

Helsepersonells prevensjonsveiledning

-en kvalitativ studie av unge kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning og valg av prevensjonsmiddel

Caroline Norheim Rosten, Siri Dammen og Ingvild Aune

Caroline Norheim Rosten, Oslo universitetssykehus Ullevål,
caroline_rosten@hotmail.com

Siri Dammen, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

*Ingvild Aune, NTNU - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / UiT
Norges Arktiske universitet*

Sammendrag

En stor andel unge kvinner i Norge bruker prevensjon og har oppsøkt helsepersonell for å få prevensjonsveiledning og resept på prevensjonsmidler. På tross av dette er det utført lite forskning i Norge som undersøker kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning, og hva som påvirker deres valg av prevensjonsmiddel. Hensikten med studien var å få kunnskap om hvilke erfaringer unge kvinner har med å motta prevensjonsveiledning hos helsepersonell, og hvilke faktorer som påvirker deres valg av prevensjonsmiddel. Studien har et kvalitativt design, og det ble utført ti individuelle intervjuer. Datamaterialet ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering. Dette resulterte i tre resultat kategorier; «Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning», «Personlige preferanser påvirker valget» og «Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger». Studien avdekket et forbedringspotensial ved prevensjonsveiledningen de unge kvinnene mottok hos helsepersonell. Ulike faktorer som påvirket kvinnenenes valg ble belyst, noe som er relevant kunnskap for helsepersonell å inneha ved prevensjonsveiledning av unge kvinner.

Nøkkelord

Kvalitativ metode, veiledning, prevensjonsmiddel, uønsket graviditet, beslutningsprosess, kvinnehelse

Fagfelleurdert artikkel

Introduksjon

Jordmødre, helsesykepleiere og leger er helsepersonell som i Norge har rekvireringsrett for prevensjonsmidler og som gir prevensjonsveiledning (Helsedirektoratet, 2021). Dette innebærer å sikre at brukere får den informasjonen og veiledningen de har krav på, slik at de kan ta et informert valg av prevensjonsmiddel (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Unge kvinner i Norge tilbys prevensjonsveiledning gjennom blant annet helsestasjon, skolehelsetjenester og fastlegetjenester. Prevensjon defineres som tiltak som har til hensikt å forhindre svangerskap, til tross for at det gjennomføres samleie (Ræder, Johansen & Offerdal, 2021). Helsepersonell plikter å ha oppdatert kunnskap om de ulike prevensjonsmidlene, slik at de kan informere og veilede, og sammen med bruker finne et prevensjonsmiddel som passer for den enkelte (Helsedirektoratet, 2020). World Health Organization anbefaler at det gis omfattende informasjon om prevensjon til alle kvinner, uten forskjellsbehandling, og at informasjonen blir basert på individuelle preferanser (World Health Organization, 2014). Anbefalingen fra Verdens helseorganisasjon er langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder som spiral og p-stav. Dette er blant de sikreste prevensjonsmetodene som finnes og gir mindre bivirkninger (Helsedirektoratet, 2021).

Forskning viser at kvinner ønsker god informasjon, både muntlig og skriftlig, om virkning, bivirkninger og alternative prevensjonsmidler (Dehlendorf, Levy, Kelley, Grumbach & Steinauer, 2013; Fox et al., 2018; Lukasse, Baglo, Engdal, Lassemo & Forsberg, 2021; Merki-Feld, Caetano, Porz & Bitzer, 2018; Oppelt et al., 2017; Sangraula et al., 2017). De ønsker å være delaktige i prevensjonsveiledningen, og sammen med veileder komme frem til et prevensjonsmiddel som passer for seg (Brault et al., 2021; Dehlendorf et al., 2013; Sangraula et al., 2017). Kvinner opplever helsepersonell som hyggelige (Merki-Feld et al., 2018), men informasjonen som blir gitt under prevensjonsveiledning er ofte mangelfull og lite individuelt tilpasset (Dehlendorf et al., 2013; Lukasse et al., 2021; Merki-Feld et al., 2018; Nappi, Vermuyten & Bannemerschult, 2021; Oppelt et al., 2017). I en norsk studie trekker kvinner frem at det å bli spurt om deres medisinske historie og personlige preferanser styrker følelsen av at veiledningen er tilpasset dem. Videre ansees det å ha et tillitsfullt forhold til helsepersonell som en viktig forutsetning ved prevensjonsveiledning (Lukasse et al., 2021).

Studien til Brault et al. (2021) avdekker at kvinner ønsker prevensjonsveiledning med et holistisk syn, hvor mentale, fysiske og sosiale behov blir ivaretatt. Studier viser også at tilstrekkelig med tid er nødvendig for at kvinner skal sitte igjen med en positiv erfaring fra veiledningen. Lite tid gjør det utfordrende å bygge en tillitsfull og god relasjon, og hindrer kvinner i å stille eventuelle spørsmål (Brault et al., 2021; Lukasse et al., 2021).

Kvinner opplever det som utfordrende å velge et prevensjonsmiddel da det finnes mange ulike typer, og helsepersonell har en sentral rolle når det kommer til å bistå kvinnene i dette valget (Lukasse et al., 2021; Marshall, Kandahari & Raine-Bennett, 2018). For å kunne hjelpe kvinner er det viktig at helsepersonell har kunnskap om hva som påvirker kvinnenens valg av prevensjonsmiddel. I en Europeisk studie med forskningsdata fra elleve land, avdekkes prevensjonsmiddelets pålitelighet som den faktoren med størst påvirkning på kvinners valg av prevensjonsmiddel (Merki-Feld et al., 2018). Andre faktorer som spiller inn på valget er middelets hormondose, innvirkning på menstruasjonsmerter og risiko for trombose (Fulcher et al., 2021; Hirth, Dinehart, Lin, Kuo & Patel, 2021; Marshall, Guendelman, Mauldon & Nuru-Jeter, 2016; Merki-Feld et al., 2018; Oppelt et al., 2017).

Forskning viser videre at familiers, partners og venners anbefalinger påvirker valg av prevensjonsmiddel (Fulcher et al., 2021; Hirth et al., 2021; Mahony, Spinner, Vamos & Daley, 2021; Marshall et al., 2018). Studien til Marshall et al. (2018) belyser brukererfaringer fra venner og familie som en innvirkende faktor på kvinners valg, da kvinner baserer valget på deres anbefalinger. En annen studie av Mahony et al. (2021) viser at påvirkning fra jevnaldrende og familie kan bidra til at et prevensjonsmiddel ikke velges, da informasjonen de gir om prevensjonsmiddelet ofte er negativ og unøyaktig. Når det gjelder helsepersonell, viser tidligere forskning at deres påvirkning på kvinners valg er varierende. I studien til Hirth et al. (2021) er det kun 5% av deltakerne som trekker frem helsepersonell som den primære påvirkningsfaktoren. Derimot viser flere andre studier at helsepersonell har en betydelig innvirkning på valg av prevensjonsmiddel (Bitzer et al., 2012; Dehlendorf et al., 2013; Mahony et al., 2021; Melo, Peters, Teal & Guiahi, 2015; Minnis, Mavedzenge, Luecke & Dehlendorf, 2014; Oppelt et al., 2017).

Hensikt

Det er utført flere studier internasjonalt angående unge kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning og valg av prevensjonsmiddel, men i Norge er dette et lite utforsket felt. Hensikten med studien var derfor å få kunnskap om hvilke erfaringer unge kvinner har med å motta prevensjonsveiledning hos helsepersonell, og hvilke faktorer som påvirker deres valg av prevensjonsmiddel. Studien er aktuell da bruken av prevensjonsmidler er stor, og det har skjedd en endring i Norge de siste årene når det kommer til hvilke prevensjonsmidler unge kvinner velger (Furu, Aares, Hjellvik & Karlstad, 2021).

Metode

Design

Ettersom hensikten med studien var å undersøke unge kvinners erfaringer med å motta prevensjonsveiledning hos helsepersonell, og hvilke faktorer som påvirker deres valg av prevensjonsmiddel, var det hensiktsmessig å benytte et kvalitativt design. Forskningsdesignet ansees å være særlig aktuelt når menneskers samhandling og erfaringer er fenomener som skal beskrives og analyseres. Ved å benytte et kvalitativt design kan en fordype seg i informantenes opplevelser og erfaringer, og tilegne seg en dypere forståelse av fenomenene som blir studert (Creswell & Poth, 2018; Malterud, 2017).

Det ble benyttet individuelle semistrukturerte intervjuer for å samle inn datamaterialet. Dette ga informantene muligheten til å dele åpent om deres erfaringer og tanker i trygge omgivelser, med tid og mulighet for ettertanke. For å holde samtalen nær temaet det var ønskelig å fordype seg i, utarbeidet alle tre forfatterne en intervjuguide i forkant av intervjuene (Vedlegg 1) (Malterud, 2017). Spørsmålene i intervjuguiden var basert på profesjonelle erfaringer og kunnskap, samt tidligere forskning og teori. Forfatter en og to deltok på alle intervjuene, og oppgavene med å lede intervjuene, ta notater, observere kroppsspråk og stille oppfølgingsspørsmål ble fordelt mellom forfatterne.

Deltakere og datainnsamling

Inklusjonskriteriene for deltakelse i studien var kvinner mellom 18 og 25 år, som brukte prevensjon og var bosatt i Norge. Det ble benyttet både strategisk utvalg og tilgjengelighetsutvalg for å rekruttere kvinnene (Malterud, 2017). Invitasjon til deltakelse i studien ble gjort gjennom ulike Facebook-grupper tilknyttet et stort universitet i Norge, hvor medlemmene ble oppfordret til å spre budskapet videre til venner og bekjente. Ti kvinner, både med og uten tilknytning til universitetet, ble deretter intervjuet i perioden september 2021 til november 2021. Noen kvinner var studenter og tok høyere utdanning, mens andre ikke. Samlet hadde kvinnene erfaring med prevensjonsveiledning fra både jordmor, helsesykepleier og lege. Fem intervjuer ble gjennomført fysisk og fem ble gjennomført digitalt, etter informantenes ønske. Intervjuene hadde en varighet på 21 til 54 minutter, med et gjennomsnitt på 33 minutter. Lydopptak ble benyttet og intervjuene ble transkribert fortløpende.

Etiske hensyn

Deltakerne mottok i forkant av studien et informasjonsskriv som opplyste om frivillig deltakelse, ivaretagelse av personvern, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien (Malterud, 2017). Det ble innhentet muntlig samtykke ved bruk av lydopptak (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Videre ble fare for gjenkjennelse minimert ved at personlig informasjon i intervjuene ble

anonymisert i transkriberingsprosessen (Malterud, 2017). Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (referansenummer 303721). Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble forespurt om studien falt innenfor helseforskningslovens virkeområde, noe den ikke gjorde.

Etiske hensyn ble overveid og ivaretatt ved at det under intervjuene ikke ble stilt støtende spørsmål, og intervjuene fant sted i trygge omgivelser som var på nøytral grunn for både informantene og forskerne. Det ble vist aktsomhet da informantene ble stilt spørsmål som for noen kan oppleves som sensitive, og lagt til rette for at de ikke skulle føle seg presset til å svare dersom det var spørsmål de syntes var vanskelige eller ubehagelige.

Analyse

Analyse av datamaterialet ble utført ved hjelp av systematisk tekstkondensering (tabell 1). Systematisk tekstkondensering er en utforskende og beskrivende metode for tematisk tverrgående analyse av ulike typer kvalitative data (Malterud, 2017). I analysemetodens første trinn ble det transkriberte materialet lest flere ganger og et helhetsinntrykk ble dannet. Videre ble syv foreløpige temaer skrevet ned. Disse temaene var egen opplevelse i møte med helsepersonell, informasjon, individuelt tilpasset veiledning, tilgjengelighet, ønsket utbytte, brukererfaringer og trend. I trinn to ble meningsbærende enheter som belyste ulike sider ved studiens hensikt identifisert, og kodet inn i seks ulike kodegrupper. I denne prosessen ble dataprogrammet Nvivo benyttet som et verktøy for analysering av kvalitative data (QSR, 2020). I trinn tre ble de meningsbærende enhetene sortert ytterligere. Kodegruppene ble underveis justert til tre da det ble tydelig at flere overlappet hverandre. Deretter ble passende subgrupper dannet, før det videre ble utarbeidet kondensater for å abstrahere essensen av informantenes erfaringer. I det siste trinnet ble analytiske tekster forfattet ut ifra kondensatene, og resultat kategorier ble utformet. Sitater fra intervjuene ble brukt for å illustrere funnene. Analysen ble gjennomført av alle forfatterne.

Forforståelse

Ifølge Malterud (2017) vil budskapet i det empiriske materialet bli overdøvet dersom forforståelsen tar for stor plass. I forkant av studien reflekterte vi over egen forforståelse, før den ble diskutert mellom oss og skrevet ned.

Vår forforståelse er at venner og trend spiller en stor rolle når det kommer til valg av prevensjonsmiddel, og at mange kvinner sliter med bivirkninger uten å vite hvor plagene kommer fra. Dette gir oss en oppfatning av at det kan foreligge mangelfull informasjon når det kommer til forskrivning av prevensjon. Vi har gjennom hele forskningsprosessen forsøkt etter beste evne å legge vår forforståelse til side, og etterstrebet et reflektert forhold til datamaterialet og funnene. Vi inkluderte kun noen få spørsmål i intervjuguiden og prøvde å unngå å stille ledende oppfølgingsspørsmål under intervjuene. Vår forforståelse ble

dermed ikke styrende, informantene fikk snakke fritt om sine erfaringer og vi oppdaget nye aspekter ved temaet som vi ikke kjente til fra før (Malterud, 2017).

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen fra en resultatkategori.

Meningsbærende enheter	<p>“... skulle det skje noe så har jeg det fast i kroppen”</p> <p>“Jeg har så lite lyst til å bli gravid at jeg vil ha det mest sikre prevensjonsmiddelet som finnes. For det har jeg ikke lyst til i det hele tatt. Det er liksom det viktigste. Og at det ikke er for mye bivirkninger”</p> <p>“Hvis jeg skulle byttet skulle det i så fall vært noe som jeg ikke må huske på hver dag, som en spiral eller p-stav”</p>
Kondensat	<p>Jeg vil ikke ha barn i tidlig alder. Jeg må kunne kjenne meg trygg, uten bekymringer. Også vil jeg ikke ha mye bivirkninger. Inngrep var uaktuelt for meg, det virker skummelt. Skulle det skje noe så har jeg det fast i kroppen. Fem års varighet. Lettvint i hverdagen og det er godt å slippe å tenke på det hver dag. Jeg vil ha noe som er lokalt, eller uten hormoner.</p>
Subgruppe	Virkning og administrering
Kodegruppe	Ønsket utbytte
Resultatkategori	Personlige preferanser påvirker valget

Resultater

Analyseprosessen resulterte i tre resultat kategorier: “Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning”, “Personlige preferanser påvirker valget” og “Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger”.

Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning

Flere av kvinnene opplevde prevensjonsveiledningen hos jordmor, helsesykepleier og lege som tilgjengelig. Helsepersonell var alltid til stede, og det var bare å møte opp eller bestille en time. De var grundige og tok seg god tid under veiledningen. Andre informanter opplevde helsepersonell som lite tilgjengelige da de trengte prevensjonsveiledning. Dette skyldes timebestilling, lang ventetid og travelt

helsepersonell med lite tid avsatt til veiledning. *“... det tok ganske lang tid før jeg fikk time hos henne. Egentlig skal det jo være sånn åpen dør, at man bare kan gå inn, men hun var jo opptatt hele tiden ...”* Informant 4.

Flere kvinner opplevde møtet med helsepersonell som hyggelig. De ble møtt på en god måte og følte seg ivaretatt. Helsepersonell var forståelsesfulle, interesserte, lyttet og gav tett oppfølging. Andre satt igjen med en dårlig opplevelse og følte seg ikke ivaretatt; helsepersonell ble oppfattet som dømmende, lite interesserte og ukomfortable i samtale om prevensjon. Flere savnet å bli møtt med åpenhet.

“... jeg fikk alle de negative bivirkningene man egentlig kan få. Jeg prøvde å si ifra, til både legen og helsesykepleieren, og da fikk jeg beskjed om at det bare var sånne ting som skjer når man er på prevensjon, så det er bare noe man på en måte må “deale” med.”

Informant 8

Et fåtall av kvinnene uttrykte at de var fornøyde med prevensjonsveiledningen de mottok, og opplevde å få grundig informasjon. Det ble brukt bilder og fysiske modeller som gjorde at informasjonen ble enklere å forstå. De fleste opplevde derimot en stor mangel på god og tydelig informasjon om virkning, bivirkninger og alternative prevensjonsmidler, og følte seg ikke i stand til å ta et informert valg. Flere hadde opplevd uregelmessige blødninger og humørsvingninger, uten at dette var nevnt som mulige bivirkninger av prevensjonsmiddelet. Kvinnene manglet også informasjon om at midlene må brukes riktig for å fungere optimalt. De påpekte at det var vanskelig å få veiledning som var individuelt tilpasset. Veiledningen var ofte for generell, og de uttrykte et ønske om at helsepersonell satte seg inn i deres situasjon og gav personlig veiledning, med alternative prevensjonsmidler som var tilpasset deres preferanser. Utilstrekkelig veiledning fikk dem til å oppsøke informasjon på egenhånd, ved hjelp av internett, bøker og pakningsvedlegg. *“... jeg har egentlig aldri fått høre om noen andre alternativer enn p- piller.”* Informant 10.

Personlige preferanser påvirker valget

Kvinnene ønsket et pålitelig middel for å kunne kjenne seg trygge i seksuallivet, da de ikke ville ha barn i ung alder. At middelet virket lokalt, hadde lang virkningstid og inneholdt lite hormoner, ble trukket frem som andre påvirkende faktorer ved valg av prevensjonsmiddel. Videre ønsket de et middel som var enkelt å bruke. For noen var dette p-piller som de kunne administrere selv, mens for andre var det spiral eller p-stav som virket over en lengre periode. Andre igjen valgte bort prevensjonsmidler som p-stav og spiral, da de oppfattet dette som skremmende inngrep. *“... man trenger ikke bekymre seg hvis man for eksempel har vært ute på byen og kastet opp, eller alle sånne ting. Huske på når man tok*

pille sist. Så det å kunne slippe å tenke på det var en viktig faktor for meg.”

Informant 9.

Informantene fortalte at valg av prevensjonsmiddel var påvirket av ønsket om å ha så lite ubehag som mulig. Mange av kvinnene hadde opplevd bivirkninger som emosjonelle svingninger og uren hud. På bakgrunn av bivirkninger hadde de flere ganger prøvd å bytte prevensjonsmiddel, i håp om å finne noe som passet dem bedre.

“Men jeg har jo funnet bivirkninger med alle. Og jeg føler at man må velge ut ifra hvilke bivirkninger man synes er greit. Uren hud er nå bare uren hud, men de emosjonelle forandringene jeg følte med noen prevensjonsmidler, det var ikke greit i det hele tatt.” Informant 5.

Noen kvinner uttrykte at pris ikke påvirket valg av prevensjonsmiddel. Å være fornøyd med et prevensjonsmiddel var viktigere enn at middelet var billig. Flesteparten av informantene fortalte derimot at prisen på prevensjonsmiddelet var en viktig faktor. De ønsket ikke å bruke mye penger på et prevensjonsmiddel, spesielt dersom middelet ikke fungerte så bra som de ønsket. *“... i år er siste året jeg hadde fått det gratis, så det var egentlig grunnen til at jeg valgte å ta det. Hvis det hadde kostet penger så hadde jeg sikkert ikke valgt det.”* Informant 4.

Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger

Kvinnene opplevde at venner hadde størst påvirkningskraft da det kom til valg av prevensjonsmiddel. Videre trakk de frem familie og jevnaldrende som informasjonskilder med stor innflytelse på valget. Partners meninger var også for noen av betydning, da prevensjon var noe som angikk dem begge, og et valg de tok sammen. Flere informanter valgte prevensjonsmiddel etter hva de kjente til, eller hva som var “trendy”. Noen valgte et middel som hadde status og var “kult”, selv om dette gav dem mer bivirkninger og ubehag. *“... det var jo det som liksom var “greia” da ... det som alle de andre gikk på. Så da tenkte jeg at, ja p-piller.”* Informant 1.

Informantene påpekte at brukererfaring var sentralt da prevensjonsmiddel skulle velges. Flere uttrykte at det var trygt å velge noe som fungerer for andre, og at de valgte bort midler som andre ikke var fornøyd med. Kvinnene baserte valg av prevensjonsmiddel på brukererfaringer fra venner og jevnaldrende, i tillegg til erfaringer fra allment kjente personer og fora på internett. *“Jeg har jo blant annet hatt venninner som har tatt p-stav og ut ifra deres brukererfaring så har jeg liksom, nei, det vil jeg ikke, og ikke vil jeg bli snittet opp.”* Informant 6.

Helsepersonell var en viktig kilde til informasjon om prevensjon. Deres kunnskap om prevensjonsmidler var for noen av kvinnene avgjørende i valg av prevensjonsmiddel, og råd om å bruke eller unngå et middel hadde stor innvirkning. Helsepersonells autoritet ble nevnt, og deres overbevisende tone

under veiledning gjorde at flere fulgte helsepersonells anbefalinger. *“Jeg ombestemte meg jo etter at jeg hadde vært der om hva jeg ville ha, jeg ble jo kanskje litt påvirket da.”* Informant 2.

Diskusjon

Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning

Noen kvinner i studien erfarte møtet med helsepersonell som hyggelig; de var interesserte, forståelsesfulle og gav tett oppfølging. Andre opplevde å bli møtt av et travelt helsepersonell og dømmende holdninger. De ble ikke ivaretatt, og savnet å bli møtt med åpenhet og interesse. Tidligere forskning viser at unge kvinner verdsetter å bli møtt av vennlig helsepersonell, og ønsker en tillitsfull relasjon hvor helsepersonell er tålmodige og lyttende (Fox et al., 2018; Lukasse et al., 2021; Sangraula et al., 2017). Studien til Brault et al. (2021) belyser viktigheten av at helsepersonell setter av tid og bygger en relasjon til brukere, slik at de føler seg komfortable med å stille spørsmål, da prevensjon er et sensitivt tema for noen. Siden prevensjon kan være et intimt og privat tema, er pasientsentrert omsorg en egnet tilnærming ved prevensjonsveiledning, hvor bruker behandles med respekt og medmenneskelighet, og omsorgen som ytes tar utgangspunkt i brukers ønsker og behov (Dehlendorf, Fox, Sobel & Borrero, 2016).

Helsepersonell med rekvireringsrett for prevensjonsmidler plikter å hjelpe kvinner med å finne et prevensjonsmiddel som passer for den enkelte (Helsedirektoratet, 2021; Ræder et al., 2021). Kvinnene i studien erfarte prevensjonsveiledningen som for generell, og uttrykte et stort ønske om en mer personlig tilpasset veiledning. Tidligere forskning indikerer at kvinners individuelle behov ikke blir kartlagt i tilstrekkelig grad, og understreker verdien av å gi prevensjonsveiledning basert på brukerens preferanser og behov (Dehlendorf et al., 2013; Fox et al., 2018; Lukasse et al., 2021; Nappi et al., 2021). Dehlendorf et al. (2014) viser til “shared decision making” (SDM) som en egnet modell for å utøve individuell tilpasset veiledning. Modellen bygger på prinsippet om at veileder og bruker tar valget sammen, basert på veileders kunnskap og brukers verdier og preferanser (Charles, Gafni & Whelan, 1997; Chen, Lindley, Kimport & Dehlendorf, 2019). Det er viktig å ta i betraktning at de fleste prevensjonsmidler er legemidler. Helsemessige vurderinger vil derfor påvirke hvilke anbefalinger helsepersonell gir (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dette tas likevel hensyn til i SDM da beslutninger baseres både på helsepersonells faglige kunnskap og brukers preferanser (Chen et al., 2019). På tross av at tidligere forskning viser til økt tilfredshet ved SDM under prevensjonsveiledning (Dehlendorf, Grumbach, Schmittiel & Steinauer, 2017), viser denne studien at SDM ikke blir utøvd i tilstrekkelig grad.

I studien kom det frem at enkelte kvinner var fornøyde med veiledningen de fikk. Dette skyldtes blant annet at de fikk tilstrekkelig med informasjon, og at bruk av

bilder og fysiske modeller under veiledning bidro til økt forståelse. En systematisk oversikt av Fox et al. (2018) viser at prevensjonsveiledning med bruk av bilder og modeller er noe kvinner liker, og det gjør informasjon om prevensjon enklere å forstå. Vår studie avdekket likevel at de fleste kvinnene opplevde en stor mangel på informasjon under prevensjonsveiledning, og ønsket at informasjonen de fikk var tydeligere. Dette var den hyppigste årsaken til informantenes negative erfaringer.

Forskning viser at kvinner ønsker å bli tydelig informert under veiledning (Dehlendorf et al., 2013; Fox et al., 2018; Hirth et al., 2021; Lukasse et al., 2021), og unge kvinner er den gruppen som har størst behov for informasjon om prevensjon (Oppelt et al., 2017). Samtidig påpeker en systematisk oversikt fra 2018 at unge ikke ønsker å bli overveldet med for mye informasjon (Fox et al., 2018). Disse varierende funnene støttes av Sangraula et al. (2017) sin studie som antyder at veiledere bør balansere informasjonen som gis slik at unge kvinner ikke blir overveldet, men samtidig blir i stand til å ta et informert valg. Manglende informasjon fra helsepersonell viser seg å være en kjent utfordring, og bivirkninger og alternative prevensjonsmidler blir løftet frem som underkommuniserte temaer ved prevensjonsveiledning (Dehlendorf et al., 2013; Goldhammer et al., 2017; Lukasse et al., 2021; Merki-Feld et al., 2018; Oppelt et al., 2017). Sett i lys av SDM skal helsepersonell informere bruker om alternative prevensjonsmidler, samt midlenes virkning og bivirkninger (Charles et al., 1997; Chen et al., 2019). Funn i vår studie viser at lite informasjon fra helsepersonell begrenset kvinnenens mulighet for å ta et informert valg.

Personlige preferanser påvirker valget

Studien avdekket flere faktorer som påvirket kvinnenens valg av prevensjonsmiddel. En sentral faktor var prevensjonsmiddelets pålitelighet, da informantene ønsket et middel som var effektivt for å hindre graviditet. Dette funnet er i overensstemmelse med tidligere forskning som viser at prevensjonsmiddelets pålitelighet blir sett på som det viktigste for kvinner ved valg av middel (Marshall et al., 2016; Merki-Feld et al., 2018; Oppelt et al., 2017; Rubin, Felsher, Korich & Jacobs, 2016). Likevel viser forskning at kvinner velger prevensjonsmidler som er mindre pålitelige, basert på hvordan de administreres, til tross for at de primært bruker prevensjon for å unngå graviditet. Ifølge Oppelt et al. (2017) skyldes dette at unge kvinner får for lite informasjon om langtidsvirkende prevensjonsmidler, som regnes som de sikreste midlene.

Kvinnene i studien vektla prevensjonsmiddelet administreringsform da valg skulle tas. Noen ønsket et middel som krevde daglig administrering, mens andre ønsket et middel som hadde lengre virkningstid. Prevensjonsmiddelets administreringsform har innvirkning på valget og blir påvirket av kvinners livsstil og personlige egenskaper, som for eksempel evnen til å huske å ta et middel daglig (Carbone et al., 2020; Fulcher et al., 2021; Marshall et al., 2018; Melo et

al., 2015; Rubin et al., 2016). Kvinnene i studien trakk frem bivirkninger som en påvirkende faktor ved valg, på bakgrunn av deres tidligere erfaringer. De ønsket en hverdag med så lite ubehag som mulig, og flere etterstrebet å velge et middel som ikke gav dem emosjonelle svingninger, uren hud eller menstruasjonssmerter. Dette er i overensstemmelse med tidligere forskning som viser at potensielle bivirkninger, og tidligere erfarte bivirkninger, er av betydning når kvinner skal velge et middel (Carbone et al., 2020; Fulcher et al., 2021; Marshall et al., 2018; Meier, Sundstrom, Delay & DeMaria, 2021).

Studien avdekket at pris var en påvirkende faktor for enkelte kvinner ved valg av prevensjonsmiddel. Andre uttrykte at pris ikke var av like stor betydning, så lenge middelet gav den effekten de ønsket. Tidligere forskning viser at pris spiller inn på kvinners beslutningsprosess (Fulcher et al., 2021; Grant, Paul, Zeal, Madden & Politi, 2020; Marshall et al., 2016; Marshall et al., 2018; Meier et al., 2021). I en studie utført i USA hvor 715 kvinner deltok, påpekte i overkant av 80% av kvinnene at prisen på prevensjonsmiddel hadde innvirkning på deres valg (Marshall et al., 2016).

Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger

Kvinnene i denne studien trakk frem venner og jevnaldrende som den viktigste påvirkningsfaktoren. Flere baserte valg av prevensjonsmiddel på hva som gav status, og hva de kjente til gjennom nettverk og sosiale medier. Studien avdekket at både positive og negative erfaringer fra andre viste seg å ha innvirkning på kvinnenes valg. Å basere en beslutning på erfaringer fra andre er særlig fremtredende blant unge voksne, da de er mer utsatt for påvirkning fra jevnaldrende enn hva voksne er (Steinberg, 2008). Tidligere forskning bekrefter at brukererfaring har innvirkning på valg av prevensjonsmiddel (Anderson, Steinauer, Valente, Koblentz & Dehlendorf, 2014; Cohen, Sheeder, Kane & Teal, 2017; Dehlendorf et al., 2013; Fulcher et al., 2021; Levy, Minnis, Lahiff, Schmittiel & Dehlendorf, 2015; Marshall et al., 2018; Meier et al., 2021), og at det å kjenne andre som bruker et middel gjør det tryggere å velge middelet selv (Marshall et al., 2018). Studien til Cohen et al. (2017) fremhever betydningen av brukererfaring blant unge kvinner, da nærmere 90% av kvinnene som valgte spiral kjente noen som var fornøyd med middelet. Likevel avdekker en amerikansk studie at erfaringer fra andre er av mindre betydning, da en persons erfaringer med et prevensjonsmiddel ikke nødvendigvis gjenspeiler hvordan middelet vil fungere for en annen person (Melo et al., 2015).

I denne studien løftet enkelte kvinner også frem partner som en viktig faktor, da prevensjon var noe som angikk dem begge. Forskning viser at partners meninger og støtte er noe kvinner verdsetter ved valg av prevensjonsmiddel (Carbone et al., 2020; Dehlendorf et al., 2013; Marshall et al., 2018; Rubin et al., 2016; Sucato, Bhatt, Murray & Ott, 2011), men at deres innflytelse ikke er avgjørende for det endelige valget (Mahony et al., 2021; Rubin et al., 2016).

Studien avdekket at flere av informantene baserte deres valg av prevensjonsmiddel på helsepersonells anbefalinger. Helsepersonell har innflytelse på valget da de i sin rolle kan tilføre unge kvinner korrekt og nødvendig kunnskap, og støtte kvinnene i å ta det valget som er best for den enkelte (Sucato et al., 2011). Hvor stor påvirkningskraft helsepersonell har er i henhold til tidligere forskning varierende (Mahony et al., 2021; Marshall et al., 2018). I studien til Hirth et al. (2021) er helsepersonells anbefaling den faktoren som færrest kvinner trekker frem som avgjørende ved valg av middel. Andre studier viser derimot at kvinner velger noe annet enn hva de først tenkte etter å ha mottatt prevensjonsveiledning fra helsepersonell (Bitzer et al., 2012; Dehlendorf et al., 2013).

Studiens styrker og begrensninger

Et kvalitativt design med semistrukturerte intervjuer gjorde det mulig å fordype seg i det aktuelle temaet, da informantene fikk snakke fritt uten større begrensninger. Forskerne har under hele forskningsprosessen forsøkt å sette sin forforståelse til side, noe som er en styrke i denne studien. Flere av funnene i studien samsvarer med tidligere forskning på et internasjonalt nivå, noe som styrker studiens gyldighet. I denne studien deltok ti kvinner. Størrelsen på utvalget trenger ikke si noe om hvorvidt informasjonsstyrken er god eller ikke (Malterud, 2017). I denne studien ansees informasjonsstyrken likevel som god, da informantene delte rikt av sine erfaringer fra prevensjonsveiledning hos jordmødre, helsesykepleiere og leger, og det ble ved de siste intervjuene tilføyd lite nytt. Dette anses som en styrke ved studiens kvalitet og overførbarhet. Kvinnene snakket fritt og åpent i intervjuene og gav rike beskrivelser av deres erfaringer. Dette styrker overførbarheten til andre kvinner i samme aldersgruppe.

Det ble benyttet både strategisk utvalg og tilgjengelighetsutvalg ved rekruttering. Det kan ikke utelukkes at kvinnene som meldte seg frivillige til deltakelse i studien hadde mye erfaring, stor interesse og engasjement for temaet, særlig da informantene ble rekruttert gjennom en medieplattform som Facebook. Dette kan være en svakhet ved studien da kvinnene som meldte seg muligens er mer engasjert i tematikken enn hva en gjennomsnittlig kvinne i samme aldersgruppe er.

I tråd med Malteruds anbefaling, jobbet vi som forskere sammen gjennom alle fire trinnene i analysen (Malterud, 2017). Dette gjorde at vi fanget opp flere nyanser ved datamaterialet enn hva vi ville ha gjort på egen hånd. Å jobbe sammen med analysen har gjort det mulig å bearbeide datamaterialet grundig gjennom flere runder med refleksjon og diskusjon, noe som ansees å ha styrket påliteligheten. En svakhet ved studien er at det ikke ble lagt vekt på hvem kvinnene har fått prevensjonsveiledning av, annet enn av helsepersonell. Dette gjør at det ikke er mulig å se på forskjeller mellom jordmødre, helsesykepleiere og leger når det kommer til hvordan kvinnene opplevde prevensjonsveiledningen.

Konklusjon

Studien viser at det var en variasjon i hvordan kvinnene erfarte å motta prevensjonsveiledning hos helsepersonell. Noen opplevde et hyggelig møte og følte seg ivaretatt, mens andre hadde en dårlig opplevelse og oppfattet helsepersonell som dømmende. Kvinnene erfarte veiledningen som lite individuelt tilpasset, og flere fikk for lite informasjon til å kunne ta et informert valg. Fremtredende faktorer som påvirket kvinnenes valg av prevensjonsmiddel var personlige preferanser som middelets pålitelighet, administreringsform og bivirkninger. Videre viste studien at venner, partner og helsepersonell var faktorer som påvirket valget. Studien synliggjør et forbedringspotensial ved prevensjonsveiledning som utøves i Norge, og avdekker nyttig kunnskap for jordmødre, helsesykepleiere og leger i møte med unge kvinner som skal velge et prevensjonsmiddel som passer for dem.

Det er behov for mer forskning på dette området i Norge. Studiens funn viser at det vil være nyttig å fordype seg i hvorfor individuell tilpasset veiledning ikke er mer integrert i prevensjonsveiledning, da mangel på dette bidro til at kvinnene ikke var tilfredse med veiledningen de mottok. Mer forskning på temaet som synliggjør hvordan jordmødre, helsesykepleiere og leger gir prevensjonsveiledning, og hvordan kvinner opplever forskjeller mellom yrkesgruppene, ville vært nyttig for utbedring av prevensjonsveiledningen i Norge. Videre vil det også være interessant å utføre både kvalitative og kvantitative studier på hvilke faktorer som påvirker kvinners valg av prevensjonsmiddel.

Litteraturliste

- Anderson, N., Steinauer, J., Valente, T., Koblenz, J. & Dehlendorf, C. (2014). Women's social communication about IUDs: a qualitative analysis. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 46(3), 141-148. <https://doi.org/10.1363/46e1814>
- Bitzer, J., Gemzell-Danielsson, K., Roumen, F., Marintcheva-Petrova, M., van Bakel, B. & Oddens, B. J. (2012). The CHOICE study: Effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 17(1), 65-78. <https://doi.org/10.3109/13625187.2011.637586>
- Brault, M. A., Curry, L. A., Kershaw, T. S., Singh, K., Vash-Margita, A. & Camenga, D. R. (2021). Supporting Patient-centered Communication on Adolescent Sexual and Reproductive Health - Perspectives to Build an Appointment Planning Tool. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(5), 725-731. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.04.009>
- Carbone, S. L., Guillen, M., Ramirez, J. J., Vargas, S. E., Lu, C. F., Getz, M. L., . . . Tong, I. (2020). 'I feel like a person has a right to use a product to protect themselves...': a qualitative study of the risk-benefit calculus on

- women's contraceptive use and choice. *Sexual Health*, 17(3), 262-269.
<https://doi.org/10.1071/SH19197>
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- Chen, M., Lindley, A., Kimport, K. & Dehlendorf, C. (2019). An in-depth analysis of the use of shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*, 99(3), 187-191.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.11.009>
- Cohen, R., Sheeder, J., Kane, M. & Teal, S. B. (2017). Factors associated with contraceptive method choice and initiation in adolescents and young women. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 454-460.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.008>
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (4. utg.). SAGE Publications.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 14. november 2021). Generelle forskningsetiske retningslinjer.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Dehlendorf, C., Fox, E., Sobel, L. & Borrero, S. (2016). Patient-Centered Contraceptive Counseling: Evidence to Inform Practice. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 5(1), 55-63.
<https://doi.org/10.1007/s13669-016-0139-1>
- Dehlendorf, C., Grumbach, K., Schmittziel, 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., Kimport, K., Levy, K. & Steinauer, J. (2014). A Qualitative Analysis of Approaches to Contraceptive Counseling. *Perspect Sex Repro H*, 46(4), 233-240. 10.1363/46e2114. <https://doi.org/10.1363/46e2114>
- Dehlendorf, C., Levy, K., Kelley, A., Grumbach, K. & Steinauer, J. (2013). Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*, 88(2), 250-256.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.012>
- Fox, E., Reyna, A., Malcolm, N. M., Rosmarin, R. B., Zapata, L. B., Frederiksen, B. N., . . . Dehlendorf, C. (2018). Client Preferences for Contraceptive Counseling: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5), 691-702. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.006>
- Fulcher, K., Drabkin, M., Gibson, J., Francoeur, J., Eurchuk, A., Weaver, M., . . . Lachowsky, N. J. (2021). Contraceptive decision-making and priorities: What happens before patients see a healthcare provider. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 30(1), 56-64.
<https://doi.org/10.3138/cjhs.2020-0052>
- Furu, K., Aares, E. B., Hjellvik, V. & Karlstad, Ø. (2021). Hormonal contraceptive use in Norway, 2006-2020, by contraceptive type, age and county: A nationwide register-based study. *Norsk epidemiologi*, 29(1-2).
<https://doi.org/10.5324/nje.v29i1-2.4046>

- Goldhammer, D. L., Fraser, C., Wigginton, B., Harris, M. L., Bateson, D., Loxton, D., . . . Lucke, J. C. (2017). What do young Australian women want (when talking to doctors about contraception)? *BMC Family Practice*, 18(1), 35-35. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0616-2>
- Grant, R. L., Paul, R., Zeal, C., Madden, T. & Politi, M. C. (2020). Decisional conflict associated with clinicians discouraging particular contraceptive methods. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1612-1619. <https://doi.org/10.1111/jep.13364>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, juni 2022). *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/59df2395e37f473b93e2da02db01f69c/hod-handlingsplan.pdf>
- Helsedirektoratet. (2020, 12. januar 2022). *Prevensjon: Helsestasjon for ungdom skal gi prevensjonsveiledning og sikre tilgjengelig og sikker prevensjon*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2021, 23. desember 2021). *Leger, helsesykepleiere og jordmødre kan rekvirere hormonell prevensjon til personer under 16 år*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/rekvirering-av-hormonell-prevensjon>
- Hirth, J. M., Dinehart, E. E., Lin, Y.-L., Kuo, Y.-F. & Patel, P. R. (2021). Reasons why young women in the United States choose their contraceptive method. *Journal of Women's Health*, 30(1), 64-72. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8182>
- Levy, K., Minnis, A. M., Lahiff, M., Schmittiel, J. & Dehlendorf, C. (2015). Bringing patients' social context into the examination room: An investigation of the discussion of social influence during contraceptive counseling. *Women's Health Issues*, 25(1), 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.10.001>
- 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. *European Journal of Midwifery*, 5(2), 4-8. <https://doi.org/10.18332/ejm/132224>
- Mahony, H., Spinner, C., Vamos, C. A. & Daley, E. M. (2021). Social Network Influences on Young Women's Choice to Use Long-Acting Reversible Contraception: A Systematic Review. *Journal of midwifery & women's health*, 66(6), 758-771. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13280>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Marshall, C., Guendelman, S., Mauldon, J. & Nuru-Jeter, A. (2016). Young women's contraceptive decision making: do preferences for contraceptive attributes align with method choice? *Perspectives on sexual and reproductive health*, 48(3), 119-127. <https://doi.org/10.1363/48e10116>
- Marshall, C., Kandahari, N. & Raine-Bennett, T. (2018). Exploring young women's decisional needs for contraceptive method choice: a qualitative

- study. *Contraception*, 97(3), 243-248.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.10.004>
- 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 Communication*, 36(2), 179-187.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1669271>
- Melo, J. M. D., Peters, M. M. P. H., Teal, S. M. D. M. P. H. & Guiahi, M. M. D. M. (2015). Adolescent and Young Women's Contraceptive Decision-Making Processes: Choosing "The Best Method for Her". *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(4), 224-228.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2014.08.001>
- 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. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 23(3), 183-193.
<https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1465546>
- Minnis, A. M., Mavedzenge, S. N., Luecke, E. & Dehlendorf, C. (2014). Provider Counseling to Young Women Seeking Family Planning Services. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(4), 223-231.
<https://doi.org/10.1363/46e1414>
- Nappi, R. E., Vermuyten, N. & Bannemerschult, R. (2021). Missed opportunities in contraceptive counselling: findings from a European survey-based study with simulated patient consultation. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 27(2), 85-94.
<https://doi.org/10.1080/13625187.2021.2010040>
- Oppelt, P. G., Baier, F., Fahlbusch, C., Heusinger, K., Hildebrandt, T., Breuel, C. & Dittrich, R. (2017). What do patients want to know about contraception and which method would they prefer? *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(6), 1483-1491. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4373-1>
- QSR International Pty Ltd. (2020) NVivo (versjon 1.0) [programvare]. QSR International Pty Ltd. <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rubin, S. E., Felsher, M., Korich, F. & Jacobs, A. M. (2016). Urban adolescents' and young adults' decision-making process around selection of intrauterine contraception. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29(3), 234-239. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.09.001>
- Ræder, M. B., Johansen, M. & Offerdal, K. (2021, 11.11.21). *Prevensjon*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/prevensjon/>
- Sangraula, M., Garbers, S., Garth, J., Shakibnia, E. B., Timmons, S. & Gold, M. A. (2017). Integrating long-acting reversible contraception services into New York City school-based health centers: quality improvement to ensure provision of youth-friendly services. *Journal of Pediatric and*

- Adolescent Gynecology*, 30(3), 376-382.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.11.004>
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental review*, 28(1), 78-106.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Sucato, G. S., Bhatt, S. K., Murray, P. J. & Ott, M. A. (2011). Transdermal contraception as a model for adolescent use of new methods. *Journal of Adolescent Health*, 49(4), 357-362.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.01.008>
- World Health Organization. (2014). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748_eng.pdf?sequence=1