gruppeintervjuet flere ganger frem ulike norske nyhetskanaler ved spørsmål om hvor de fikk informasjon om hormonell prevensjon, eller ble oppmerksom på visse bivirkninger.

Informantene ga dermed uttrykk for at de søkte seg frem til informasjon selv, som informerte deres valg om hormonell prevensjon. Informant 1 og 4 mente at det var svært vanlig at kvinner fant frem til informasjon om hormonell prevensjon selv, og dermed var klar i hvilket prevensjonsmiddel de ønsket i forkant av konsultasjoner med helsepersonell.

En av grunnene til at informantene søkte opp informasjon selv, og oppfattet at dette var vanlig praksis, er at de oppfattet at informasjonen kvinner mottok fra helseaktører som mangelfull. Informantene viste til et skille. De mente helsepersonell hadde en god kompetanse på alvorlige bivirkninger, men manglet kompetanse og kommuniserte ikke tilstrekkelig ufarlige bivirkninger. Risikokommunikasjonen står dermed i kontrast til risikopersepsjonen. Informantene oppfattet at kvinner er mest interessert i de ufarlige bivirkningene, siden disse har større sannsynlighet for å inntreffe og har størst innvirkning på livskvaliteten til kvinner. Informant 2 oppsummerer et feil fokus på alvorlige bivirkninger i risikokommunikasjonen slik: «Ja, det er lav sjanse for at det påvirker deg, men det som påvirker deg blir du ikke informert om. Det er mer sann du finner ut om på egenhånd når du blir eldre». Ufarlige og vanlige bivirkninger inkluderer f.eks. humørendringer, akne, tørrhet i kjeden, vektøkning (Klørstad et al., 2022). Informant 2 opplevde å ha lite informasjon om dette, og oppfattet det som at kvinner ofte ble overrasket over bivirkninger fordi de ikke var informert om disse på forhånd. Gruppen identifiserte derfor mangel på informasjon om hormonell prevensjon og ufarlige bivirkninger som et hinder for at kvinner kunne ta bedre valg om hvilket prevensjonsmiddel som passer for dem. Informantene uttrykte at om kvinner ikke har informasjon for å kunne identifisere bivirkninger, så kan kvinner fortsette i uvisshet på preparater som forverrer livskvaliteten deres. Informant 1 eksemplifiserte dette da de delte hvordan venninner ble overrasket over bivirkningene de fikk i etterkant av å starte opp igjen på hormonell prevensjon, da de ikke før klarte å identifisere bivirkninger fordi de manglet informasjon. Mangel på informasjon kan dermed bidra til å normalisere en situasjon kvinner ellers ville prøvd å endre for å forbedre livskvaliteten deres, ifølge enkelte av informantene. Informasjon om ufarlige og vanlige bivirkninger var derfor et etterspurt verktøy for å avgjøre om prevensjonsmidler passer for kvinner.

Informantene mente at informasjon om alvorlige bivirkninger, og da spesielt blodpropp, var svært tilstedeværende. Blodpropp var imidlertid ikke en tydelig bekymring blant informantene. Helsepersonell var sentrale i formidlingen av denne informasjonen, og da



spesielt fastleger. Informantene følte seg informerte om blodpropp, og fryktet det ikke siden de var innforstått med at sannsynligheten for blodpropp var lav. Et godt informasjonsgrunnlag kan dermed tolkes å være en betydelig påvirkning for risikopersepsjon, og blir eksemplifisert ved at sannsynligheten for blodpropp er reflektert i risikopersepsjonen til informantene.

Helsepersonell var stort sett utelatt som troverdige informasjonskilder når informantene ble spurt om relevante kilder for informasjon om prevensjonsmidler. Helsepersonell omhandler imidlertid mange yrkesgrupper, og informantene oppfattet at kompetansen varierte. Fastleger sin kompetanse knyttet til hormonell prevensjon ble flere ganger stilt spørsmål ved under gruppeintervjuet. For det første, oppfattet informantene det som at fastleger hadde kun fokus på fordelene av å forhindre graviditet og de alvorlige bivirkningene i risikokommunikasjonen. For det andre, uttrykte informantene at fastlegen var noe forhastet i anbefalingen av prevensjonsmidler. Enkelte av informantene oppfattet det ikke som at fastlegene ikke brydde seg eller var noe interessert i livskvaliteten til kvinner som bruker hormonell prevensjon, og er mest opptatt av å få dem ut av kontoret med et prevensjonsmiddel de på forhånd har valgt. De individuelle behovene til kvinnen oppleves dermed som neglisjert i prosessen. For det tredje, mente informantene at fastleger manglet kompetanse generelt. Informant 3 anerkjente at fastleger har generell kunnskap om mye, og at dybdekunnskap om f.eks. prevensjon kan bli ofret i den sammenhengen. Tidsbegrensninger ble også nevnt som et hinder for hvorfor fastleger sin risikokommunikasjon kunne være mangelfull.

Informantene generelt hadde forståelse for at fastlegene ikke hadde mye kunnskap om hormonell prevensjon. Mangelen på fokus på kvinnehelse ble dratt frem av informant 1 som en grunn for hvorfor det er lite kunnskap om f.eks. hormonell prevensjon, siden helsepersonell får lite informasjon om helseproblemer som er unike for kvinner i utdanningen sin. At en fastlege hadde informasjon om helseproblemer som er spesifikke for kvinner opplevdes som et sjansespill, da kvinnehelse og seksuell helse opplevdes som en nisje i kompetanseområdet. Flere av informantene mente derfor at fastleger hadde et ansvar for å oppdatere kunnskapen sin på prevensjonsmidler, siden utskrivning av prevensjonsmidler forekommer mye i arbeidet. Informant 3 oppsummerer oppfatningen av fastleger sin holdning og kompetanse til hormonell prevensjon med «Enten så vet de ikke eller så bryr de seg ikke». Å bli henvist videre av fastlegen til noen som har bedre kompetanse på hormonell prevensjon

ble derfor etterspurt av noen av informantene, siden de ga uttrykk for at betydningen av å sette en kvinne på hormonell prevensjon ble undervurdert. Gynekologer ble da dratt frem som en ønsket henvisning videre for risikokommunikasjon om hormonell prevensjon. Helsesykepleiere ble også assosiert positivt i forhold til risikokommunikasjon.

### 5.1.3 Tillit og hormonell prevensjon

Informantene uttrykte bekymringer knyttet direkte til tilliten til selve prevensjonsmidlene. Under gruppeintervjuet nevnte flere av informantene at de oppfattet det som at hormonell prevensjon påvirker kvinner slik at de ikke kjente seg selv igjen lenger. Gjennom påvirkningen hormonell prevensjon kan ha på kropp og mental helse, uttrykte enkelte av informantene at kvinner kunne føle seg som en annen person. Enkelte av informantene hadde også opplevd slike endringer i venner og bekjente i etterkant av å starte på hormonell prevensjon. Informant 4 koblet dette til naturlige endringer i livet som påvirker utviklingen til et hvert individ. For resten av informantene var derimot bekymringen om en forstyrrelse av identitet tilstedeværende.

Det foregående er koblet til risikokommunikasjonen unge kvinner mottar om hormonell prevensjon, ettersom informantene uttrykte at kvinner ikke fikk nok informasjon når de oppsøkte helsehjelp for hormonell prevensjon. Dette hang sammen med det de opplevde som manglende kompetanse på de ufarlige bivirkningene som de oppfattet kunne påvirke kvinner til den grad at de kjente seg selv igjen lenger. Mer informasjon som imøtekommer risikopersepsjonen til unge kvinner var da et etterspurt verktøy informantene ønsket, slik at problemet forebygges.

## 5.2 Risikokommunikasjonen unge kvinner mottar

Risikokommunikasjon kan være en betydelig påvirker til risikopersepsjonen blant lekfolk (Renn, 2008). I sammenheng med unge kvinners risikopersepsjon om hormonell prevensjon, har det vært relevant å undersøke kommunikasjonen unge kvinner mottar om hormonell prevensjon. Helsepersonell har vært sentral i denne utforskningen, og informant 5, 7, og 8 belyser risikokommunikasjonen helsepersonell gir til unge kvinner. Informant 5 er, som tidligere nevnt, en fastlege med bakgrunn i farmasi. Informant 7 er jordmor, og informant 8 er en helsesykepleier. Risikokommunikasjon fra helsepersonell er derimot ikke den eneste

kanalen unge kvinner får informasjon fra, slik det blir tydelig ut ifra det foregående delkapittelet. Informant 6 som journalist setter søkelyset på media sin rolle i risikokommunikasjon i forhold til hormonell prevensjon.

### 5.2.1 Hvordan oppfatter involverte aktører unge kvinner sin risikooppfatning tilknyttet hormonell prevensjon?

Informant 5,7, og 8 som helsepersonell deler i stor grad samme oppfatning av risikopersepsjonen til unge kvinner. I deres arbeid med prevensjonsveiledning, nevner alle mange ulike motivasjoner til å bruke hormonell prevensjon. Foruten den åpenbare motivasjonen i å forhindre graviditet, nevnte informantene at pasientene var motivert av å minske menssmerter, minske blødning under menstruasjon, regulere sykdommer som endometriose eller polycystisk ovariesyndrom (PCOS), og å få kontroll over tidspunktet til menstruasjon. Motivasjonene kan da tolkes som fordeler med hormonell prevensjon, som igjen blir en påvirker i risikopersepsjonen til unge kvinner. Oppfattelsen av fordeler varierte derimot noe med alder, ifølge enkelte av informantene.

Informant 8 som en helsesykepleier meddelte at tenåringsjenter ofte var mest interessert i fordelen av å forhindre graviditet, ettersom denne aldersgruppen gjerne er interessert i eller har debutert seksuelt. P-stav var et etterspurt prevensjonsmiddel blant tenåringsjenter, ettersom dette er et langtidsvirkende prevensjonsmiddel med høy sikkerhet (Klørstad et al., 2022). Dette ble da foretrukket fremfor p-piller og spiral, og må sees i sammenheng med fordelen av å forhindre graviditet. I forhold til sikkerhet, ble p-piller vurdert som risikabelt siden det var en sannsynlighet for brukerfeil som kunne lede til graviditet. Både informant 5 og 8 påpekte dette, da de opplevde at kvinner som var bekymret for graviditet brukte p-stav for å unngå brukerfeil. Spiral er et annet langtidsvirkende preparat, men informantene viser til at mottakeligheten for preparatet var noe lavere enn p-stav. Flere av informantene som er helsepersonell nevnte at det kunne ha en sammenheng med at unge kvinner var noe mer skeptisk til preparatet siden de assosierte det med en risiko for smerte under innsetting. I tillegg nevnte alle informantene av gruppen helsepersonell at spiral kan bli valgt bort siden unge kvinner kan være ukomfortable med å ha et fremmedlegeme i kroppen.

Flere av informantene vurderte det også som at oppfattede risikoer endret seg i overgangen fra ungdom til kvinne, slik også gruppeintervjuet også indikerer. Mens de yngste var opptatt av å forhindre graviditet, og dermed mindre opptatt av bivirkninger, var de eldre mer opptatt av de ufarlige og vanlige bivirkningene som kunne påvirke livskvaliteten deres. Noen risikoer blant de yngre var derimot fremtredende, som bekymringer rundt endringer i blødningsmønster- og mengde. Informant 7 ga uttrykk for at enkelte tolket denne risikoen positivt, ettersom de kunne miste menstruasjonen som en konsekvens. Denne oppfattede fordelene påvirket da valget om prevensjonsmiddel, der enkelte prevensjonsmidler ble foretrukket av yngre kvinner som ønsket en slik konsekvens. Hvilke risikoer som var fremtredende i risikopersepsjonen til unge kvinner endret seg videre med alder. Endring i risikopersepsjon så informant 7 i sammenheng med en naturlig progresjon. Fordelen av å unngå graviditet var i tenårene sentralt i valg om prevensjon, men informanten oppfattet det som at kvinner utviklet et mer bevisst forhold til egen kropp over tid. Unge kvinner ble dermed mer opptatt av hvilken påvirkning prevensjonsmidlene kan ha på kroppen. Humørsvingninger ble trukket frem av informanten som en bekymring unge kvinner kunne tillegge bruken av prevensjonsmidler. Informant 7 trakk også frem påvirkning av humør som en fremhevet bekymring blant kvinner, ettersom de hadde opplevd at flere hadde spørsmål om den psykiske påvirkningen fra hormonell prevensjon. Bekymringer rundt psykisk helse kan da bli tolket som sentral i risikooppfatningen til unge kvinner, og forsterker dermed den samme oppfattelsen de unge kvinnene hadde i gruppeintervjuet.

Informant 7 påpekte videre at det foregående hadde en sammenheng med at kvinner var usikre på effekten av hormonell prevensjon i kroppen. I denne sammenheng, fikk også informanten inntrykk av at hormoner var en økende bekymring siden det eksisterte en usikkerhet blant kvinner om hvordan hormonell prevensjon påvirker kroppen. Hormonene ble dermed oppfattet som potensielt skadelig. Dette ble derimot ikke oppfattet som en negativ utvikling av informanten, som mente at bevissthet i forhold til bivirkning og virkning av hormonell prevensjon kan styrke de valgene kvinner gjør om hormonell prevensjon. En økende bekymring om hormoner må i gjengjeld sees i sammenheng med den sosiale forsterking av risiko, som blir drøftet senere i delkapittelet.

### *5.2.1.1 Sosial forsterking av risiko tilknyttet hormonell prevensjon*

Alle informantene fra de individuelle intervjuene hadde opplevd en tidligere eller nåværende økende bekymring om hormonell prevensjon, og koblet det til omtale i sosiale medier og media.

Foruten den utviklingen som skjer nå med oppmerksomhet rundt hormonell prevensjon, mente informant 5 at bekymringer knyttet til hormonell prevensjon skjer i bølger. Bølgene koblet informanten til søkelys i media og sosiale medier. En tidligere bølge mente informanten fant sted under koronapandemien, hvor det ble en pågang av kvinner som bekymret seg for blodpropp. Oppmerksomheten rundt koronavaksinen AstraZeneka og den alvorlige bivirkningen av blodpropp påvirket da risikooppfatningen rundt hormonell prevensjon, hvor bekymringer rundt blodpropp ble forsterket. Fastlegen fikk flere forespørsler om å undersøke risikoen eller bytte prevensjonsmiddel til noe som ikke inneholdt østrogen, ettersom prevensjonsmidler med østrogen er assosiert med blodpropp (Kløkstad et al., 2022). En kan dermed tolke at blodpropp gikk gjennom en prosess av sosial forsterking, som medbragte sekundære konsekvenser ved at kvinner responderte ved å endre prevensjonsmiddel eller oppsøke lege. Informant 5 oppfattet det videre som at yngre kvinner var spesielt utsatt for å bli påvirket av sosial forsterking av risiko, og at de samme bekymringene dermed ikke var like tilstedeværende hos eldre kvinner. Dette kan ha årsak i at yngre kvinner er mer til stede på sosiale plattformer enn eldre kvinner.

En nåværende økning av bekymringer rundt hormonell prevensjon grunnet sosial forsterking av risiko ble bekreftet av informant 6, 7 og 8. Informant 7 og 8 opplevde flere henvendelser fra unge kvinner som var bekymret over hormoner eller påvirkning av psykisk helse. Informant 7 erfarte en økning i forespørsel for hormonfrie preparater, som kobberspiral. Informanten oppfattet at dette hadde en sammenheng med en spredning av informasjon i sosiale medier, der hormoner fra hormonell prevensjon blir fremstilt som en negativ påvirkning på kroppen. Ved spørsmål på hvor pasientene hadde fått informasjonen fra i prevensjonsveiledningen, svarte kvinnene ofte at informasjonen kom fra venninner. Informant 7 oppfattet det som at kvinnene ikke ville innrømme at det egentlig kom fra sosiale medier eller influensere. Videre fremholdt informanten at denne utviklingen avgrenset seg til yngre kvinner, ettersom denne gruppen var sårbare for feilinformasjon som aktive brukere av sosiale medier. Ettersom yngre kvinner også er i fruktbar alder, kunne informasjonen være av spesiell interesse for aldersgruppen. Informant 8 erfarte også en økning i henvendelser fra unge kvinner som ønsket å slutte eller ta en pause fra å bruke hormonell prevensjon.

Informanten oppfattet at dette hadde en sammenheng med en oppblåsing i media, hvor hormonell prevensjon blir fremstilt som noe unaturlig og farlig for kroppen. Dette var derimot fortsatt en liten prosentandel av pasientene og var avgrenset til yngre kvinner, mente informant 8.

Informant 6, som journalist, har bidratt til en sosial forsterking av risiko rundt hormonell prevensjon ved å fungere som en forsterkingsstasjon for videre deling av erfaring med risiko tilknyttet hormonell prevensjon. Informanten hadde derimot et svært bevisst forhold til muligheten for å påvirke andre kvinner sin risikopersepsjon, men mente at dekningen av fenomenet var hensiktsmessig siden det løftet frem et underkommunisert problem. Informanten definerte videre problemet som et enormt udekket informasjonsbehov hos unge kvinner som hindrer dem fra å ta gode valg på vegne av egen reproduktiv helse. Med andre ord, uttrykte informanten at mangelen på informasjon gjorde det vanskelig for unge kvinner å finne frem til eller vite at det er alternativer om de ikke trives på prevensjonsmiddelet de bruker. Omfanget av problemet hevdet informanten var stort, ettersom henvendelser fra unge kvinner med dårlige erfaringer med hormonell prevensjon var uproporsjonalt store i forhold til andre saker. Informant 7 oppfattet det som at problemet ikke begrenser seg til å være en trend på sosiale medier, men er et reelt problem i samfunnet hvor fortvilte unge kvinner ikke får muligheten til å orientere seg i risikoene med hormonell prevensjon grunnet informasjonsmangel. Mangel på prioritering av kvinnehelse og lav status for kvinnehelse ble også trukket inn av informanten som grunn for hvorfor informasjonsmangelen rundt hormonell prevensjon eksisterer, siden det påvirker kompetansegrunnlaget til helsepersonell. Som en forsterkingsstasjon, var informanten bevisst over muligheten for at kvinner med dårlige erfaringer tilknyttet hormonell prevensjon kunne kommunisere disse videre. I innsamlingen av informasjon i forkant av artikler, var det derfor viktig for informanten å presentere problemet på en måte som ikke forminsker opplevelsen til kvinner. Ettersom mye av fenomenet var begrenset til sosiale medier, valgte informanten å ta utgangspunkt i influensere for å få tilgang til perspektivet unge kvinner har om hormonell prevensjon. Å velge influensere som aksepterte kritikk og hadde et reflektert synspunkt på hormonell prevensjon ble dermed prioritert. Informanten fremholdt at det i forkant ble vurdert nøye hvilke influensere som var relevante for å representere synspunktet, siden det kunne påvirke andre kvinner sin risikopersepsjon negativt om feil person fikk tilgang til en større plattform. Synspunktet ble videre balansert med ekspertkunnskaper fra aktuelle helseaktører. Informanten uttrykte samtidig at å balansere synspunkt i artikler var noe forgjeves, siden

individer ofte kun tar med seg det som oppleves relevant for dem. Å formidle et balansert synspunkt på hormonell prevensjon var fortsatt hensiktsmessig mente informanten, siden de opplevde det som et samfunnsansvar å løfte frem problemet siden det belyser en utfordring som rammer mange kvinner.

### 5.2.2 Hvilken risikokommunikasjon mottar unge kvinner om hormonell prevensjon?

Prevensjonsveiledning er en form for risikokommunikasjon, ettersom informasjon blir overlevert om risikoer som gjelder prevensjonsmidler. I det videre gis innsikt i den risikokommunikasjonen unge kvinner mottar i prevensjonsveiledningen. Informant 5, som fastlege, informant 7 som jordmor og informant 8 som helsesykepleier gir innblikk i prevensjonsveiledningen som gis.

De fleste av informantene som er helsepersonell oppga en tidsavgrensning på rundt 5-30 minutter for prevensjonsveiledningen. Informant 7 erfarte derimot at prevensjonsveiledningen ofte strakk seg forbi dette, og hadde tilfeller der prevensjonsveiledning varte mer enn en time. Behov for informasjon hos pasienten gikk igjen som en faktor som bestemte tiden informantene måtte sette av for prevensjonsveiledningen. Tid til prevensjonsveiledning kunne påvirke kvaliteten på prevensjonsveiledningen, og hvilken risikokommunikasjon kvinner mottar.

I de tilfellene varigheten på prevensjonsveiledningen var kort, oppfattet informantene det som at pasientene var forberedt med sine ønsker. Kvinner kom da ofte med en klar bestilling på et spesifikt prevensjonsmiddel, eller så ønsket de å fornye resepten for et prevensjonsmiddel de trivdes med. I de tilfellene kvinner kom med en klar bestilling eller hadde lite informasjonsbehov, oppfattet Informant 7 og 5 at kvinner hadde gjort egne undersøkelser på forhånd av timen. Informant 7 og 5 avgrenset også denne tendensen til en aldersgruppe, som gjerne er unge kvinner. Dette stemmer overens med det som kom frem i gruppeintervjuet, altså at unge kvinner gjør undersøkelser på forhånd av timen. Som tidligere nevnt, indikerte informantene i gruppeintervjuet at unge kvinner gjorde dette fordi de erfarte at risikokommunikasjonen ikke imøtekom deres bekymringer med hormonell prevensjon grunnet manglende kompetanse.

De normale tidsavgrensningene på prevensjonsveiledningen var derimot fokusert på de kvinnene som ville starte med prevensjon, eller skulle starte på et nytt prevensjonsmiddel. Risikokommunikasjonen blir strukturert etter informasjonsbehovet hos kvinnene, der bekymringer møtes. Å forhindre graviditet er en sentral bekymring, men informant 7 og 8 viste til at det var andre bekymringer å strukturere prevensjonsveiledningen etter. Å regulere menstruasjon i forhold til blødningsmengde og smerter gikk igjen som vanlige informasjonsbehov, siden det påvirker hvilke prevensjonsmidler som er passende. I etterkant av å etablere informasjonsbehovet, påpekte informant 7 og 8 at preferansen for type prevensjonsmiddel var nødvendig å etablere.

Både informant 5 og 7 oppfattet at kvinner ofte hadde en preferanse, enten om det er å ta piller eller om de ønsket et langtidsvirkende preparat som spiral eller p-stav. Informant 8 erfarte at p-piller var ønsket av mange tenåringsjenter som førstegangspreparat, siden det kan være mindre avskrekkende enn et langtidsvirkende preparat. Informanten forklarte videre at p-piller kan være mindre avskrekkende, fordi jenter og kvinner kan slutte på det om de får bivirkninger de ikke ønsker. P-piller kan samtidig introdusere risikoen for brukerfeil, og var dermed sentral i risikokommunikasjonen fra informant 5, 7 og 8. Siden brukerfeil ved bruk av p-piller kunne øke risikoen for graviditet, var det viktig å drøfte om pasienten ønsket å introdusere og vedlikeholde vanen med å ta piller hver dag. Om dette ikke var tilfelle, kunne det være en økt risiko for graviditet som gjorde det relevant å se på andre prevensjonsmidler. Informant 7 påpekte imidlertid at det var viktig å vurdere hvor viktig faktor det var å unngå graviditet. De intime forholdene og seksuelle vanene til pasienten var derfor også sentrale i prosessen med å finne et passende prevensjonsmiddel. Ettersom mange kvinner tar prevensjonsmidler for andre grunner enn å forhindre graviditet, kunne graviditet være en mindre betydelig faktor i valget om prevensjon. Om graviditet var viktig å forhindre og/eller risikoen for brukerfeil var tilstedeværende, var det relevant å diskutere langtidsvirkende prevensjonsmidler som spiral og p-stav.

I etterkant av å etablere hvilket prevensjonsmiddel som kan være passende for pasienten blir nødvendige undersøkelser, vurdering av kontraindikasjoner og virkning og bivirkning av prevensjonsmidler gjennomgått. Selv om risikokommunikasjonen ved hormonell prevensjon endrer seg ved type prevensjonsmiddel, er det noen praksiser som er felles ved oppstart av hormonell prevensjon. Dette innebærer utredning av mulige kontraindikasjoner, som eksempelvis sykdommer, allergier, legemiddelbruk og mulighet for graviditet. Disse blir



utarbeidet gjennom spørreskjema og ved tilgang på sykehistorie. Undersøkelser innebærer da blodtrykk, og eventuelt en graviditetstest ved behov for å utelukke graviditet (Barlindhaug, 2021). Risikokommunikasjonen i prevensjonsveiledningen er derimot avhengig av om det relevante prevensjonsmiddelet er et kombinasjonspreparat eller gestagenpreparat. I tilfelle av kombinasjonspreparater, er alvorlige bivirkninger sentrale i risikokommunikasjonen. Informantene ga inntrykk av at risikokommunikasjonen måtte sette søkelys på den alvorlige bivirkningen av blodpropp. Informant 7 og 8 uttrykte varsomhet ved å kommunisere risikoen av blodpropp, og begge mente det er viktig å bruke tid til å sette sannsynligheten for blodpropp i perspektiv. Både informant 7 og 8 velger å kommunisere at sannsynligheten for blodpropp er lav, og at den etter 3 måneder er forbigående. Begge trakk også frem at hvis det ikke var noen tydelige kontraindikasjoner, vil det generelt ikke være en relevant risiko for pasientene. Å informere pasientene slik at de kunne håndtere risikoen var derimot en prioritet, selv om sannsynligheten er lav. I forhold til andre alvorlige bivirkninger ved kombinasjonspreparater, valgte informant 5 og 8 å vektlegge migrene eller sterk hodepine som bivirkning av kombinasjonspreparater. Hvis bivirkningen inntreffer, kan det bli aktuelt å bytte til et annet prevensjonsmiddel. Til sist, viser flere av informantene til fordeler med kombinasjonspreparater som kan bli fremtredende i risikokommunikasjonen basert på behovet til pasienten. Grunnet østroget i kombinasjonspreparater, kan denne typen være gunstig for kontroll av både menstruasjonsmerter, blødningsmengde under mensesen, PCOS, og endometriose (Barlindhaug, 2021).

I forhold til gestagenpreparater, er føringene for risikokommunikasjon mindre tydelige siden det ikke er noen sentrale alvorlige bivirkninger å vektlegge i prevensjonsveiledningen. (Barlindhaug, 2021). Unntaket er imidlertid p-sprøyte, men informant 8 mente at et ønske om p-sprøyte var uvanlig blant unge kvinner. Mer ufarlige og mindre alvorlige bivirkninger er dermed mer sentralt i risikokommunikasjonen, men det eksisterer ikke noen øvrige føring som innlemmer kommunikasjon av disse i prevensjonsveiledningen. Det er dermed mer opp til helsepersonellens vurdering og oppfatning under prevensjonsveiledningen, og informasjonsbehovet til kvinnen. Det er imidlertid mange ufarlige bivirkninger, og det er gjerne noen som er mer relevante å kommunisere utenfor det informasjonsbehovet som har blitt presentert til nå. Informantene som er helsepersonell, vektlegger endring i blødningsmønster i forhold til bivirkninger av gestagenpreparater i risikokommunikasjonen siden det er en vanlig bivirkning. Dette gjelder da spesielt gestagenpreparatene hormonspiral og p-stav, men gjelder i hovedsak alle gestagenpreparater. Endringer i blødningsmønster kan

derimot være en risiko som oppfattes som en positiv konsekvens av noen kvinner, ettersom det kan minske hyppigheten av menstruasjon og dager i menstruasjon. Informant 7 meddelte at noen kvinner ønsker menstruasjonen, og at bortfall av menstruasjon derfor ikke passer alle siden det kan skape bekymringer hos kvinnen. Det kan dermed også tolkes som en negativ konsekvens. Endringer i blødningsmønster kan da også bety mer blødning og lengre menstruasjon, og er derfor en risiko med ukjente konsekvenser i forkant av oppstarten. Ettersom denne bivirkningen er vanlig, ga alle informantene inntrykk av at det var en forventet del av risikokommunikasjonen ved bruk av gestagenpreparater. Informant 8 mente også at informasjonsbehovet om endring i blødningsmønster var et vanlig informasjonsbehov, og noe de fleste pasientene var bekymret for foruten sikkerhet mot graviditet. Informanten viste videre til at dette var fordi unge kvinner ønsket å være seksuelt aktive og planlegge aktiviteter uten å være bundet av blødningen fra menstruasjon.

I de tilfellene prevensjonsveiledningen varte over en halvtime, var det ofte på grunn av særskilte informasjonsbehov eller at kvinner var i en sårbar posisjon, slik informant 7 beskriver. Informanten fremholdt at alder og kultur kunne påvirke informasjonsgrunnlaget kvinner har når de kommer til prevensjonsveiledningen. Dermed kan det være kvinner med særskilt informasjonsbehov, hvor det er viktig å ha tid til å forklare grunnleggende om kjønnsorganene til kvinner og hvordan man blir gravid. Denne informasjonen blir da et grunnlag for videre samtaler om hva prevensjon er, og de muligheter som eksisterer med ulike prevensjonsmidler. Informant 7 mente derimot at et slikt informasjonsbehov ikke var særlig utbredt blant etnisk norske kvinner, men gjerne blant kvinner av en annen kulturell og etnisk bakgrunn dersom de ble fanget opp. Videre kunne abort være en sårbar situasjon som kunne utvide informasjonsbehovet og tiden på prevensjonsveiledningen, i informant 7 sin erfaring. Informanten uttrykte derfor at tid var viktig for å kunne tilstrekkelig imøtekomme de ulike bekymringer og informasjonsbehov som kvinner har, ettersom det kan påvirke kvaliteten på risikokommunikasjonen. Å kunne tilrettelegge for store informasjonsbehov anså derimot informanten som vanskelig for helsepersonell, ettersom de er en tidspresset yrkesgruppe med mye pågang.

#### *5.2.2.1 Kompetanse og kunnskapsutvikling*

Under gruppeintervjuet ga de unge kvinnene uttrykk for at de oppfattet kompetansen blant helsepersonell som et hinder for å få tilstrekkelig informasjon rundt risiko. Dette var da også

en grunn til at de unge kvinnene i gruppeintervjuet oppfattet at de måtte finne frem til informasjon alene. Kompetanse kan derfor tolkes som en betydelig faktor både for risikokommunikasjon og troverdigheten til helsepersonell ved prevensjonsveiledning.

Til felles for alle informantene som er helsepersonell, var ikke læring om prevensjonsmidler særlig tilstedeværende i utdanningen. Informant 5 sin utdanning i farmasi ga innsikt i hvordan hormonell prevensjon fungerer og tilhørende virkning og bivirkninger, mens utdanningen i medisin ga innsikt i kvinnesykdommer og gynekologi. Informanten ga derfor uttrykk for at medisnutdanningen ikke ga særlig kompetanse på hormonell prevensjon, men at nåværende kunnskap om hormonell prevensjon var mye på grunn av utdanningen i farmasi og praktisk erfaring med prevensjonsveiledning. Videre nevnte både informant 7 og 8 et svært begrenset søkelys på hormonell prevensjon i sine grunnutdanninger som sykepleiere. Imidlertid medførte videreutdanninger noe mer kunnskap. Informant 7 opparbeidet seg kunnskap om hormonell prevensjon i jordmorutdanningen, ettersom jordmødre har rekvireringsrett for prevensjonsmidler. Informant 8, som helsesykepleier, opplevde derimot at fokuset på hormonell prevensjon var svært begrenset gjennom sitt utdanningsforløp, og tillegger heller yrke og erfaring med prevensjonsveiledning som sitt kompetansegrunnlag.

At utdanning ikke er en betydelig bidragsyter til kompetanse på hormonell prevensjon var gjennomgående blant informantene som er helsepersonell. Alle trakk heller frem erfaringen de fikk ved prevensjonsveiledning som mest betydelige for deres kompetanse på hormonell prevensjon. I forhold til ny informasjon om hormonell prevensjon som kan videreutvikle kompetansegrunnlaget, var det forskjeller blant informantene. For informant 7 og 8 var det regelmessig mulighet for kunnskapsutvikling gjennom kurs og foredrag i deres yrke og arbeid, men for informant 5 som fastlege er de stort sett selv ansvarlig for å opparbeide seg kunnskap om hormonell prevensjon. Informanten nevnte medisinske tidsskrift og kollegaer som muligheter for kunnskapsutvikling, men viste til at det ikke eksisterte et organisert system for kunnskapsutvikling. Oppdatering på informasjon om hormonell prevensjon ble derfor oppsøkt på egenhånd, eller så fikk de informasjon om det skjedde større endringer i nasjonale retningslinjer. Informant 5 hevdet også at det var en langsom prosess å omdanne informasjon til praksis.

Informantene gir inntrykk av at erfaring med prevensjonsveiledning og muligheter for kunnskapsutvikling bidrar til kompetanse på hormonell prevensjon. De empiriske funnene

indikerer derfor at helseutdanninger ikke er en betydelig bidragsyter til kompetanse på hormonell prevensjon.

## 6.0 Analyse og diskusjon

I denne delen vil de empiriske funnene bli analysert og diskutert opp mot presentert teori.

Delkapittelet vil bli strukturert etter de tidligere nevnte forskningsspørsmålene:

*Hva er risikopersepsjonen til unge kvinner tilknyttet hormonell prevensjon?*

*Hvordan oppfatter unge kvinner risikokommunikasjonen rundt hormonell prevensjon?*

*Hvordan påvirker ontologisk sikkerhet unge kvinners risikopersepsjon tilknyttet hormonell prevensjon?*

Forskningsspørsmålene skal deretter lede frem til svar på problemstillingen *Hvordan påvirker unge kvinners risikopersepsjonen valg om hormonell prevensjon?*

### 6.1. Hva er risikopersepsjonen til unge kvinner tilknyttet hormonell prevensjon?

Både gruppeintervjuet og de individuelle intervjuene fremmer noen sentrale funn om risikopersepsjonen til unge kvinner. Først og fremst viser informantene til at hormonell prevensjon er positivt assosiert med forhindring av graviditet og gunstige bivirkninger hos tenåringsjenter. Samtidig viser funnene at hormonell prevensjon blant yngre kvinner er sterkere assosiert med bivirkninger som negativt påvirker livskvaliteten deres, som igjen påvirker deres valg om hormonell prevensjon. For det andre, er påvirkningen av psykisk helse en fremtredende risiko med hormonell prevensjon for unge kvinner. For det tredje, påvirker mangelen på informasjon risikopersepsjonen unge kvinner har om hormonell prevensjon. For å kompensere, søker unge kvinner ut informasjon selv som også kan påvirke risikopersepsjonen deres.

I forhold til funnene, er Visschers og Siegrists (2018) påstand om at risikopersepsjon påvirkes av oppfatningen av fordeler og risiko relevant. Stabil oppfatning av fordeler tilrettelegger også for aksept i samfunnet, som tidligere nevnt (Visschers & Siegrist, 2018, s. 66). Antall fordeler ved bruk av hormonell prevensjon er lavere enn de risikoene som medfølger, men fordelene med å unngå graviditet er betydelig. Å bli gravid bærer risikoer som på mange måter kan være mer omfattende enn risikoene ved å ta hormonell prevensjon. Dette blir da en

avgjørende fordel som påvirker unge kvinner sin risikopersepsjon i forhold til valg om hormonell prevensjon. Å unngå graviditet motiverer derfor kvinner til å ta i bruk hormonell prevensjon, på tross av de bivirkningene som medfølger. Flere fordeler er da muligens ikke det som driver en stabil aksept av hormonell prevensjon, slik Visschers og Siegrist (2018) viser til. Den stabile aksepten for hormonell prevensjon kan dermed bli forklart ut ifra den gunstige fordelene av å kunne ha kontroll over egne reproduktive evner, som frigjør mange kvinner fra deres biologiske forutsetninger. Dette samsvarer med Visschers & Siegrist (2018, s. 66) sitt argument om at oppfatningen av fordeler er stabile over tid, som skaper aksept for risikoer. Gruppeintervjuet og de individuelle intervjuene støtter dette perspektivet, men viser også at aksepten blir utfordret grunnet endringer i risikopersepsjonen til unge kvinner. Igjen, er dette konsekvent med Visschers og Siegrists (2018) argument, ettersom de påpeker at oppfatninger av risiko endres over tid basert på oppdatert kunnskap (ibid., s. 66).

Risikoer tilknyttet hormonell prevensjon må imidlertid også sees i sammenheng med det psykometriske paradigmet, som er relevant for å forstå hvorfor unge kvinner også kan oppfatte hormonell prevensjon og påfølgende bivirkninger som en trussel (Fischhoff et al., 1978; Slovic, 1987). Oppfattelsen av risikoene varierer blant alle informantene og noen risikoer er mer fremtredende enn andre. Risikopersepsjonen knyttet til bivirkninger av hormonell prevensjon kan påvirkes av de oppsummerende faktorene *frykt* og *hvorvidt en risiko er ukjent*, slik de er beskrevet i det psykometriske paradigmet (Fischhoff et al., 1978; Slovic, 1987)

Den samlede faktoren av frykt er basert på *mangel på kontroll, frykt, katastrofepotensiale, fatale konsekvenser og ulikhet mellom risiko og fordeler* (Slovic, 1987, s. 283). Mangel på kontroll er svært relevant i forståelsen for risikopersepsjon blant unge kvinner. Renn (2008, s. 107) viser også til at kontroll er en karakteristikk ved situasjoner som kan påvirke risikopersepsjon. Gjennom gruppeintervjuet uttrykte kvinnene et dilemma med hormonell prevensjon: *kvinner har ansvaret for å ta kontroll over konsekvensene av samleie, siden nesten alle prevensjonsmidler er rettet mot kvinner*. Kvinner har derfor lite valg i om de skal akseptere risiko ved hormonell prevensjon, siden de er ansvarliggjort basert på deres reproduktive egenskaper. Kvinner har dermed også lite kontroll over om de skal ta hormonell prevensjon, på tross av at de velger selv å bruke det. Følgelig kan risikoer ved hormonell prevensjon oppfattes som urettferdige, slik Renn (2008) påpeker kan påvirke risikopersepsjon og aksept for risikoer (ibid., s. 108). Kvinner må overlate kontrollen av sine reproduktive

evner ved å stole på en ekstern og fjern risikohåndterende institusjon og kunnskapen institusjonen innehar. Manglende fokus på kvinnehelse slik enkelte av informantene nevner, kan også påvirke hvilken tillit kvinner har til institusjonene, og den troverdigheten de har til hormonell prevensjon. Mangelen på kontroll og urettferdighet tolkes derfor som viktige påvirkere av unge kvinner sin risikopersepsjon knyttet til hormonell prevensjon.

Et skjevt forhold mellom oppfattede fordeler og risikoer kan også tillegges *frykt*, ifølge det psykometriske paradigmet (Fischhoff et al., 1978; Slovic, 1987, s. 283). De empiriske funnene indikerer at unge kvinner forbinder flere risikoer med hormonell prevensjon enn fordeler. Det skjeve forholdet kan dermed påvirke valget om hormonell prevensjon, ettersom det ikke fremstår som gunstig. For kvinner som ikke bruker hormonell prevensjon for å forhindre graviditet, kan dette være spesielt relevant. Urettferdigheten som preger hormonell prevensjon kan fremheve det skjeve forholdet, og dermed påvirke risikopersepsjonen til kvinner, i tillegg til de valg de gjør om hormonell prevensjon. Dette kan videre ha innvirkning for aksepten for risikoer knyttet til hormonell prevensjon.

Risikopersepsjonen tilknyttet hormonell prevensjon kan også påvirkes av at risikoene i stor grad er ukjent før kvinner prøver prevensjonsmidler. At risikoen er ukjent henger sammen med den andre oppsummerende faktoren i det psykometriske paradigmet, altså hvorvidt *risikoen er kjent*. Om risikoen er ukjent bygger som tidligere nevnt på at risikoen oppfattes som *ny, om den kan observeres, forsinkede konsekvenser, og at det eksisterer lite vitenskapelig kunnskap* (Fischhoff et al., 1978; Slovic, 1987, s. 282; Visschers & Siegrist, 2018). Gruppeintervjuet og de individuelle intervjuene indikerer at utprøving av prevensjonsmidler er en krevende prosess, siden risikoene i form av bivirkninger er ukjent på forhånd. Foruten en sammenheng med at risikoen er ukjent på forhånd, relateres dette til en forsinkelse av konsekvenser, og at bivirkninger ikke er en fysisk risiko en kan observere. Risikopersepsjonen til unge kvinner kan derfor bli påvirket av at bivirkninger ikke oppstår før etter en viss tid, og at det ikke er mulig å vite hvilke bivirkninger de kommer til å få.

Risiko kan også fremstå som ukjent, ved at unge kvinner oppfatter at det eksisterer lite vitenskapelig kunnskap om relevante risikoer. Informantene uttrykte i gruppeintervjuet at det mangler informasjon om ufarlige og vanlige bivirkninger. Dette hindrer kvinner fra å identifisere disse og eventuelt bytte prevensjonsmiddel. Kvinner går derfor lenge med bivirkninger som negativt påvirker livskvaliteten deres, siden de ikke hadde fått tilstrekkelig

informasjon om prevensjonsmiddelet. Oppfattelsen av at det mangler informasjon om vanlige bekymringer ved hormonell prevensjon berører videre en oppfatning av vitenskapelig kunnskap. Det at helsepersonell ikke fremstår kompetente i risikokommunikasjonen til unge kvinner, kan bidra til tvil om institusjonene som forvalter kvinner sine reproduktive egenskaper og det tilhørende vitenskapelige grunnlaget hormonell prevensjon baserer seg på. Underprioritering av kvinnehelse slik enkelte av informantene viser til, kan også påvirke oppfatningen av vitenskapelig kunnskap som underbygger hormonell prevensjon. Dette blir spesielt relevant i forhold til unge kvinners bekymring om påvirkningen av hormonell prevensjon på psykisk helse, ettersom det ikke eksisterer nok forskning til å stadfeste en korrelasjon mellom psykisk helse og bruk av hormonell prevensjon. Sett i sammenheng med underprioritering av kvinnehelse er det ikke uforventet at unge kvinner anser risikoen for dette som høy, siden risikoen faktisk er ukjent grunnet manglende forskning. Som tidligere nevnt, er det forskning som viser en positiv assosiasjon mellom hormonell prevensjon og depresjon og selvmord (Skovlund et al., 2016, 2018). Denne assosiasjonen står sterkere ved gestagenpreparater, som blir anbefalt hyppigere til unge kvinner for å unngå risikoen for blodpropp som eksisterer med kombinasjonspreparater (Barlindhaug, 2021; Skovlund et al., 2016, 2018). At unge kvinner opplever at deres psykiske helse blir påvirket av hormonell prevensjon er dermed en reell problemstilling, men det trengs mer forskning for å stadfeste en korrelasjon. Underprioritering av kvinnehelse er imidlertid et hinder for å realisere forskningen. Frem til dette blir realisert er dermed risikoen ukjent og oppfatningen av vitenskapelig kunnskap påvirket, siden unge kvinner opplever plager ved bruk av hormonell prevensjon det ikke finnes svar på. Følgelig påvirkes tilliten til stat og institusjoner siden unge kvinner må akseptere risikoer uten et tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag å basere sine valg på. En kan dermed tolke at risikopersepsjonen til unge kvinner blir påvirket av mangelen på informasjon om risikoene som følger med bruk av hormonell prevensjon, og uvissheten av risikoene en kvinne får når de starter på hormonell prevensjon.

De oppsummerende faktorene av *frykt* og *ukjent risiko* kan dermed forklare hvorfor den stabile aksepten for hormonell prevensjon tildels blir utfordret. Fordelen med å forhindre graviditet er fortsatt en pådriver av stabil aksept i samfunnet, men unge kvinner sin risikopersepsjon blir påvirket av at risikoer i form av bivirkninger blir mer fremtredende. Manglende forskning og underprioritering av kvinnehelse kan tolkes som en bidragsyter til at risikoene blir mer fremtredende i risikopersepsjonen, ettersom unge kvinner er mye alene om å orientere seg om ukjente risikoer. Risikoer kan dermed overskygge fordelene av å forhindre

graviditet. Derimot er valget om hormonell prevensjon påvirket av at det eksisterer lite alternativer for kontroll av fertilitet, noe som betyr at kvinner må akseptere hormonell prevensjon og tilhørende risikoer. Urettferdigheten ved situasjonen kan dermed påvirke risikopersepsjonen til unge kvinner, og aksepten for risikoer.

Representativitetsheuristikk og tilgjengelighetsheuristikk er også relevant i forståelsen av unge kvinner sin risikopersepsjon. I gruppeintervjuet vurderte informantene risikoer tilknyttet ulike prevensjonsmidler og hvilke de oppfattet hadde mer forstyrrende bivirkninger. P-piller var fremtredende. P-piller har ulike bivirkninger basert på om de er et kombinasjonspreparat eller gestagenpreparat, uten at slike skiller kom frem i gruppeintervjuet (Klørstad et al., 2022). En representativitetsheuristikk kan dermed tolkes å være innblandet i risikopersepsjonen til unge kvinner, der risikoer kan bli generalisert basert på oppfattet likhet mellom prevensjonsmidlene. Dette kan settes i sammenheng med mangelen på informasjon unge kvinner opplever om hormonell prevensjon. Videre kan en tilgjengelighetsheuristikk også være aktuell å trekke inn, ettersom erfaringer fra bekjente eller erfaringer delt på internettet kan påvirke risikopersepsjonen til unge kvinner. I gruppeintervjuet fremholdt informantene veloverveide vurderinger rundt påvirkningen fra andre på egen risikopersepsjon. Allikevel oppfattet informantene det som relevant å søke ut erfaringer fra andre i fraværet av troverdig og pålitelig risikokommunikasjon fra helsepersonell. De individuelle intervjuene med helsepersonell viser at påvirkningen av andre sine erfaringer på unge kvinner sin risikopersepsjon muligens er mer tilstedeværende enn det gruppeintervjuet indikerer. Som tidligere nevnt, erfarte blant annet informant 7 at kvinner følte på skam ved å innrømme at man blir påvirket av andre kvinner sine erfaringer og opplevelser med hormonell prevensjon, og spesielt om erfaringene var fra ukjente kvinner på sosiale medier. En kan dermed ikke utelukke at unge kvinner blir påvirket av andres erfaringer med hormonell prevensjon mer enn det som ble indikert i gruppeintervjuet. Unge kvinners risikopersepsjon kan dermed tolkes å bli påvirket gjennom en tilgjengelighetsheuristikk, hvor andre sine erfaringer er lett tilgjengelig i minnet til unge kvinner som vurderer risiko ved hormonell prevensjon. Følgelig kan dette også påvirke hvor sannsynlig unge kvinner vurderer risikoer ved hormonell prevensjon, eller deres holdning til hormonell prevensjon.

#### 6.1.2.1 Sosial forsterking av risiko



Basert på det foregående, kan rammeverket for sosial forsterking av risiko være aktuelt i forståelsen av risikopersepsjonen til unge kvinner. Både gruppeintervjuet og de individuelle intervjuene viser til at en sosial forsterking av risiko ved hormonell prevensjon er tilstedeværende.

De nevnte bekymringene om psykisk helse og påvirkningen av hormoner fra hormonell prevensjon har blant annet blitt mer fremtredende i unge kvinner sin risikopersepsjon. Gruppeintervjuet og de individuelle intervjuene viser at oppmerksomheten rundt disse er forbundet med økt omtale i sosiale medier og tradisjonell media. Imidlertid viser informant 6 som journalist til at det eksisterer et stort informasjonsbehov blant unge kvinner og at det derfor er et underkommunisert problem. Å løfte frem utfordringer med hormonell prevensjon i media blir dermed et samfunnsansvar. Fokus på hormonell prevensjon og bivirkninger kan da fortsatt påvirke unge kvinner sin risikopersepsjon, ettersom individer prosesserer informasjon i henhold til egne heuristikker, forutinntatte meninger og holdninger. Uansett arbeidet som blir lagt i formidlingen kan media derfor påvirke risikopersepsjonen til unge kvinner, slik også informant 6 påpekte. Media kan med andre ord være gunstig for unge kvinner sine valg om hormonell prevensjon, ettersom en større bevissthet av risikoene kan bidra til mer passende valg for den enkelte kvinnen. Denne oppfatningen ble også fremholdt av informant 7 som jordmor. Rammeverket av sosial forsterking av risiko kan imidlertid gi innsikt i prosessen av hvordan en risiko blir forsterket, basert på de empiriske funnene.

Både informantene fra gruppeintervjuene og de individuelle intervjuene beskriver at enkelte bekymringer er tilstedeværende i risikopersepsjonen til unge kvinner. Bekymringen blir satt i sammenheng med massedelingen av erfaringer gjennom mediaplattformer, som kan påvirke atferd og oppfatninger om hormonell prevensjon. Ifølge SARF, starter prosessen av forsterking med en hendelse eller anerkjennelse av en risiko (Renn, 2008). I tilfellet informantene beskriver, startet en større endring i risikopersepsjon ved at kvinner delte erfaringer med ulike prevensjonsmidler på sosiale medier. Deling av erfaringer førte dermed til anerkjennelse av risiko ved hormonell prevensjon. Ettersom enhver beskjed er en ansamling av signaler, vil signalene bli videre oppfattet av andre kvinner. Signalene blir da prosessert i henhold til individets relevante heuristikker, forutinntatte meninger (bias), og «attention and selection filters», som tidligere forklart. Basert på det som er relevant og viktig for personen som mottar, vil enkelte signaler bli forsterket og andre minimert i beskjeden. Kvinner vil da ta ut den informasjonen som er viktig og relevant for dem når det blir delt

erfaringer om hormonell prevensjon. Videre blir kvinner forsterkingsstasjoner om de responderer. Foruten å respondere ved å kommunisere videre på sosiale medier som fortsetter forsterkingsprosessen, blir respons gjennom atferdsendringer relevant i forhold til en sosial forsterking av risikoer tilknyttet hormonell prevensjon. Atferdsendringer viser seg muligens i det som kan antas å være sekundære konsekvenser fra forsterkingsprosessen i media, nemlig statistikken som viser nedgang i salg av hormonell prevensjon, økning i abortraten og økning i salg av nødprevensjon (Apotekforeningen, personlig kommunikasjon, 13. april 2023; Folkehelseinstituttet, 2023; Løkeland-Stai, 2023). Tid vil derimot vise om statistikken kan tilskrives en endring i holdningen mot hormonell prevensjon, ettersom de statistiske endringene er relativt ferske.

Forsterkingsprosessen kan imidlertid fortsette i mange ledd. Slik informant 6 viser til, ble også nyhetene oppmerksom på at unge kvinner anerkjente risikoer ved hormonell prevensjon i sosiale medier. Dette ble videreformidlet, og nyhetskanaler kan dermed bli forstått som forsterkingsstasjoner. Informantene i gruppeintervjuet trakk også flere ganger frem ulike norske nyhetsstasjoner ved spørsmål om hvor de fikk informasjon om hormonell prevensjon, eller ble oppmerksom på visse bivirkninger. Ettersom nyhetskanaler har en stor rekkevidde, kan beskjeder bli delt i et større omfang. Signaler i beskjedene kan derfor gå gjennom en ny forsterkingsprosess i møte med kvinner som bruker hormonell prevensjon. Tilhørende sekundære konsekvenser gjenstår derimot å se, siden hormonell prevensjon i skrivende stund er aktuelt i nyhetsbildet.

Ettersom sosiale medier og media er både synlig og spesielt tilstedeværende i unge personer sine liv, kan en sosial forsterking av risiko ved hormonell prevensjon tolkes som en påvirker i risikopersepsjonen til unge kvinner. Økte bekymringer om psykisk helse og påvirkninger av hormoner kan dermed bli forstått ut ifra SARF, hvor risikopersepsjonen til unge kvinner blir påvirket av en sosial forsterking av risiko tilknyttet hormonell prevensjon. Psykisk helse og påvirkningen av hormoner har spesielt blitt fremtredende i forsterkingsprosessen, slik den er reflektert i risikopersepsjonen til de unge kvinnene i gruppeintervjuet. Sosial forsterking av risiko kan dermed ha negative konsekvenser ved at feilinformasjon påvirker risikopersepsjonen til unge kvinner, men kan også være gunstig siden det bringer oppmerksomhet til utfordringer med hormonell prevensjon. Dette kan dermed øke bevisstheten unge kvinner har til egen kropp og hormonell prevensjon, slik også informant 7 hevder. Sett i sammenheng med underprioritering av kvinnehelse som kan skape en mangel

på informasjon om helseutfordringer for kvinner, kan en sosial forsterking derfor være et nødvendig onde.

## 6.2 Hvordan oppfatter unge kvinner risikokommunikasjonen rundt hormonell prevensjon?

Risikokommunikasjon er som tidligere nevnt en målrettet kommunikasjon for å overlevere informasjon om risiko, slik at de som blir påvirket av risikoen kan ta informerte valg for å håndtere risiko (Bostrom et al., 2018; Renn, 2008). Gruppeintervjuet indikerer at unge kvinner oppfatter risikokommunikasjonen som manglende i forhold til deres risikopersepsjon, siden helsepersonell ikke har tilstrekkelig kompetanse. Dette leder til konsekvenser som at kvinner ikke får valgt et passende prevensjonsmiddel og at unge kvinner søker ut risikokommunikasjon om hormonell prevensjon på internettet, eller hos bekjente. De individuelle intervjuene med helsepersonell tyder på at det eksisterer god kompetanse blant helsepersonell, men at det kan være avhengig av mye erfaring med prevensjonsveiledning og gode muligheter for kunnskapsutvikling. Risikokommunikasjonen var da også avhengig av tid helsepersonell kunne sette av til prevensjonsveiledningen. De unge kvinnene i gruppeintervjuet indikerte også at dette var viktig, i og med at de oppfattet det som at prevensjonsveiledning ikke ble viet nok tid til.

Funksjonen til risikokommunikasjonen i prevensjonsveiledningen tolkes som en folkeopplysning, der unge kvinner skal få et ankerpunkt av informasjon som skal imøtekomme deres bekymringer. Folkeopplysningen er som tidligere nevnt spesielt relevant i de situasjoner hvor det ikke eksisterer mye informasjon om en risiko (Aven & Renn, 2010, s. 168; Renn, 2008, s. 203). I tilfelle av hormonell prevensjon er imidlertid det motsatte tilfellet. Unge kvinner har aldri hatt like mye tilgang på informasjon om hormonell prevensjon som de har i dag, grunnet internettet. Informasjonen kan imidlertid variere i vitenskapelig kvalitet. Gruppeintervjuet indikerte at unge kvinner danner et informasjonsgrunnlag gjennom internettet som påvirker valg om hormonell prevensjon. Dette viser seg i erfaringene til informant 1 i gruppeintervjuet, der de hadde opplevd at venninner sluttet på prevensjon fordi de blir påvirket av informasjon om at hormonell prevensjon er farlig eller skadelig for kvinnekroppen. Mengden av tilgjengelig informasjon viste seg også å være en utfordring for enkelte av informantene i gruppeintervjuet. Selv om det å lete seg frem til informasjon på egenhånd ble sett på som mer pålitelig enn informasjon fra helsepersonell, var det fortsatt utfordrende å navigere mange ulike erfaringer når bivirkninger rammer ulikt. Ut ifra

gruppeintervjuet, kan en dermed tolke at det er ønskelig at helsepersonell blir et ankerpunkt i risikokommunikasjonen om hormonell prevensjon. Risikokommunikasjonen fra helsepersonell har derimot behov for å oppfylle funksjonen av folkeopplysning, som innebærer at risikokommunikasjonen imøtekommer unge kvinners bekymringer og informasjonsbehov.

Det er et behov for troverdig og pålitelig informasjon unge kvinner kan bruke til å navigere mengdene av informasjon de blir møtt med i media. Prevensjonsveiledning fra helsepersonell kan oppfylle dette informasjonsbehovet, om risikokommunikasjonen tar hensyn til bekymringene unge kvinner har om hormonell prevensjon.

Risikokommunikasjon som har folkeopplysning som oppgave handler om at risikokommunikasjon skal imøtekomme behov for informasjon om risiko, risikohåndtering, samt tilhørende bekymringer og vanskeligheter. Dette kan være relevant i de tilfellene en risiko eller fare er ukjent, eller det ikke er mye tilgjengelig informasjon om risikoen. Sentralt i denne funksjonen av risikokommunikasjon er å ta hensyn til risikopersepsjonen til målgruppen eller de som blir berørt av risikoen, og sørge for at de bekymringer og usikkerheter som er til stede blir adressert i utformingen og overlevering av informasjon. Ved å kommunisere den tilgjengelige informasjonen ved risikoen, samt anerkjenne de daværende begrensningene til informasjonen, kan individer få et ankerpunkt av informasjon om risikoen (Aven & Renn, 2010, s. 168; Renn, 2008, s. 203).

I tilfelle blodpropp som en alvorlig bivirkning, ble påvirkningen av risikokommunikasjon på risikopersepsjonen til unge kvinner tydelig under gruppeintervjuet. En alvorlig bivirkning som blodpropp kunne ha ført til en sterk bekymring, men dette var ikke tilfellet. I stedet var alle informantene i gruppeintervjuet enige om at blodpropp hadde lav sannsynlighet, og de var derfor ikke bekymret for dette. Risikokommunikasjon om bivirkninger ved hormonell prevensjon kan dermed tolkes som et effektivt verktøy for å balansere risikopersepsjoner opp mot et vitenskapelige grunnlag.

Fra de individuelle intervjuene er det derimot tydelig at det eksisterer god kompetanse blant helsepersonell som kan tilby risikokommunikasjonen unge kvinner har behov for. Risikokommunikasjon kan derfor oppfylle funksjonen med folkeopplysning for unge kvinner, om de finner frem til de rette aktørene. Vanskeligheter med å orientere seg for god

informasjon om prevensjon kan derfor tolkes som et hinder for at unge kvinner får risikokommunikasjonen de trenger. Å få skrevet ut en resept på legemidler kan normalt falle på fastlegen, men yrkesgruppen kan derimot være mer utfordret for å tilby tilstrekkelig risikokommunikasjon i prevensjonsveiledning på grunn av kapasitetsutfordringer. Slik både informantene i gruppeintervjuene og informantene i de individuelle intervjuene fremholder, er fastleger en tidspresset yrkesgruppe. Tid er da avgjørende for kvaliteten på risikokommunikasjonen, slik informantene viser til. I tillegg kan kompetansen være mer avhengig av interessen til fastlegen, ettersom kompetansegrunnlaget i utdanningen ikke tilrettelegger for tilstrekkelig risikokommunikasjon. Informant 5 som fastlege hadde en bakgrunn i farmasi, og stod derfor sterkere i risikokommunikasjonen siden de hadde kompetanse på hormonell prevensjon som et legemiddel. For andre fastleger uten en slik bakgrunn, kan det være mer utfordrende å gi tilstrekkelig risikokommunikasjon til unge kvinner siden de mangler kompetanse og muligheter for kunnskapsutvikling.

Basert på gruppeintervjuet og de individuelle intervjuene, er det nærliggende å tolke at helsepersonell som en yrkesgruppe opplever generaliseringer basert på erfaringene unge kvinner har med fastleger. Dette endrer derimot ikke at tilliten unge kvinner har til helsepersonell er utfordret, siden risikokommunikasjonen ikke adresserer bekymringer som kan ha stor innvirkning på livskvaliteten deres. Behovet for en tillitsbyggende risikokommunikasjon kan dermed være ideelt for at unge kvinner benytter seg mer av helsepersonell for informasjon om hormonell prevensjon (Aven & Renn, 2010, s. 168; Renn, 2008, s. 203). Imidlertid strekker utfordringen av kompetanse på prevensjon seg lengre enn utfordringer med tilstrekkelig risikokommunikasjonen fra helsepersonell. Bekymringer om påvirkning av psykisk helse er blant annet ikke en stadfestet korrelasjon enda selv om unge kvinner bekymrer seg for det. En større innsats kreves for å skaffe kompetanse på dette. Dette er derimot utenfor ansvaret til helsepersonell, og faller på statlige institusjoner som er ansvarlig for kunnskapsutvikling, kompetansegrunnlag og forskning. Tillitsbyggende risikokommunikasjonen er derfor avhengig av mer enn kun helsepersonell, ettersom statlige institusjoner må prioritere forskning som kan brukes til å heve kompetansenivået og kunnskapen til helsepersonell. Over tid, kan dette dermed øke troverdigheten til risikokommunikasjonen og forvaltningen av unge kvinner sine reproduktive egenskaper.

### 6.3 Hvordan påvirker ontologisk sikkerhet unge kvinners risikopersepsjon tilknyttet hormonell prevensjon?

Basert på det foregående, blir ontologisk sikkerhet relevant for å tolke risikopersepsjonen til unge kvinner. Risikoene som medfølger hormonell prevensjon kan bli forstått som en del av risikosamfunnet, siden kontroll av fruktbarhet medfører de moderne risikoene av hormonell prevensjon. Grunnet utleiring har kontroll av fruktbarhet imidlertid blitt anliggende for abstrakte systemer som forvalter unge kvinners reproduktive egenskaper. Ekspertsystemer som en utleiringsmekanisme er en drivende faktor bak de abstrakte systemene, siden ekspertkunnskap bidrar til å frita forvaltningen av risiko fra lokale kontekster (Giddens, 1990). Abstrakte systemer kan dermed forhindre unge kvinner fra å mentalt engasjere seg i risikoer ved hormonell prevensjon, siden de blir forvaltet av en ekstern aktør. Usikkerhet ved hormonell prevensjon kan dermed bli forflyttet. Siden både ekspertsystemer og systemene er abstrakte, krever det tillit siden risikohåndteringen er overført til fjerne aktører. Dette henger imidlertid sammen med tilliten til ekspertsystemer og oppfattelsen av pålitelighet til et abstrakt system som forvalter kvinners reproduktive egenskaper og helse. Tilgangspunkter til de abstrakte systemene blir derfor viktige, siden kompetansen til utøveren av ekspertkunnskap kan påvirke troverdigheten til resten av systemet, noe Giddens (1990, ss. 88-91) viser til. Tilgangspunkter er derfor sårbare punkt i systemet. Helsepersonell som tilgangspunkter til de abstrakte systemene blir dermed viktige møtepunkt for forbrukere av hormonell prevensjon, ettersom de er utøvere av ekspertsystemer.

Gruppeintervjuet indikerer imidlertid et ambivalent forhold til tilgangspunktene, siden det mangler kontinuitet i kompetansen blant utøverne av ekspertsystemene. Informantene i gruppeintervjuet uttrykte at de opplevde møtet med helsepersonells kompetanse på hormonell prevensjon som et sjansespill. Mangel på kontinuitet i kompetanse blant helsepersonell kan dermed tolkes som en bidragsyter til uforutsigbarhet, som er grunnleggende for dannelse av ontologisk sikkerhet. Dette kan videre påvirke troverdigheten til det øvrige systemet og ekspertsystemene som informerer risikohåndtering ved hormonell prevensjon, som tidligere påpekt. Kvinner står utenfor ekspertsystemene, og må ha tillit til utøverne av ekspertsystemene for å kunne benytte seg av kunnskapen de blir gitt om hormonell prevensjon. Som tidligere nevnt, oppfattet informantene i gruppeintervjuet at kvinner ikke henvendte seg til helsepersonell for informasjon om hormonell prevensjon grunnet opplevd mangel på kompetanse på det som bekymret dem. Kvinner må derfor bruke andre

informasjonskilder for å navigere risiko ved hormonell prevensjon, slik informantene viser til i gruppeintervjuet. Usikkerhet blir dermed tilstedeværende ved bruk av tilgangspunktene til de abstrakte systemene, grunnet oppfattelsen av uforutsigbarhet i kompetanse blant helsepersonell. Følgelig kan usikkerheten påvirke den grunnleggende følelsen av trygghet som kvinner trenger for å akseptere og navigere risiko ved hormonell prevensjon. Gruppeintervjuet indikerer imidlertid at en grunnleggende følelse av trygghet ikke er til stede i bruk av helsepersonell som tilgangspunkt, og at kvinner derfor må navigere risiko stort sett alene. Tilgangspunktene som da egentlig skal fungere som et anker av trygghet for å minimere usikkerhet i individer sitt liv, oppnår muligens ikke denne funksjonen i kvinner sine liv i forhold til prevensjonsveiledning.

Abstrakte systemer kan bidra til en følelse av trygghet ved å forvalte risiko på vegne av kvinner, men det kan også skape usikkerhet. Blant annet kan abstrakte systemer være vanskelig å orientere seg i. De empiriske funnene gir inntrykk av at dette er tilfelle, siden de unge kvinnene i gruppeintervjuet mente at det er vanskelig å finne frem til kompetent helsepersonell å henvende seg til for informasjon om hormonell prevensjon. Fra de individuelle intervjuene med helsepersonell, er det derimot tydelig at det eksisterer god kompetanse som imøtekommer unge kvinners bekymringer om hormonell prevensjon. Vanskeligheter med å finne frem til kompetent helsepersonell kan dermed påvirke forvaltningen av risiko tilknyttet hormonell prevensjon, ettersom unge kvinner ikke får informasjon som kan bidra til at de kan håndtere risikoene. Abstrakte systemer kan imidlertid forvalte risiko for å skape trygghet for kvinner i håndteringen av risiko tilknyttet hormonell prevensjon. Dette gjør tilgangspunkter til de abstrakte systemene viktige, og gjør påvirkningen til helsepersonell betydelig for følelsen av trygghet ved bruk av hormonell prevensjon.

Kompetansen til helsepersonell som tilgangspunkter er imidlertid også avhengig av ekspertsystemer. Hvilken kunnskap helsepersonell kan basere risikokommunikasjonen på er avhengig av tilgjengelig kunnskap. Som tidligere nevnt, er det noen kunnskapshull som berører risikokommunikasjonen unge kvinner kan motta om hormonell prevensjon fra helsepersonell. Som vist til, er det behov for forskning som adresserer de bekymringene unge kvinner har om hormonell prevensjon. Psykisk helse var en sentral bekymring blant informantene i gruppeintervjuet, men det er lite forskning som stadfester en korrelasjon mellom påvirkningen av psykisk helse og bruk av hormonell prevensjon. Helsepersonell er

utøvere av kunnskapen fra ekspertsystemene, men er begrenset til kunnskapen som eksisterer. Både informant 7 og enkelte av informantene i gruppeintervjuet mente det var en sammenheng mellom kompetansenivå og manglende forskning. Videre koblet noen av informantene også manglende forskning til nedprioritering av kvinnehelse. Ekspertsystemer informerer abstrakte systemer som er ansvarlig for risikohåndtering av hormonell prevensjon. I dette impliseres tilliten til hormonell prevensjon. Følgelig utfordres tilliten både ekspertsystemene og de abstrakte systemene, ettersom kompetansen til helsepersonell ikke eksisterer i et vakuum.

Den ontologiske sikkerheten til unge kvinner blir også påvirket på en annen måte som er mer knyttet til selve prevensjonsmidlene. Under gruppeintervjuet nevnte flere av informantene at de oppfattet det som at hormonell prevensjon påvirker kvinner slik at de ikke kjente seg selv igjen lenger. Gjennom påvirkningen hormonell prevensjon kan ha på kropp og mental helse, uttrykte noen av informantene at kvinner kunne føle seg som en annen person. Enkelte av informantene hadde også opplevd slike endringer i venner og bekjente i etterkant av å starte på hormonell prevensjon. En bekymring for forstyrrelse av identitet er derfor tilstedeværende. Ontologisk sikkerhet omhandler også stabilitet i identitet, som også blir et verktøy for å imøtekomme endringer og usikkerhet (Giddens, 1990). Kontinuitet i identitet er da koblet til en grunnleggende trygghet individer kan bruke for å navigere og orientere seg i sin virkelighet. At hormonell prevensjon kan være en trussel mot kontinuiteten av egen identitet utfordrer dermed den ontologiske sikkerheten til kvinner. Dette er også nærliggende mangel på forskning som undersøker korrelasjonen mellom hormonell prevensjon og psykisk helse, fordi mangel på forskning utelater bivirkningen fra risikokommunikasjonen unge kvinner mottar. En forstyrrelse av identitet påvirker dermed risikopersepsjonen til unge kvinner, siden en trussel mot stabilitet i identitet berører en emosjonell tilstand av ontologisk sikkerhet.

Gruppeintervjuet indikerer derfor at hormonell prevensjon og risikokommunikasjonen rundt det kan bidra til ontologisk usikkerhet. Ontologisk usikkerhet kan direkte kobles til en manglende følelse av trygghet grunnet uforutsigbarhet ved bivirkninger av hormonell prevensjon, som dermed kan forstyrre stabiliteten i identiteten til kvinner. En konsekvens av dette er at kvinner slutter på hormonell prevensjon, siden bivirkningene kan oppleves som en trussel grunnet en betydelig påvirkning på kropp og mental helse. Ontologisk usikkerhet kan også sees i sammenheng med varierende og manglende kompetanse blant helsepersonell, der kvinner ikke oppnår en følelse av trygghet i kontakt med tilgangspunkter til de abstrakte



systemene som skal forvalte deres reproduktive egenskaper. Manglende og varierende kompetanse henger imidlertid sammen med ekspertsystemet som informerer kompetansen til helsepersonell, men som mangler kunnskap om det som bekymrer unge kvinner, som vist til tidligere. Følgelig blir tilliten til ekspertsystemet og helsepersonell som tilgangspunkt påvirket.

## **7.0 Konklusjon**

### **7.1 Hvordan påvirker unge kvinners risikopersepsjon valg om hormonell prevensjon?**

Gjennom oppgaves forløp har det blitt forsøkt å svare på følgende problemstilling:

*Hvordan påvirker unge kvinners risikopersepsjon valg om hormonell prevensjon?*

For å svare på problemstillingen nevnes noen sentrale funn fra datainnsamlingen. De empiriske funnene tilsier at bivirkninger ved hormonell prevensjon er betydelig i risikopersepsjonen til unge kvinner. Unge kvinners bekymringer tilknyttet hormonell prevensjon omhandler ufarlige og vanlige bivirkninger som kan påvirke livskvaliteten deres. Påvirkningen av hormonell prevensjon på psykisk helse var den mest fremtredende bekymringen ifølge gruppeintervjuet med unge kvinner. Ontologiske usikkerhet er implisert i bekymringen i og med at påvirkning av psykisk helse kan utfordre kontinuitet i identiteten til unge kvinner. Risikopersepsjonen til unge kvinner knyttet til hormonell prevensjon tolkes i oppgaven å være påvirket av en overordnet mangel på kontroll. Ettersom alle prevensjonsmidler er utformet for kvinner, blir de ansvarliggjort for konsekvensene av samleie. Kvinner i fruktbar alder må derfor akseptere risikoer ved hormonell prevensjon, ettersom det eksisterer få alternativer grunnet mangelen på likestilling mellom kjønnene i utformingen av prevensjonsmidler.

De empiriske funnene indikerer imidlertid at unge kvinner ikke får informasjonen de trenger til å samtykke til risikoene ved hormonell prevensjon. Gruppeintervjuet med unge kvinner indikerer at unge kvinner ikke får tilstrekkelig risikokommunikasjon fra helsepersonell siden de mangler kompetanse. Fastleger ble i gruppeintervjuet omtalt som en yrkesgruppe som manglet kompetanse på hormonell prevensjon. Grunnet mangel på kompetanse får ikke unge kvinner imøtekommet risikopersepsjonen sin i prevensjonsveiledningen. Tilhørende responser var derfor å søke ut informasjon på egenhånd, hvor nettet stod sentralt for

risikokommunikasjon om hormonell prevensjon. Følgelig er sosial forsterking av risiko aktuelt, siden informasjon på nettet og spesielt sosiale medier er styrt av personer uten faglig bakgrunn. Individuelle intervju med helsepersonell tyder imidlertid på at god kompetanse eksisterer på hormonell prevensjon, men at det ikke er på grunn av utdanningen. Erfaring med prevensjonsveiledning og muligheter for kunnskapsutvikling i arbeidet bidro mer til kompetanse på hormonell prevensjon. Kompetanse på hormonell prevensjon er også avhengig av tilgjengelig forskning, der blant annet assosiasjonen mellom psykisk helse og hormonell prevensjon ikke er tilstrekkelig kartlagt på tross av å være en fremtredende bekymring. Dette kan ha en sammenheng med underprioritering av kvinnehelse. Ansvaret for kompetanse i risikokommunikasjonen strekker seg derfor langt forbi helsepersonell. Gruppeintervjuet indikerer at unge kvinners oppfatning av varierende kompetanse blant helsepersonell bryter med forutsigbarhet. Dette kan dermed ha implikasjoner for en følelse av trygghet og derfor påvirke den ontologiske sikkerheten til unge kvinner.

Problemstillingen *Hvordan påvirker unge kvinners risikopersepsjon valg om hormonell prevensjon?* kan dermed kort besvares med at unge kvinners risikopersepsjon påvirker valg om prevensjon ved at bivirkninger er fremtredende som en risiko. Ufarlige og vanlige bivirkninger blir viktige vurderinger ved valg om hormonell prevensjon, siden god livskvalitet er en prioritet. Risikokommunikasjon fra helsepersonell kan bidra til at unge kvinner kan navigere risikoer ved hormonell prevensjon og finne et passende prevensjonsmiddel. Gruppeintervjuet med unge kvinner indikerte imidlertid at risikokommunikasjonen fra helsepersonell ikke imøtekommer risikopersepsjonen til unge kvinner. Tilliten til helsepersonell er utfordret slik at unge kvinner ikke benytter seg av helsepersonell for prevensjonsveiledning. I stedet søker de ut informasjon på egenhånd, og risikopersepsjonen deres kan derfor bli påvirket av en sosial forsterking av risiko. Mangel på informasjon kan derfor tolkes som en betydelig påvirkning på de valgene unge kvinner gjør om hormonell prevensjon.

## 7.2 Videre forskning

Omfang ble ofret for dybdeforståelse i oppgaven og et naturlig spørsmål videre blir dermed utbredelsen til enkelte av funnene. I forhold til videre forskning, er det relevant å undersøke omfanget av kvinner som ikke får tilstrekkelig risikokommunikasjon om hormonell prevensjon. I denne oppgaven er det et fremtredende funn at unge kvinner ikke får

imøtekommet sine bekymringer i risikokommunikasjonen fra helsepersonell. I og med at det å bruke hormonell prevensjon er utbredt blant kvinner i fruktbar alder, er det bekymringsverdig at ikke risikokommunikasjonen er utformet bedre for å tilstrekkelig adressere bekymringene kvinner har. Å forbedre risikokommunikasjonen om hormonell prevensjon henger imidlertid sammen med en underprioritering av forskning på kvinnehelse og implementering av undervisning om kvinnehelseproblematikk i helseutdanninger. I forhold til videre forskning er det derfor svært relevant å undersøke hvor mange kvinner som ikke føler de får tilstrekkelig informasjon før de blir foreskrevet hormonell prevensjon. Om omfanget er utbredt blant kvinner, kan det bli relevant å undersøke om problematikken påvirker kravet om informert samtykke i helsehjelp (§ 4-1 Hovedregel om samtykke). Om mangelen på informasjon er systematisk, kan kravet om informert samtykke bli utfordret av den manglende risikokommunikasjonen kvinner mottar om hormonell prevensjon.

Videre har ikke oppgaven gått særlig inn på den sosiale bevegelsen av unge kvinner på sosiale medier som mener hormonell prevensjon er farlig og unaturlig. Som tidligere nevnt i oppgaven, mente blant annet informant 7 som jordmor at kvinner ikke ville innrømme at de fikk informasjon fra fremmede på nettet under prevensjonsveiledningen. Dette mente informanten hadde en sammenheng med skam. Det anerkjennes derfor at påvirkningen av sosiale medier kan være mer betydelig enn det kommer frem i oppgaven, når det gjelder unge kvinners risikopersepsjon tilknyttet hormonell prevensjon. Siden sosiale medier har en sentral plass i livet til unge mennesker og samfunnet generelt, er det relevant å undersøke påvirkningskraften til en slik bevegelse ettersom den rivaliserer vitenskapelig kunnskap uten å basere seg på vitenskap. Videre forskning kan derfor i større grad avdekke hvilken innvirkning den sosiale bevegelsen på sosiale medier har på unge kvinners valg om hormonell prevensjon.

## 8.0 Referanseliste

- Anderson, T. W. (1970). Oral Contraceptives and Female Mortality Trends. *Canadian Medical Association Journal*, 102(11), 1156–1160.
- Apotekforeningen. (2023, april 13). [Personlig kommunikasjon].
- Aven, T., & Renn, O. (2010). *Risk management and governance: Concepts, guidelines and applications*. Springer.
- Aven, T., & Thekdi, S. (2022). *Risk science: An introduction*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Barlindhaug, S. F. (2021). *Valg av prevensjonsmiddel*. Norsk Elektronisk Legehåndbok. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/prevensjon/valg-av-prevensjonsmiddel>
- Beck, U., Giddens, A., & Lash, S. (Red.). (1997). *Reflexive modernization: Politics, tradition and aesthetics in the modern social order* (Reprint). Polity Press.
- Blaikie, N. W. H. (2010). *Designing social research: The logic of anticipation* (2nd ed). Polity Press.
- Blaikie, N. W. H., & Priest, J. (2019). *Designing social research: The logic of anticipation*. Polity.
- Bostrom, A., Böhm, G., & O'Connor, R. E. (2018). Communicating Risks: Principles and Challenges. I M. Raue, E. Lerner, & B. Streicher (Red.), *Psychological Perspectives on Risk and Risk Analysis* (s. 251–277). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-92478-6\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-319-92478-6_11)
- Brown, J., & Farquhar, C. (2015). An Overview of Treatments for Endometriosis. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 313(3), 296–297. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.17119>

- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre: Om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt*. Universitetsforl.
- Datatilsynet. (2019). *Behandlingsgrunnlag*. Spesielt om særlige kategorier av personopplysninger (sensitive personopplysninger) - forbud og unntak. <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/behandlingsgrunnlag/veileder-om-behandlingsgrunnlag/>
- DeMayo, F. J., Zhao, B., Takamoto, N., & Tsai, S. Y. (2002). Mechanisms of Action of Estrogen and Progesterone. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 955, 48–59. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2002.tb02765.x>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 4, 332–335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Edwards, R., & Holland, J. (2013). *What is qualitative interviewing?* Bloomsbury.
- Eielsen, M. S. (2020). *Pillen—Historien om 1900-tallets viktigste oppfinnelse*. Forlaget Manifest. <https://www.ark.no/produkt/boker/faktaboker-og-dokumentarer/pillen-9788283420432>
- Engen, O. A. H., Gould, K. A. P., Kruke, B. I., Lindøe, P. H., Olsen, K. H., & Olsen, O. E. (2021). *Perspektiver på samfunnssikkerhet* (2. utgave). Cappelen Damm Akademisk.
- Fischhoff, B., Slovic, P., Lichtenstein, S., Read, S., & Combs, B. (1978). How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. *Policy Sciences*, 9(2), 127–152. <https://doi.org/10.1007/BF00143739>
- Folkehelseinstituttet. (2023, mars 9). *Legemiddelbruk*. Reseptfritt salg av legemidler i 2022. <https://www.fhi.no/hn/legemiddelbruk/omsetning-utenom-apotek/reseptfritt-salg-av-legemidler-i-2022/>
- Furu, K., Aares, E. B., Hjellvik, V., & Karlstad, Ø. (2021). Hormonal contraceptive use in Norway, 2006–2020, by contraceptive type, age and county: A nationwide register-

- based study. *Norsk Epidemiologi*, 29(1–2), Artikkel 1–2.  
<https://doi.org/10.5324/nje.v29i1-2.4046>
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. University of California Press.
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Polity Press in association with Basil Blackwell, Oxford, UK.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Polity press.
- Hotvedt, S. K. (2023, april 8). *Dommar vil forby abortpille i USA*. NRK.  
<https://www.nrk.no/urix/dommar-vil-forby-abortpille-i-usa-1.16367529>
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg). Høyskoleforlaget.
- Jortveit, J., Govatsmark, R. E. S., Langørgen, J., Hole, T., Mannsverk, J., Olsen, S., Risøe, C., & Halvorsen, S. (2016). Kjønnforskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0224>
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (Red.). (1982). *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511809477>
- Kasperson, R. E. (1983). Acceptability of human risk. *Environmental Health Perspectives*, 52, 15–20. <https://doi.org/10.1289/ehp.835215>
- Kasperson, R. E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H. S., Emel, J., Goble, R., Kasperson, J. X., & Ratick, S. (1988). The Social Amplification of Risk: A Conceptual Framework. *Risk Analysis*, 8(2), 177–187. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1988.tb01168.x>
- Katchadourian, H. A. (1989). *Fundamentals of human sexuality* (5th ed). Holt, Rinehart and Winston.

- Klørstad, S., Aarvold, T., & Johansen, M. (2022). *Prevensjonsmidler*. eMetodebok.  
<https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>
- Knight, A. J., & Warland, R. (2005). Determinants of Food Safety Risks: A Multi-disciplinary Approach\*. *Rural Sociology*, 70(2), 253–275.  
<https://doi.org/10.1526/0036011054776389>
- Lunde, E. S., Skoglund, J. R., & Syse, A. (2022). *Kvinner liv og helse siste 20 år* (Nr. 2022/41). Statistisk sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/kvinner-liv-og-helse-siste-20-ar>
- Lupton, D. (2013). *Risk* (2nd ed). Routledge.
- Løkeland-Stai, M. (2023, mars 8). *Aborttall for Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Moen, M. H., Majak, G. B., Ringen, I. M., & Veddeng, A. (2021). Se opp for endometriose. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0419>
- National Research Council (U.S.) (Red.). (1989). *Improving risk communication*. National Academy Press.
- Nesheim, B.-I. (2017). Populær pille med tvilsom historie. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0665>
- Neuman, W. L. (2013). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (7. utgave). Pearson.
- NOU 1999: 13. (1999). *Kvinner helse i Norge*. Sosial- og helsedepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-13/id141704/>
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>

Pérez-López, F. R., Pérez-Roncero, G. R., López-Baena, M. T., Santabárbara, J., & Chedraui, P. (2020). Hormonal contraceptives and the risk of suicide: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 251, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.053>

Renn, O. (2008). *Risk Governance* (0 utg.). Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781849772440>

Rosa, E. A., Renn, O., & McCright, A. M. (2014). *The risk society revisited: Social theory and governance*. Temple University Press.

Rødland, A. W. (2018). *Hva vet vi om kvinners helse?* Kilden Kjønnsforskning.  
<https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2018/10/Rapport-fra-Kilden-kj%C3%B8nnsforskning.no-og-NKS-om-kvinnens-helse-2018.pdf>

Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., Lange, T., & Lidegaard, Ø. (2018). Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. *The American Journal of Psychiatry*, 175(4), 336–342.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17060616>

Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., & Lidegaard, Ø. (2016). Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 73(11), 1154–1162. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2387>

Slovic, P. (1987). Perception of Risk. *American Association for the Advancement of Science*, 236(4799). <https://doi.org/10.1126/science.3563507>

Sonfield, A., Hasstedt, K., & Kavanaugh, M. L. (2013). *The Social and Economic Benefits of Women's Ability To Determine Whether and When to Have Children*. Guttmacher Institute. [www.guttmacher.org/pubs/social-economic-benefits.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/social-economic-benefits.pdf)



- St.meld. nr. 16 (2002-2003). (2003). *Resept for et sunnere Norge*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>
- Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. L. (2016a). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource* (Fourth edition). John Wiley & Sons, Inc.
- Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. L. (2016b). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource* (Fourth edition). John Wiley & Sons, Inc.
- Universitetet i Stavanger. (2022). *Lagringsguide*. Lagringsguide for studenter. <https://www.uis.no/nb/student/lagringsguide>
- Universitetet i Stavanger. (2023, mars 28). *Klassifisering*. Klassifiseringsguide. <https://www.uis.no/nb/klassifisering>
- Visschers, V. H. M., & Siegrist, M. (2018). Differences in Risk Perception Between Hazards and Between Individuals. I M. Raue, E. Lerner, & B. Streicher (Red.), *Psychological Perspectives on Risk and Risk Analysis* (s. 63–80). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-92478-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-92478-6_3)
- Vist, G. E., Hestevik, C. H., Forsetlund, L., Hval, G., Underland, V., Kucuk, B., & Kirkehei, I. (2022). *Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2022/forskningskart-om-behandling-av-sykdommer-hos-kvinner/>
- Zepeda, L., Douthitt, R., & You, S.-Y. (2003). Consumer Risk Perceptions Toward Agricultural Biotechnology, Self-Protection, and Food Demand: The Case of Milk in the United States. *Risk Analysis*, 23(5), 973–984. <https://doi.org/10.1111/1539-6924.00374>
- Ørstavik, K. H. (2017). Hvorfor er autoimmune sykdommer hyppigere hos kvinner? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0935>

Aase, K. A. (2022, desember 7). *Ekspertene advarer mot hormonfri trend.*

<https://www.vg.no/i/76721w>

## Vedlegg

### Vedlegg 1- Flygeblad for gruppeintervju

# Er du en kvinne mellom 18-25 år? Vil du bidra til en studie om holdninger rundt hormonell prevensjon?

Hei! Jeg heter Laura Ødegården, og studerer master i Samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger. Gjerne kontakt meg med spørsmål :) Håper vi møtes på intervju!

- All datamateriale blir anonymisert
- Gruppeintervju med 5-7 deltakere
- Intervjuet varer maks 45 min
- Dato for intervju blir i starten av mars (avhengig av rekruttering)
- Det blir lydopptak av intervju
- Intervjuet er fokusert på opplevelsen av risiko ved hormonell prevensjon og kommunikasjon av risiko, i tillegg til følelsen av sikkerhet og tillit

Laura Ødegården  
laura.odegarden@gmail.com  
+47 92 636 800

Laura Ødegården  
laura.odegarden@gmail.com  
+47 92 636 800

Laura Ødegården  
laura.odegarden@gmail.com  
+47 92 636 800

Laura Ødegården  
laura.odegarden@gmail.com  
+47 92 636 800

Laura Ødegården  
laura.odegarden@gmail.com  
+47 92 636 800

Laura Ødegården  
laura.odegarden@gmail.com  
+47 92 636 800

Laura Ødegården  
laura.odegarden@gmail.com  
+47 92 636 800

Laura Ødegården  
laura.odegarden@gmail.com  
+47 92 636 800

Laura Ødegården  
laura.odegarden@gmail.com  
+47 92 636 800

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***”hvordan oppfatter unge kvinner risiko tilknyttet hormonell prevensjon”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan unge kvinner sin oppfattelse av risiko påvirker deres valg om hormonell prevensjon. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette prosjektet inngår i en masteroppgave. Prosjektet skal undersøke hvordan kvinner oppfatter risikoene tilknyttet hormonell prevensjon, oppfattelsen av kommunikasjonen rundt disse, samt oppfattelsen av trygghet og sikkerhet i forhold til de foregående faktorene.

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

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

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

Prosjektet ønsker et utvalg på rundt 5-7 unge kvinner mellom 18-25 år til å delta i et gruppeintervju. Det er ikke et kriterium at man har brukt hormonell prevensjon eller bruker hormonell prevensjon.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, blir du med i et gruppeintervju. Dette gruppeintervjuet er satt til å vare maks 45 minutter. Jeg tar lydopptak og notater fra gruppeintervjuet. Gruppeintervjuet er anonymisert.

#### **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.

Ved behandlingsansvarlig institusjon har jeg og veileder tilgang til datamaterialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som skal oppbevares adskilt fra

Øvrige data. Lydopptaket vil bli samlet inn gjennom Nettskjema. Data vil bli lagret på en ekstern kryptert minnepinne.

Deltakere i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes.

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

Prosjektet vil etter planen avsluttes 24. 08. 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 Universitetet i Stavanger har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør 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:

- *Kristin Sørung Scharffscher ved Universitetet i Stavanger.*
- Vårt personvernombud: Personvernombud UiS. Rolf Jegervatn, [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no).

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

Laura Andrea Johnsen Ødegården

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hvordan oppfatter unge kvinner risiko tilknyttet hormonell prevensjon?*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide for gruppeintervju

### Introduksjon

- Presentere meg selv/takke for oppmøte
- Er det noen som kjenner hverandre?
- Hva vi skal snakke om i dag og hva vi ikke skal snakke om i dag (sensitive data)
- Gjerne ikke snakk med utenforstående om det som blir sagt her, slik at alle kan føle seg trygge
- Spørsmål?
- Signering av samtykkeskjema

### Intervjuguide

- Hva slags forståelse har dere av hva denne studien handler om?
- Hva slags assosiasjoner får dere når dere hørte om temaet?
- Hva går gjennom tankene deres når dere hører ordene «hormonell prevensjon»?
- Hva med hormonell prevensjon tenker dere er negative sider?
- Hva tenker dere er positive sider med hormonell prevensjon?
- Er det noen av de ulike preparatene av hormonell prevensjon som dere tenker har flere positive sider?
- Er det noen av de ulike preparatene av hormonell prevensjon dere tenker har flere negative sider?
- Er det noen bivirkninger dere føler eller mener får mer oppmerksomhet enn andre?
- Hvorfor tror dere de bivirkningene får mer oppmerksomhet enn andre?
- Hvor får dere informasjon fra når dere vil ha råd om hormonell prevensjon?

- Hva er det med denne/disse kilden(e) som gjør at dere har tillit til rådene?
- Hvem eller hvor hadde dere ellers spurt om råd?
- Om dere skulle bestemme hvilke råd unge kvinner får om hormonell prevensjon- hva hadde dere vektlagt da?
- Hva slags informasjon om dette temaet savner dere?

### **Avslutning**

- Til sist; er det noe dere tenker ikke har kommet frem under intervjuet dere ønsker å legge til? Noen siste tanker rundt temaet?
- Kan jeg kontakte dere igjen om jeg har noen spørsmål tilknyttet intervjuet?
- Tusen takk for intervjuet!



## Intervjuguide- informant 5

### *Individuelt intervju*

#### **Introduksjon:**

- Takke for oppmøte
- Introdusere seg selv og prosjekt
- Gjennomgang/spørsmål om samtykke til intervju
- Spørsmål?

#### **Spørsmål:**

- Kan du presentere deg selv og din faglige bakgrunn?
- Kan du beskrive prevensjonsveiledning trinn for trinn?
- Hvor lenge pleier en prevensjonsveiledning å vare?
- Hvordan vil du med din sammensatte faglige bakgrunn forklare hvordan hormonell prevensjon fungerer?
- Er det noe informasjon dere er pålagt å gi i prevensjonsveiledning?
- Er det noe informasjon du vektlegger i prevensjonsveiledningen, men som ikke er pålagt å gi?
- Hvorfor velger du å fremme denne informasjonen? \*
- Hvor mye tid ble brukt på læring om prevensjon og dens funksjon i kvinnekroppen under studiene dine?
- Hvor ofte blir du som helsepersonell oppdatert på ny forskning om hormonell prevensjon?

- Prevensjonspreparater gir forskjellige bivirkninger fra person til person- hvordan tilrettelegger du for den individuelle pasienten i prevensjonsveiledningen?
- Er pasientene dine mer interessert i de alvorlige bivirkningene eller bivirkninger som kan påvirke livskvaliteten deres (f.eks. vektøkning, depresjon osv.)?
- Opplever du at pasientene har bestemt seg på forhånd om hvilke prevensjonspreparat de ønsker?
- Har du noe kjennskap eller erfaringer med problematikken av at helsepersonell deler myter om prevensjonsmidler eller ville påvirke kvinner til å være avholds under prevensjonsveiledninger?
- Statens legemiddelverk anbefaler helsepersonell å anbefale langtidsvirkende prevensjonspreparater som spiral og p-stav for kvinner- hvor mottakelig opplever du at pasientene er for disse preparatene?
- Selv om langtidsvirkende prevensjonspreparater er anbefalt er fortsatt p-piller det mest brukte prevensjonspreparater i Norge- Hvorfor er p-piller mest fremtredende i prevensjonsvanene hos norske kvinner?

### **Avslutning**

- Til sist, er det noe mer du vil si om dette temaet, men som ikke har kommet frem under intervjuet?
- Kan jeg kontakte deg igjen om jeg har noen spørsmål tilknyttet intervjuet?
- Tusen takk for intervjuet!

## Intervjuguide- informant 6

### *Individuelt intervju*

#### **Introduksjon:**

- Takke for oppmøte
- Introdusere seg selv og prosjekt
- Gjennomgang/spørsmål om samtykke til intervju
- Spørsmål?

#### **Spørsmål:**

- Kan du presentere deg selv og din yrkesrelaterede bakgrunn?
- Hvordan ble du oppmerksom på debatten om hormonell prevensjon?
- Hva er din oppfatning av hva denne debatten handler om?
- Hvorfor tror du denne debatten skjer nå?
- Hva oppfatter du som målet med å kommunisere denne problematikken til det offentlige?
- Hvilke elementer oppfatter du som viktige å inkludere i nyhetssakene dine som omhandler valg om hormonell prevensjon og reproduktiv helse?
- Hvordan rekrutterer du intervjuobjektene dine i nyhetssakene som omhandler hormonell prevensjon?
- Har sosiale medier vært sentrale i rekrutteringen av intervjuobjekter?
- Hvilke vurderinger gjør du i forkant av rekruttering?

- Intervjuobjekter som har hatt negative erfaringer kan være mer frempå med å kommunisere erfaringene videre- hvordan forholder du deg til dette i ditt arbeid og under rekrutteringen?
- Kommunikasjon av de negative erfaringene med hormonell prevensjon kan påvirke andre kvinner sin oppfatning av hormonell prevensjon- hvordan forholder du deg til dette som journalist?
- Hvilke vurderinger gjør du med tanke på å gi en større offentlig plattform til influensere som har fått kritikk for å dele sine erfaringer rundt hormonell prevensjon?
- Hvordan oppfatter du din egen påvirkning som journalist på den offentlige meningen rundt hormonell prevensjon i kommunikasjon av dette temaet?
- Hvordan har engasjementet vært fra det offentlige i etterkant av nyhetssakene rundt hormonell prevensjon?

**Avslutning:**

- Til sist, er det noe som ikke har kommet frem under intervjuet som du tenker burde bli nevnt?
- Kan jeg kontakte deg igjen om jeg har noen spørsmål tilknyttet intervjuet?
- Tusen takk for intervjuet!

## Intervjuguide- informant 7 og 8

### *Individuelt intervju*

#### **Innledning:**

- Takke for oppmøte og intervju
- Gjennomgang av samtykkeskjema/samtykke
- Spørsmål?

#### **Spørsmål:**

- Kan du presentere deg selv og din yrkesfaglige bakgrunn?

#### *Prevensjonsveiledning*

- Kan du beskrive hvordan en typisk prevensjonsveiledning foregår?
- Hvor lenge pleier en prevensjonsveiledning å vare?
- Er det noe informasjon du velger å vektlegge i prevensjonsveiledningen, men som ikke er pålagt å gi?
- Hvorfor velger du å fremme denne informasjonen?

#### *Kunnskap om prevensjon i utdanning*

- Hvor mye fokus fikk læring om prevensjon under studiene dine?
- Hvordan får man tilgang på ny kunnskap om prevensjon i ditt yrke?
- Hva er din oppfatning av kunnskapsnivået blant helsepersonell som gir prevensjonsveiledning?

#### *Pasienter og hormonell prevensjon*

- Hvordan opplever du at pasientene dine oppfatter hormonell prevensjon?
- Hvordan oversetter du sannsynligheten for bivirkninger ved prevensjon til pasientene dine?
- Hva er det som motiverer dine pasienter til å bruke hormonell prevensjon?
- Opplever du at pasientene dine mer interessert i alvorlige bivirkningene eller mindre alvorlige bivirkninger som kan påvirke livskvaliteten deres (f.eks. vektøkning)?

- Hva er dine tanker om at pasienter ofte bestemmer seg på forhånd om hvilke prevensjonspreparater de ønsker?
- Hvordan opplever du informasjonsbehovet til pasientene dine under prevensjonsveiledningen?

#### *Bruk av hormonell prevensjon*

- Statens legemiddelverk anbefaler helsepersonell å anbefale langtidsvirkende prevensjonspreparater - hvor mottakelig opplever du at unge kvinner er for disse preparatene?
- P-piller er fortsatt det mest brukte prevensjonspreparatet i Norge. Hvorfor tror du at p-piller er mest fremtredende i prevensjonsvanene hos norske kvinner?

#### *Tillit*

- Etter din oppfatning, hvordan vil du beskrive tillitsnivået mellom kvinner og helsepersonell som gir prevensjonsveiledning?
- Hva tror du kan påvirke tilliten mellom helsepersonell og kvinner som trenger prevensjonsveiledning?

#### **Avslutning**

- Til sist, er det noe mer du vil si om dette temaet, men som ikke har kommet frem under intervjuet?
- Takke for oppmøte
- Spørre om jeg kan kontakte dem igjen om nødvendig

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***”hvordan oppfatter unge kvinner risiko tilknyttet hormonell prevensjon”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan risikopersepsjon påvirker unge kvinner sitt valg rundt hormonell prevensjon. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette prosjektet inngår i en masteroppgave. Prosjektet skal undersøke om risikopersepsjonen til unge kvinner påvirker deres valg om hormonell prevensjon, da det har i nyere tid oppstått en bevegelse på sosiale medier som avstår fra hormonell prevensjon. Relevante problemstillinger baserer seg derfor på forståelse av oppfattelse av risiko tilknyttet hormonell prevensjon, kommunikasjon rundt bivirkninger av hormonell prevensjon, samt tillit og sikkerhet.

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

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

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

Prosjektet ønsker et utvalg av helsepersonell med kompetanse på prevensjonsveiledning som kan delta på intervju.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, blir du invitert til intervju. Dette intervjuet er satt til å vare maks 45 minutter. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

#### **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. Deltakelsen din i intervjuet er også konfidensielt.

#### **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.

Ved behandlingsansvarlig institusjon har jeg og veileder tilgang til datamaterialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som skal oppbevares adskilt fra øvrige data. Lydopptaket vil bli samlet inn gjennom Nettskjema. Data vil bli lagret på en ekstern kryptert minnepinne.

Deltakere i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

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

Prosjektet vil etter planen avsluttes 24. 08. 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 Universitetet i Stavanger har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør 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:

- *Kristin Sørung Scharffscher ved Universitetet i Stavanger.*
- Vårt personvernombud: Personvernombud UiS. Rolf Jegervatn, [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no) .

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*



Laura Andrea Johnsen Ødegården

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hvordan oppfatter unge kvinner risiko tilknyttet hormonell prevensjon?*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta på intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***” unge kvinners oppfatning av risiko tilknyttet hormonell prevensjon”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan risikopersepsjon påvirker unge kvinner sitt valg rundt hormonell prevensjon. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette prosjektet inngår i en masteroppgave. Prosjektet skal undersøke om risikopersepsjonen til unge kvinner påvirker deres valg om hormonell prevensjon, da det har i nyere tid oppstått en bevegelse på sosiale medier som avstår fra hormonell prevensjon. Relevante problemstillinger baserer seg derfor på forståelse av oppfattelse av risiko tilknyttet hormonell prevensjon, kommunikasjon rundt bivirkninger av hormonell prevensjon, samt tillit og sikkerhet.

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

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

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

Prosjektet ønsker informanter med kunnskap om kommunikasjon av risiko tilknyttet hormonell prevensjon.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, blir du invitert til intervju. Dette intervjuet er satt til å vare maks 45 minutter. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

#### **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. Deltakelsen din i intervjuet er også konfidensielt.

#### **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.

Ved behandlingsansvarlig institusjon har jeg og veileder tilgang til datamaterialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som skal oppbevares adskilt fra øvrige data. Lydopptaket vil bli samlet inn gjennom Nettskjema. Data vil bli lagret på en ekstern kryptert minnepinne.

Deltakere i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

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

Prosjektet vil etter planen avsluttes 24. 08. 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 Universitetet i Stavanger har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør 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:

- *Kristin Sørung Scharffscher ved Universitetet i Stavanger.*
- Vårt personvernombud: Personvernombud UiS. Rolf Jegervatn, [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no) .

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

Laura Andrea Johnsen Ødegården

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hvordan oppfatter unge kvinner risiko tilknyttet hormonell prevensjon?*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta på intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)