



Det helsevitenskapelige fakultet, institutt for helse- og omsorgsfag

Prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen etter fødsel

Beskrivelse av kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll hos jordmor og fastlege – en kvantitativ studie

Maja Barstad Ellingsen og Rebecca Esbensen Degerstrøm

Masteroppgave i jordmorfag, JMO-3008, mars 2023

Veileder: Ingvild Hersoug Nedberg

Biveileder: Anja Margrete Davis Norbye

Antall ord: 14 672

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en krevende og lærerik prosess som vi nå er glade for å kunne si oss ferdige med. Innlevering av masteroppgaven betyr at jordmorstudiet snart er ved veis ende. Disse to årene har hatt en bratt læringskurve, noe som har vært både spennende og utfordrende. Vi er ydmyke og stolte over å snart kunne kalle oss for jordmødre.

Tusen takk til alle kvinnene som har tatt seg tid til å svare på undersøkelsen vår. Uten dere hadde ikke denne studien vært mulig å gjennomføre. Erfaringene deres har bidratt til engasjement og gjort det mulig for oss å fordype oss i et tema som vi mener er viktig for jordmorfaget og kvinnehelse.

Tusen takk til våre veiledere, Ingvild Hersoug Nedberg og Anja Margrete Davis Norbye, for gode råd og innspill gjennom arbeidet med denne oppgaven.

Tusen takk til samboere, familie og venner som har støttet oss gjennom oppturer og nedturer ved masterarbeidet. Takk for deres tålmodighet og gode ord.

Vi gleder oss nå til ti spennende uker med avsluttende praksis på jordmorstudiet!

Sammendrag

Tittel: Kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll etter fødsel hos jordmor og fastlege.

Hensikt: Beskrive kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll etter fødsel, og undersøke om det er sammenheng mellom deres erfaringer, og om de går til kontroll hos jordmor eller fastlege.

Metode: Deskriptiv tverrsnittstudie med anonymt spørreskjema på internett mellom 02.11.2022-22.11.2022 i Norge. Totalt ble 1801 kvinner som har født i 2022, og vært til 6-ukerskontroll hos enten jordmor eller fastlege, inkludert i studien. Rekruttering foregikk gjennom sosiale medier.

Resultat: Majoriteten av kvinnene i vår studie oppga at de gikk til fastlege for 6-ukerskontroll, til tross for at de fleste ble fulgt opp av jordmor under svangerskapet. I alt oppga 77 % av kvinnene at de fikk prevensjonsveiledning. Halvparten av disse oppga at de fikk mer kunnskap og bedre forutsetninger til å selv velge hvilket prevensjonsmiddel de vil anvende. Den viktigste årsaken til at kvinnene ikke ønsket å starte med prevensjon var redsel for bivirkninger. Kun 39,1 % av kvinnene i studien fikk informasjon om bivirkninger gjennom prevensjonsveiledningen. Det var statistisk signifikant flere kvinner som ble presentert for informasjon og spurt om tematikkene vi har identifisert som relevante i forbindelse med prevensjonsveiledningen hos jordmor, enn hos fastlege.

Konklusjon: Funnene våre tyder på at prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll har forbedringspotensial. Den påviste sammenhengen mellom kvinnenes erfaringer, og om kvinnen går til kontroll hos jordmor eller fastlege, kan bety at praksis for prevensjonsveiledning er ulik mellom de to profesjonene.

Nøkkelord: Prevensjonsveiledning, 6-ukerskontroll, erfaringer, kvinner, jordmor, fastlege.

Abstract

Title: Women's experiences with contraceptive guidance at the 6-week postpartum check-up with midwives and GPs.

Aim: To describe women's experiences with contraceptive guidance at the 6-week postpartum check-up, and to investigate whether there is a connection between their experiences, and whether they go to a midwife or a GP for the check-up.

Method: Descriptive cross-sectional study with anonymous questionnaire on the internet in the period between 02.11.2022 - 22.11.2022 in Norway. A total of 1,801 women who gave birth in 2022 that had a 6-week postpartum check-up with either a midwife or a GP were included in the study. Recruitment took place through social media.

Result: The majority of the women in our study stated that they went to their GP for the 6-week postpartum check-up, despite the fact that most were followed by a midwife during pregnancy. In total, 77% of the women stated that they received contraceptive guidance. Half of these stated that they gained more knowledge and better prerequisite to choose for themselves about which contraceptive they wanted to use. The most important reason why the women did not want to start contraception, was fear of side effects. Only 39.1% of the women in the study received information about side effects through the contraceptive guidance. There were significantly more women who were presented with information and asked about the topics we have identified as relevant in connection with the contraceptive guidance given from midwives, in contrast to GPs.

Conclusion: Our findings suggest that contraceptive guidance at the 6-week postpartum check-up has potential for improvement. The proven connection between the women's experiences, and whether the women go seek a midwife or a GP for the check-up, could mean that the practice of contraceptive guidance is indeed different between these two professions.

Key Words: Contraception guidance, 6-week postpartum check-up, experiences, women, midwife, GP

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	7
1.1	Bakgrunn	7
1.1.1	Seksuell helse og prevensjon.....	7
1.1.2	Prevensjon og prevensjonsveiledning etter fødsel	8
1.2	Formål og problemstilling	11
1.2.1	Problemstilling og forskningsspørsmål	11
1.2.2	Avgrensninger	11
1.2.3	Begrepsavklaringer.....	11
2	Teori	12
2.1	Retningslinjer for jordmødre	12
2.2	Empowerment	12
2.3	Samvalg ved hjelp av tretrinnsmodellen	13
3	Material og metode.....	15
3.1	Studiedesign	15
3.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	16
3.3	Inklusjonskriterier og rekruttering av utvalg.....	16
3.4	Pilotstudie.....	17
3.5	Spørreskjema.....	17
3.6	Datamaterialet	18
3.6.1	Koding og kodebok	18
3.6.2	Datavask	19
3.6.3	Variabler.....	19
3.7	Analyser	21
3.8	Forskningsetiske hensyn	22
4	Resultat.....	25
4.1	Beskrivelse av studiens utvalg	27

4.2	Beskrivelse av oppfølging i svangerskapet og på 6-ukerskontrollen	28
4.3	Grunner til at kvinnene ikke ville starte på prevensjon.....	30
4.4	Resultat fra spørsmålene til kvinnene som fikk prevensjonsveiledning	31
4.4.1	Kvinnenes ønske om resept på prevensjonsmiddel.....	31
4.4.2	Kvinnenes opplevelse av om prevensjonsveiledningen var basert på et samarbeid med jordmor/fastlege	31
4.4.3	Kvinnenes opplevelse av i hvilken grad jordmors/fastleges personlige meninger påvirket prevensjonsveiledningen	32
4.4.4	Kvinnenes opplevelse av informasjon og veiledning om prevensjon på 6-ukerskontroll gitt av jordmor eller fastlege	32
4.4.5	Kvinnenes holdninger til prevensjonsveiledningen som ble gitt på 6-ukerskontrollen av jordmor eller fastlege.....	34
5	Diskusjon.....	36
5.1	Resultatdiskusjon	36
5.1.1	Kontinuitet i helsehjelpen.....	36
5.1.2	Grunner til at kvinnene ikke ønsket å starte med prevensjon	38
5.1.3	Prevensjonsveiledning hos jordmor og fastlege.....	42
5.2	Metodediskusjon	47
5.3	Implikasjoner for praksis.....	52
5.4	Forslag til videre forskning	52
5.5	Konklusjon	53
	Referanseliste	1
	Vedlegg	6
	Vedlegg 1- Rekrutteringsplakat	6
	Vedlegg 2- Spørreskjema	7
	8
	9
	Vedlegg 3- Informasjonsskriv	10

Tabelliste

Tabell 1. Beskrivelse av studiens utvalg (n=1801)	27
Tabell 2. Beskrivelse av oppfølgingen i svangerskapet og på 6-ukerskontroll (n=1801)	29
Tabell 3. Veiledningsvariabler på 6-ukerskontrollen sett i sammenheng med om kvinnene gikk til jordmor eller fastlege (n=1387)	33
Tabell 4. Kvinnenes holdninger til prevensjonsveiledningen de mottok på 6-ukerskontrollen sett i sammenheng med om de gikk til jordmor eller fastlege (n=1387) ...	35

Figurliste

Figur 1. Flytskjema	26
Figur 2. Årsaker til at kvinnene ikke ønsket å starte på prevensjon da de var på 6-ukerskontrollen (n=1801, missing=559)	30
Figur 3. Om kvinnene hadde et ønske om å få resept på prevensjon (n=1387, missing=2)	31
Figur 4. I hvilken grad kvinnene opplevde at prevensjonsveiledningen var basert på et samarbeid med jordmor/fastlege (n=1387, missing=2). *På grunn av avrunding til en desimal, vil prosentandelene til sammen vise 99,9 %.	31
Figur 5. I hvilken grad kvinnene opplevde at jordmors/fastleges personlige meninger påvirket prevensjonsveiledningen (n=1387, missing=6).	32

1 Introduksjon

Temaet for denne masteroppgaven er prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll etter fødsel. Interessen for temaet har blitt vekket gjennom de ulike praksisperiodene på jordmorstudiet hvor vi har erfart at mange kvinner er skeptiske til bruk av hormonell prevensjon. Vår erfaring er at prevensjonsveiledning ikke nødvendigvis praktiseres på 6-ukerskontrollen, enten fordi jordmor ikke tar initiativ til å snakke om det, eller fordi kvinnen ikke ønsker å snakke om det. Selv trodde vi at vi kunne mye om prevensjon før vi startet på dette studiet, men erfarte at vi hadde mye mer å lære. Dette fikk oss til å reflektere rundt kvinners kunnskap om prevensjon, og at denne kan bli tatt for gitt av både jordmødre og kvinnene selv. Prevensjon muliggjør familieplanlegging og forhindrer uønsket graviditet. Svikt i bruk av prevensjon kan mulig få store konsekvenser for kvinne, barn og partner. Å gi prevensjonsveiledning, og sikre at kvinnen har gode forutsetninger til å ta egne valg om prevensjon, er derfor en viktig helsefremmende oppgave i jordmorfaget.

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Seksuell helse og prevensjon

WHO (2022a) vektlegger at god seksuell helse avhenger av å ivareta grunnleggende menneskerettigheter som respekt, samtykke og informasjon. Seksuell helse omfatter menneskers sosiale, fysiske og mentale velvære når det gjelder egen seksualitet. Den seksuelle helsen er et primært behov for mennesker, og den innvirker på egen oppfattelse av livskvalitet gjennom alle faser av livet. Seksuell helse er en prioritert sak internasjonalt, noe som blant annet kommer frem i FNs bærekraftsmål nummer tre som omhandler å sikre god helse og livskvalitet til alle mennesker i verden (FN-sambandet, 2023). Herunder er et av deres delmål følgende: «*Innen 2030 sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reprodutiv helse, inkludert familieplanlegging og tilhørende informasjon og opplæring, og sikre at reprodutiv helse innarbeides i nasjonale strategier og programmer*» (FN-sambandet, 2023). Å jobbe helsefremmende med seksuell helse er både et internasjonalt arbeid og en menneskerett (World Health Organization, 2022a).

I Norge har helse- og omsorgsdepartementet utviklet strategien «*Snakk om det! Strategi for seksuell helse*» med den hensikt å ivareta befolkningens seksuelle helse uavhengig av alder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Strategien presenterer delmål som blant annet skal sikre at befolkningen har god kunnskap og bedre forutsetninger til å ivareta sin seksuelle helse, redusere uønskede svangerskap og aborter, redusere smitte av seksuelt overførbare

sykdommer og bidra til at helsepersonell kan bistå i å ivareta befolkningens seksuelle helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Prevensjon er en sentral del av den seksuelle helsen da det blant annet bidrar til muligheten for familieplanlegging og forebygging av uønsket graviditet (Thørring, 2018). Siden 1. januar 2016 har jordmødre og helsesykepleiere i Norge hatt utvidet rekvireringsrett for prevensjonsmidler (Helsedirektoratet, 2015). Denne endringen innebar at alle jordmødre og helsesykepleiere fikk rett til å rekvirere alle typer prevensjonsmidler til kvinner over 16 år. Hensikten med å utvide rekvireringsretten var å sikre at prevensjon ble enda mer tilgjengelig for kvinner, og dermed bidra til å styrke deres seksuelle helse og redusere antall uønskede svangerskap og aborter. En norsk undersøkelse basert på tall fra 2007-2011 viser at fire av ti kvinner som søker abort, har gjennomført abort tidligere (Justad-Berg et al., 2015). Helse- og omsorgsdepartementet (2016) skriver at svikt i prevensjonsbruk er en vanlig årsak til uønskede svangerskap og aborter, og at den utvidede rekvisisjonsretten til jordmødre og helsesykepleiere er et tiltak i å redusere dette.

En lege ved Norges største senter for seksuell og reproduktiv helse, skriver i et debattinnlegg i tidsskriftet *Sykepleien* at sosiale medier er kilde til flere og flere skremmende personlige historier om prevensjon (Aarvold, 2023). Hun skriver videre at dette kan føre til at kvinner avstår fra å bruke hormonell prevensjon. Mange influencere forteller at de nå erstatter hormonell prevensjon med naturlige metoder, som for eksempel overvåking av syklus. Videre uttrykker hun bekymring for at denne trenden, kombinert med mangelfull prevensjonsveiledning fra helsepersonell, kan føre til at kvinner tar valg basert på feilinformasjon. En undersøkelse fra Tyskland i 2021 fant at kvinnenes holdninger til p-piller er assosiert med informasjonskilden (Vieth et al., 2022). I alt oppga 85 % av kvinnene i denne studien at de hadde fått et mer negativt syn på p-piller enn de hadde tidligere, og at hovedkilden deres til informasjon om prevensjon var internett og erfaringer fra bekjente. Videre skriver de at kvinnene som brukte disse informasjonskildene hadde mindre tillit til gynekologer (Vieth et al., 2022). En oversiktsartikkel viser at det er økende trend i skepsis til hormonell prevensjon blant vestlige kvinner (Le Guen et al., 2021). Dette på bakgrunn av frykt for bivirkninger som denne typen prevensjon kan gi.

1.1.2 Prevensjon og prevensjonsveiledning etter fødsel

WHO (2005) anbefaler at det går minimum 24 måneder mellom fødsel og neste svangerskap. Dette skyldes at korte intervaller mellom svangerskap øker risiko for uheldige utfall, som for

eksempel prematur fødsel, lav fødselsvekt og fosterdød (Ahrens et al., 2019). Fertilitet for kvinner som ikke ammer kan være tilbake allerede en måned etter fødsel, og derfor står forebygging av nytt svangerskap sentralt hos mange kvinner i denne tiden (Strømsnes et al., 2021). Det er kjent at noen kvinner benytter seg av laktasjons-amenoré-metoden (LAM) etter at de har født barn. Denne metoden baserer seg på kunnskap om at fullamning forhindrer eggøsning og dermed graviditet. Siden eggøsning skjer før menstruasjonen, er det usikre momenter ved denne metoden, og flere ulike kriterier må være oppfylt for at den skal være effektiv. En studie som undersøkte bruken av LAM viser at få kvinner implementerte metoden riktig og at det derfor kan være en svært usikker prevensjonsmetode (van der Wijden & Manion, 2015). Størdal et al. (2017) fant i sin studie at kun 14 % av norske kvinner fullammer seks måneder etter fødsel, noe som gjør LAM til en usikker prevensjonsmetode for de fleste kvinner i barselperioden. Ammehjelpen er en norsk frivillig organisasjon som hjelper mødre med tips og veiledning når det gjelder amming, og de poengterer også at LAM ikke bør være en foretrukket prevensjonsmetode i Norge (Ammehjelpen, 2021). Dette med bakgrunn i metodens usikre momenter.

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen i Norge anbefaler at kvinner får tilbud om en kontroll hos enten jordmor eller fastlege fire til seks uker etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014). Retningslinjen fremmer at kvinner uten risiko og med normale forløp i fødsel og i barsel bør gjennomføre 6-ukerskontrollen hos den som har fulgt opp kvinnen under svangerskapet eller har hatt ansvar for fødselen. Konsultasjonen omfatter flere ulike temaer, som blant annet seksuell helse og prevensjonsveiledning. Ammestatus hos kvinnen er sentralt å kartlegge i forbindelse med prevensjonsveiledning etter fødsel, fordi ammende kvinner ikke bør anvende østrogenholdige prevensjonsmidler (Helsedirektoratet, 2019). Dette skyldes at hormonet østrogen kan hemme kvinnens melkeproduksjon, endre morsmelkens sammensetning, og små mengder steroider kan overføres til barnet gjennom melken (Helsedirektoratet, 2019; Strømsnes et al., 2021). Prevensjonsmidler uten østrogen som trygt kan brukes av ammende kvinner er gestagenpille, minipille, enkelte hormonspiraler, kobberspiral, p-stav og kondom (Helsedirektoratet, 2019).

Sex og Samfunn er Norges største senter for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. De skriver at et hovedpoeng med prevensjonsveiledning er å gi informasjon og formidle kunnskap på en måte som gjør kvinnen best mulig rustet til å kunne velge den prevensjonsmetoden som passer best for henne (Aarvold et al., 2022). Prevensjonsveilederens fagkompetanse, i tillegg til kommunikasjonskunnskaper, ligger til grunn for å kunne

identifisere hva som er viktig for kvinnen under prevensjonsveiledning. En studie trekker blant annet frem at brukerens kunnskap om ulike prevensjonsmetoder er viktig for å kunne velge rett prevensjon for den enkelte (Meier et al., 2021). En forutsetning for dette er at den som gir prevensjonsveiledning belyser alle valgmulighetene kvinnen har. Selvbestemt prevensjon er også sentralt for å oppleve tilfredshet ved prevensjonsveiledning og gir en god forutsetning for at kvinnen blir fornøyd med prevensjonsmetoden hun eventuelt velger (da Silva et al., 2022). Forskning viser til at informasjon om bivirkninger står sentralt når kvinner skal velge prevensjonsmiddel (Dam et al., 2022).

WHO (2022b) anbefaler at kvinner får prevensjonsveiledning fra helsepersonell i tiden etter fødsel. Slettvoll et al. (2022) skriver at ved prevensjonsveiledning må helsepersonell være bevisst sine egne erfaringer og holdninger slik at en tilstreber at dette i minst mulig grad skal påvirke konsultasjonen med den som mottar prevensjonsveiledning. En profesjonell og god prevensjonsveileder kjennetegnes av å kunne samarbeide med alle, og være bevisst på at ens egne preferanser når det gjelder løsninger på et problem, ikke alltid passer for andre.

Forskning peker på at kvinners tilfredshet med prevensjonsveiledning avhenger av kvaliteten på samarbeidet med helsepersonellet, og at samarbeidet igjen kan avhenge av om kvinnen har møtt denne personen tidligere (Dehlendorf et al., 2017). Siden kvinner i hovedsak anbefales å gjennomføre 6-ukerskontrollen hos den jordmoren eller fastlegen som også har fulgt henne i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2014), ligger forholdene i Norge til rette for et godt samarbeid når det gjelder prevensjonsveiledning etter fødsel.

1.2 Formål og problemstilling

Det finnes lite forskning knyttet til prevensjonsveiledning etter fødsel i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) skriver at det er manglende dokumentasjon på hvilken effekt 6-ukerskontroll etter fødsel har for kvinner. Formålet med denne studien er derfor å beskrive prevensjonsveiledningen kvinner rapporterer fra 6-ukerskontrollen etter fødsel. I tillegg vil vi undersøke om det foreligger en sammenheng mellom kvinnenes erfaringer med prevensjonsveiledningen og om de går til kontroll hos henholdsvis jordmor eller fastlege.

1.2.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Studiens problemstilling:

Beskrivelse av kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll etter fødsel hos jordmor og fastlege.

Basert på problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- *Hva er kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll?*
- *Er det en sammenheng mellom kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll og om de går til kontroll hos jordmor eller fastlege?*

1.2.2 Avgrensninger

Denne studien avgrenses til å omhandle kvinner som er 18 år eller eldre, som har født i 2022, og som har vært til 6-ukerskontroll hos jordmor eller fastlege. Studien avgrenses også til å omhandle kvinner som behersker norsk skriftspråk.

1.2.3 Begrepsavklaringer

6-ukerskontroll: Konsultasjon som normalt tilbys fire til seks uker etter fødsel hos jordmor eller fastlege. Hensikten er å følge opp kvinnens fysiske og psykiske helse, samt gi informasjon og tilbud om prevensjon.

Prevensjonsveiledning: Informasjon om prevensjon som gis av helsepersonell og som er tilrettelagt for den enkelte kvinne.

2 Teori

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for det teoretiske rammeverket i oppgaven. Teorien tar utgangspunkt i retningslinjer for jordmødre, samt begrepene *empowerment* og *samvalg*.

2.1 Retningslinjer for jordmødre

I utøvelsen av helhetlig omsorg må jordmødre ta etiske hensyn overfor kvinner. Omsorgen som gis skal være respektfull, individuelt tilpasset, kontinuerlig og ikke-autoritær (International Confederation Of Midwives, 2017). De yrkesetiske retningslinjene for jordmødre viser til viktigheten av å jobbe i et partnerskap med kvinnen hvor brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke vektlegges (Den Norske Jordmorforening, 2016). Det betyr at jordmor skal støtte kvinnen og legge til rette slik at hun kan medvirke til egen helsehjelp, herunder gi informasjon og råd. Prevensjonsveiledning skal utføres med hensyn til brukermedvirkning, som er en lovfestet rettighet som skal sikre brukerne økt innflytelse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Brukermedvirkning innebærer at brukere av en tjeneste har rett til å medvirke i avgjørelser som omhandler dem og har innvirkning på deres liv. I studiens sammenheng handler brukermedvirkning om at kvinnen skal være med på å bestemme hva hun vil ha prevensjonsveiledning om og hvilket prevensjonsmiddel hun eventuelt ønsker å anvende. En forutsetning for brukermedvirkning når det gjelder prevensjonsveiledning, er at brukeren får god informasjon om de valgene som er tilgjengelig for henne. Dette stiller igjen krav til at prevensjonsveilederen har god fagkunnskap og gode kommunikasjonsferdigheter.

2.2 Empowerment

Empowerment er et rammeverk for helsefremmende og forebyggende arbeid der deltakelse og medvirkning er to forutsetninger (Tveiten, 2020). Begrepet er vanskelig å oversette til norsk. Tveiten (2020) beskriver *empowerment* som en prosess hvor bruker evner å få større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker egen helse. Prosessen har til hensikt å øke brukerens muligheter og styrke deres kapasitet til å ta valg. Brukerens ønskede handlinger og resultat skal være utfallet av valgene som blir besluttet. Tveiten (2020) hevder også at ingen kan gjøre noen empowered, men at man kan hjelpe i prosessen gjennom dialog, medvirkning og ressursmobilisering. Dermed setter hun søkelys på veiledning som et viktig verktøy i empowerment-prosessen. Prosessen for å oppnå *empowerment* innebærer kommunikasjon og samhandling mellom bruker og helsepersonell med mål om å utvikle mestringskompetanse. Omfordeling av makt fra helsepersonell, og å anerkjenne brukers kompetanse på seg selv, står

som sentrale prinsipper for å fremme helse i empowerment-tenkningen (Tveiten, 2020). Slik kan helsepersonell styrke brukere til å møte egne behov og videre løse egne helserelaterte problemstillinger. Ved å hjelpe brukere til å selv mobilisere nødvendige ressurser, vil de kunne oppleve å ta kontroll i eget liv. For å kjenne følelsen av *empowerment* må brukeren bevisstgjøres, og ha vilje til å ta kontroll og ansvar (Tveiten, 2020).

I denne oppgaven vil begrepet sees i sammenheng med hvordan kvinner kan styrkes til å møte eget behov for prevensjonsbruk, og til å ta ansvar for familieplanleggingen ved at jordmor eller fastlege gir prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen. For at kvinnen skal oppnå *empowerment*, vil det være hensiktsmessig å veilede henne i lys av samvalgsprosessen (Tveiten, 2020).

2.3 Samvalg ved hjelp av tretrinnsmodellen

Shared decision making er et begrep som kan oversettes til *samvalg*, og er en samarbeidsprosess mellom helsepersonell og pasient med mål om å komme frem til den beste avgjørelsen når det gjelder utredning, behandling og oppfølging av pasienten (Nieuwenhuijze, 2020). Det er sentralt at avgjørelsen baserer seg på pasientens individuelle preferanser, tro og verdier. Samtidig skal helsepersonell bidra med informasjon for å sørge for at pasienten forstår risikofaktorer, fordeler og mulige konsekvenser ved de ulike valgene. Denne felles prosessen danner grunnlaget for at pasienten kan ta beslutninger som er mest mulig riktig for dem, enten det handler om å starte behandling eller avstå fra det (Nieuwenhuijze, 2020).

Elwyn et al. (2017) viser til en tretrinnsmodell for *samvalg* til bruk for helsepersonell. Modellen heter «Three-talk model», og inneholder viktige komponenter når samvalg skal praktiseres i jordmorfaget (Nieuwenhuijze, 2020). Den tar utgangspunkt i empowerment-tenkningen, og hvordan jordmødre kan bruke denne modellen som et verktøy i konsultasjoner med kvinner. Modellen bidrar til å aktivere kvinnen og gjøre henne best mulig i stand til å delta i beslutningsprosessen. Videre presenteres de tre trinnene:

1. Det første trinnet i modellen, «team talk», handler om å innhente informasjon, undersøke hva kvinnen allerede vet og hvilke ønsker hun har for sin egen helse. *Samvalg* baseres på en god relasjon og åpen dialog mellom jordmor og kvinnen slik at hun kan gi uttrykk for sine synspunkter i prosessen med å ta valg. En relasjon basert på tillit og respekt er av betydning for om kvinnen deler sine behov og preferanser (Nieuwenhuijze, 2020).

2. I det neste trinnet, «option talk», gir jordmor informasjon og introduserer de aktuelle alternativene. Hensikten er at jordmor skal bidra med den beste tilgjengelige kunnskapen for at kvinnen skal kunne ta et informert valg. Hun skal få tilstrekkelig med informasjon om risikofaktorer, fordeler og mulige konsekvenser ved de ulike alternativene. Informasjonen skal individuelt tilpasses hver enkelt kvinne. Det er viktig at hun støttes i å vurdere og gi uttrykk for sine synspunkter og meninger når det gjelder den tilgjengelige informasjonen og kunnskapen (Nieuwenhuijze, 2020).
3. Trinn tre i modellen innebærer å hjelpe kvinnen til å komme frem til et velinformert valg. Jordmoren skal støtte kvinnen ved vurdering av ulike alternativer og når valget skal tas. Det er sentralt at beslutningene baserer seg på pasientens individuelle behov, preferanser og verdier (Nieuwenhuijze, 2020).

Samvalg kan forstås som en forutsetning for både brukermedvirkning og *empowerment*. For at kvinnen skal kunne medvirke og ta ansvar for egen helse, vil samhandling med helsepersonell stå sentralt. Tretrinnsmodellen kan sees i sammenheng med prevensjonsveiledning, da målet med prevensjonsveiledningen bygger på de samme prinsippene som modellen – å fremme kvinnens *empowerment*.

3 Material og metode

Dette kapittelet tar innledningsvis for seg studiedesign, valgt metode og vitenskapeteoretisk perspektiv. Videre vil det følge en presentasjon av utvalg, rekrutteringsmetode og utforming av spørreskjemaet. Til slutt blir kodebok, koding, variabler, gjennomførte analyser og etiske overveielser gjort rede for.

For å kunne besvare studiens forskningsspørsmål er det vesentlig å velge den riktige metoden (Jacobsen, 2021). Det ble besluttet at kvantitativ metode er best egnet til å besvare studiens forskningsspørsmål. Dette fordi målet med studien var å beskrive kvinners erfaring med prevensjonsveiledningen de får på 6-ukerskontroll etter fødsel, samt å undersøke sammenhenger. For å kunne gi en generell beskrivelse av dette ønsket vi å innhente svar fra så mange som mulig innenfor målgruppen. Et poeng med kvantitativ metode er at det gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2017). Kvantitativ metode standardiserer svar og legger til rette for å kunne håndtere en stor mengde data på en effektiv måte der forskeren ser fenomenet utenfra. Istedenfor å gi en kvalitativ beskrivelse av noe, skal mennesker i kvantitative undersøkelser for eksempel plassere seg på en skala fra en til ti (Jacobsen, 2021).

3.1 Studiedesign

Tverrsnittstudie ble benyttet som studiedesign. En tverrsnittstudie kjennetegnes av at en rekke variabler måles på en definert gruppe mennesker på et gitt tidspunkt (Bjørndal & Hofoss, 2017). Dette designet egner seg for denne studien ettersom den er lite kostbar og kan hente inn mye data på kort tid (Jacobsen, 2021).

For å gjennomføre tverrsnittstudien har vi har benyttet et digitalt spørreskjema for innsamling av data. Spørreskjemaet er utarbeidet med lukkede svaralternativer. På denne måten sikret vi at respondentene måtte svare på de samme spørsmålene, og at de ble stilt på lik måte til alle i tilsvarende lik rekkefølge, noe som er et poeng ved kvantitativt studiedesign (Dalland, 2017). De forhåndsbestemte kategoriene legger føringene for hvilken informasjon respondenten har mulighet til å gi fra seg (Jacobsen, 2022). Dette forutsetter at det er utarbeidet klare spørsmål og relevante svar, slik at respondentene kan plassere seg i rett kategori. Hvilken informasjon som innhentes og hvilke svaralternativer som er relevante, defineres dermed av oss som utarbeider spørreundersøkelsen (Jacobsen, 2021).

3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

I denne studien har vi tatt utgangspunkt i empirisme, som også kan kalles *erfaringslære* (Thornquist, 2018). Dette er et vitenskapsteoretisk perspektiv hvor erfaring ligger til grunn for etablering av kunnskap. Teorien tar utgangspunkt i at erfaringene omhandler det som kan observeres, konstateres og det målbare. I lys av den empiriske tilnærmingen vil vi gjennom kvinnens erfaring med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll tilstrebe å beskrive kunnskapen systematisk. Den kvantitative metoden gjør at vi vil måle disse erfaringene gjennom det standardiserte datamaterialet, slik at vi kan undersøke fenomenet på en mest mulig nøytral måte (Wifstad, 2019).

3.3 Inklusjonskriterier og rekruttering av utvalg

Inklusjonskriteriene for denne studien var kvinner 18 år eller eldre som har født barn i 2022 og som har vært på 6-ukerskontroll etter fødsel hos jordmor eller fastlege. Kvinnene som deltok måtte beherske norsk skriftspråk da spørreskjemaet ikke var oversatt til andre språk.

Spørreskjemaet var åpent i tidsperioden 02.11.22-22.11.22, og det var i samme periode rekrutteringen foregikk. Hvilken metode som benyttes for å rekruttere utvalget til en studie kan ha innvirkning på hvor generaliserbar resultatene er (Ringdal, 2018). Vårt utvalg var ikke-tilfeldig og er basert på selvseleksjon hvor frivillige deltakere melder seg til å svare på undersøkelsen via sosiale medier (Jacobsen, 2021).

I forbindelse med rekrutteringen ble det utviklet en rekrutteringsplakat som inneholdt kort informasjon om studien og tilgang til spørreskjema både gjennom lenke og QR-kode, se vedlegg 1. For å vekke interesse hos målgruppen var tittelen på plakaten «Har du født i 2022?». Motsatt var målet å ikke vekke interesse hos personer som ikke hadde født i 2022, og dermed unngå at disse klikket seg inn på lenken. Kvinnene som deltok i studien, ble primært rekruttert gjennom sosiale medier. Facebook er den sosiale plattformen som benyttes av flest personer over 18 år daglig i Norge (Warembourg, 2022). På Facebook eksisterer det ulike lukkede grupper med kvinnelige medlemmer som har termin på samme tidspunkt. Disse kalles ofte for «Termingrupper» og er opprettet av kvinnene selv for å kunne dele erfaringer tips, og for å ha et felleskap med andre kvinner. Antall medlemmer varierer utfra om gruppen er på landsbasis, for eksempel «Oss som har termin i juli 2022», eller begrenset til et spesifikt sted som for eksempel «Vi som har termin i juli 2022 på Kvaløya». Administratorer for de aktuelle gruppene ble kontaktet for å få tilgang til gruppene og dele rekrutteringsplakaten med lenke til spørreskjemaet. Gruppene som ble kontaktet hadde mellom 50 og 2000 medlemmer.

Vi tok kontakt med 28 Facebookgrupper, og vi fikk bekreftet at 19 grupper publiserte informasjon om studien vår. Ved å rekruttere kvinner gjennom disse gruppene var det mer sannsynlig å treffe den ønskede målgruppen, og denne rekrutteringsmetoden så også ut til å innhente flest antall svar raskest når det først ble publisert informasjon om studien. På bakgrunn av dette ble denne formen for rekruttering prioritert høyest.

Vi delte også rekrutteringsplakaten på våre private Facebook-profiler, og oppfordret venner og familie til å dele videre. Helsestasjoner fra alle fylker i Norge ble kontaktet med forespørsel om å henge opp plakaten med QR-kode på venterommene. Ti helsestasjoner bekreftet at de hadde hengt opp plakaten. Instagramprofiler som formidler informasjon og engasjement rundt fødsel og/eller barsel ble kontaktet med spørsmål om å dele plakaten på profilene deres. Kontoer som delte plakaten var blant annet Ammehjelpen, Jordmorpodden, Fodebagen, Jordmornytt og Eva Rose. Aktiv rekruttering var nødvendig da antall respondenter på spørreundersøkelsen stagnerte raskt når plakaten ikke ble delt. Rekruttering ble derfor vektlagt gjennom hele perioden spørreskjemaet var åpent.

3.4 Pilotstudie

En pilotstudie ble gjennomført på 16 personer for å teste spørreskjemaet med den hensikt å få innspill til eventuelle forbedringer før den faktiske publiseringen (Skoglund & Bretthauer, 2007). Personene som deltok, var venner og bekjente som har født barn i 2021 og 2022 og som hadde vært på 6-ukerskontroll. Spørreskjemaet ble besvart gjennom nettskjema.no, som er en tjeneste levert av Universitetet i Oslo (2010). Denne tjenesten gjør det mulig å administrere spørreskjemaet på internett. Kvinnene som deltok i pilotstudien hadde mulighet til å kommentere under hvert spørsmål, og de ble bedt om å gi en lengre generell tilbakemelding på om det var tematikker i spørreskjemaet de mente manglet for å kunne beskrive prevensjonsveiledningen de fikk. Pilotstudien var nyttig da vi fikk konstruktive tilbakemeldinger som førte til at vi la til enkelte temaer og omformulerte spørsmål som var uklare.

3.5 Spørreskjema

Spørreskjemaet ble opprettet gjennom nettskjema.no. Innledningsvis ble det stilt spørsmål for å kunne beskrive kvinnene som deltok i studien med henholdsvis alder, utdanning, paritet, sivilstatus og hvilket land deres foreldre var født i. For å ivareta kvinnenens anonymitet ble det ikke stilt ytterligere bakgrunnsprospørsmål. Videre fulgte spørsmål som omhandlet oppfølging

gjennom svangerskap og på 6-ukerskontroll, samt spørsmål om kvinnenes tanker rundt prevensjonsveiledning. Disse spørsmålene ble stilt til alle som deltok i spørreundersøkelsen.

Etter dette fulgte spørsmålet «Fikk du prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll?». Kvinnene som svarte «nei» på dette spørsmålet, måtte automatisk levere besvarelsen. For de kvinnene som svarte ja på dette spørsmålet, fulgte 14 spørsmål som omhandlet prevensjonsveiledningen de fikk på 6-ukerskontrollen. Spørsmålene ble utformet på egen hånd da det ikke var mulig å finne validerte spørsmål. Svaralternativene var forhåndsbestemt, og det eksisterte ingen spørsmål med fritekstsvar. Dette ble gjort bevisst, da fritekstsvar ville krevd kvalitative analyser i tillegg til kvantitative analyser, noe som ble for omfattende med hensyn til oppgavens tidsramme.

Majoriteten av spørsmålene hadde alternativene «ja» og «nei». De fleste av disse spørsmålene hadde også et tredje alternativ; «vet ikke» eller «husker ikke», slik at kvinnen ikke ble tvunget inn i en kategori som eventuelt ville gitt uriktige data. For å måle nyanser i respondentenes svar ble det benyttet fem-punktsskala på spørsmålene som angikk kvinnenes holdninger og meninger (Jacobsen, 2022). Dette ble blant annet brukt fordi vi ønsket å undersøke hvor enige eller uenige respondentene var i enkelte utsagn. På denne måten kunne vi måle intensiteten i enkelte forhold. Forskning og annen litteratur som eksisterer på temaet ble gjennomgått, og dannet grunnlaget for tematikken til de enkelte spørsmålene. I tillegg ble litteratur på utforming av spørreskjemaer brukt i arbeidet med formuleringer (Jacobsen, 2022). Oversikt over spørreskjemaet som ble utformet og benyttet i denne studien ses i vedlegg 2.

3.6 Datamaterialet

3.6.1 Koding og kodebok

For å kunne anvende datamaterialet i et digitalt statistikkprogram, og kjøre analyser, er det nødvendig å kode spørsmålene (Pallant, 2020). Det vil si at spørsmålene forkortes med stikkord og svaralternativene omgjøres fra tekst til tallverdier. Hvert spørsmål omtales da som en variabel, og svaralternativene blir til ulike verdier (Bjørndal & Hofoss, 2017). For eksempel kan tre ulike svaralternativer på et spørsmål få verdiene 1, 2 og 3. Nettskjema.no har en funksjon som automatisk fyller ut en kodebok for spørsmålene i spørreskjema. Denne ble benyttet, og kodeboken ble lastet ned for å holde oversikt over hva slags tekstsvar de ulike verdiene opprinnelig hadde.

3.6.2 Datavask

Når kodeboken var laget, ble datamaterialet lastet opp i analyseprogrammet SPSS Statistics (IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp). Videre ble datamaterialet undersøkt for mulige feilverdier. Det vil si at kodeboken ble brukt til å undersøke om det eksisterte verdier i datasettet som ikke fantes i kodeboken. Dette vil føre til ugyldige resultater ved utførelse av analyser og er derfor en viktig del av analyseprosessen (Pallant, 2020). De eneste dataene som ble fjernet, var de som ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Dette utdypes videre i resultatkapittelet.

3.6.3 Variabler

Som nevnt tidligere kan spørsmålene i spørreskjemaet defineres som ulike variabler i en statistisk sammenheng. En variabel kan defineres som en egenskap eller observasjon som varierer (Bjørndal & Hofoss, 2017). Variabler kan deles inn i tre ulike nivåer; nominal-, ordinal- og intervallnivå. I denne studien er det kun benyttet nominale og ordinale variabler, og variabler på intervallnivå vil derfor ikke beskrives. Nominale variabler kjennetegnes av at kategoriene er gjensidig utelukkende, og at det ikke foreligger en rangordning, eksempler er variabler som kjønn eller sivilstatus. En person kan for eksempel ikke både være mann og kvinne. Det er altså ikke mulig å tilhøre mer enn én kategori. Mange av de nominale variablene i vår studie har verdiene «ja» og «nei», disse kalles også dikotome variabler. De fleste variabler har i tillegg «vet ikke» og «husker ikke» som en tredje verdi. Fra spørreskjemaet er følgende variabler nominale:

- Sivilstatus (Gift/samboer/partner, kjærester, men bor ikke sammen, enslig)
- Antall barn (Ett barn, flere barn)
- Foreldre/foresatte født i Norge (Begge født i Norge, en av mine foreldre er født i Norge, ingen av mine foreldre er født i Norge)
- Oppfølging svangerskap (Jordmor, fastlege, omtrent like mye hos begge parter)
- Oppfølging 6-ukerskontroll (Jordmor, fastlege, annet)
- Grunner til å ikke ville starte med prevensjon på 6-ukerskontroll (Jeg visste ikke hvilket prevensjonspreparat jeg ville anvende, jeg var redd for bivirkninger, jeg ønsket å bli gravid, jeg var ikke seksuelt aktiv, jeg kan ikke bruke prevensjon på grunn av medisinske årsaker, jeg er sterilisert, min mannlige partner er sterilisert, jeg har kvinnelig partner, annet)
- **Spørsmål med svaralternativene ja, nei og husker ikke/vet ikke/usikker:**
 - Gikk du til 6-ukerskontroll hos en av de (jordmor/fastlege) som også har fulgt deg opp under svangerskapet?
 - Tok jordmor/fastlege initiativ til å snakke om prevensjon?
 - Ønsket du å snakke om prevensjon?

- Hadde du vært mottakelig for å få informasjon om prevensjon uavhengig av om du hadde et ønske å starte på prevensjon på det tidspunktet du var på 6-ukerskontrollen?
- Mener du at prevensjonsveiledning er viktig på 6-ukerskontrollen?
- Fikk du prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen?
- Spurte jordmor/fastlege deg om dine tidligere erfaringer med prevensjon?
- Hadde du et ønske om å få resept på prevensjon da du var på 6-ukerskontroll?
- Ble informasjonen om prevensjon forståelig formidlet?
- Ble du presentert for ulike prevensjonsmidler?
- Ble du spurt om hva som er viktig for deg ved valg av prevensjonsmiddel?
- Ble du anbefalt et spesifikt prevensjonsmiddel?
- Ble bivirkninger tatt opp av jordmor/fastlege?

Ordinale variabler er i likhet med nominale variabler også gjensidig utelukkende, men de er i tillegg rangordnet. Eksempler på ordinale verdier i denne studien er grad av utdanning, eller likert-skalaer med fem kategorier som går mellom ytterpunktene «i svært liten grad» til «i svært stor grad». Fra spørreskjemaet er følgende variabler ordinale:

- Alder (18-25 år, 26-30 år, 31-35 år, 36-40 år, over 40 år)
- Utdanning (Grunnskole, videregående skole, høyskole/universitet (1-4 år), høyskole/universitet (mer enn fire år))
- **Likert-skala (helt enig, delvis enig, nøytral, delvis uenig, helt uenig)**
 - Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn: «Da jeg gikk til 6-ukerskontroll opplevde jeg at jordmor/fastlege hadde god kunnskap om prevensjon»
 - Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn: «Prevensjonsveiledningen på 6-ukerskontrollen ga meg mer kunnskap slik at jeg fikk bedre forutsetninger for å avgjøre hvilket prevensjonsmiddel jeg eventuelt vil anvende»
- **Likert-skala (i svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)**
 - I hvor stor eller liten grad opplevde du at jordmor/fastlege tok høyde for dine preferanser gjennom prevensjonsveiledningen?
 - I hvor stor eller liten grad opplevde du at prevensjonsveiledningen var basert på et samarbeid mellom deg og jordmor/fastlege?
 - I hvor stor eller liten grad opplevde du at jordmors/fastleges personlige meninger påvirket prevensjonsveiledningen?
 - I hvor stor eller liten grad opplevde du at jordmor/fastlege hadde tilstrekkelig med tid til å gi prevensjonsveiledning som var tilfredsstillende for deg?
 - Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med prevensjonsveiledningen du fikk ved 6-ukerskontrollen?

For å kunne utføre en statistisk analyse er det i noen tilfeller nødvendig å omkode variabler først (Pallant, 2020). Sivilstatus ble omkodet til to kategorier istedenfor tre. Kategorien

«kjærester, men bor ikke sammen» hadde få respondenter og ble derfor kombinert med kategorien «gift/samboer/partner». En av analysemetodene som ble benyttet forutsetter nominale variabler. På grunn av dette ble flere av spørsmålene med fem-punktsskala, som opprinnelig var ordinale, omkodet til tre kategorier. Dette gjør at variablene kan bli definert som nominale. For eksempel ble «enig», «nøytral» og «uenig» benyttet istedenfor en rangordning med fem kategorier. En variabel ble fjernet fra datasettet da det var over 500 kvinner som ikke fikk mulighet til å svare på dette spørsmålet. Dette forklares ytterligere under kapittelet om etiske overveielser.

3.7 Analyser

Datamaterialet ble lastet opp og analysert i SPSS Statistics (IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Deskriptiv statistikk

Siden det ene forskningsspørsmålet i denne studien omhandler å beskrive prevensjonsveiledningen kvinner fikk på 6-ukerskontroll, er det hensiktsmessig å bruke deskriptiv statistikk for å beskrive populasjonen og resultatene. Dette fordi poenget med deskriptiv statistikk, også kalt beskrivende statistikk, er å beskrive ulike variablers fordeling uten å forklare årsakssammenheng (Tuft, 2018). For å gjøre dette er det innledningsvis benyttet enkle frekvenstabeller som beskriver utvalget i antall og prosent. Videre er det benyttet krysstabell for å undersøke sammenhengen mellom to eller flere variabler (Bjørndal & Hofoss, 2017). I denne studien er krysstabell benyttet for å undersøke hvilken veiledning kvinnene fikk utfra om de gikk til 6-ukerskontroll hos jordmor eller fastlege. Gjennom krysstabellen får man antall og prosenter. Vi har også valgt å benytte kakediagram og liggende stolpediagram for å gi en visuell fremstilling av prosentfordeling.

Analytisk statistikk

Kji-kvadrat og p-verdi

For å undersøke om det er statistisk signifikant sammenheng mellom kvinners erfaring med prevensjonsveiledning, avhengig om de gikk til 6-ukerskontroll hos jordmor eller fastlege, er det benyttet analytisk statistikk. Med en krysstabell er det mulig å gjennomføre en kji-kvadrattest (Bjørndal & Hofoss, 2017). Denne testen kan avgjøre om det er en sammenheng mellom to variable. En forutsetning for å kunne utføre en kji-kvadrattest er at det benyttes nominale variabler. Vi har som nevnt tidligere i metodekapittelet omkodet enkelte ordinale variabler med fem-punktsskala til tre kategorier slik at de benyttes som nominale variabler og

oppfyller kravene til å kunne analyseres med en kji-kvadrattest. En annen forutsetning for bruk av kji-kvadrat er at det er mer enn fem forventede verdier innenfor hver rute i krysstabellen. Det kan tillates at maks én rute har færre enn fem verdier. Våre data har ingen ruter med færre enn fem forventede verdier, og oppfyller derfor kravene til å gjennomføre en kji-kvadrattest (Bjørndal & Hofoss, 2017).

En kji-kvadrattest omtales som en hypotesetest som kan avgjøre hvilken hypotese som skal forkastes, og hvilken som skal beholdes (Johannessen et al., 2022). Hypotesetesten tar utgangspunkt i nullhypotesen som alltid indikerer at det ikke foreligger en sammenheng mellom to variabler og at funnet skyldes tilfeldig variasjon. Den alternative hypotesen i denne studien er da at det foreligger en sammenheng mellom kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll, og om kontrollen gjennomføres hos jordmor eller fastlege. Utgangspunktet er at nullhypotesen beholdes inntil forskjellen er så stor at det ikke er sannsynlig at funnet er tilfeldig. Resultatet av en kji-kvadrattest gir en p-verdi som kan brukes til å avgjøre hvilken hypotese som skal forkastes, og hvilken som skal beholdes. Nullhypotesen forkastes vanligvis ikke før p-verdi $<0,05$ (Jacobsen, 2022). En slik verdi indikerer at det er mindre enn 5 % sannsynlighet for at det som er observert skyldes tilfeldigheter. Når p-verdi er under det valgte signifikansnivået beholdes den alternative hypotesen og nullhypotesen forkastes (Bjørndal & Hofoss, 2017). Valgt signifikansnivå for analysene i denne undersøkelsen er $<0,05$.

3.8 Forskningsetiske hensyn

Vurdering av søknader

Forskningsetikkens formål er å bevisstgjøre forskere og samfunnet på eventuelle etiske problemstillinger som kan oppstå som følge av forskningen (Carlsen et al., 2014). I forkant av studiens oppstart ble det undersøkt hvilke organer det eventuelt måtte søkes om godkjenning til før oppstart av datainnsamling. Sikt er en norsk tjenesteleverandør som arbeider med å bistå forskningsinstitusjoner med hvordan de kan innhente data i henhold til gjeldende lover og regler som omhandler personvern (Sikt, 2023). I samarbeid med vår veileder ble Sikt kontaktet for å undersøke om forskningsprosjektet vårt var meldepliktig. På grunn av at vi ikke innhenter helse- eller personvernopplysninger gjennom undersøkelsen, var det ikke nødvendig å søke om godkjenning fra Sikt. Studien var heller ikke meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, ettersom det ikke innhentes opplysninger som har til hensikt å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom (REK, 2022).

Personvern

Deltakernes anonymitet ble i første omgang ivaretatt gjennom datainnsamlingsmetoden ettersom enkelt svar på nettskjema.no ikke kan knyttes til IP-adresser, samt at det ikke ble innhentet personopplysninger gjennom spørsmålene som kan føre til identifisering av enkeltindivider (UiO, 2016). Informasjon om undersøkelsens innhold og hensikt ble formidlet til deltakerne gjennom et informasjonsskriv øverst på samme side som spørreskjemaet ble besvart. Gjennom informasjonsskrivet kom det også frem at det var frivillig å delta, og at samtykke til deltakelse ble gitt ved å besvare og levere spørreskjemaet. Da det som nevnt ikke var mulig å spore deltakerne, ble det formidlet i informasjonsskrivet at samtykke ikke kunne trekkes etter innlevert svar.

Oppbevaring av data

Vi har fulgt gjeldende retningslinjer for datahåndtering på UiT Norges Arktiske Universitet, ved å lagre datamaterialet i OneDrive/Sharepoint. Denne funksjonen krever innlogging med Feidebruker og to-faktor-autentisering, noe som sikrer at datamaterialet kun er tilgjengelig for oss og vår veileder. Datamaterialet har ikke blitt lastet ned på våre private datamaskiner, og vil bli slettet etter at oppgaven er bestått.

Fjerning av data

Det ble opprinnelig utarbeidet 28 spørsmål til spørreundersøkelsen. Ett døgn etter lanseringen av undersøkelsen ble det oppdaget at spørreskjemaet kun inneholdt 27 spørsmål. På dette tidspunktet var det kommet inn over 500 svar. Spørsmålet som manglet ble likevel lagt til i spørreundersøkelsen, og var som følger: «Hvor fornøyd eller misfornøyd var du med prevensjonsveiledningen du fikk på 6-ukerskontrollen?». Svaralternativene fordelte seg på en fem-punktsskala med ytterpunktene «svært misfornøyd» og «svært fornøyd». Siden det ville vært forskningsetisk problematisk å forkaste svarene fra de første 500 deltakerne som ikke fikk mulighet til å svare på dette spørsmålet, har vi i arbeidet med denne studien heller valgt å fjerne variabelen fra det endelige datasettet. På denne måten inkluderes alle deltakerne, så fremst de ikke ekskluderes av andre eksklusjonskriterier. Vi anser at variabelen som ble fjernet ikke hadde avgjørende betydning for å kunne besvare studiens forskningsspørsmål.

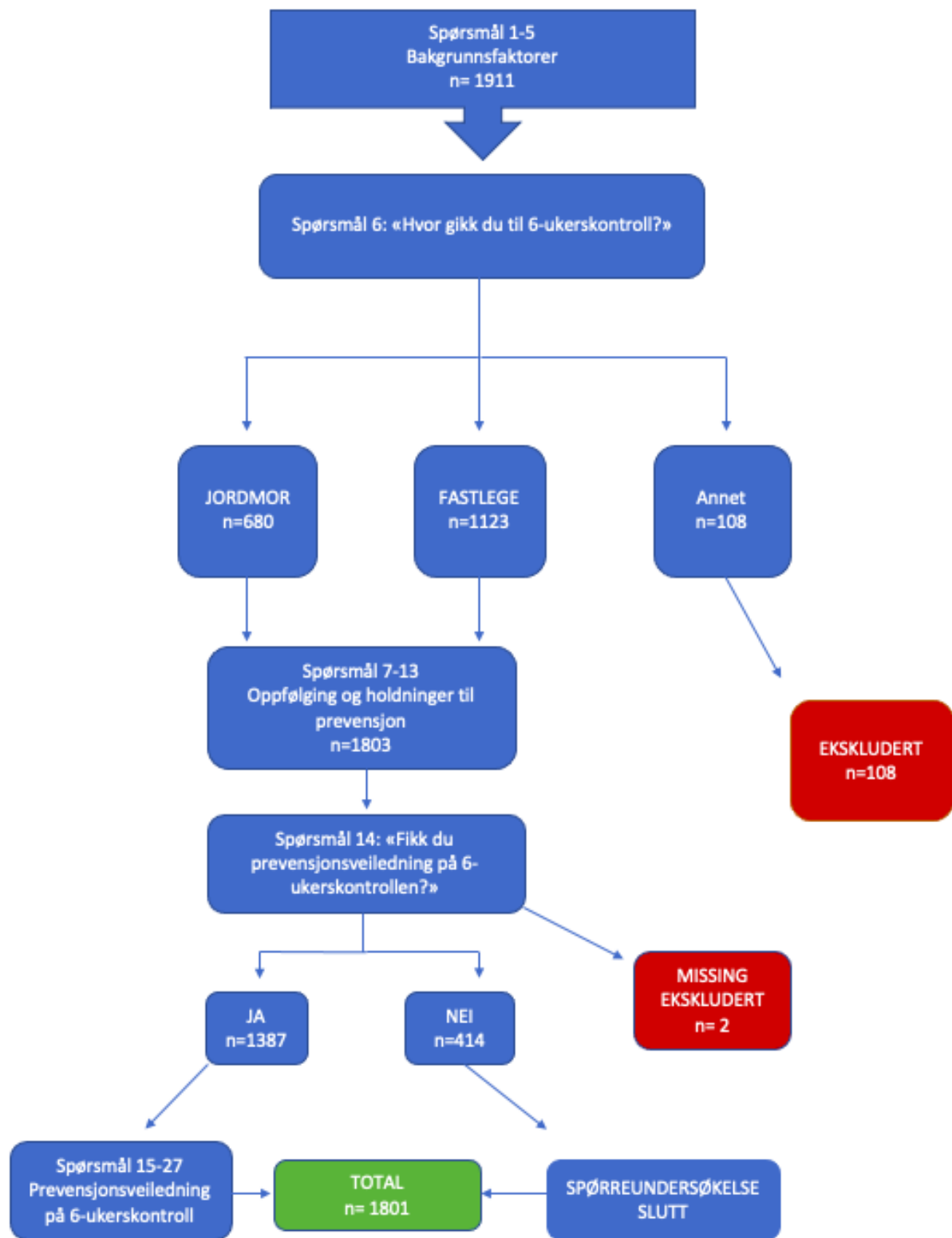
Nytte og risiko

En sentral del av forskning er å vurdere om det foreligger noen etiske problemstillinger knyttet til resultatene som kommer frem i studien (Carlsen et al., 2014). Dersom valide funn kommer frem av studien, mener vi at det vil være nyttig for videre forskning, befolkningen og

jordmorfaglig praksis. Nytten for kvinnene som deltar i studien er at de får mulighet til å rapportere sin opplevelse av prevensjonsveiledningen på 6-ukerskontroll. For jordmorfaget er nytten at studien kan gi en oversikt over kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning på denne konsultasjonen. Det vil kunne påvirke videre praksis for både jordmødre og fastleger. På bakgrunn av at undersøkelsen er anonym og ikke kan spore deltakerne, anser vi at risikoen for at studien vil påvirke kvinnene som har deltatt på en negativ måte, som minimal.

4 Resultat

I dette kapitlet vil resultatene fra studiens analyser bli presentert. I perioden spørreskjemaet var åpent for deltakelse, var det 1911 personer som besvarte spørsmålene. 108 deltakere ble ekskludert da de ikke oppfylte inklusjonskriteriene om å ha utført 6-ukerskontrollen hos enten jordmor eller fastlege. Videre ble to deltakere ekskludert for å ikke ha svart på spørsmålet om de fikk prevensjonsveiledning eller ikke. Totalt ble 1801 deltakere inkludert i analysene (Figur 1).



Figur 1. Flytskjema

4.1 Beskrivelse av studiens utvalg

Bakgrunnsfaktorene for respondentene i studien er presentert i tabell 1. Det var flest respondenter i aldersgruppen 26-30 år (45,7 %), mens aldersgruppen 31-35 år utgjorde 34,5 % av deltakerne. De resterende var yngre eller eldre. Flertallet var gift, partnere eller samboere (98,1 %). I alt hadde 78,6 % sin høyeste fullførte utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Av respondentene var det 63,6 % som hadde født ett barn, mot 36,4 % som hadde født flere barn. Majoriteten oppga at foreldre/foresatte var født i Norge (87,9 %). Resterende oppga at enten en (5,9 %) eller begge foreldre/foresatte (6,2 %) var født i et annet land.

Tabell 1. Beskrivelse av studiens utvalg (n=1801)

Variabel	Kategori	n (%)
Alder	18-25 år	210 (11,7)
	26-30 år	823 (45,7)
	31-35 år	622 (34,5)
	36-40 år	134 (7,4)
	> 40 år	12 (0,7)
Sivilstatus^a	Gift/samboer/partner	1766 (98,1)
	Enslig	34 (1,9)
Utdanning^b	Grunnskole	23 (1,3)
	Videregående skole	362 (20,1)
	Høyskole/universitet (1-4 år)	765 (42,5)
	Høyskole/universitet (mer enn 4 år)	650 (36,1)
Antall barn^c	Ett barn	1144 (63,6)
	Flere barn	656 (36,4)
Foreldre/foresatte født i Norge^d	Begge født i Norge	1581 (87,9)
	En født i Norge	107 (5,9)
	Ingen født i Norge	111 (6,2)

n; antall som har svart på spørsmålet

Missing; ikke svart på spørsmålet: a=1 missing, b=1 missing, c=1 missing, d=2 missing

4.2 Beskrivelse av oppfølging i svangerskapet og på 6-ukerskontrollen

Tabell 2 viser kvinnens oppfølging i svangerskapet og på 6-ukerskontrollen. Majoriteten av kvinnene (67,6 %) ble fulgt opp av kun jordmor i svangerskapet. I alt svarte 27,8 % at de ble fulgt opp omtrent like mye hos jordmor og hos fastlege. Kun 4,6 % gikk i hovedsak til fastlege gjennom svangerskapet. Når det gjelder 6-ukerskontrollen, gikk de fleste kvinnene til fastlege (62,3 %), mens 37,7 % gikk til kontroll hos jordmor. Det var 72,2 % av kvinnene som ble fulgt opp av den samme personen på 6-ukerskontrollen etter fødsel som i svangerskapet. Andelen kvinner som gikk til en ny person på 6-ukerskontrollen var 27,8 %. På spørsmål om jordmor eller fastlege tok initiativ til å snakke om prevensjon på 6-ukerskontrollen, svarte flertallet ja (85,6 %).

Tabellen viser også hvilke tanker og holdninger kvinnene hadde til prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen. Til sammen var det over 20 % som svarte «nei» eller «vet ikke» på spørsmål om prevensjonsveiledning er viktig. De fleste (68,2 %) hadde et ønske om å snakke om prevensjon, og majoriteten (83,5 %) var mottakelig for å få informasjon om prevensjon, uavhengig av om de hadde et ønske om å starte på prevensjon på det tidspunktet de var på 6-ukerskontrollen, eller ikke.

Tabell 2. Beskrivelse av oppfølgingen i svangerskapet og på 6-ukerskontroll (n=1801)

Variabel	Kategori	n (%)
Oppfølging i svangerskapet ^a	Jordmor	1216 (67,6)
	Fastlege	83 (4,6)
	Like mye hos begge	501 (27,8)
Oppfølging på 6-ukerskontrollen	Jordmor	679 (37,7)
	Fastlege	1122 (62,3)
Om kvinnen ble fulgt opp av samme person på 6-ukerskontroll og i svangerskapet ^b	Ja	1299 (72,2)
	Nei	500 (27,8)
Om jordmor/fastlege tok initiativ til å snakke om prevensjon ^c	Ja	1540 (85,6)
	Nei	205 (11,4)
	Husker ikke	55 (3,1)
Om kvinnen ønsket å snakke om prevensjon	Ja	1229 (68,2)
	Nei	488 (27,1)
	Husker ikke	84 (4,7)
Om kvinnen var mottakelig for å få informasjon om prevensjon uavhengig av om hun hadde et ønske om å starte med prevensjon på det tidspunktet hun var på 6-ukerskontroll	Ja	1504 (83,5)
	Nei	163 (9,1)
	Vet ikke	134 (7,4)
Om kvinnen synes prevensjonsveiledning er viktig på 6-ukerskontrollen ^d	Ja	1383 (77)
	Nei	268 (14,9)
	Vet ikke	146 (8,1)

n; antall som har svart på spørsmålet

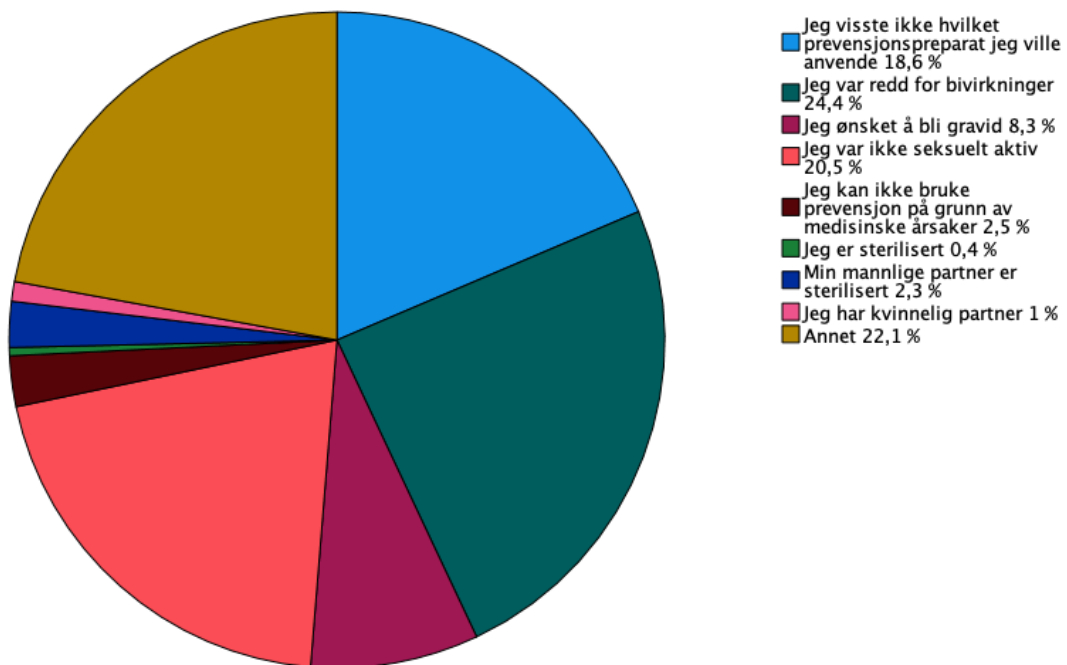
Missing; ikke svart på spørsmålet: a=1 missing, b=2 missing, c=1 missing, d=4 missing

På grunn av avrunding til en desimal vil noen av prosentandelene til sammen vise 100,1 %.

4.3 Grunner til at kvinnene ikke ville starte på prevensjon

Figur 2 viser en oversikt over årsaker til at respondentene ikke ønsket å starte på prevensjon da de var på 6-ukerskontrollen. Det var kun mulig å krysse av for ett alternativ på dette spørsmålet. Alle deltakerne i spørreundersøkelsen hadde mulighet til å svare på dette spørsmålet, men det var 559 som valgte å ikke svare.

I alt oppga 24,5 % av kvinnene at redsel for bivirkninger var grunnen til at de ikke ønsket å starte med prevensjon da de var på 6-ukerskontroll. Dette utgjorde den kategorien med høyest andel respondenter. Totalt oppga 20,5 % at de ikke ønsket å starte med prevensjon fordi de ikke var seksuelt aktive. Flere av kvinnene (18,6 %) visste ikke hvilket prevensjonsmiddel de ønsket å anvende, og en liten andel (8,3 %) ville ikke starte på prevensjon da de hadde et ønske om å bli gravid igjen. Andre grunner kvinnene hadde til å ikke ville starte på prevensjon var at de selv var sterilisert, deres mannlige partner var sterilisert, de hadde kvinnelig partner, eller at de av medisinske årsaker ikke kunne bruke prevensjon. Disse kategoriene hadde færrest respondenter. Andelen kvinner som svarte at de hadde annen grunn enn de gitte kategoriene til å ikke ville starte på prevensjon utgjorde 22,1 %.



Figur 2. Årsaker til at kvinnene ikke ønsket å starte på prevensjon da de var på 6-ukerskontrollen (n=1801, missing=559)

4.4 Resultat fra spørsmålene til kvinnene som fikk prevensjonsveiledning

Av 1801 deltakere, var det 414 som svarte at de ikke fikk prevensjonsveiledning da de var på 6-ukerskontrollen. Deres spørreskjema ble dermed automatisk innlevert etter at de hadde besvart spørsmål 1-14. Det totale antallet kvinner som svarte at de fikk prevensjonsveiledning var 1387. For disse kvinnene fulgte det en rekke spørsmål som omhandlet temaer som vi anså som relevant i forbindelse med prevensjonsveiledningen på 6-ukerskontrollen. Resultatene fra disse vil bli presentert i resterende figurer og tabeller.

4.4.1 Kvinnenes ønske om resept på prevensjonsmiddel

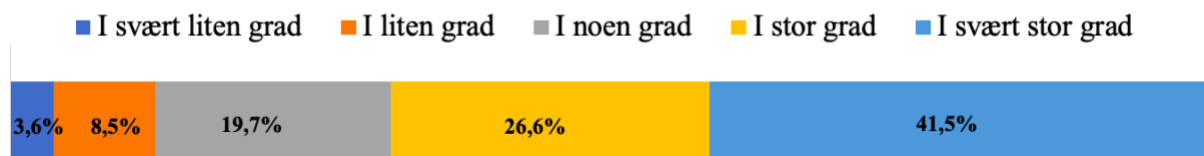
Figur 3 viser svarfordelingen, i prosent, på om kvinnene som fikk veiledning hadde et ønske om å få resept på prevensjon på det tidspunktet de var på 6-ukerskontroll. Totalt oppga omtrent halvparten av kvinnene at de ønsket resept.



Figur 3. Om kvinnene hadde et ønske om å få resept på prevensjon (n=1387, missing=2)

4.4.2 Kvinnenes opplevelse av om prevensjonsveiledningen var basert på et samarbeid med jordmor/fastlege

Kvinnene fikk spørsmål om hvorvidt prevensjonsveiledningen var basert på et samarbeid med jordmor eller fastlege. Figur 4 viser svarfordelingen, i prosent, på de ulike svaralternativene. Majoriteten av kvinnene oppga at prevensjonsveiledningen i svært stor eller stor grad var basert på et samarbeid med jordmor/fastlege.

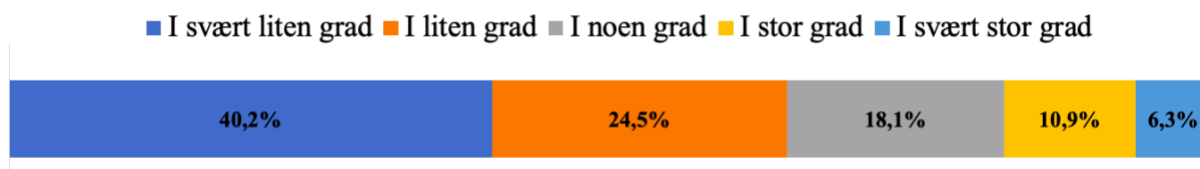


Figur 4. I hvilken grad kvinnene opplevde at prevensjonsveiledningen var basert på et samarbeid med jordmor/fastlege (n=1387, missing=2).

*På grunn av avrunding til en desimal, vil prosentandelene til sammen vise 99,9 %.

4.4.3 Kvinnenes opplevelse av i hvilken grad jordmors/fastleges personlige meninger påvirket prevensjonsveiledningen

Figur 5 viser svarfordelingen, i prosent, på graderingen av hvorvidt kvinnene opplevde at jordmors eller fastleges personlige meninger påvirket prevensjonsveiledningen. Til sammen oppga 64,7 % at prevensjonsveiledningen i svært liten eller liten grad ble påvirket av jordmors eller fastleges personlige meninger.



Figur 5. I hvilken grad kvinnene opplevde at jordmors/fastleges personlige meninger påvirket prevensjonsveiledningen (n=1387, missing=6).

4.4.4 Kvinnenes opplevelse av informasjon og veiledning om prevensjon på 6-ukerskontroll gitt av jordmor eller fastlege

Tabell 3 viser en oversikt over veiledningsvariabler på 6-ukerskontroll sett i sammenheng med om kvinnene oppsøkte jordmor eller fastlege. Spørsmålene hadde svaralternativene «ja» og «nei». Enkelte spørsmål hadde i tillegg «vet ikke» eller «husker ikke» som svaralternativ. I tabellen inkluderes bare de som svarte «ja» på spørsmålene og hvordan disse fordeler seg på jordmor og fastlege. På spørsmål om kvinnene fikk prevensjonsveiledning eller ikke da de var på 6-ukerskontrollen, var det statistisk signifikant høyere andel kvinner som fikk dette hos jordmor, enn hos fastlege (p-verdi <0,001). Dette fant vi ut ved å utføre en kji-kvadrattest.

Majoriteten av kvinnene (91,5 %) som fikk prevensjonsveiledning oppga at informasjonen om prevensjon ble formidlet på en forståelig måte. Det var statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til jordmor som oppga at de ble spurt om tidligere erfaringer med prevensjon, enn kvinner som gikk til fastlege (p-verdi <0,001).

I alt var det 35,8 % av kvinnene i studien som opplevde at de ble anbefalt et spesifikt prevensjonsmiddel før de fikk fortalt om egne preferanser. Det var ingen signifikant sammenheng mellom denne variabelen og om kvinnene hadde gått til kontroll hos jordmor eller fastlege. Av kvinnene som gikk til jordmor var det 74,5 % som ble presentert for ulike prevensjonsmidler, sammenlignet med 63,3 % av de som hadde gått til fastlege. Det var

statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til jordmor som oppga at de ble presentert for ulike prevensjonsmidler enn kvinner som gikk til fastlege (p-verdi <0,001).

Totalt ble halvparten av kvinnene som fikk prevensjonsveiledning spurt om hva som er viktig for dem ved valg av prevensjonsmidler. Det var statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til jordmor som opplevde å få dette spørsmålet enn kvinner som gikk til fastlege (p-verdi <0,001).

I alt var det 39,1 % som svarte at bivirkninger ved prevensjonsmidlene ble tatt opp under prevensjonsveiledningen. Det var signifikant sammenheng mellom dette spørsmålet og om kvinnene hadde gått på kontroll til jordmor eller fastlege (p-verdi <0,001). Av de som gikk til jordmor oppga 48,1 % at de fikk informasjon om bivirkninger, mot 32,9 % av de som gikk til fastlege.

Tabell 3. Veiledningsvariabler på 6-ukerskontrollen sett i sammenheng med om kvinnene gikk til jordmor eller fastlege (n=1387)

Veiledningsvariabler på 6-ukerskontroll	Jordmor n=569 n (%)	Fastlege n=818 n (%)	p-verdi	Total* n (%)
Om informasjonen ble forståelig formidlet^a	534 (94,2)	731 (89,7)	0,010	1265 (91,5)
Om kvinnene ble spurt om tidligere erfaringer med prevensjon^b	397 (69,8)	445 (54,5)	<0,001	842 (60,8)
Om kvinnen ble presentert for ulike prevensjonsmidler	424 (74,5)	518 (63,3)	<0,001	942 (67,9)
Om kvinnene ble spurt om hva som er viktig ved valg av prevensjonsmiddel^c	335 (59,0)	365 (44,8)	<0,001	700 (50,6)
Om kvinnen ble anbefalt et spesifikt prevensjonsmiddel^d	192 (33,7)	304 (37,2)	0,216	496 (35,8)
Om kvinnen ble informert om bivirkninger^e	273 (48,1)	268 (32,9)	<0,001	541 (39,1)

Kji-kvadrattest

n; antall som har svart på spørsmålet

Missing; ikke svart på spørsmålet: a=2 missing, b=5 missing, c=4 missing, d=1 missing, e=4 missing

*I denne tabellen vil total vise antallet (n) og andelen (%) av kvinner som svarte «ja» på hver enkelt veiledningsvariabel, og hvordan disse fordeler seg på jordmor og fastlege.

4.4.5 Kvinnenes holdninger til prevensjonsveiledningen som ble gitt på 6-ukerskontrollen av jordmor eller fastlege

Tabell 4 viser en oversikt over spørsmål som respondentene fikk angående deres holdninger til prevensjonsveiledningen som ble gitt på 6-ukerskontrollen, sett i sammenheng med om de gikk til kontroll hos jordmor eller fastlege.

Totalt var det under halvparten av kvinnene som oppga at de var enige i at prevensjonsveiledningen ga de mer kunnskap og bedre forutsetninger til å avgjøre hvilket prevensjonsmiddel de vil anvende. Det var statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til jordmor og var enige, sammenlignet med kvinnene som gikk til fastlege og var enige (p-verdi <0,001). Når det gjelder kvinnene som utførte kontrollen hos fastlege, var det nesten dobbelt så mange som var uenige i utsagnet (32,4 %), enn de kvinnene som gikk til jordmor (16,9 %).

Kvinnene ble spurt om hvor enig eller uenig de var i at jordmor/fastlege hadde god kunnskap om prevensjon. Totalt var flertallet av kvinnene enige i dette utsagnet. P-verdien viser 0,05, og indikerer dermed at det ikke foreligger en sammenheng mellom dette spørsmålet og om kvinnen gikk til kontroll hos jordmor eller fastlege.

Det var statistisk signifikant sammenheng mellom i hvor stor eller liten grad kvinnene opplevde at det var tilstrekkelig med tid til prevensjonsveiledning, og om de gikk til kontroll hos jordmor eller fastlege (p-verdi <0,001). Det var en betydelig høyere andel som oppga stor grad av tilstrekkelig tid og gikk til jordmor (75,7 %), enn andelen som oppga det samme svaret og gjennomførte kontrollen hos fastlege (53,3 %).

Det var også statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til kontroll hos jordmor og opplevde at deres preferanser ble ivaretatt gjennom prevensjonsveiledningen, sammenlignet med kvinnene som gikk til fastlege (p-verdi <0,001).

Tabell 4. Kvinnenes holdninger til prevensjonsveiledningen de mottok på 6-ukerskontrollen sett i sammenheng med om de gikk til jordmor eller fastlege (n=1387)

Variabel/Spørsmål	Kategorier	Jordmor n=569 (%)	Fastlege n=818 (%)	p-verdi	Total* n
Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn «Prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen gav meg mer kunnskap og bedre forutsetninger til å avgjøre hvilket prevensjonsmiddel jeg eventuelt vil anvende»? ^a	Enig	326 (57,3)	321 (39,4)	<0,001	647
	Nøytral	147 (25,8)	230 (28,2)		377
	Uenig	96 (16,9)	264 (32,4)		360
Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn: «Da jeg gikk til 6-ukerskontroll opplevde jeg at jordmor/fastlege hadde god kunnskap om prevensjon»?	Enig	492 (86,5)	673 (82,3)	0,05	1165
	Nøytral	42 (7,4)	92 (11,2)		134
	Uenig	35 (6,2)	53 (6,5)		88
I hvor stor eller liten grad opplevde du at jordmor/fastlege hadde tilstrekkelig med tid til å gi prevensjonsveiledning som var tilfredsstillende for deg? ^c	I stor grad	431 (75,7)	435 (53,3)	<0,001	866
	I noen grad	89 (15,6)	233 (28,6)		322
	I liten grad	49 (8,6)	148 (18,1)		197
I hvor stor eller liten grad opplevde du at jordmor/fastlege tok høyde for dine preferanser gjennom prevensjonsveiledningen? ^d	I stor grad	446 (78,5)	538 (66)	<0,001	984
	I noen grad	81 (14,3)	184 (22,6)		265
	I liten grad	41 (7,2)	93 (11,4)		134

Kji-kvadrattest

n; antall som har svart på spørsmålet

Missing; ikke svart på spørsmålet: a=3 missing, b=2 missing, c=2 missing, d=4 missing

*I denne tabellen vil total vise antallet (n) kvinner som fikk prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen, og hvordan disse fordeler seg på jordmor og fastlege.

På grunn av avrunding til en desimal vil noen av prosentandelene til sammen vise 99,9 % eller 100,1 %.

5 Diskusjon

Diskusjonskapittelet består av to deler. Først vil resultatene fra denne undersøkelsen diskuteres opp mot relevant fag- og forskningslitteratur og jordmorfaglig teori. Videre følger en diskusjon av styrker og svakheter ved studiens metode.

5.1 Resultatdiskusjon

Resultatene fra undersøkelsen vår viser at majoriteten av deltakerne gikk til 6-ukerskontroll hos fastlege, til tross for at de fleste ble fulgt opp av jordmor gjennom svangerskapet. I alt var det 77 % av kvinnene som oppga at de fikk prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen. Av kvinnene som ikke ønsket å starte på prevensjon var noen av hovedgrunnene redsel for bivirkninger og at de ikke var seksuelt aktive. Når det gjelder kvinnene som fikk prevensjonsveiledning, ble kun 39,1 % informert om bivirkninger. Halvparten ble spurt om hva som var viktig for dem ved valg av prevensjonsmiddel. Under halvparten av kvinnene oppga at de fikk mer kunnskap og bedre forutsetninger til å ta egne valg om prevensjon som følge av prevensjonsveiledningen. Majoriteten av kvinnene oppga at prevensjonsveiledningen i svært stor og stor grad var basert på et samarbeid mellom dem og den de gikk på kontroll til.

Det var statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til kontroll hos jordmor som ble presentert for veiledningsvariablene vi har identifisert som relevante i forbindelse med prevensjonsveiledning, enn kvinnene som gikk til kontroll hos fastlege. De veiledningsvariablene som ikke viste statistisk signifikant sammenheng, var å bli anbefalt et spesifikt prevensjonsmiddel og opplevelse av kunnskapsnivået til den de gikk på kontroll til.

5.1.1 Kontinuitet i helsehjelpen

Resultatene fra undersøkelsen vår viser at 67,6 % av kvinnene hovedsakelig ble fulgt opp av kun jordmor gjennom svangerskapet. Likevel har 62,3 % av kvinnene gjennomført 6-ukerskontrollen hos fastlege. Dette samsvarer med funnene i en systematisk oversikt gjort blant høyinntektsland, som viser at kvinner oftest søker prevensjonsveiledning hos fastleger etter fødsel (Freeman-Spratt et al., 2023). Med bakgrunn i at Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen anbefaler at kvinner skal gå til 6-ukerskontroll hos den personen som hovedsakelig har fulgt dem opp gjennom svangerskapet, er det overraskende at så mange kvinner i vår undersøkelse har gått på 6-ukerskontroll til fastlege (Helsedirektoratet, 2014).

Svangerskap-, fødsels- og barselomsorgen peker på at kontinuitet i helsehjelpen har en helsefremmende og forebyggende effekt. Dette synliggjøres blant annet i en Cochrane-studie

som fant at kvinner som gjennom svangerskap og fødsel hadde kontinuerlig oppfølging av de samme jordmødrene, hadde mindre forekomst av epidural, færre instrumentelle forløsninger, episiotomier og premature fødsler (Sandall et al., 2016). Denne studien viser også til at kvinner med kontinuerlig oppfølging er mer fornøyde med helsehjelpen de mottar. Det kan tenkes at den positive innvirkningen kontinuitet har for kvinner i fødsel også vil kunne gjelde for oppfølging på 6-ukerskontrollen. I løpet av svangerskapet legges det til rette for at kvinnen skal kunne gå til kontroll hos den samme personen, enten jordmor eller fastlege. På grunn av dette ligger forholdene til rette for at kvinner kan gjennomføre 6-ukerskontrollen hos en person som kjenner dem gjennom svangerskapet, og dermed er muligheten for å kunne opprettholde en form for kontinuitet til stede. Likevel tyder våre funn på at majoriteten av kvinnene ikke opplevde denne kontinuiteten på 6-ukerskontrollen.

På den andre siden kan det tenkes at kvinnene allerede har etablert en relasjon til sin fastlege gjennom flere år med tidligere legekonsultasjoner. Dermed er det mulig at en form for kontinuitet bevarer, selv om fastlegen ikke er den som har fulgt kvinnen gjennom svangerskapet. Gjennom undersøkelsen vår har vi ikke innhentet informasjon om årsakene til at det er så stor andel kvinner som gjennomfører 6-ukerskontrollen hos fastlege. Vi vet ikke om kvinnene selv har mulighet til å velge hvor de vil gjennomføre 6-ukerskontrollen. Helsedirektoratet (2014) skriver at kvinner med komplikasjoner som krever legetilsyn bør gjennomføre kontrollen hos fastlege. Dersom en kvinne har hatt et komplisert forløp kan dette være en naturlig årsak til at hun går til 6-ukerskontroll hos fastlege, selv om det er jordmoren som har fulgt henne opp i svangerskapet. Når vi ikke vet årsakene til at kvinnene heller gikk til fastlege, enn til jordmor på etterkontroll, blir det kun spekulasjoner om hvorvidt kontinuitet trues av dette.

I undersøkelsen vår oppga 27,8 % av kvinnene at de gikk til 6-ukerskontroll hos en jordmor eller fastlege som de ikke hadde truffet tidligere i svangerskapet. Li et al. (2022) fant i sin studie at kvinner identifiserte egenskaper som tillit, medfølelse og omsorg som viktige ved prevensjonsveiledning. For å oppnå disse egenskapene kan det tenkes at kontinuitet er en forutsetning. Lukasse et al. (2021) skriver at norske kvinner verdsetter relasjonen til prevensjonsveilederen, og at dette kan ha innvirkning på opplevelsen av selve veiledningen. Dette kan sees i sammenheng med det første trinnet i *samvalg* som omhandler at kvinnen og helsepersonell har etablert en trygg og tillitsfull relasjon (Nieuwenhuijze, 2020). Utfra dette kan det tenkes at kvinnene som går til kontroll hos en person de ikke har truffet tidligere i svangerskapet, vil kunne ha et dårligere utgangspunkt for å få god prevensjonsveiledning.

Samtidig kan det hende at disse kvinnene har møtt personen på tidligere konsultasjoner som ikke omhandler dette svangerskapet, og dermed kan tillit allerede være etablert.

Samarbeidet

Majoriteten av kvinnene i vår studie oppga at prevensjonsveiledningen i stor eller svært stor grad var basert på et samarbeid mellom dem og den de gikk på kontroll til. Dette er positivt ettersom samarbeid med helsepersonell er sentralt i utøvelsen av *samvalg*, og for å komme frem til det beste valget for kvinnen. En nyere systematisk oversikt som omhandler prevensjonsveiledning etter fødsel, trekker frem at kvinner verdsetter *samvalg* som metode ved veiledning (Freeman-Spratt et al., 2023). Samtidig viser annen forskning at begrepet *samvalg* trenger en dypere forståelse fordi praksis for bruken av metoden ved prevensjonsveiledning kan variere mellom helsepersonell og kvinner (Gerchow & Squires, 2022). Dersom helsepersonell og kvinner har ulike oppfatninger av deres rolle når det gjelder *samvalg*, vil det trolig kunne føre til at *samvalg* som metode ved prevensjonsveiledning ikke oppnår sitt potensiale. Det kan tenkes at kvinnen og helsepersonell har et bedre utgangspunkt til å forstå hverandres roller ved *samvalg*, dersom de allerede har etablert en tillitsfull relasjon. Denne relasjonen vil videre gi dem et bedre grunnlag for å utøve *samvalg* på en mest mulig hensiktsmessig måte.

5.1.2 Grunner til at kvinnene ikke ønsket å starte med prevensjon

Kvinnene i vår undersøkelse som ikke ønsket å starte på prevensjon på det tidspunktet de var på 6-ukerskontrollen, fikk spørsmål om hva som var grunnen til dette. Det var overraskende at hele 1242 respondenter besvarte dette spørsmålet. Dette indikerer at disse kvinnene ikke ønsket å starte med prevensjon da de var på 6-ukerskontroll. Av kvinnene som fikk prevensjonsveiledning, var det kun omtrent halvparten (51,9 %) som ønsket resept på prevensjon da de var på denne konsultasjonen. Mulige konsekvenser av at kvinnene ikke ønsker å benytte prevensjon er uønskede svangerskap og aborter. Folkehelseinstituttet skriver at abortraten for 2021 viser en økning i antall aborter for kvinner i alderen 15-19 år (Løkeland-Stai, 2017). Dette var første gangen siden 2008 at tallene var stigende. Denne gruppen er ikke sammenlignbar med vårt utvalg, ettersom aldersgruppen er yngre. Likevel kan stigningen i aborttallene understreke at prevensjon spiller en sentral rolle i å forebygge uønskede svangerskap og aborter. Vårt funn synliggjør derfor viktigheten av at helsepersonell identifiserer kvinnenes barrierer for å bruke prevensjon, og bidrar med grundig prevensjonsveiledning (Aarvold et al., 2022).

Bivirkninger

Resultatet fra vår undersøkelse viser at nesten en av fire kvinner (24,4 %) oppga bivirkninger som grunn til å ikke ville starte på prevensjon på det tidspunktet de var på 6-ukerskontrollen. Av svaralternativene som respondentene hadde mulighet til å velge blant, var dette kategorien med høyest svarprosent. Vårt funn samsvarer med en annen norsk studie som fant at hele 27 % av kvinnene oppga bivirkninger som grunn til å ikke ville starte med hormonell prevensjon (Forsberg et al., 2019). En annen undersøkelse fra Tyskland viser at mange kvinner får informasjon om prevensjon gjennom internett, og at dette kan føre til et mer negativt syn på prevensjon (Vieth et al., 2022). Dette kan sees i sammenheng med annen forskning som viser at influencere i økende grad deler egne erfaringer med prevensjon på sosiale medier (Pfender & Devlin, 2023). Siden disse har stor påvirkningskraft på kvinner, kan det føre til at feilinformasjon om prevensjon blir delt. I en oversiktsartikkel kommer det frem at kvinner i vestlige land har en økende skepsis til bruk av hormonell prevensjon, på bakgrunn av frykt for bivirkninger (Le Guen et al., 2021). Hormonenes innvirkning på kropp, mental og seksuell helse, er noen av hovedbekymringene til kvinnene. I tillegg er det en voksende trend å bruke «naturlig» prevensjon, altså prevensjonsmetoder uten hormoner (Le Guen et al., 2021; Pfender & Devlin, 2023). Disse studiene understreker at frykt for bivirkninger er en økende trend i samfunnet, noe som samsvarer med funn fra vår undersøkelse.

Våre resultater viser videre at kun 39,1 % av kvinnene som fikk prevensjonsveiledning, ble presentert for bivirkninger. Andre studier som har undersøkt kvinners preferanser og erfaringer når det gjelder prevensjonsveiledning, peker på at bivirkninger bør være et sentralt tema ved prevensjonsveiledning (Yeh et al., 2022). En norsk undersøkelse viser at 69 % av alle kvinnene ønsket at prevensjonsveiledning skal inneholde mer informasjon om bivirkninger (Forsberg et al., 2019). Med bakgrunn i at forskning viser en økende skepsis til hormonell prevensjon, og at informasjonskilden til prevensjon i stor grad er internett, understreker vårt funn viktigheten av å bli presentert for bivirkninger gjennom prevensjonsveiledningen. Dersom det foreligger en frykt for bivirkninger, er det sentralt at helsepersonell identifiserer hva som er årsaken til dette, og bidrar med å gi korrekt informasjon. Mangelfull eller ukorrekt informasjon om bivirkninger kan føre til at kvinner avstår fra prevensjon uten å ta et velinformert valg. Selv om adressering av negative bivirkninger ved bruk av prevensjon er sentralt, er avståelse fra prevensjon en stor risikofaktor for uønsket graviditet.

Å være mottakelig for prevensjonsveiledning

I vår undersøkelse oppga over en av fem kvinner (20,5 %) at grunnen for at de ikke ville starte med prevensjon på det tidspunktet de var på 6-ukerskontroll var at de ikke var seksuelt aktive. Grussu et al. (2021) skriver at par i gjennomsnitt opptar seksuallivet seks til åtte uker etter fødsel, og at frekvensen på seksuell aktivitet gradvis øker frem til omtrent seks måneder etter fødsel. Funnene i denne studien kan indikere at kvinner som har født vil gjenoppta seksuallivet kort tid etter de har vært på 6-ukerskontrollen, selv om de ikke er seksuelt aktive på det tidspunktet de er til kontroll. Med bakgrunn i at 98,1 % av kvinnene i vår studie var i et partnerskap, er det nærliggende å tenke at de fleste av kvinnene som opplyste at de ikke er seksuelt aktive, vil bli det innen kort tid. Kvinners fertilitet kan være tilbake innen hun er på 6-ukerkontrollen (Strømsnes et al., 2021), noe som underbygger at behovet for å forhindre graviditet trolig vil være til stede hos mange av kvinnene. Et poeng med prevensjon er at det må benyttes før samleie opptas for å kunne forhindre uønsket graviditet. Det er derfor interessant at en så stor andel av kvinnene i denne studien begrunner at de ikke ønsket å starte med prevensjon med at de ikke var seksuelt aktive.

Majoriteten av kvinnene i vår undersøkelse oppga at de var mottakelige for informasjon om prevensjon på 6-ukerskontrollen. Kun 9,1 % av kvinnene svarte at de ikke var mottakelige for denne informasjonen. Når vi trekker inn funnet fra vår undersøkelse om at bare 77 % av alle deltakerne i studien mottok prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen, kan det tenkes at det eksisterte deltakere i utvalget som kunne vært mottakelig for prevensjonsveiledning, men ikke fikk det. Forskning viser at graviditeter som oppstår innen et år etter fødsel ofte er utilsiktet (Heller et al., 2016). I høyinntektsland ender dessuten nesten halvparten av uønskede svangerskap med abort (Bearak et al., 2020). Med bakgrunn i at kvinner både kan være fertile og seksuelt aktive på det tidspunktet de er på 6-ukerskontrollen, kan informasjon om prevensjon ansees å være et svært sentralt tema på denne konsultasjonen, selv om kvinnen ikke nødvendigvis føler seg mottakelig for slik informasjon.

I undersøkelsen vår oppga majoriteten av kvinnene at prevensjonsveiledning var et viktig tema å snakke om på 6-ukerskontrollen. Videre viser funnene våre at de fleste kvinnene i vårt utvalg ønsket å snakke om prevensjon. Dette samsvarer med eksisterende forskning som viser at kvinner ønsker tilgjengelig prevensjon i tiden etter fødsel (Freeman-Spratt et al., 2023). Samtidig oppga kvinnene i studien til Freeman-Spratt et al. (2023) at det ble lite tid til prevensjonsveiledning på kontroll etter fødsel, spesielt dersom kvinnen har hatt komplikasjoner under fødselen. Annen forskning viser at helsepersonell har en tendens til å

undervurdere kvinners interesse for prevensjonsveiledning etter fødsel (Merki-Feld et al., 2018). Med bakgrunn i dette kan det være en fare for at prevensjonsveiledning blir nedprioritert av helsepersonell fordi det også er andre temaer som er sentrale å snakke om på 6-ukerskontrollen.

Andre grunner kvinnene oppga som grunn til å ikke ønske å starte med prevensjon på 6-ukerskontrollen

Et annet resultat fra vår undersøkelse viste at 18,6 % av kvinnene oppga at de ikke visste hvilket prevensjonsmiddel de ville anvende, og at dette var grunnen til at de ikke ønsket å starte på prevensjon på det tidspunktet de var på 6-ukerskontroll. Vi vet ikke hva som er årsakene til at kvinnene ikke visste hvilket prevensjonsmiddel de ønsket å anvende, men andre norske undersøkelser peker på at kvinner opplever prevensjonsveiledning som utilstrekkelig (Forsberg et al., 2019; Lukasse et al., 2021). En konsekvens av utilstrekkelig prevensjonsveiledning vil kunne være at kvinner ikke vet hvilket preparat de vil anvende. Lukasse et al. (2021) understreker at mer deling av informasjon mellom kvinnen og helsepersonell kan øke kvaliteten på prevensjonsveiledningen i Norge.

Det var også en liten andel av kvinnene i vår undersøkelse som oppga at de ikke ønsket å starte på prevensjon fordi de ønsket å bli gravide igjen. Dette samsvarer med en systematisk oversikt som viser at kvinnens motivasjon til å bruke prevensjon avhenger av om hun i fremtiden ønsker flere barn eller ikke (Dam et al., 2022). Kvinner i denne studien som var fornøyde med familiestørrelsen var mer motivert til å bruke prevensjon, enn kvinnene som var usikre på om de ønsket flere barn. Selv om kvinner som er på 6-ukerskontroll ønsker å bli gravide igjen, er det likevel sentralt at de får informasjon om prevensjon etter fødsel. Dette fordi WHO anbefaler at det går minimum 24 måneder mellom fødsel og nytt svangerskap (World Health Organization, 2005). Bakgrunnen for denne anbefalingen er at korte intervaller mellom svangerskap er forbundet med økt risiko for komplikasjoner for både mor og barn. Nyere forskning viser derimot at denne anbefalingen trolig ikke er gjeldende for høyinntektsland, ettersom svangerskap- og fødselsomsorgen er av høyere kvalitet enn i lavinntektsland (Tessema et al., 2021). Likevel viser forskning at nytt svangerskap innen 6 måneder etter fødsel utgjør høyere risiko for prematur fødsel (Ahrens et al., 2019; Tessema et al., 2021). Det er derfor sentralt at helsepersonell bidrar med informasjon slik at kvinner er klar over hvilken risiko det innebærer å bli gravid kort tid etter fødsel.

5.1.3 Prevensjonsveiledning hos jordmor og fastlege

Med utgangspunkt i de temaene vi har spurt kvinnene i undersøkelsen om angående prevensjonsveiledningen, er det en statistisk signifikant høyere andel kvinner som blir spurt om disse av jordmor, enn av fastlege. Gjennom analysene våre ble det funnet en signifikant sammenheng mellom opplevelse av at det var tilstrekkelig med tid til prevensjonsveiledning, og om kvinnene gikk til kontroll hos jordmor eller fastlege. Resultatet viser at kvinner som gikk til kontroll hos jordmor opplevde bedre tid til prevensjonsveiledningen, enn kvinner som gikk til kontroll hos fastlege. En gjennomsnittlig konsultasjon hos fastleger varer i 15 minutter (Helsedirektoratet, 2020), sammenlignet med konsultasjon hos jordmor som varer i minimum 40 minutter (Helsedirektoratet, 2022). I tillegg til prevensjon, er det mange andre temaer som er aktuelle å snakke om på 6-ukerskontrollen, dermed kan tidsaspektet ha stor betydning for hvor grundig prevensjonsveiledning den enkelte kvinne får. På bakgrunn av dette kan det tenkes at fastleger må utføre prevensjonsveiledning på en mer tidseffektiv måte med hensyn til konsultasjonsvarighet. Dette er en faktor som kan ha stor innvirkning på forskjellene vi finner mellom jordmor og fastlege på mange av veiledningsvariablene.

Det var en statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til jordmor og fikk prevensjonsveiledning, enn andelen kvinner som gikk til fastlege. En systematisk oversikt viser at kvinner som får prevensjonsveiledning etter fødsel har større sannsynlighet for å bruke prevensjon enn kvinner som ikke får prevensjonsveiledning (Cavallaro et al., 2020). Med bakgrunn i dette er det uheldig at 23 % av kvinnene i undersøkelsen vår ikke mottok prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen. Prevensjonsveiledning kan bidra til familieplanlegging og redusere uønskede svangerskap, som igjen er en del av helsefremmende arbeid. Helsedirektoratet (2014) skriver at prevensjon og prevensjonsveiledning er temaer som er sentrale å ta opp i løpet 6-ukerskontrollen. I alt oppga 85,6 % av kvinnene at den de gikk på kontroll til tok initiativ til å snakke om prevensjon. Likevel var det en lavere andel kvinner som fikk prevensjonsveiledning. Dette kan bety at det er kvinnene som prioriterer bort prevensjonsveiledning, ikke jordmor eller fastlege. Det er sentralt å trekke frem at det er kvinnen selv som må bestille seg time for denne frivillige konsultasjonen, ettersom det kun er en anbefaling å gå på 6-ukerskontroll (Helsedirektoratet, 2014). Dermed er det også kvinnen som i stor grad velger hva tiden på denne konsultasjonen skal brukes til.

Kvinnens preferanser

I undersøkelsen vår oppga kun halvparten av kvinnene at de under veiledningen hadde blitt spurt om hva som var viktig for dem ved valg av prevensjonsmiddel. I de yrkesetiske retningslinjene til jordmødre legges det vekt på at relasjonen mellom jordmor og kvinnen skal virke som et partnerskap der begge deler relevant informasjon (Den Norske Jordmorforening, 2016). Videre skal informasjonen som gis, individuelt tilpasses hver enkelt kvinne. Å kartlegge hva som er viktig for kvinnen når hun skal ta valg om prevensjonsmetode, vil gjøre at jordmor eller fastlege får en bedre forståelse av kvinners preferanser og individuelle behov. På denne måten ligger forholdene til rette for å tilpasse informasjonen om prevensjonsveiledning til den enkelte. Forskning viser at kvinner er mer fornøyde med prevensjonsmiddelet de velger dersom prevensjonsveiledningen tar utgangspunkt i deres preferanser (da Silva et al., 2022). Kvinnens synspunkt er avgjørende for å kunne velge det prevensjonsmiddelet som passer for henne, og det er derfor overraskende at så få kvinner i vår undersøkelse fikk spørsmål om hva som var viktig for dem ved valg av prevensjon. Det var en statistisk signifikant høyere andel av kvinnene som ble spurt om dette hos jordmor, sammenlignet med de kvinnene som gikk til fastlege.

I alt oppga 35,8 % av kvinnene i undersøkelsen vår at de ble anbefalt et spesifikt prevensjonsmiddel før de fikk fortalt om egne preferanser. Dehlendorf et al. (2014) finner i sin studie at å bli anbefalt et spesifikt prevensjonsmiddel kan innvirke negativt på kvinnens tilfredshet med prevensjonsmiddelet. Dette fordi tilfredshet ved prevensjonsmiddelet avhenger av at det er valgt med utgangspunkt i kvinnens preferanser. Ifølge forskning trekkes *samvalg* frem som en hensiktsmessig metode ved prevensjonsveiledning (Soin et al., 2022). Trinn to i samvalgsmodellen handler om at helsepersonell gir informasjon om kvinnens ulike alternativer. Basert på denne informasjonen skal kvinnen støttes i å gi uttrykk for sine synspunkter. Å anbefale kvinnen et spesifikt middel før hun får fortalt om egne preferanser vil derfor ikke være i tråd med *samvalg*. Flertallet av kvinnene i undersøkelsen vår oppga at jordmors eller fastleges personlige meninger i liten grad påvirket prevensjonsveiledning. Dette er positivt med bakgrunn i at helsepersonellens erfaringer og holdninger til prevensjonsmetoder kan påvirke prevensjonsveiledningen og styre hvilket preparat de anbefaler (Slettvoll et al., 2022; Soin et al., 2022).

På den andre siden kan det i noen tilfeller foreligge gode grunner til at kvinnen blir anbefalt et spesifikt prevensjonsmiddel, som for eksempel ved medisinske indikasjoner som begrenser kvinnens valgmuligheter (Aarvold et al., 2022). I undersøkelsen vår var det ingen signifikant

sammenheng mellom å bli anbefalt et spesifikt middel, og om kvinnen gikk til kontroll hos jordmor eller fastlege. Til tross for at noen av kvinnene ble anbefalt et spesifikt prevensjonsmiddel før de fikk fortalt om egne preferanser, oppga majoriteten av kvinnene at deres preferanser ble tatt høyde for gjennom prevensjonsveiledningen. Det var statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til jordmor og oppga at deres preferanser ble tatt høyde for, enn andelen kvinner som gikk til fastlege.

Kvinnens tidligere erfaringer med prevensjon

Kvinnene i undersøkelsen vår fikk spørsmål om de i løpet av prevensjonsveiledningen ble spurt om hvilke tidligere erfaringer de har med prevensjon. I alt oppga 60,8 % å bli spurt om dette. Aarvold et al. (2022) skriver at enhver prevensjonsveiledning bør inneholde prevensjonsanamnese slik at helsepersonell får et godt innblikk i hvordan kvinner bruker, aksepterer og tolererer prevensjonsmidler. Denne informasjonen kan være avgjørende for å komme frem til det beste alternativet for kvinnen. Våre resultater viser at det er flest førstegangsfødende som har svart på undersøkelsen. Utfra dette er det nærliggende å tenke at prevensjonsmidlet de eventuelt tidligere har benyttet, ble skrevet ut hos fastlegen. Dersom kvinnen har diskutert prevensjon tidligere med sin fastlege, har fastlegen kjennskap til dette gjennom journalsystemet og de kan bruke dette som utgangspunkt for den nåværende konsultasjonen. Med bakgrunn i dette kan det tenkes å være hensiktsmessig å gjennomføre 6-ukerskontrollen hos fastlegen. Det ble gjennom vår undersøkelse funnet at en statistisk signifikant høyere andel kvinner ble spurt om deres tidligere erfaringer med prevensjon hos jordmor, enn hos fastlege. Dersom fastleger allerede har oversikt over kvinnens tidligere erfaringer med prevensjon, kan dette være årsak til at flere kvinner som gikk til jordmor ble spurt om dette, enn de kvinnene som gikk til fastlege. Dette blir likevel bare spekulasjon.

Informasjon og kunnskap

Kvinnene ble spurt om hvor enige eller uenige de var i at prevensjonsveiledningen på 6-ukerskontroll resulterte i at de fikk mer kunnskap og bedre forutsetninger til å avgjøre hvilket prevensjonsmiddel de eventuelt ville anvende. Totalt oppga under halvparten av kvinnene at de var enige i dette. Det var statistisk signifikant flere kvinner som gikk til jordmor og oppga at de var enige i at de fikk mer kunnskap, enn kvinner som gikk til kontroll hos fastlege og var enige. Helsedepartementet i England skriver at en undersøkelse gjort blant 4000 kvinner viser at en av tre kvinner opplevde at 6-ukerskontrollen ikke var grundig nok, og at deres behov derfor ikke ble møtt (Bick et al., 2015). Siden denne undersøkelsen er gjort i England vil den ikke kunne direkte sammenlignes med vår undersøkelse. Likevel praktiserer England,

i likhet med Norge, 6-ukerskontroller etter fødsel. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) skriver at det er manglende dokumentasjon på hvilken effekt 6-ukerskontrollen har for kvinner uten komplikasjoner i Norge. Derfor er resultatet fra England verdt å nevne. Til tross for at en stor andel av kvinnene i undersøkelsen vår ikke selv opplevde å få økt kunnskap som følge av prevensjonsveiledningen på 6-ukerskontroll, oppga majoriteten at jordmor og fastlege hadde god kunnskap om prevensjon. Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom denne variabelen og om kvinnene gikk til kontroll hos jordmor eller fastlege.

Kvinnene i undersøkelsen vår ble spurt om de ble presentert for ulike prevensjonsmidler ved prevensjonsveiledningen. Funnet viser at det var en statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til jordmor og ble presentert for dette, sammenlignet med kvinnene som gikk til fastlege. Totalt oppga 67,9 % av kvinnene i vår undersøkelse at de ble presentert for forskjellige typer prevensjonsmidler. Selv om ammende kvinner ikke bør benytte østrogenholdige prevensjonsmidler, finnes det fortsatt flere alternativer som er aktuelle for denne gruppen kvinner (Helsedirektoratet, 2019). Med bakgrunn i dette bør alle kvinnene i vårt utvalg ha blitt presentert for ulike prevensjonsmidler ved prevensjonsveiledningen. Yeh et al. (2022) viser til at kvinner ønsker at prevensjonsveiledningen skal inkludere flere alternativer, ettersom hver kvinne er unik og har forskjellige preferanser. Nieuwenhuijze (2020) skriver at trinn tre i samvalg handler om at kvinnen blir introdusert for de mulige alternativene hun har, og videre støttes i å et informert valg. Dersom kvinner ikke blir presentert for de ulike prevensjonsmidlene som er aktuelle, kan det true deres lovfestede rett til brukermedvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Det var statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til jordmor og oppga at informasjonen ble forståelig formidlet, sammenlignet med kvinnene som gikk til fastlege. *Empowerment* er et begrep som kan sees i sammenheng med prevensjonsveiledning. Dette fordi et hovedpoeng med prevensjonsveiledning er å formidle informasjon som styrker kvinnens ressurser når hun skal ta avgjørelser som angår prevensjon (Aarvold et al., 2022). *Empowerment* handler i likhet med dette om at personens ressurser styrkes slik at de kan ivareta egen helse (Tveiten, 2020). Ved at helsepersonell gir forståelig og god informasjon gjennom prevensjonsveiledning kan kvinnen oppnå *empowerment*. Dersom kvinner ikke blir informert om de ulike alternativene hun har på en forståelig måte, kan det begrense hennes *empowerment*, og dermed hennes ressurser til å ta gode valg for egen helse (Tveiten, 2020).

Jordmor og fastlege

Gjennom litteratursøk har vi funnet lite forskning som sammenligner jordmorstyrt og legestyrt omsorg ved kontroll etter fødsel. Studier som sammenligner disse profesjonene har nesten utelukkende søkelys på fødselsomsorgen. Oppsummert viser disse studiene til at kvinnene som fikk oppfølging av jordmødre var mer fornøyde med omsorgen, enn kvinnene som fikk oppfølging av leger (Sandall et al., 2016; Sutcliffe et al., 2012). Det er viktig å påpeke at disse studiene omhandler lavrisikofødende kvinner. Det er sentralt at leger overtar ansvaret for kvinner med risiko og komplikasjoner. Vi har ingen informasjon om hvorvidt kvinnene i vårt utvalg har hatt komplikasjoner som fører til at det er mest hensiktsmessig å gjennomføre 6-ukerskontrollen hos fastlege til tross for at svangerskapet ble fulgt opp av jordmor.

En nyere systematisk oversikt som tar for seg kvalitative studier fra høyinntektsland, viser at kvinner oftest oppsøker leger for prevensjonsveiledning etter fødsel (Freeman-Spratt et al., 2023). Kvinnene i denne studien oppga at det var naturlig å oppsøke lege ettersom de har full oversikt over kvinnenes anamnese. Likevel opplevde mange kvinner at legene hadde dårlig tid til prevensjonsveiledning. De fleste kvinnene hadde ikke erfart å gå til en jordmor for prevensjonsveiledning, men mange oppga at de var åpne for dette ettersom de var mer komfortable med å snakke om prevensjon med en jordmor, enn med en lege. I en kvalitativ studie uttrykker flere kvinner bekymring for fastlegenes kunnskap omkring prevensjonsmidlers påvirkning på amming, og at de stolte mer på jordmødres kunnskaper angående dette temaet (Walker et al., 2021). En norsk undersøkelse viser til at mange kvinner ikke vet at de kan oppsøke jordmor for prevensjonsveiledning (Lukasse et al., 2021). Selv om denne undersøkelsen angår alle kvinner, kan det tenkes at enkelte barselkvinner heller ikke vet at jordmødre har rekvireringsrett. Videre kom det frem i denne studien at norske kvinner opplever at det er lettere å få time hos leger, enn hos jordmødre. Dette kan tenkes å være faktorer som har betydning for hvorfor majoriteten av kvinnene i vår studie gikk til kontroll hos fastlege.

Resultatene i undersøkelsen vår viser i sin helhet at kvinnene oppgir at mer informasjon om prevensjon gis av jordmødre, enn av fastleger, basert på temaene vi har identifisert som viktige ved prevensjonsveiledning. Som vi har understreket innledningsvis i dette kapittelet, er det grunner til å tenke at jordmødre har betydelig bedre tid til 6-ukerskontrollen, enn det fastleger har. Med bakgrunn i resultatene fra vår undersøkelse og eksisterende fag- og

forskningslitteratur kan det derfor tenkes at jordmødre har bedre tid til å gi grundigere prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen.

5.2 Metodediskusjon

Metoden som er valgt for å gjennomføre studien har betydning for studiens kvalitet (Jacobsen, 2021). Det er sentralt å vurdere studiens styrker og svakheter utfra validitet, reliabilitet og generalisering. Validitet, også kalt gyldighet handler om at vi måler det vi faktisk er ute etter å måle med hensyn til problemstillingen (Busch, 2013). Reliabilitet, også kalt pålitelighet, knyttes til hvorvidt vi kan stole på de dataene vi innhenter. Det er også sentralt å vurdere om resultatene er overførbare til resten av populasjonen som utvalget er hentet fra. Vi har da å gjøre med generalisering. Når vi vurderer studiens kvalitet, er det vanlig å bruke begrepet *bias* i ulike sammenhenger. *Bias* betyr skjevhet som kan føre til at resultater ikke samsvarer med virkeligheten (Staff, 2015).

Studiedesign

En styrke ved kvantitativ metode og tverrsnittstudier er at data standardiseres og kan forholdsvis enkelt behandles i statistikkprogrammer (Jacobsen, 2021). Dette gjør det mulig å samle inn svar fra mange respondenter, noe som igjen øker sjansen for å kunne generalisere resultatene til populasjonen som utvalget er hentet fra. En styrke med vår studie er at vi samlet inn svar fra 1801 kvinner, som er forholdsvis mange respondenter for en mindre masteroppgave. På den andre siden kan vi si at en svakhet med kvantitativ metode er at vi ikke har mulighet til å kontrollere at respondentene som deltar passer inklusjonskriteriene, ettersom undersøkelsen er anonym (Jacobsen, 2022). I praksis kan hvem som helst svare på spørreundersøkelsen, og dermed øker faren for at vi har respondenter i utvalget som ikke er en del av populasjonen vi ønsker å undersøke. Dette kan true studiens reliabilitet, altså at vi har data vi ikke kan stole på, noe som igjen påvirker studiens validitet. En svakhet med studiedesignet tverrsnittstudie er at vi kun har undersøkt kvinnenenes erfaringer på ett tidspunkt (Jacobsen, 2021). Det betyr at vi ikke har mulighet til å undersøke om denne erfaringen utvikler og endrer seg over tid. Dette gjør at vi bare kan undersøke sammenhenger, ikke trekke slutninger om årsak og virkning.

Rekruttering

Ved å rekruttere deltakere til studien gjennom termingrupperne på Facebook, var målet å gjøre spørreundersøkelsen tilgjengelig for så mange kvinner som mulig innenfor inklusjonskriteriene, og dermed styrke studiens reliabilitet. Herbell (2019) skriver at

rekruttering til spørreundersøkelser gjennom Facebook gjør det mulig å nå ut til mange deltakere over et stort område på kort tid. Dette er positivt ettersom vi ønsket å nå ut til kvinner i hele Norge. Warembourg (2022) skriver at Facebook er den sosiale medier plattformen som benyttes av flest personer i Norge daglig. Videre er det over 80 % av norske kvinner i aldersgruppen 18-39 år som har en Facebook-profil. Informasjon om studien ble de siste dagene av rekrutteringen også delt gjennom andre sosiale medier. Instagramkontoer med søkelys på kvinnehelse delte informasjon om studien, noe som kan ha bidratt til høyere antall respondenter. Samtidig kan det være mer usikkerhet knyttet til om respondentene passet inklusjonskriteriene, enn ved rekruttering gjennom Facebook-gruppene.

I etterkant har det blitt diskutert om undersøkelsen kunne inkludert spørsmål som omhandlet hvilket år kvinnene hadde født. Vi kunne også inkludert en aldersgruppe under 18 år på spørsmål om alder. På denne måten ville det vært mulig å i større grad ekskludere kvinner som ikke passet disse inklusjonskriteriene, og dermed redusert faren for *seleksjonsbias*. Denne formen for bias forekommer når resultatene blir påvirket av at personene i utvalget avviker fra personene i studiepopulasjonen (Laake et al., 2007). Et av inklusjonskriteriene for å kunne delta i undersøkelsen vår, var at kvinnene måtte beherske norsk skriftspråk. Dette kan mulig føre til skjevhet i utvalget fordi kvinner som ikke snakker norsk også er en betydelig del av populasjonen vi undersøker.

Rekrutteringsplakaten hadde overskriften «Har du født i 2022?». Hensikten var å vekke interesse hos de spesifikke kvinnene som følte seg truffet av utsagnet, og som dermed passet et av de viktigste inklusjonskriteriene. Kvinnene i studien vår er rekruttert gjennom selvseleksjon. Dette kan øke faren for *selv-seleksjonsbias* ved at de som melder seg frivillig til å delta i undersøkelser skiller seg fra de som velger å ikke delta (Staff, 2015).

Vi anser det som en styrke at spørreundersøkelsen ble gjennomført samme år som kvinnene har vært til 6-ukerskontroll. På denne måten har kvinnene bedre forutsetninger for huske konsultasjonen, og dermed reduseres *hukommelsesbias*. Dersom det har gått for lang tid siden kontrollen, kan det føre til at kvinnene husker feil, og dermed oppgir informasjon som ikke er pålitelig. Dette faller inn under det overordnede begrepet *informasjonsbias* som kan true studiens validitet (Jacobsen, 2021). En annen begrunnelse for å inkludere kvinner som har født i 2022 er å sikre at 6-ukerskontrollen ikke har blitt påvirket av restriksjoner knyttet til Covid-19 pandemien.

Spørreskjema

Studiens validitet vurderes også utfra om vi måler de fenomenene vi er ute etter å undersøke (Jacobsen, 2022). Dersom svarene vi innhenter ikke gjenspeiler virkeligheten kan det medføre *informasjonsbias*, som igjen kan true studiens validitet. Det er en svakhet at spørsmålene i denne undersøkelsen er utviklet på egen hånd. Validerte spørsmål er en styrke, men var ikke mulig å finne gjennom litteratursøk. En annen fare ved spørreskjemaundersøkelser er at det kan være et stort gap mellom det respondenten mener og det han eller hun svarer på et gitt spørsmål. Kvinnene kan for eksempel føle seg tvunget til å svare det ene eller det andre. For å forhindre dette hadde vi ingen obligatoriske spørsmål, og nesten alle spørsmål hadde «vet ikke», «husker ikke» eller «nøytral» som svaralternativer. Jacobsen (2022) skriver at dette likevel kan være et problem da noen respondenter kan velge kategorier som ikke er nøytrale fordi de føler at de viser en manglende kunnskap eller interesse. Dermed kan resultatene få en sterkere polarisering, enn det som er virkeligheten (Jacobsen, 2022).

Pilotstudien var et tiltak for å styrke studiens reliabilitet, da respondentene hadde innspill til relevante tematikker og endringer av formuleringer. Til tross for dette har vi i ettertid oppdaget andre temaer som kunne vært aktuelle å ha med i spørreskjemaet for å kunne besvare forskningsspørsmålene ytterligere. For eksempel ville det vært aktuelt å spørre om kvinnene hadde mulighet til å selv velge hvor de ville gå til 6-ukerskontroll, og om de mottok informasjon om østrogenholdige prevensjonsmidlers innvirkning på amming.

Analyser

Koding av variabler har blitt dobbelkontrollert av hverandre for å redusere faren for tastefeil. Analysene har blitt gjort flere ganger, og vi har manuelt regnet over med kalkulator for å sjekke at totalen stemmer. I oppgavens resultatdel har vi presentert både signifikante og ikke signifikante resultater, noe som bidrar til å styrke rapporteringen. Dette fordi det er sentralt å rapportere alle funn uavhengig av om de er statistisk signifikante eller ikke (Jacobsen, 2021).

Spørreundersøkelsen vår har gjennomgående få manglende svar. Dette er positivt ettersom en stor andel manglende svar kan indikere at respondenten ikke er interessert i problemstillingen, ikke har kunnskap om problemstillingen, eller ikke ønsker å uttale seg om problemstillingen (Jacobsen, 2022). Vi valgte å besvare forskningsspørsmålene gjennom deskriptiv statistikk og bivariate analyser. Det er hensiktsmessig å vite noe om kvinnenes erfaringer med prevensjonsveiledningen på 6-ukerskontrollen før vi tester sammenhengene med jordmor og fastlege. Derfor er den deskriptive statistikken som er utført i denne studien et viktig

utgangspunkt for den videre hypotesetestingen. Når resultatene tolkes må det tas i betraktning at analysemetodene som er benyttet i denne studien er enkle bivariate analyser. Disse analysene har ikke tatt hensyn til konfunderende faktorer.

I noen tilfeller kan sammenhengene man finner, eller ikke finner i analyser, være påvirket av bakenforliggende faktorer (Bjørndal & Hofoss, 2017). Disse kalles *konfunderende faktorer*, og er en type bias som er sentral å vurdere ved kvantitativ forskning. I våre analyser har vi funnet at det var signifikant flere kvinner som gikk til jordmor og ble presentert for veiledningsvariablene vi har spurt om, enn kvinnene som gikk til fastlege. Som vi har indikert i diskusjonsdelen, er det mulig at konsultasjonstid kan være en konfunderende faktor som har betydning for sammenhengene vi finner. Dermed kan profesjonene til helsepersonellet være av mindre betydning for kvinnenes erfaringer med prevensjonsveiledningen på 6-ukerskontrollen.

Spørsmål med likert-skala kan føre til såkalt *skalabias*, og er en vanlig form for skjevhet i kvantitative spørreundersøkelser (Staff, 2015). I vår undersøkelse har vi stilt kvinnene spørsmål som angår deres meninger og holdninger til prevensjonsveiledningen. Svaralternativene baseres på en gradering med fem-punktskala. To kvinner som har svart «helt enig» på spørsmål om hvorvidt de er enige eller uenige i at jordmor eller fastlege hadde god kunnskap om prevensjon, kan i teorien ha total ulik oppfatning av hva dette innebærer. Det svaret som hver enkelt deltaker gir, er ved slike tilfeller basert på deres egne forventninger og behov (Staff, 2015).

Generaliserbarhet

Det er tatt utgangspunkt i tall fra Medisinsk fødselsregister (MFR) og Statistisk sentralbyrå (SSB) for å vurdere om utvalget i undersøkelsen vår er representativt for fødepopulasjonen i Norge. Tallene fra MFR og SSB er fra 2021, da tall fra 2022 ikke er publisert.

I undersøkelsen vår er til sammen 80,1 % av respondentene mellom 26-35 år. Ifølge MFR var gjennomsnittsalderen på fødende kvinner i 2021 på 31,5 år (Medisinsk fødselsregister, 2021a). Dette viser at alderen til kvinnene i vår undersøkelse er representative for resten av populasjonen. Vi inkluderte ikke respondenter under 18 år fordi forskning på personer som ikke er myndige krever ytterligere søknader og godkjenninger. Likevel anser vi at undersøkelsen ikke har mistet mange mulige respondenter ettersom gjennomsnittsalderen for en førstegangsfødende kvinne i Norge var 30 år i 2021. Andelen førstegangsfødende i

undersøkelsen vår (63,6 %) er høyere enn i fødepopulasjonen i Norge (42,5 %) (Medisinsk fødselsregister, 2021c). Dette gjør at resultatet ikke er overførbart til resten av populasjonen. Majoriteten av fødende kvinner i Norge (94,4 %) er samboer eller gift (Medisinsk fødselsregister, 2021b), noe som samsvarer med respondentene i undersøkelsen vår (98,1 %).

Sammenlignet med tall fra SSB har kvinnene i undersøkelsen vår høyere utdanning enn den generelle kvinnelige befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2021). Forskning viser at det vanligvis er personer med høyere sosioøkonomisk status som engasjerer seg i å svare på undersøkelser (Langhammer et al., 2012). En høy andel høyt utdannede kvinner kan bidra til skjevhet i utvalget, sammenlignet med populasjonen.

I undersøkelsen vår var det 12,1 % av respondentene som oppga at enten en eller begge foreldrene/foresatte var født i et annet land. Vi har ikke klart å finne tall som viser hvilken bakgrunn foreldrene/foresatte til fødekvinner i Norge har. Dermed har vi ikke grunnlag for å sammenligne denne variabelen. På grunn av dette er det ikke mulig å vurdere hvorvidt disse er overførbare til resten av populasjonen. Det er en svakhet at vi har innhentet denne informasjonen uten å kunne bruke den i vurderingen av studiens generaliserbarhet.

Oppsummert er utvalget vårt representativt til populasjonen når det gjelder alder og sivilstatus. De resterende bakgrunnsvariablene er derimot ikke representative, noe som er en svakhet ved studien.

Kognitiv bias

I en forskningsprosess er det sentralt å diskutere hvilken innvirkning forskerne kan ha på resultatene som fremstilles. Som mennesker kan vi overse viktig informasjon og bevisst eller ubevisst fremheve enkelte resultater (Jacobsen, 2021). Dette kalles for *kognitiv bias* og kan utgjøre en trussel for studiens reliabilitet og validitet. Med bakgrunn i at studien sammenligner kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning hos to ulike profesjoner, er det viktig å trekke frem at en svakhet ved denne studien er at den gjennomføres av representanter fra kun den ene av disse profesjonene. Spørreskjemaet er utarbeidet av jordmorstudenter, og dermed kan temaene som er presentert i spørreskjemaet preges av denne profesjonen. Dersom medisinstudenter hadde bidratt i utviklingen av spørsmålene i undersøkelsen, ville det mulig kunne gitt annen tematikk og andre resultater. Til tross for dette har vi gjennom hele arbeidet med masteroppgaven vært bevisst på at dette skal påvirke resultatene i minst mulig grad.

5.3 Implikasjoner for praksis

Funnene fra vår studie kan tyde på at kvinner trenger mer informasjon for å få god nok kunnskap til å avgjøre om de vil benytte prevensjon, og eventuelt hvilket prevensjonsmiddel de eventuelt vil anvende etter fødsel. I tillegg bør informasjon om bivirkninger vektlegges mer ved prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll. Den økende skepsisen til hormonell prevensjon i samfunnet kan gjøre at det stilles høyere krav til prevensjonsveiledningen som gis av helsepersonell. Prevensjonsveiledning bør tilpasses den enkelte kvinne, og en forutsetning for dette er å fremme hennes synspunkter.

5.4 Forslag til videre forskning

Siden denne studien undersøker problemstillinger ved hjelp av lukkede spørsmål og svaralternativer, hadde det vært interessant å undersøke kvinnenes erfaringer med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll gjennom kvalitativ metode med dybdeintervju. På denne måten kan kvinnenes erfaringer belyses med en dypere forståelse enn det vi har mulighet til å gjøre ved kvantitativ metode (Kvale et al., 2015). Det ville videre vært aktuelt å undersøke om kvinnene selv velger hvor de vil gå på 6-ukerskontroll, og om de er informert om at denne kontrollen kan gjennomføres hos jordmor. Siden de fleste kvinnene i vår studie oppgir at de ikke opplever at de fikk mer kunnskap og ikke følte seg bedre rustet til å avgjøre hvilket prevensjonsmiddel de ville anvende, ville det vært sentralt å forske på hva som er årsaken til dette.

Vår studie inkluderer ikke kvinner som ikke behersker norsk skriftspråk. Siden disse utgjør en betydelig andel av fødepopulasjonen, ville det vært interessant å også forske på disse kvinnenes erfaringer med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll. Det kan i tillegg være relevant å intervju jordmødre og fastleger, for å undersøke hva de vektlegger ved prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll. På denne måten kan eventuelle forskjeller i praksis mellom de to profesjonene identifiseres.

5.5 Konklusjon

I denne studien har vi undersøkt kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll etter fødsel. Majoriteten av kvinnene i vårt utvalg oppga at de gikk til 6-ukerskontroll hos fastlege, til tross for at de fleste ble fulgt opp av jordmor gjennom svangerskapet. Kun halvparten av kvinnene opplevde at de fikk mer kunnskap og bedre forutsetninger til å avgjøre hvilket prevensjonsmiddel de vil anvende, som et resultat av prevensjonsveiledningen.

Frykt for bivirkninger var den viktigste årsaken til at kvinnene ikke ønsket å starte på prevensjon på tidspunktet de var på 6-ukerskontroll. Til tross for dette var det svært få kvinner som fikk informasjon om bivirkninger gjennom prevensjonsveiledningen. Funnt fra undersøkelsen vår viser til at kvinner i større grad bør bli spurt om deres tidligere erfaringer med prevensjon, og hva som er viktig for dem ved valg av prevensjonsmiddel. De overnevnte temaene identifiseres gjennom fag- og forskningslitteraturen som sentrale ved prevensjonsveiledningen. Våre funn tyder derfor på at prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll etter fødsel har forbedringspotensial.

At helsepersonell og kvinnen deler relevant informasjon gjennom prevensjonsveiledningen legger til rette for *samvalg*, som igjen kan styrke kvinnens *empowerment*, og bidra til at hun har de verktøyene hun trenger til å ta et informert valg. I utvalget vårt oppga majoriteten av kvinnene at prevensjonsveiledningen var basert på et samarbeid, og at deres preferanser ble tatt høyde for av den de gikk på kontroll til. Dette er i tråd med brukermedvirkning.

I vårt utvalg kom det frem at det var statistisk signifikant høyere andel kvinner som gikk til kontroll hos jordmor, og ble presentert for temaer som vi har identifisert som relevante i forbindelse med prevensjonsveiledning, enn kvinnene som gikk til kontroll hos fastlege. Dette indikerer at det er en sammenheng mellom kvinners erfaringer, og om de går til 6-ukerskontroll hos jordmor eller fastlege. Våre funn og eksisterende fag- og forskningslitteratur tyder på at konsultasjonstid på 6-ukerskontrollen er ulik mellom de to profesjonene, noe som kan ha betydning for andre signifikante funn i studien vår. Ytterligere forskning er nødvendig for å undersøke dette.

Referanseliste

- Ahrens, K. A., Nelson, H., Stidd, R. L., Moskosky, S. & Hutcheon, J. A. (2019). Short interpregnancy intervals and adverse perinatal outcomes in high - resource settings: An updated systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 33(1), O25-O47. <https://doi.org/10.1111/ppe.12503>
- Ammehjelpen. (2021, 1. oktober). *Amming som prevensjon?* <https://ammehjelpen.no/prevensjon/>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L. & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*, 8(9), e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Bick, D., MacArthur, C., Knight, M., Adams, C. & Nelson-Piercy, C. (2015). Post-pregnancy care: missed opportunities during reproductive years. I *Annual Report of the Chief Medical Officer, 2014* Department of Health. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/595439/CMO_annual_report_2014.pdf
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2017). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving for bachelor- og masterstudenter*. Fagbokforlaget.
- Carlsen, K. C. L., Staff, A., Arnesen, H. & Oslo, u. (2014). *Forskningshåndboken: fra idé til publisering* (6. utg.). Oslo universitetssykehus i samarbeid med Haukeland universitetssykehus.
- Cavallaro, F. L., Benova, L., Owolabi, O. O. & Ali, M. (2020). A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: what works and what doesn't? *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(4), 254-269. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2019-200377>
- da Silva, R. R., da Silva Filho, J. A., de Lima, E. R., Belem, J. M., Pereira, R. d. S. & Neves de Oliveira, C. A. (2022). Woman-centered shared decision-making to promote contraceptive counseling: an integrative review. *Rev Bras Enferm*, 75(5), e20210104-20210108. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0104>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dam, A., Yeh, P. T., Burke, A. E. & Kennedy, C. E. (2022). Contraceptive values and preferences of pregnant women, postpartum women, women seeking emergency contraceptives, and women seeking abortion services: A systematic review. *Contraception (Stoneham)*, 111, 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.10.007>
- Dehlendorf, C., Grumbach, K., Schmittdiel, J. A. & Steinauer, J. (2017). Shared Decision Making in Contraceptive Counseling. *Contraception*, 95(5), 452-455. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.010>
- Dehlendorf, C., Krajewski, C. & Borrero, S. (2014). Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. *Clin Obstet Gynecol*, 57(4), 659-673. <https://doi.org/10.1097/GRF.000000000000059>
- Den Norske Jordmorforening. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre*. <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnorsley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O. & Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making:

- multistage consultation process. *BMJ*, 359, j4891-j4891.
<https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
- FN-sambandet. (2023, 3. februar). *God helse og livskvalitet*. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
- Forsberg, K. E., Lassemo, R. & Lukasse, M. (2019). Contraceptive consultations: A cross-sectional study of Norwegian women's experiences and opinions. *European Journal of Midwifery*, 3(June), 12-12. <https://doi.org/10.18332/ejm/109773>
- Freeman-Spratt, G. J., Botfield, J. R., Lee, G. S., Rajiv, P. & Black, K. I. (2023). Understanding women's views of and preferences for accessing postpartum contraception: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, bmjsrh-2022-201718. <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2022-201718>
- Gerchow, L. & Squires, A. (2022). Dimensional Analysis of Shared Decision Making in Contraceptive Counseling. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 51(4), 388-401. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2022.04.005>
- Grussu, P., Vicini, B. & Quatraro, R. M. (2021). Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sexual & reproductive healthcare*, 30, 100668-100668. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100668>
- Heller, R., Cameron, S., Briggs, R., Forson, N. & Glasier, A. (2016). Postpartum contraception: a missed opportunity to prevent unintended pregnancy and short inter-pregnancy intervals. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 42(2), 93-98. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101165>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien* Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/>
- Helsedirektoratet. (2015). *Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler– Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC) (IS-13/2015) [Rundskriv]*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/utvidet-rekvireringsrett-til-helsesostre-og-jordmodre-for-prevensjonsmidler/>
- Helsedirektoratet. (2019, 23. januar 2023). *Sex etter fødsel*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/etter-fodsel/sex-etter-fodsel/#gode-prevensjonsalternativ>
- Helsedirektoratet. (2020). *Forbered deg til time hos fastlegen*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/fastlegen/om/forbered-deg-til-timen/>
- Helsedirektoratet. (2022, 9. november). *Bemanningsbehov i jordmortjenesten på helsestasjon*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/bemanningsbehov-jordmortjenesten-helsestasjon>
- Herbell, K. (2019). Using Facebook To Recruit Pregnant Women for Research. *Nurs Res*, 68(3), 242-245. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000353>
- International Confederation Of Midwives. (2017). *International definition of the midwife*. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Jacobsen, D. I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.

- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Johannessen, A. (2022). *Introduksjon til IBM SPSS statistics* (5. utg.). Abstrakt forlag.
- Justad-Berg, R. T., Eskild, A. & Strøm-Roum, E. M. (2015). Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007-2011. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 94(11), 1175-1180.
<https://doi.org/10.1111/aogs.12714>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Langhammer, A., Krokstad, S., Romundstad, P., Heggland, J. & Holmen, J. (2012). The HUNT study: participation is associated with survival and depends on socioeconomic status, diseases and symptoms. *BMC Med Res Methodol*, 12(1), 143-143.
<https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-143>
- Le Guen, M., Schantz, C., Régnier-Loilier, A. & de La Rochebrochard, E. (2021). Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Social science & medicine*, 284, 114247-114247.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114247>
- Li, C. K., Botfield, J., Amos, N. & Mazza, D. (2022). Women's experiences of, and preferences for, postpartum contraception counselling. *Australian journal of primary health*. <https://doi.org/10.1071/PY22163>
- Lukasse, M., Baglo, M. C. G., Engdal, E., Lassemo, R. & Forsberg, K. E. (2021). Norwegian women's experiences and opinions on contraceptive counselling: A systematic textcondensation study. *Eur J Midwifery*, 5(February), 4-8.
<https://doi.org/10.18332/ejm/132224>
- Løkeland-Stai, M. (2017, 11.03.2022). *Fakta om abort (med 2021-tal)*. Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. & Veierød, M. B. (2007). Epidemiologisk og klinisk forskning. I P. Laake, A. Hjartåker, D. S. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 33-44). Gyldendal Akademisk.
- Medisinsk fødselsregister. (2021a). *Mors gjennomsnittsalder etter paritet*. Folkehelseinstituttet. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Medisinsk fødselsregister. (2021b). *Mors sivilstatus*. Folkehelseinstituttet. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Medisinsk fødselsregister. (2021c). *Paritet*. Folkehelseinstituttet. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Meier, S., Sundstrom, B., Delay, C. & DeMaria, A. L. (2021). "Nobody's Ever Told Me That:" Women's Experiences with Shared Decision-making when Accessing Contraception. *Health Commun*, 36(2), 179-187.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1669271>
- Merki-Feld, G. S., Caetano, C., Porz, T. C. & Bitzer, J. (2018). Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 23(3), 183-193.
<https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1465546>
- Nieuwenhuijze, M. (2020). Woman-centred care and shared decision-making in midwifery care I E. Jefford & J. Jomeen (Red.), *Empowering Decision-Making in Midwifery: A Global Perspective* (s. 209-217). Routledge.
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7. utg.). Open University Press.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Pfender, E. J. & Devlin, M. M. (2023). What Do Social Media Influencers Say About Birth Control? A Content Analysis of YouTube Vlogs About Birth Control. *Health Commun, ahead-of-print*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2149091>
- REK. (2022). *Om å søke REK*. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke_REK
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD004667-CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sikt. (2023). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*. <https://sikt.no/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>
- Skoglund, E. & Bretthauer, M. (2007). Kliniske studier. I P. Laake, A. Hjartåker, D. S. Thelle & M. B. Veierød (Red.), *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 285-301). Gyldendal akademisk.
- Slettvoll, T. L., Follestad, T. h. & Solli, S. (2022). Seksualitet, seksuelle dysfunksjoner og sexologi. I T. Aarvold & M. Røsok (Red.), *Metodebok for seksuell helse* (9. utg., s. 275-315). Sex og samfunn.
- Soin, K. S., Yeh, P. T., Gaffield, M. E., Ge, C. & Kennedy, C. E. (2022). Health workers' values and preferences regarding contraceptive methods globally: A systematic review. *Contraception*, 111, 61-70. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.04.012>
- Staff, A. (2015). *Bias*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Befolkningens utdanningsnivå*. <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva>
- Strømsnes, H., Sundhedsstyrelsen i Danmark & Nasjonalt kompetansesenter for amming. (2021). *Amming: en håndbok for helsepersonell* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Størdal, K., Lundebj, K. M., Brantsæter, A. L., Haugen, M., Nakstad, B., Lund-Blix, N. A. & Stene, L. C. (2017). Breast-feeding and Infant Hospitalization for Infections: Large Cohort and Sibling Analysis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 65(2), 225-231. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001539>
- Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., Woodman, J., Barnett-Paige, E. & Thomas, J. (2012). Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *J Adv Nurs*, 68(11), 2376-2386. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x>
- Tessema, G. A., Marinovich, M. L., Håberg, S. E., Gissler, M., Mayo, J. A., Nassar, N., Ball, S., Betrán, A. P., Gebremedhin, A. T., de Klerk, N., Magnus, M. C., Marston, C., Regan, A. K., Shaw, G. M., Padula, A. M. & Pereira, G. (2021). Interpregnancy intervals and adverse birth outcomes in high-income countries: An international cohort study. *PloS one*, 16(7), e0255000-e0255000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255000>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Thørring, J. (2018). *Prevensjon*. Cora forlag.
- Tufte, P. A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Cappelen Damm akademisk.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- UiO. (2010, 22. mars 2021). *Hva er nettskjema?* Universitetet i Oslo. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/>

- UiO. (2016, 24. oktober 2021). *Er det meldeplikt til NSD for anonyme spørreundersøkelser i Nettskjema?* Universitetet i Oslo. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/personvern/meldeplikt.html>
- van der Wijden, C. & Manion, C. (2015). Lactational amenorrhoea method for family planning. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(10), CD001329-CD001329. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001329.pub2>
- Vieth, S. J., Hartmann-Boyce, J., Maass, N. & Jani, A. (2022). Survey of young women's state of knowledge and perceptions about oral contraceptives in Germany. *AJOG global reports*, 2(4), 100119-100119. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100119>
- Walker, S. H., Hooks, C. & Blake, D. (2021). The views of postnatal women and midwives on midwives providing contraceptive advice and methods: a mixed method concurrent study. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 411. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03895-2>
- Warembourg, N. E. (2022). *SOSIALE MEDIER TRACKER Q3 '22*. IPSOS. <https://www.ipsos.com/nb-no/ipsos-some-tracker-q322>
- Wifstad, Å. (2019). Vitenskapsteori: hva er vitenskap, og hva er forskjellen på vitenskapelig kunnskap og annen kunnskap? *Sykepleien forskning*, 14, e-78763. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78763>
- World Health Organization. (2005). *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2022a). *Seksual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- World Health Organization. (2022b). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf>
- Yeh, P. T., Kautsar, H., Kennedy, C. E. & Gaffield, M. E. (2022). Values and preferences for contraception: A global systematic review. *Contraception*, 111, 3-21. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.04.011>
- Aarvold, T. (2023). *Vi må stanse mytene rundt hormonell prevensjon*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2023/01/vi-ma-stanse-mytene-rundt-hormonell-prevensjon>
- Aarvold, T., Kløkstad, S. & Johansen, M. (2022). Prevensjonsmidler. I T. Aarvold & M. Røsok (Red.), *Metodebok for seksuell helse* (9. utg., s. 7-122). Sex og Samfunn.

Vedlegg

Vedlegg 1- Rekrutteringsplakat

HAR DU FØDT I 2022?

Vi søker deg som har født i 2022 og som har vært på 6-ukerskontroll etter fødsel, hos jordmor eller fastlege, til å svare på en spørreundersøkelse. Temaet er prevensjon og prevensjonsveiledning.



Scan QR-koden for mer info og tilgang til spørreskjemaet!

Tar bare 5 minutter å svare på!



Vedlegg 2- Spørreskjema

Bakgrunnsfaktorer

1. Hva er alderen din?

18-25 år, 26-30 år, 31-35 år, 36-40 år, over 40 år.

2. Hva er din sivilstatus?

Gift/samboer/partner- Kjærester, men bor ikke sammen- Enslig

3. Hva er ditt høyeste fullførte utdanningsnivå?

Grunnskole- Videregående skole- Høyskole/universitet (1-4 år)- Høyskole/universitet (mer enn 4 år).

4. Hvor mange barn har du født?

Ett barn- Flere barn.

5. Er dine foreldre/foresatte født i Norge?

Ja, begge mine foreldre er født i Norge- En av mine foreldre er født i Norge-Nei, ingen av mine foreldre er født i Norge.

Oppfølging

6. Hvor ble du i hovedsak fulgt opp under svangerskapet?

Jordmor- Fastlege- Ca. like mye hos begge parter

7. Hvor gikk du til 6-ukerskontroll?

Jeg gikk til kontroll hos jordmor- Jeg gikk til kontroll hos fastlege- Annet

8. Gikk du til 6-ukerskontroll hos en av de (jordmor eller fastlege) som også har fulgt deg opp under svangerskapet?

Ja-Nei.

9. Tok jordmor/fastlege initiativ til å snakke om prevensjon?

Ja-Nei-Husker ikke

10. Ønsket du å snakke om prevensjon på 6-ukerskontrollen?

Ja-Nei-Husker ikke

11. Hadde du vært mottakelig for å få informasjon om prevensjon uavhengig av om du hadde et ønske om å starte på prevensjon på det tidspunktet du var på 6-ukerskontrollen?

Ja-Nei-Vet ikke

12. Mener du at prevensjonsveiledning er viktig på 6-ukerskontrollen?

Ja-Nei-Vet ikke

13. Dersom du IKKE ville starte på prevensjon når du var på 6-ukerskontrollen, hva var grunnen til dette? Velg den kategorien som passer best

Jeg visste ikke hvilket prevensjonspreparat jeg ville anvende

Jeg var redd for bivirkninger

Jeg ønsket å bli gravid

Jeg var ikke seksuelt aktiv

Jeg kan ikke bruke prevensjon på grunn av medisinske årsaker

Jeg er sterilisert

Min mannlige partner er sterilisert

Jeg har kvinnelig partner

Annet

Prevensjonsveiledning

14. Fikk du prevensjonsveiledning på 6-ukerskontrollen?

Ja- Nei.

15. Spurte jordmor/fastlege deg om dine tidligere erfaringer med prevensjon?

Ja- Nei- Husker ikke.

16. Hadde du et ønske om å få resept på prevensjon da du var på 6-ukerskontroll?

Ja- Nei- Vet ikke.

17. Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn: "Da jeg gikk til 6-ukerskontroll opplevde jeg at jordmor/fastlege hadde god kunnskap om prevensjon"

Helt enig- Delvis enig- Nøytral- Delvis uenig- Helt uenig

18. Ble informasjon om prevensjon formidlet av jordmor/fastlege på en måte som gjorde den forståelig for deg?

Ja- Nei- Usikker

19. Ble du presentert for ulike prevensjonsmidler av jordmor/fastlege på 6-ukerskontroll?

Ja- Nei- Husker ikke.

20. Opplevde du at jordmor/fastlege spurte deg om hva som var viktig for deg ved valg av prevensjonsmiddel?

Ja- Nei- Vet ikke

21. I hvor stor eller liten grad opplevde du at jordmor/fastlege tok høyde for dine preferanser gjennom prevensjonsveiledningen?

I svært stor grad- I stor grad- I noen grad- I liten grad- I svært liten grad.

22. I hvor stor eller liten grad opplevde du at prevensjonsveiledningen var basert på et samarbeid mellom deg og jordmor/fastlege?

I svært stor grad- I stor grad- I noen grad- I liten grad- I svært liten grad.

23. I hvor stor eller liten grad opplevde du at jordmors/fastleges personlige meninger påvirket prevensjonsveiledningen?

I svært stor grad- I stor grad- I noen grad- I liten grad- I svært liten grad

24. Opplevde du at du ble anbefalt et spesifikt prevensjonsmiddel før du fikk fortalt om dine preferanser?

Ja- Nei- Vet ikke

25. Ble bivirkninger ved prevensjonsmidlene tatt opp av jordmor/fastlege under prevensjonsveiledningen?

Ja- Nei- Husker ikke.

26. I hvor stor grad opplevde du at jordmor/fastlege hadde tilstrekkelig med tid til å gi prevensjonsveiledning som var tilfredsstillende for deg?

I svært stor grad- I stor grad- I noen grad- I liten grad- I svært liten grad.

27. Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn "Prevensjonsveiledningen på 6-ukerskontrollen ga meg mer kunnskap slik at jeg fikk bedre forutsetninger for å avgjøre hvilket prevensjonsmiddel jeg eventuelt vil anvende"?

Helt enig- Delvis enig- Hverken enig eller uenig- Delvis uenig- Helt uenig

28. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med prevensjonsveiledningen du fikk ved 6-ukerskontrollen?

Svært fornøyd- Fornøyd- Nøytral- Lite fornøyd- Misfornøyd.

Vedlegg 3- Informasjonsskriv

Prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll etter fødsel

Er du over 18 år, har du født barn i 2022 og har vært til 6-ukerskontroll hos jordmor eller fastlege etter fødsel?

Vi ønsker gjerne at du deltar i spørreundersøkelsen som omhandler prevensjon og prevensjonsveiledning hos jordmor eller fastlege på 6-ukerskontroll etter fødsel. Spørreskjemaet er anonymt og tar omtrent 5 minutter å besvare. Studien utføres av to jordmorstudenter ved UiT.

Hensikten med studien er å få innsikt i kvinners opplevelse av prevensjonsveiledning på 6-ukerskontroll etter fødsel hos jordmor og fastlege. Studien søker også å undersøke om det er sammenheng mellom kvinners opplevelse av prevensjonsveiledningen og hvem de går til kontroll til.

Med 6-ukerskontroll menes det kontrollen du var på etter fødsel hos enten jordmor eller fastlege. Dette skjer normalt 4-8 uker etter fødsel.

Hvem kan delta i denne studien?

Alle kvinner over 18 år som har født barn i 2022 og som har vært til 6-ukerskontroll hos jordmor eller fastlege i Norge. Spørreskjemaet er kun utformet på norsk, og du må derfor beherske dette skriftspråket.

Deltakelse og ivaretagelse av anonymitet

For å delta i denne studien besvarer du spørreskjemaet nedenfor. Denne studien er anonym da det ikke innhentes personopplysninger om deg. Din IP-adresse lagres heller ikke i denne databasen, og vi kan derfor ikke på noen måte spore svar opp mot personer. Det er frivillig å delta i studien. Samtykke gis ved at du besvarer og sender inn spørreskjemaet. Det vil ikke være mulig å trekke seg fra studien etter innsendt besvarelse.

Datahåndtering

Spørreskjemaet blir administrert via nettskjema.no. Dette er en godkjent forskningsverktøytjeneste som leveres av Universitetet i Oslo. Det er bare de to studentene og deres veileder som har tilgang til dataene fra spørreundersøkelsen. Da det ikke innhentes personopplysninger og personer ikke kan identifiseres er ikke denne studien meldepliktig. Dette har vi i forkant av studien fått bekreftet fra Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Dataene fra denne studien vil bli slettet innen oktober 2023.

Dine rettigheter

Dersom du har spørsmål som gjelder dine rettigheter, kan du kontakte personvernombudet ved UiT Norges Arktiske universitet på epost: personvernombud@uit.no

Ansvarlige personer og kontaktinfo

Ansvarlig for forskningsprosjektet er Maja Barstad Ellingsen og Rebecca Esbensen Degerstrøm. Vi er jordmorstudenter ved UiT Norges Arktiske Universitet og gjennomfører denne studien i forbindelse med masteroppgave i jordmorfag.

Førsteamanuensis Ingvild Hersoug Nedberg er veileder for denne studien.

Kontaktinfo

Maja Barstad Ellingsen – mel058@uit.no

Rebecca Esbensen Degerstrøm – rde006@uit.no

